

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

**SAÚDE E VIOLÊNCIA: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e
prevenção da violência**

**A violência autoinfligida em Betim: tentativas de suicídio
e fatores associados**

Ana Maria Barros Peres

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais como
requisito parcial para obtenção do Título de Mestre
em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
Área de concentração: Medicina Preventiva e Social.

Belo Horizonte, 2017

ANA MARIA BARROS PERES

**VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA EM BETIM: tentativas de suicídio
e fatores associados**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência Área de concentração: Medicina Preventiva e Social.

Linha de pesquisa: As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientador(a): Prof^o Dr. Antônio Leite Alves Radichi

Coorientadora: Prof^a Dra. Elza Machado de Melo.

Universidade Federal de Minas Gerais

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência

Belo Horizonte

2017

Peres, Ana Maria Barros.
P437v A violência autoinfligida em Betim [manuscrito]: tentativas de suicídio e fatores associados. / Ana Maria Barros Peres. - - Belo Horizonte: 2017. 172.: il.
Orientador: Antônio Leite Alves Radichi.
Coorientador: Elza Machado de Melo.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência. 2. Suicídio. 3. Tentativa de Suicídio. 4. Indicadores de Morbimortalidade. 5. Estudos Transversais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Radichi, Antônio Leite Alves. II. Melo, Elza Machado de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: HV 100

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Prevenção da Violência

Linha de Pesquisa: As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof^a Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Luiz Armando Cunha de Marco

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Prof. Selmo Geber

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Dr. Prof Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a Palmira de Fátima Bonolo

**Coordenadora do Programa de Pós-graduação Promoção de Saúde e
Prevenção Violência**

Dra. Prof^a Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora do Programa de Pós –Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência**

Prof^ª Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência:

Prof^ª. Cristiane de Freitas Cunha- Titular

Prof^ª. Eliane Dias Gontijo – Titular

Prof^ª. Efigênia Ferreira e Ferreira– Titular

Prof^ª. Elza Machado de Melo- Titular

Prof^ª. Soraya Almeida Belisário- Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro- Titular

Prof^ª Andréa Maria Silveira- Suplente

Prof. Marcelo Grossi Araújo- Suplente

Prof^ª Eugenia Ribeiro Valadares- Suplente

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi- Suplente

Prof^ª Stela Maris Aguiar Lemos- Suplente

Prof^ª. Izabel Christina Friche Passos- Suplente

Representante Discente: Maria Beatriz de Oliveira- Titular

Marcos Vinícius da Silva- Suplente

Belo Horizonte

2017



FOLHA DE APROVAÇÃO

A violência autoinfligida em Betim: Tentativas de suicídio e fatores associados

ANA MARIA BARROS PERES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 10 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Antônio Leite Alves Radicchi - Orientador

UFMG

Prof(a). Ricardo Tavares

UFOP

Prof(a). Elza Machado de Melo

UFMG

Belo Horizonte, 10 de julho de 2017.

DEDICATÓRIA

Primeiramente, dedico a Deus, aos exemplos de Jesus e Maria Santíssima, pela sustentação de minha alma, pela chance de nascer de novo, por meio do milagre da fé.

Aos meus pais, Fernando Peres da Silva (*in memorian*) e Gislene Araújo Barros da Silva, pela vida, pela força, bom exemplo, pela fé adquirida, motivação, educação em todos os sentidos, pelo reconhecimento e valorização da pessoa como nosso semelhante.

À minha filha, Ana Júlia Peres de Carvalho, meu presente de Deus e minha grande incentivadora em meus projetos e razão da minha vida.

Aos meus familiares, parentes e amigos (a)s, aos quais deixo um pouco de mim e levo um pouco de vós....

Aos afilhados (as), cunhado (as) e irmãos (ãs): José Geraldo Barros Peres, Maria do Socorro Peres, Miguel Barros Peres, Gilberto de Barros Peres e Regina Maria de Barros Peres Ricco por instigarem-me a continuar construindo e sonhando.

A professora e doutora Elza Machado de Melo, co-orientadora e inspiradora do meu trabalho, como também pela ética, aprendizagem teórica e prática por um mundo mais fraterno, sem violências e pelas orientações na eficiência desta pesquisa.

Ao meu orientador, Prof^o Dr. Antônio Leite Alves Radichi, (*in memorian*) pela sua dignidade/simplicidade, excelência na pessoa humana e mestre e aos meus professores ao longo de minha jornada de vida, principalmente aos da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina e aos colegas deste curso.

Ao professor Dr. Ricardo Tavares, pela dedicação e paciência nas análises estatísticas, que permitiu a realização desta pesquisa.

Aos vários estágios, residência que realizei/aprendi... Ao aprendizado que marcou a trajetória deste tema pesquisado, o CERSAM no Barreiro em Betim, o meu estágio obrigatório em minha graduação de Psicologia em uma das áreas em que especializei: Saúde Mental.

Aos convênios (CASU-UFMG, PROMED, CEMIG-SAÚDE, etc.) aos pacientes destes serviços de saúde e aos pacientes particulares, pelo carinho e apoio durante toda a pesquisa, sem os quais não teria sido possível a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos indivíduos que acreditam e confiam em meu trabalho, o teórico e o prático, no qual atuo com os que convivem com sofrimentos insuportáveis, se comportando de forma consciente e inconsciente no caminho da autodestruição. Exerço a minha profissão visando à saúde mental e comportamental dessas pessoas, prevenindo-as das consequências destruidoras em função do desejo de autodestruição, a fim que tenham bem-estar psíquico social e mental.

Quero assinalar aqui o apreço e minha consideração pela presença e o apoio dos amigos, que auxiliaram a tornar concreto este exercício.

Às colegas e amigas Rosely Fantoni e Andreia Cirina Barbosa de Paiva, Magda Helena Reis Cota de Almeida, Lauriza Maria Nunes Pinto, Amanda Batista Marcelino, Silvilene Giovane Martins Pereira, apoios, e incentivos a este trabalho.

Aos entrevistados da pesquisa SAUVI- Pesquisa sobre Saúde e Prevenção da Violência, que foram uma das razões que motivaram e viabilizaram a realização desta pesquisa e do estudo através das entrevistas e declarações desses sobre sua ríspida realidade das diversas faces da violência, que marcam o seu cotidiano.

Aos professores da banca da dissertação que avaliarão com ética e apreço o meu árduo trabalho.

Ao Conselho Regional de Psicologia, pelo apoio, envio de um material para a pesquisa.

À secretaria da prefeitura de Betim, por material a mim enviado por e-mail.

À Irene Aparecida Guimarães dos Santos, pelo serviço de formatação e apoio ao longo da realização deste trabalho.

*“Se a sombra do meu ser não refrigerar a quentura do
Sol aos que nos rodeiam, pode ser que não valha o
existir.”*

(Gislene A. Barros)

RESUMO

O atual cenário da Saúde Pública se depara, no Brasil e no mundo, com o fenômeno que o desafia: a violência. O suicídio é uma das formas de violência e, no mundo há mais óbitos por suicídio do que por guerra e homicídio. Nos últimos anos, o suicídio teve aumento significativo nos países de média e baixa renda e a maioria dos países não possui estratégia de prevenção. O objetivo deste trabalho foi estudar o perfil de morbimortalidade da violência autoinfligida, especificamente, tentativas de suicídio, em Betim-MG. Foi realizada abordagem psicossocial, dialogando com diferentes formulações teóricas: Émile Durkheim, Sigmund Freud e Neury José Botega. Método: pesquisa transversal, do tipo inquérito domiciliar, de base populacional, intitulada Saúde e Violência (SAUVI), realizada, em 2014 e 2015, pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, no município Betim-MG. As variáveis dependentes: tentativas de suicídio pelo entrevistado; tentativas de suicídio por alguém da casa/família; meio utilizado e motivo. As variáveis explicativas: sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, cor, renda, renda familiar, ocupação); cultura (religião, tipos de participação em grupos, tipos de violência); doenças (câncer, depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico), drogas, medicamento para dormir e ingestão alcoólica; e outros tipos de violência. Foram feitas análises descritiva, com distribuição de frequência, bivariada e multivariadas, a saber, modelo de regressão logística e análise de correspondência. Resultados: verificou-se a associação de tentativas de suicídio pelo entrevistado ($p < 0,05$) com: sexo, renda, ocupação, participação em grupos de autoajuda (alcoólicos anônimos), falta de acesso a direito social; diferentes tipos de violência, distúrbios emocionais/mentais e uso de medicamento para dormir; verificou-se associação de tentativas de suicídios por familiares com renda familiar baixa e com outros tipos de violência. O modelo final de regressão logística mostrou associação com as variáveis sexo, tomar remédio para dormir e a não participação em grupos, tais como, ONGs, grupos religiosos. A análise de correspondência mostrou associação maior dos entrevistados que tentaram suicídio devido a tristeza/depressão com o sexo feminino e com histórico de suicídio na família; as tentativas de suicídio por crise financeira tiveram associação com o sexo feminino, sem histórico de suicídio na família e com o sexo masculino, com registro de suicídio na família. As tentativas de suicídio dos entrevistados devido a crise familiar tiveram maior associação com o sexo masculino sem registro de suicídio na família, ocorrendo associação maior quando se usava objeto perfurocortante/arma de fogo; envenenamento/intoxicação/outros se associou com o sexo feminino independente do histórico familiar; entrevistados do sexo masculino e com registro de suicídio na família mostraram mais associados com tentativas de suicídio por enforcamento/pular de lugar alto. Conclui-se que as tentativas de suicídio se associam com vários fatores, o que abre possibilidades para sua abordagem e prevenção.

Palavras-chave: Tentativas de Suicídio. Fatores associados. Suicídio. Betim-MG. Prevenção do suicídio e tentativas.

ABSTRACT

The current scenario of Public health is facing, in Brasil and in world, the phenomenon that challenges it: violence. Suicide is one of the forms of violence and, in the world, there are more deaths from suicide than from war and homicide. In recent years, suicide has increased significantly in low-and middle-income countries, and most countries do not have a prevention strategy. When studying the morbidity and mortality profile of self-inflicted violence, specifically, suicide attempts, in Betim-MG. For this, the psychosocial approach was carried out, dialoguing with different theoretical formulations: Émile Durkheim, Sigmund Freud and Neury José Botega. As a methodology, the cross-sectional survey of the health and violence (SAUVI) survey was conducted in 2014 and 2015 by the Postgraduate Program on health promotion and prevention of violence, in the municipality of Betim-MG. The dependent variables: suicide attempts by the interviewee; attempted suicide by someone in the household; half used and reason. The explanatory variables: socio-demographic (sex, age, schooling, marital status, color, income, occupation); culture (religion, types of participation in groups, types of violence); diseases (cancer, depression, anxiety/other psychiatric problem); drugs, sleeping pills and alcohol intake; family income and other types of violence. Made descriptive analyzes, with frequency distribution, bivariate and multivariate, namely, logistic regression model and correspondence analysis. In the results showed the association of suicide attempts by the interviewee ($p < 0,05$) with: sex, income, occupation, participation in self-help groups (alcoholics anonymous), lack of access to social law; different types of violence, emotional/mental disorders and use of sleeping pills. The association of suicide attempts by relatives with low family income and other types of violence was verified; the final logistic regression model showed association with the variables sex, taking sleeping pills and non participation in groups such as NGOs, religious groups, among others; the correspondence analysis showed a greater association of those interviewed who attempted suicide due to sadness/depression with females with history of suicide in the family. Attempts of suicide by: financial crisis had an association with the female sex, without history of suicide in the family and with the male sex, with suicide record in the family; already the attempts of suicide of the interviewed due to family crisis had greater association with the male sex without record of suicide in the family, and the same occurring greater association when using cutting object/firearm; poisoning/intoxication/others, was associated to the female independent of the family history; male interviewees and with record of suicide in the family showed more associated with suicide attempts by hanging/jumping from high place. It is conclude that suicide attempts are associated with several factors, which opens possibilities for its approach and prevention.

Keywords: Suicide Attempts. Associated factors. Suicide. Betim-MG. Prevention of suicide and attempts.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Male: Female ratio of age-standardized suicide rates, 2015	18
Figura 2 – Global suicides by age and income level of country, 2012	20
Figura 3 – Suicide mortality rate	21
Figura 4 – Principais fatores associados ao suicídio e intervenções possíveis.....	32
Figura 5 – Distribuição das gerências administrativas, Betim, 2013	46
Figura 6 – População da região de saúde, composta por 13 municípios.	47
Figura 7 – Taxa de mortalidade segundos as cinco principais causas, residentes de Betim, 2002-2012.....	48
Figura 8 – IDHM	51
Figura 9 – Finanças públicas, 2014.	52
Figura 10 – Produto Interno Bruto dos Municípios – 2013.....	52
Figura 11 – Mapa de Correspondência entre o motivo da tentativa de suicídio do entrevistado e o sexo versus existência de suicídio na família	68
Figura 12 – Mapa de Correspondência entre o meio da tentativa de suicídio do entrevistado e o sexo versus existência de suicídio na família	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Países com os mais altos coeficientes padronizados de óbitos por suicídio, estimados para o ano de 2012. Total de mortes por suicídio e percentual de mudança dos coeficientes entre 2000 e 2012	18
Tabela 2 – Distribuição univariada e bivariada das variáveis explicativas individuais segundo a tentativa de suicídio, Betim-MG, 2014.- 2015	58
Tabela 3 – Distribuição univariada e bivariada das variáveis explicativas familiares segundo a tentativa de suicídio, Betim-MG, 2014. Pesquisa SAUVI, 2014-2015	64
Tabela 4 – Modelo final de análise de regressão logística: tentativa de suicídio segundo variáveis explicativas.....	66
Tabela 5 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Motivo da tentativa de suicídio).....	66
Tabela 6 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (sexo versus existência de suicídio na família)	67
Tabela 7 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Meio da tentativa de suicídio).....	69
Tabela 8 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (sexo versus existência de suicídio na família).	69

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABEPS	Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Análise de correspondência
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ASULAC	Associação Médica de Minas Gerais, da Associação Latino-americana e do Caribe de Prevenção do Suicídio
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CVV	Centro de Valorização da Vida
EMAD	Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio,
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAF	Homicídios por armas de fogo
HPB	Hospital Público Regional de Betim
Ha	Hipótese Alternativa
H0	Hipótese Nula
IASP	Internacional Association for Suicide Prevention.
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano municipal
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Interativas e Complementares,
PSF	Programa Saúde da Família

PTI	Projeto Terapêutico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REBRASP	Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento Econômico.
RM	Região Metropolitana
RUE	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAUVI	Saúde e Violência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUPRE	Programa de Prevenção do Suicídio
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidades de Atendimento Imediato
UAP	Unidade de Atenção Primária
UAPS	Unidades de Atenção Primária de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Fatores de risco/ populações vulneráveis para os suicídios e tentativas de suicídio no Brasil.....	24
1.2 A depressão/ fatores sociais/ vulnerabilidade/enfermidades/ eutanásia/ suicídio assistido/ drogas e suicídio	25
1.3 Formulação do risco de suicídio.....	27
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	39
2.1 O suicídio na visão de Durkheim, Freud e Botega.....	39
3 HIPÓTESE	45
4 OBJETIVOS	45
4.1 Objetivo geral	45
4.2 Objetivos específicos.....	45
5 CARACTERIZAÇÃO DE BETIM	46
6 METODOLOGIA	55
7 RESULTADOS	58
8 DISCUSSÃO	71
9 CONCLUSÕES	89
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A – Apresentação da Pesquisa Saúde e Violência – SAUVI	112
APÊNDICE B – SAUVI – QUESTIONÁRIO	114
ANEXO A – Marcos para prevenção do suicídio e tentativas/ principais tópicos	102
ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa - COEP	168
ANEXO C – Pesquisa sobre saúde e prevenção da violência	169
ANEXO D – Caracterização do território de Betim - MG	170
ANEXO E - Principais fatores de risco de suicídios e intervenções	171

1 INTRODUÇÃO

O atual cenário da Saúde Pública se depara, no Brasil e no mundo, com um fenômeno que o desafia: a violência, que se encontra cada vez mais disseminada e exige o esforço de todos os setores na busca de estratégias integrada para o seu enfrentamento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017a), violência é a ação premeditada de força corpórea ou do domínio concreto, ou de intimidação contra si próprio, outrem ou contra um grupo ou sociedade que produza, ou seja, possível resultar em ferimento, morte, prejuízo psíquico, mau crescimento ou privação.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (WHO, 2010), a violência, que sempre esteve presente na vida dos seres humanos, pode ser classificada em três tipos: autodirigida (suicídio e tentativas e automutilação); interpessoal (violência juvenil, violência por parceiro íntimo, violência sexual, maus-tratos às crianças e abuso em idosos) e violência coletiva (guerra e outras formas de luta armada e chacina, tortura e opressão). Entretanto, ela pode ser prevenida.

Vários fatores estão envolvidos na produção da violência. Segundo Minayo (2005), suas causas são variadas e faz-se necessário investigá-las em seus constituintes sociais, culturais, históricos, subjetivos e financeiros. Uma vez que seus efeitos alcançam a saúde do indivíduo, do grupo e da sociedade e seu impacto é enorme e produz danos incomensuráveis, desde o sofrimento das vítimas e familiares, transtornos mentais e psíquicos aos quais ficam expostos, a sobrecarga organizativa e financeira para os serviços de saúde, até a deterioração das relações e dos modos de convívio social.

A violência é, em nosso país, importante causa de morbidade e mortalidade, com altas taxas decorrentes de homicídios e de eventos associados ao trânsito, correspondendo a 2/3 de mortes por causas externas. (REICHENHEIM et al., 2011).

O suicídio, por sua vez, apresenta maior incidência no mundo do que no Brasil – dados da OMS revelam a morte de mais de 800.000 pessoas por autoextermínio a cada ano, com uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2014); no entanto, é preciso atentar para o fato de que em que local tem havido, no Brasil, crescimento significativo e constante, a partir da década de 1990. (WAISELFISZ, 2014).

A manifestação da violência autoinfligida é variável e organizada dentro de um *continuum* de pensamentos e atitudes compreendendo sete tipos: suicídio completo, tentativa de suicídio; atos preparatórios para o comportamento suicida; ideação suicida;

comportamento autoagressivo sem intenção de falecer; automutilação não intencional e automutilação com intenção inusitada (TAYLOR et al., 2009).

O objeto do presente trabalho são as tentativas de suicídio, detectadas na população maior de 20 anos, no município de Betim – MG, por inquérito domiciliar, realizado em 2014 e 2015.

A palavra suicídio, possui origem latina “*sui = si mesmo*” *caedes*= ação de matar. No entanto, sua significação etimológica de “morte de si mesmo”, é muito complexa, não abrange todo o comportamento multifatorial (MELEIRO; SANTOS; WANG, 2007).

A utilização da palavra suicídio em expressão foi no séc. XVII, na Inglaterra, publicada na obra “Religio Médici”, no ano de 1642, pelo inglês Sir. Thomas Browne. Na França, em 1734, o abade Desfontaines, a utilizou para significar “o assassinato ou morte de si mesmo” (MELEIRO; SANTOS; WANG, 2007).

Conforme a OMS, o suicídio é uma ação de maneira determinada/intencional de se autoexterminar. Desse modo, entende por tentativa de suicídio, todo comportamento suicida que não causa morte, e se direciona a intoxicação autoinfligida, lesões ou autoagressões intencionais que podem ou não ter um propósito, o resultado fatal (WHO, 2014).

No geral, as mortes por suicídio no mundo, superam as taxas de mortes causadas por homicídios, acidentes de trânsito, guerras e revoltas civis. Ainda mais, aferi-se que as tentativas de suicídio, sejam de 10 a 20 vezes mais constantes que o suicídio em si (WHO, 2014). Ou seja, para cada adulto que morreu pode ter ocorrido mais de 20 tentativas (WHO, 2016a).

Em 2002, conforme OMS, 1,4 % do custo mundial gerado por doenças foi resultado das tentativas de suicídio, e estima-se que será de 2,4% para o ano de 2020. Outrossim, em pessoas entre 15 e 44 anos, o suicídio é a causa de incapacitação e para cada óbito dessa ordem há 5 ou 6 indivíduos próximos ao morto que ficam com consequências emocionais, sociais e econômicas (BRASIL, 2006a).

Segundo a WHO (2017b), as taxas padronizadas por idade de suicídio por 100.000 habitantes em termos globais eram de 1,7, em 2015, em relação homem/ mulher.

O que significa que houve mais suicídios masculinos do que suicídios femininos, conforme mostra a Figura 1, a seguir.

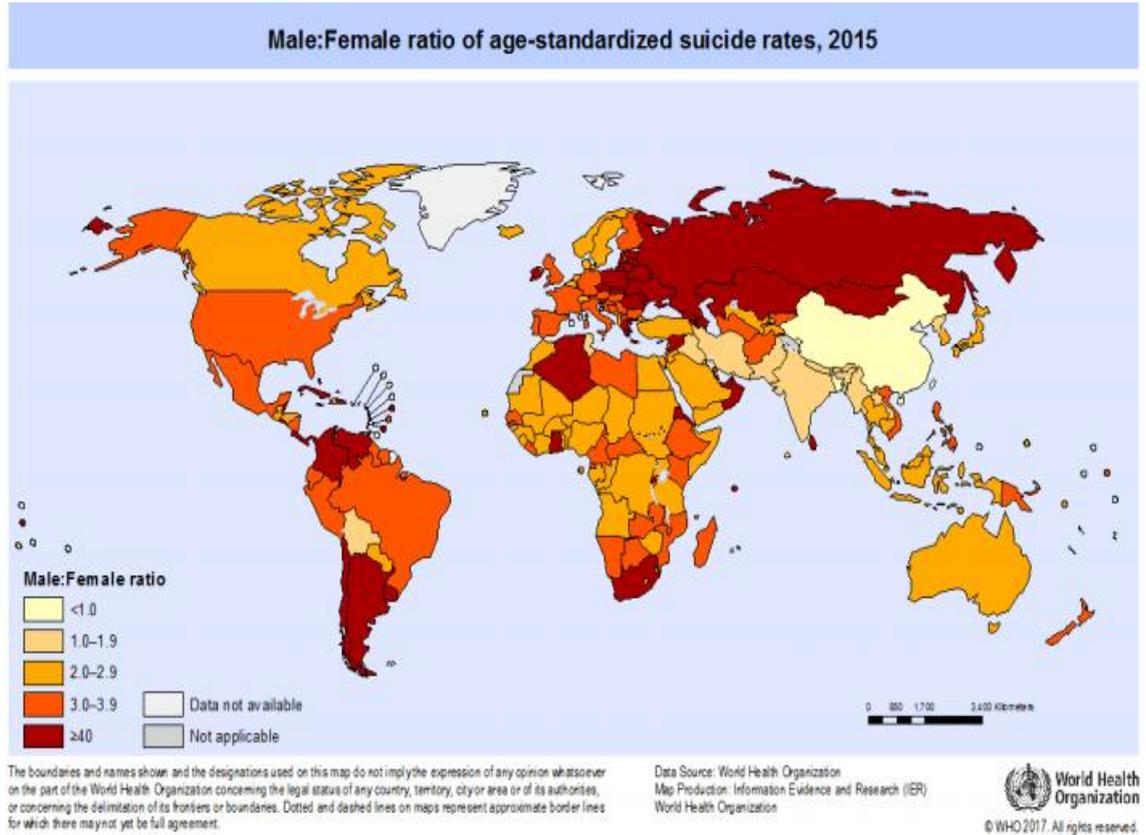


Figura 1 – Male: Female ratio of age-standardized suicide rates, 2015
 Fonte: WHO, 2017.

De acordo com Botega (2015), os índices de suicídios variam de país para país. De modo geral, são poucos mais altos em países ricos.

Entretanto, o suicídio não é exclusividade de países de alta renda, pois ocorre em todas as regiões do mundo. Portanto, em 2015, 78% dos suicídios globais aconteceram em países de baixa e média renda (WHO, 2017c).

A Tabela 1, a seguir, elaborado pela OMS, esquematiza a variação das taxas de suicídio entre os países com coeficientes mais altos:

Tabela 1 – Países com os mais altos coeficientes padronizados de óbitos por suicídio, estimados para o ano de 2012. Total de mortes por suicídio e percentual de mudança dos coeficientes entre 2000 e 2012

PAÍS	Coeficiente de óbitos por suicídio	Número absoluto de suicídios	Mudança no coeficiente entre 2000 e 2012 (%)
	Número de suicídio/100.000		
Guiana	44,2	377	-1
Coreia do Sul	28,9	17.908	109
Sri Lanka	28,8	6.170	-45

Lituânia	28,2	1.007	-37
Suriname	27,8	145	40
Cazaquistão	23,8	3.912	-36
Burundi	23,1	1.617	18
Índia	21,1	258.05	-9
Rússia	19,5	31.997	-44
Hungria	19,1	2.519	-26
Japão	18,5	39.442	-2
Bielorrússia	18,3	2.051	-48
Ucrânia	16,8	9.165	-43
França	16,3	10.093	-17
Letônia	16,2	419	-44
Finlândia	14,8	901	-29
Bélgica	14,2	1.955	-21
Angola	13,8	2.206	50
Moldávia	13,7	566	-11
Estônia	13,6	226	-46
Eslovênia	12,4	354	-51
Sérvia	12,4	1.600	-33

Fonte: Adaptado de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014.

Segundo a Figura 2, a seguir, a taxa de suicídio padronizada por idade é maior em países de alta renda do que em baixa e média renda (12,7 frente a 11,2 por 100.000 habitantes respectivamente). Entretanto, em 2012, a proporção da população global que vive nos países de baixa e média renda é muito maior, os 75,5% dos suicídios no mundo são registrados nestes países. Entre baixa e média renda de seis regiões, a taxa padronizada de suicídio por idade oscila de 6,1 por 100.000 na região das Américas e de 17,7 por 100.000 no Sudeste da Ásia, ou seja, a diferença entre esta limitação é quase 3 vezes. De acordo com estas diferenças, em 2012, o Sudeste da Ásia obteve 26% da população global, mas 39% dos suicídios no mundo (WHO, 2014).

Figure 2. Global suicides by age and income level of country, 2012

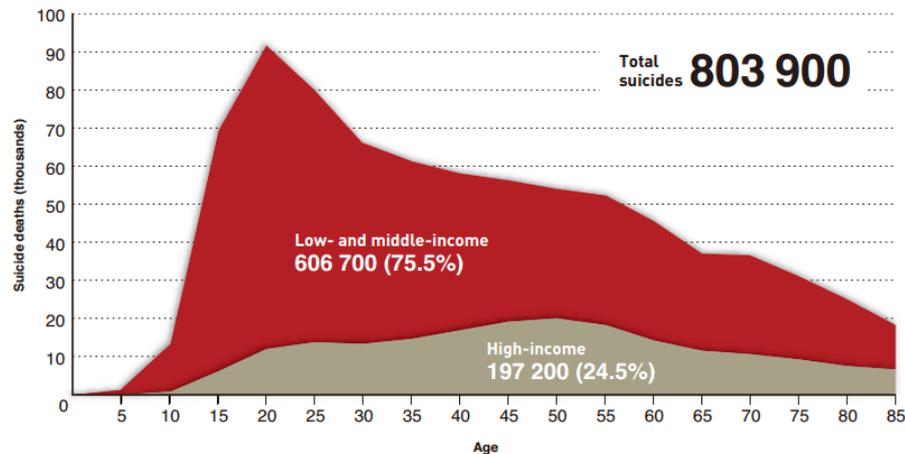


Figura 2 – Global suicides by age and income level of country, 2012

Fonte: WHO, 2014.

Segundo a WHO (2017d) e de acordo com a Figura 3, conforme os dados do observatório da saúde global (GHO), com atualização em 28.03.2017, a região da Europa teve a maior taxa de suicídio em 2015, com alguns destaques:

- Região da África: País Guiné Equatorial, taxa suicídio: 22,6 por 100.000 habitantes, média regional: 8,8; média global: 10,7.
- Região das Américas: País Guiana, taxa de suicídio: 29,0 por 100.000 habitantes, média regional: 9,6; média global: 10,7.
- Região Sudeste Asiático: País Sri Lanka, taxa de suicídio: 35,3 por 100.000 habitantes, média regional: 12,9; média global: 10,7.
- Região da Europa: País Lituânia, taxa de suicídio: 32,7 por 100.000 habitantes, média regional: 14,1; média global: 10,7
- Região do Mediterrâneo Oriental: País Sudan, taxa de suicídio: 10,2 por 100.000 habitantes, média regional: 3,8; média global: 10,7

Região do Mediterrâneo Pacífico: País República da Korea, taxa de suicídio: 32,0 por 100.000 habitantes, média regional: 10,8; média global: 10,7. (WHO, 2017d).

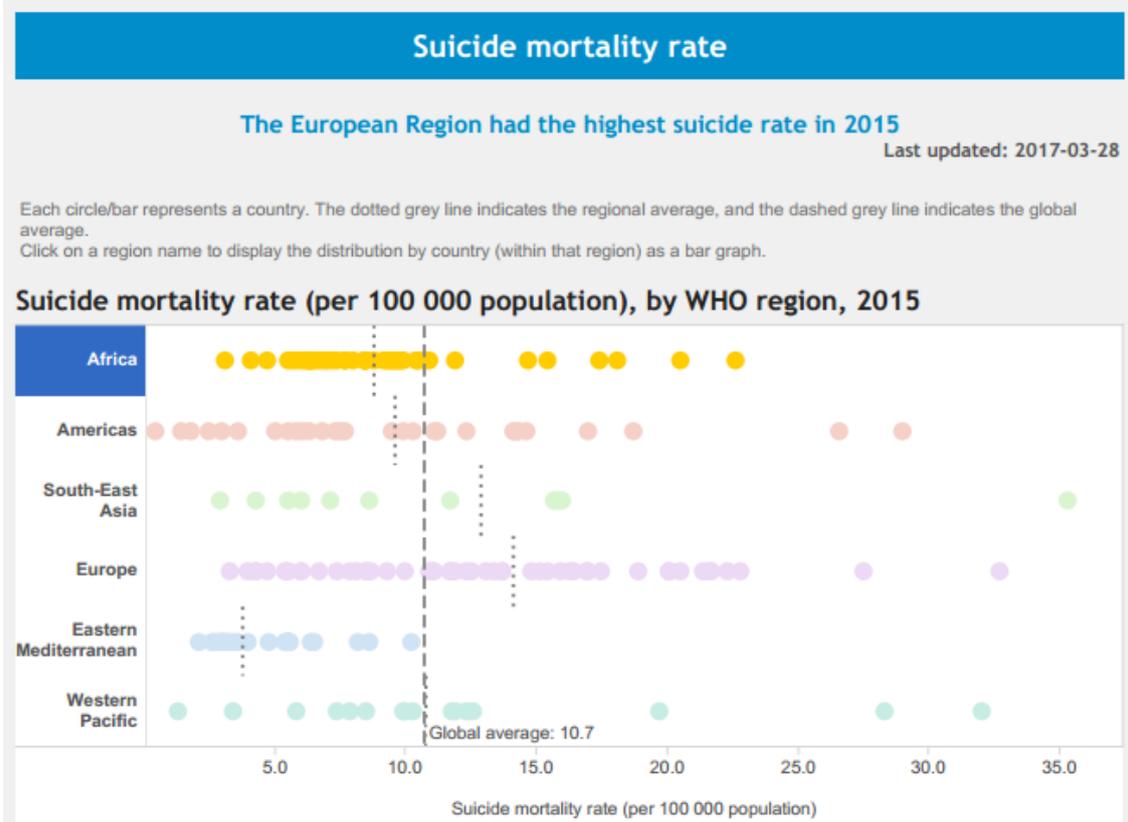


Figura 3 – Suicide mortality rate
Fonte: WHO, 2017d.

Seis dos 20 países globais que possuem as maiores taxas de suicídio encontram-se na Europa (WHO, 2017e).

No entanto, foi possível identificar que os altos coeficientes de suicídio migraram da Europa Ocidental, ou seja, da Escandinávia, para a Europa Oriental e para a Ásia, e segue para alguns países da África e da América Latina. Na Coreia do Sul, por exemplo, a taxa de suicídio dobrou nestes últimos dez anos. Portanto, a China e a Índia destacaram-se com maior quantidade de mortes por suicídios (WHO, 2014).

Nas Américas, a cada ano, estima-se que 65.000 pessoas morrem por suicídio e muito mais nas tentativas de suicídio. Essas taxas são maiores em homens do que em mulheres, com idades entre 25-44 (36,8%) e 45-59 (25,6%) (PHO/WHO; 2016).

O Brasil encontra-se neste subgrupo dos países nas Américas, nele observou um aumento dos suicídios. Ademais, no Brasil, no período de 2004 a 2010, o coeficiente de suicídio relação homem/mulher foi de 3,8:1 (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012)

O coeficiente de mortalidade por suicídio, em 2012, foi de 5,8 por 100 mil habitantes, segundo estimativa da OMS (2014), que pode ser considerado como baixo em comparação a outros países; embora o Brasil seja um país de grande população, ele ocupa uma posição entre os oito países nas Américas com maior número absoluto de mortes por suicídios. Ocorreram, no país, em 2012, 11.821 suicídios formalmente inscritos, o que retrata, em média, 32 mortes por dia (WHO, 2014).

Os municípios que apresentaram os primeiros lugares do Brasil no ranking dos suicídios, de acordo com os dados do Mapa da Violência (2014), são locais de assentamento de comunidades indígenas São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tabatinga, em Amazonas, já Amambai e Paranhos são do Mato Grosso do Sul e possui uma população total nos 100 municípios com mais de 20.000 habitantes nos anos de 2008/2012. Do mesmo modo os municípios Dourados no Mato Grosso do Sul e Tabatinga, em Amazonas, lideram a lista de suicídios de jovens de 15 a 29 anos (WAISELFISZ, 2014).

Interessante, destacar que simultaneamente em nosso país as regiões do extremo Norte e o extremo Sul, apresentam taxas de suicídio tão altas como as do Leste europeu (WAISELFIZ, 2014).

Em se tratando de regiões, o Sudeste é a 1ª no ranking nacional, com 4.283 lesões autoprovocadas, um total de 156.942 óbitos por causas externas no país. Ademais, nos Estados com alto índice de (X60-X80) lesões autoprovocadas, São Paulo apresenta 2.232 e logo, Minas Gerais com 1.357, respectivamente (BRASIL, 2016a).

Segundo a WHO (2014), para prevenir o suicídio e suas tentativas é necessária a vigilância, de forma a restringir os meios e é imprescindível conhecer o comportamento das pessoas suicidas. Além de melhorar a qualidade dos dados, conscientização na comunidade, agir em rede multissetoriais governo (educação, mídia, justiça, saúde, comunidade e outros setores da comunidade); quebrar tabu, tratamento psicológico aos que tentaram suicídio e tratamento aos distúrbios mentais/depressão, aos usuários de substâncias/álcool, dor crônica e capacitação profissionais de saúde (WHO, 2017c).

Portanto, é preciso saber, exaustivamente, os meios de suicídios utilizados em uma comunidade, suas preferências em diferentes grupos demográficos da população e ter ciência da ambivalência do comportamento suicida a cerca de querer morrer no momento da ação, pois alguns atos suicidas são respostas impulsivas ao estresse psicossociais agudos. Lamentavelmente, os dados em nível nacional sobre os meios utilizados são muito limitados (WHO, 2014)

Ademais, a discrepância da informação é enorme, pois, de acordo com o CID 10, que inclui os códigos X, para informar as causas externas de morte, incluindo o método/meio do suicídio, em todos os países, 72% dos meios utilizados para os suicídios estão poucos esclarecidos. Dessa forma, novos meios de suicídios não condizem com a identificação dos códigos das causas externas, segundo CID10 (WHO, 2014).

Os meios de suicídios mais comuns em todo o globo são a ingestão de pesticidas, o enforcamento e as armas de fogo (WHO, 2017c).

Estima-se que 30% dos suicídios mundiais ocorrem nas zonas rurais em países de baixa e média renda, por autointoxicação devido à ingestão de pesticidas (WHO, 2017c).

Mas, há outros meios comuns de suicídios utilizados em países de alta renda como: a utilização de cordas/enforcamento (50%), e as armas de fogo (18%) (WHO, 2014).

Outra investigação sinalizou que o principal meio utilizado para um suicídio, em uma sociedade, pode mudar rapidamente com o transcurso do tempo e diferir de uma comunidade a outra. A exemplo disso em áreas urbanizadas como Hong Kong (região administrativa principal da China e Singapura), onde a maioria da população reside em prédios altos, o meio de suicídio mais frequente é saltar-se de lugares altos. No Japão, o meio de destaque para o suicídio é mesclar produtos químicos para produzir gás de sulfato de hidrogênio ou hélio (WHO, 2014).

Segundo Botega (2015), os meios utilizados para o suicídio alteram de acordo com a cultura e a disponibilidade. Então, no Brasil, a própria residência é o lugar predominante de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados de forma geral são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%).

Há várias advertências a se considerar em relação a dados de mortalidade por suicídio. Dos 172 Estados-Membros da OMS, em que foram feitas estimativas para 2012, somente 60 têm informações de boa qualidade, sendo eles países de alta renda principalmente. Já, os 21 países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, contam apenas com 8% de qualidade dos dados para as informações essenciais de todos os suicídios. (WHO, 2014; 2017f).

A subnotificação e a má classificação são barreiras para a abordagem do suicídio e acontecem em virtude da estigmatização, tabu com conseqüente mascaramento da situação (WHO, 2014; 2016a; 2017f; 2017c).

No Brasil, a subnotificação é uma importante falha da informação para os óbitos e não óbitos, e se deve à dificuldade de se quantificarem os casos, tendo em vista a falta de conscientização das pessoas, ao tabu que envolve esse tema na sociedade e a resistência das famílias em abordar o assunto (MINAYO, 1998; BRASIL, 2005).

O suicídio é uma das preponderantes causas de morte em todo o globo. Essa violência também nesse mesmo ano de 2015, tem sido a segunda principal causa de óbito no mundo, entre os jovens de 15-29 anos e 78% dessas mortes encontram-se em países de baixa e média renda (WHO, 2017c).

Tradicionalmente, também em quase todas regiões do mundo, em ambos os sexos de 70 anos ou mais, há altas taxas de mortes por suicídio. Já as mortes por suicídio em homens de meia-idade têm altas taxas em países de renda alta. Ademais nos países de renda baixa e média há altas taxas de mortes por suicídio em adultos jovens e mulheres idosas (WHO, 2014; 2016a).

1.1 Fatores de risco/ populações vulneráveis para os suicídios e tentativas de suicídio no Brasil

São importantes riscos de suicídio na população global: tentativas de suicídio anterior, comportamento impulsivo em situações de crise e baixa resiliência psicológica para enfrentar problemas (uma agonia diante do estresse, crise financeira, fins de relacionamentos, dor crônica e outras doenças, enfrentamento de conflitos, violência, abuso, isolamento, catástrofes). As taxas enormes de suicídios são presentes nos grupos vulneráveis que padecem de discriminação como refugiados, migrantes, índios; presidiários, à comunidade LGBT/homossexuais e bissexuais, transexuais, transgêneros, dentre outros, e ao grupo afetado por suicídio/parentes e amigos. (WHO, 2017c).

O risco de suicídio é frequente em serviços de saúde mental e na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Segundo Minayo e Cavalcante (2010), a depressão é o mais importante fator desencadeante para a violência autoinfligida, e há a necessidade de evidenciá-la nos cuidados em saúde.

A maior vulnerabilidade desse tipo de violência autoinfligida relaciona-se a indivíduos com depressão; com tentativa de suicídio; com transtornos psíquicos; com uso de álcool e de outras drogas; entre jovens de 15 e 25 anos; pessoas que moram e ou são internadas em estabelecimentos públicos (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes sem casas, grávidas e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais com fácil acesso a produtos tóxicos e/ou condições miseráveis de vida; portadores de enfermidade crônico-degenerativas; HIV/AIDS e grupos indígenas, entre outros (BRASIL, 2006b).

Apesar dos fatores que colaboram para a violência autoinfligida diversificarem, os grupos populações mais atingidos, Brasil são: os jovens, os idosos com idade avançada e os grupos isolados na sociedade, por exemplo, os índios (CFP, 2013).

Ademais, no Brasil revelam-se um aumento de suicídios em ambos os sexos. Porém, se destaca no sexo masculino, em todas as faixas etárias, de modo especial e tradicional, entre os idosos, visto que dentre os vários motivos nessa população, destaca-se: o sofrimento, as violências, a solidão e a desilusão com a vida, segundo palestra ministrada no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, pela socióloga Maria Cecília Minayo, pioneira no estudo sobre suicídio entre idoso e professora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz- RJ. (PEDROSA, 2016).

Do mesmo modo, ressalta-se aqui a importância de se estudar as tentativas de suicídio entre idosos em nosso país, por motivo do aumento dessa população acima de 60 anos. Aliás, há relevância às pesquisas para o SUS frente a essa temática, visto que transporta para sua agenda um problema existente e ignorado, que apresenta nos estudos vários motivos associados aos emocionais, físicos e sociais. Grande parte dos estudiosos dessa abordagem assinala a relevância da depressão severa que pode ter associação as questões físicas/doenças terminais/ comorbidades e problemas sociais, emocionais, culturais como: conflitos familiares, perdas, solidão e sentimentos de desesperança (MINAYO; CAVALCANTE, 2015).

1.2 A depressão/ fatores sociais/ vulnerabilidade/enfermidades/ eutanásia/ suicídio assistido/ drogas e suicídio

Enfim, a depressão é um transtorno mental comum, suas características são: tristeza, perda de interesse ou libido, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbio do sono ou de apetite, falta de concentração e cansaço. Sentimento de inutilidade, desespero, pode levar a pensamentos de automutilação ou suicídio. Este transtorno apresenta longa duração ou recorrente, gerando prejuízos ao indivíduo, atrapalha a capacidade diante do trabalho, lidar com a vida diária ou na escola (WHO, 2017g).

A depressão apresenta vários graus: o modo grave pode levar ao suicídio, o leve existe tratamento sem medicação, no entanto, o modo moderada ou grave podem necessitar de medicação e tratamento. A depressão é um distúrbio que pode ser tratado com psicoterapias ou medicação antidepressiva e ou combinação destes tratamentos com ética e eficácia em cuidados de saúde primários. Os outros tipos de cuidados que não são os primários aplicam-se a uma escassa parcela de indivíduos com depressão complicada ou os que não respondem aos

tratamentos de primeira linha. Neste ano, 2017, em 07 abril efetiva a campanha global sobre depressão, pois a depressão é a principal causa de problemas de saúde em todo o globo e tem aumentado 18% em 2015 (WHO, 2017g).

De acordo com estudos analisados, os jovens vítimas de violência sexual na infância ou na adolescência, devido ao grande evento estressor, podem desenvolver episódios maníacos depressivos e riscos de suicídio na vida adulta, associados aos fatores característicos de vulnerabilidade social (MONDIN et.al., 2016).

Em adolescente de modo geral, a depressão pode ser expressa por afastamento social, crises de fúria e baixo rendimento escolar (BOTEGA, 2015).

Além disso, outro grupo preocupante com destaque para a depressão são os idosos, uma vez que a população idosa perpassa nessa fase de desenvolvimento por fatores de: vulnerabilidades sociais (solidão, perdas, aposentadoria); morbidades crônicas e terminais (Alzheimer e Parkinson) e vícios (abuso do álcool e outras drogas); os programas de intervenções preventivas de distúrbios mentais da saúde do idoso são escassos, embora fundamentais na redução da depressão, ansiedade e suicídio, pois promovem o empoderamento, a autonomia e o sentimento de utilidade. (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014).

A depressão em idosos pode apresentar-se através de dores corporais, ideações suicidas, tendência à solidão familiar; sensação de improdutividade. De modo geral, os homens têm mais dificuldade em buscar ajuda do que as mulheres, e tendem diante da contrariedade, terem crises de fúria (BOTEGA, 2015).

Em alguns países, são legais a terapêutica de eutanásia e suicídio assistido, em resposta à pacientes desesperançados, práticas que ainda são fortemente divergentes da política e a religião. A vida e a morte com dignidade deveria ser o lema essencial da medicina (KRAUS, 2015).

O Ministério da Saúde do Brasil (2006a) orienta os profissionais da saúde mental, em seu manual de prevenção de suicídio, que existem três perfis comportamentais em grande proporção no indivíduo sob-risco de suicídio:

- Ambivalência- (atitude subjetiva de pensamento e ou de pessoas que tentam o suicídio, com desejo de morrer e viver). A predominância do desejo de vida sobre o desejo de morte viabiliza a prevenção do suicídio. A maioria das pessoas em risco de suicídio vivenciam conflitos existenciais críticos de difíceis soluções e, por isso, há uma luta subjetiva entre os desejos de vida e por um fim no sofrimento psíquico. Neste

caso, com o apoio psicológico, o desejo pela vida cresce, o risco de suicídio diminuirá (BRASIL, 2006a).

- **Impulsividade**- O suicídio pode ser uma atitude impulsiva. Dessa forma, corresponde a qualquer outro impulso de modo transitório podendo durar alguns minutos ou horas. A predominância deste comportamento é oriundo e desatado por acontecimentos hostis do cotidiano. Suavizando a crise existencial e tendo mais tempo, o profissional da saúde emocional pode diminuir o risco suicida (BRASIL, 2006a).
- **Rigidez /constricção** - Estado cognitivo de comportamento suicida, a consciência da pessoa é dividida de maneira radical em tudo ou nada. A pessoa não tem no momento capacidade de perceber a solução do problema, senão a morte como única saída. Essa condição significa o estrangulamento das escolhas da predição em vias de se matar (BRASIL, 2006a).
- Ademais, o Ministério da Saúde do Brasil (2006a), alerta que a maioria das pessoas com desejos de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Os comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e outras frases de baixa autoestima. Essas frases são pedidos de ajuda, não devem ser subestimados. Outrossim, associadas as estas frases estão os sentimentos de morte, e todos começam com “D”: “ depressão , desesperança, desamparo e desespero”. Há necessidade diante deste fato, de investigar o risco de suicídio (BRASIL, 2006a).

1.3 Formulação do risco de suicídio

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, (2006a), os três tipos de classificação do risco de suicídio, permite ao profissional especializado em análise comportamental da saúde mental a lidar com o paciente sob-risco de suicídio, a fim de prevenir o mesmo:

- **Baixo Risco:** O indivíduo teve pensamento suicida, mas não planeja se matar, nunca realizou nenhuma tentativa de suicídio, mas vivencia situações pessoais e em seu grupo social fatores que potencializam o risco de suicídio. A pessoa nesta condição responde bem ao tratamento dos sentimentos suicidas, ou seja, quanto mais o profissional der apoio emocional, mais o indivíduo coloca para fora suas frustrações, sentimento de perda, abandono e menos valia e a confusão emocional se exaure, e a vontade de viver renova-se (BRASIL, 2006a).

- **Médio Risco:** A pessoa não tem plano de como se matar, imediatamente. Há uma grande crise sofrível, sentimentos de ambivalência entre viver ou morrer. A pessoa, deverá ter uma escuta terapêutica como também um contrato terapêutico de não suicídio, ser encaminhada à uma equipe de profissionais específicos de saúde mental e entrar em contato com a família, e ou amigos de modo a orientar medidas de prevenção ao suicídio como: impedir o acesso aos meios de tentar e ou cometer o suicídio (esconder facas, medicamentos, cordas). Há necessidade de reforçar os laços sociais e informar ao paciente estas medidas provisórias até que haja o restabelecimento da normalidade (BRASIL, 2006a).
- **Alto Risco:** Tentativas de Suicídio prévio tem planos e meios definidos para se matar e parece estar se despedindo. Há necessidade de: emergência no atendimento em saúde mental mais próximo, de modo que a ambulância irá encaminhar a pessoa ao pronto-socorro psiquiátrico e depois o profissional da equipe de saúde mental que encaminhou a pessoa para o serviço em emergência de saúde mental deverá dar continuidade ao tratamento. A internação poderá ser involuntária na maioria dos casos e a família deverá ser solicitada para ajudar a efetivar o tratamento (BRASIL, 2006a)

Estima-se que para cada suicídio, ocorrerá mais de 20 tentativas de suicídio, portanto, ter se envolvido em um ou mais atos de tentativa de suicídio ou automutilação é o preditor primordial na mortalidade por suicídio (WHO, 2016b).

Nos últimos anos, esta violência teve um aumento significativo nos países de média e baixa renda, só que a maioria dos países não possui estratégia de prevenção (WHO, 2016b).

Ressalta-se aqui em relação aos meios de tentativas de suicídios, segundo dado de vigilância, há uma necessidade de desenvolver força tarefa para abordar o uso de substâncias e principalmente medicamentos em padrões observados de overdose de droga intencional de autoenvenenamento, como também abordar tratamento e informações após uma tentativa de suicídio ou automutilação em hospitais (WHO,2016b), pois há fatores associados a tentativas de suicídio e automutilação, como por exemplo, os altos níveis de morbidade, mortalidade por suicídios e recessões econômicas (WHO, 2016b).

Pesquisa de registro de autolesão na Irlanda em 2008-2012, mostra que recessão econômica e austeridade têm impacto negativo significativo nas taxas de suicídio entre os homens e a automutilação em ambos os sexos. Estas descobertas orientam sobre a necessidade de respostas governamentais às recessões econômicas em relação ao comportamento suicida e outros efeitos de saúde (WHO, 2016b).

Ainda nesse contexto, em 2014, ainda na Irlanda, por meio dos registros nacional de autolesão/ato não fatal, que visa monitorar as tendências e a taxa de automutilação de forma a contribuir para a pesquisa em prevenção em tentativa de suicídio e suicídio, registrou-se cerca de 11.000 autolesões em hospitais de emergência e se evidenciou que a automutilação é maior em mulheres do que em homens e a taxa, também, é maior entre os jovens com idade inferior a 30 anos, outra evidencia foi que de três em quatro autolesões resultam de medicamento intencional de overdose e do álcool com cerca de 40% (WHO, 2016b).

Interessante destacar que a maioria dos países de renda média se envolve com a alta predominância de taxas de tentativas de suicídio e automutilações, portanto, estes apresentam possibilidades de perfis diferenciados dos países de alta renda, particularmente em sexo e idade. Entretanto, revelou-se um número crescente de tentativas de suicídio entre os países de baixa e média renda e apesar de alguns deles terem se interessado pela criação desse registro de tentativas, ainda na grande maioria desses países de baixa e média renda, não há sistemas de vigilância hospitalares para as tentativas de suicídio (WHO, 2016b).

Cabe aqui ressaltar que, segundo pesquisa no estudo multicêntrico na Inglaterra, com multivariáveis de repetição de lesão, em dados coletados em hospitais com indivíduos de 10 a 18 anos, obteve-se o resultado que a repetição a automutilação como meio de autolesão em crianças e adolescentes apresenta maior risco de suicídio do que o autoenvenenamento. Portanto, as descobertas sublinham a necessidade de assistência psicossocial. Todavia, não existem ainda sistemas de vigilância hospitalares para tentativas de suicídio (WHO, 2016b).

Entretanto, monitorar em longo prazo a incidência dos padrões demográficos e dos meios utilizados nos casos de tentativas de suicídio e automutilação, presentes nos hospitais de uma nação ou região, fornecerá informações úteis à capacitação de serviço que tentem auxiliar no desenvolvimento de estratégia de prevenção do suicídio (WHO, 2016b).

Nessa linha de raciocínio, notou-se que as tentativas de suicídio possuem relatórios/registros oficiais mais escassos e mais duvidosos do que os de autoextermínio (CASSORLA, 1998a; ZAKHAROV; NAVRATIL; PELCLOVA, 2013) e com aumento significativo nos últimos dez anos, sobretudo, em jovens (CASSORLA, 1998b).

Em adolescentes, a perda de pais na infância, pode gerar a depressão e quando vulneráveis a variações de humor, além de apresentarem história de comportamento impulsivo, pois eles tendem a responder ao desespero através de tentativas de suicídio. Caso, estes adolescentes que já tentaram suicídio recusem tratamentos, é necessário à hospitalização, para obter tratamento e proteção (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Em contrapartida, jovens sem transtornos do humor têm como fator a depressão maior, mais frequente para as tentativas de suicídio, aumentando o seu risco em 20%, isto é, depois das tentativas anteriores para o risco de suicídio, há outros fatores significativos para a autodestruição como desesperança, baixa resiliência psicológica e respostas impulsivas aos eventos estressores diante dos conflitos com seus familiares/ namoros/ escola, problemas de desemprego, luto, rejeição (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Fatores também relevantes ao risco de suicídio entre jovens incluem maus-tratos, isolamento, orientação sexual (gays, lésbicas ou bissexuais), abuso físico, sexual e negligência. Ademais outros adicionais aos riscos de suicídio/tentativas são histórico familiar de comportamento suicida, abuso de substâncias e disponibilidade dos meios (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Outrossim, observa-se em quantidades maiores de relatos de estudantes femininos em comparação aos masculinos, já que elas apresentam os níveis mais altos de depressão, ansiedade, somatizações, problemas comportamentais, emocionais e maiores probabilidades de tentativas de suicídio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Decerto que a maioria dessas tentativas de suicídios, permanecem desconhecidas, subtendidas, (WHO, 2016b).

Globalmente, a disponibilidade, abrangência, a qualidade dos dados são precárias sobre a violência autoinfligida, em consequência da estigmatização dos fatos, tabu, mascaramento da situação na comunidade (WHO, 2016a; 2017c) e as tentativas de suicídio são mais precárias ainda, há má classificação dos diagnósticos (WHO, 2016b).

O obstáculo para isto poderá ser o fato de que apólices de seguros não cobrem tentativas de suicídios e suicídios e pela dificuldade de abordar o assunto de acordo com a citação acima. Atualmente, se caso o sistema de vigilância fosse registrados nos hospitais em todos os países garantiria a representação indubitavelmente dos fatos de lesões intencionais e não apenas em altos níveis de relatos de intenção suicida, pois a intenção de morrer pode ser difícil de ser verificada, uma vez que a pessoa envolvida deve não ter certeza de sua intenção, por isso há também a necessidade da evidência da especificação nos registros médicos, se ocorreu ou não lesão ou envenenamento, foi ou não autoinfligido e se foi intencional ou acidental (WHO, 2016b).

Além disso, por essa razão, o termo “tentativa de suicídio”, pode ser utilizado indistintamente com “automutilação”, neste documento de sistemas de vigilância, e estes registros utilitários da codificação universal da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10), por exemplo meios de autolesão: por

autoenvenenamento intencional (X60-X69); por automutilação intencional (X60-X84) e por uma classificação “outra” que permite especificar outros meios/métodos (WHO, 2016b).

Assim, a monitorização da violência autoinfligida de forma sustentável e em longo prazo nos departamentos de emergências dos hospitais de programas nacionais e internacionais, poderá garantir a ética, uniformidade e a confiabilidade dos registros frente à identificação dos pacientes, dos fatores de riscos associados aos fatos acontecidos e meios utilizados para sua autodestruição, como também dos requisitos da capacitação dos tratamentos, a fim de possibilitar medidas de prevenção da violência autoinfligida (WHO, 2016b).

Em decorrência, com a monitorização de dados da violência autoinfligida, um sistema eletrônico de entrada de dados para cada novo evento será salvo, e registrará fatos reais sobre a extensão repetidas das tentativas de suicídio e automutilação por hospital e por região geográfica que poderá informar o planejamento e a implementação dos programas de tratamento desse tipo de violência autoinfligida, como por exemplo, o modelo de tratamento na Irlanda onde é feita com a abordagem da terapia comportamental dialética, implantada para pessoas com repetência a tentativas/ à automutilação (WHO, 2016b).

E ainda, também outro estudo nos Estados Unidos, confirma que a terapia comportamental dialética (TCD), demonstrou reduzir comportamento de risco de suicida em adultos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Esse, sistema de informação em saúde sobre tentativa de suicídio deverá ser composta por um coletor de dados para colher pós-tentativas de suicídio e automutilação (informações gerais, dos meios, e nos aspectos sociodemográficos, psicossociais e características mentais), um técnico em consultoria, uma equipe de gerenciamento representante do Ministério de Saúde (médico de emergência, psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, sistema de informação e bioestatística) deve ser de prioridade e de sustento financeiro pelos governos nacionais e pelo Ministério da Saúde (WHO, 2016b).

Ressalta-se, então, a importância do conhecimento sobre a tentativa anterior de dar cabo a vida, pois esta torna-se o principal fator de risco para o suicídio efetivo, em todo o globo (WHO, 2017c; 2016b) e que as tentativas de suicídio e/ou automutilações variam de país para país como também, suas características, os seus custos de implementação (WHO, 2016b).

Portanto, segundo a WHO (2016b), em um relatório global de 2014 sobre a prevenção do suicídio é importantíssimo a orientação e a manutenção do sistema de vigilância da saúde para as tentativas de suicídio e casos de automutilação que aparecem nos hospitais gerais, com

base nos registros médicos (WHO, 2016b). Entretanto, o número de países que estabeleceram este sistema de vigilância para as tentativas de suicídio são limitados e a comparação entre sistemas criados é muitas vezes dificultada pela diferença entre sistemas, por isso a OMS em 2016, cria “Manual de prática para estabelecer e manter o sistema de vigilância para as tentativas de suicídio e automutilações.”

A capacitação dos serviços de saúde, o estudo e principalmente/essencialmente a melhoria da vigilância, o monitoramento das tentativas de suicídio e da automutilação são primordiais para prevenir o suicídio e necessário para todos os países ainda mais que de acordo com o relatório da OMS que a Prevenção do Suicídio é um imperativo global, enfatizando a vigilância destas violências. Inclusive, este relatório, aborda que todos os Estados-Membros da OMS devem se comprometer trabalhar em função ao objetivo global de reduzir a taxa de suicídio nos países em 10% até 2020, de acordo com o plano Mental de Ação em Saúde, 2013-2020 (WHO, 2016b)

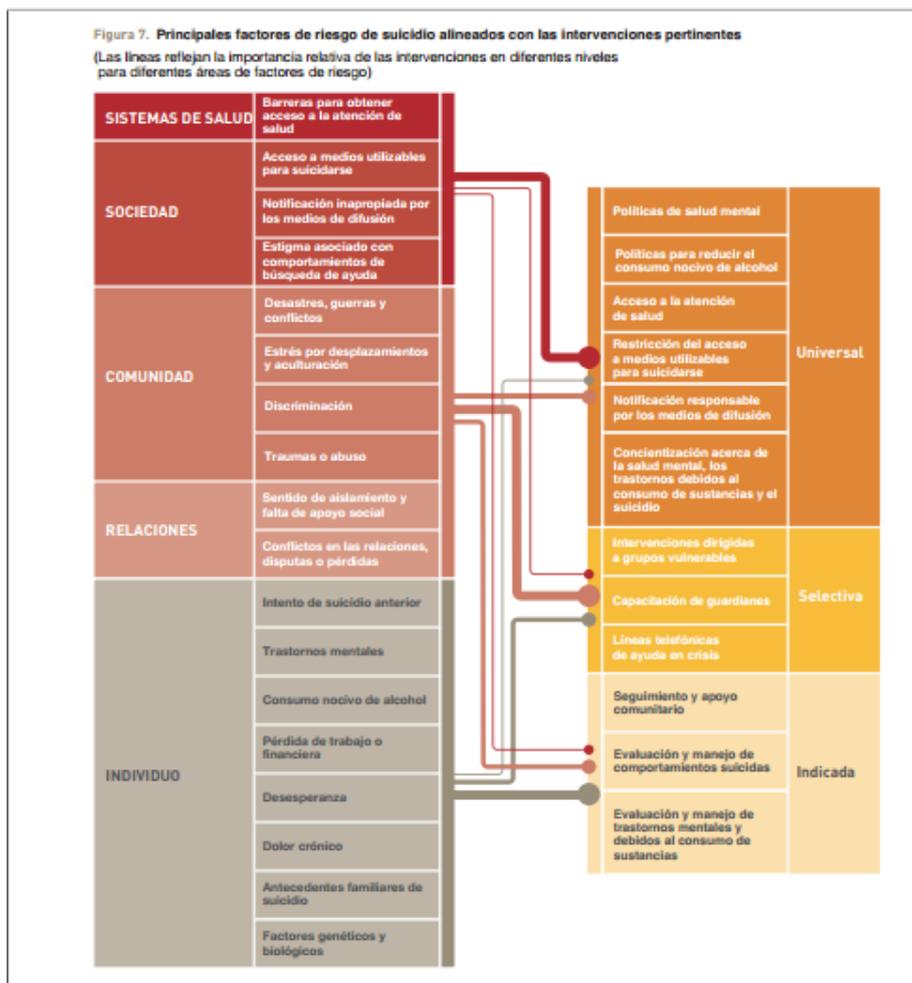


Figura 4 – Principais fatores associados ao suicídio e intervenções possíveis.
Fonte: WHO, 2014.

De acordo com Botega (2015), há características diferenciadas para grupo de pessoas que tentam suicídio e os que cometem suicídio. Uma dessas características, por exemplo, há o grupo de tentativa de suicídio que se utiliza de meios menos letais e o grupo de suicídio que se utilizam de meios mais letais. Mas, entretanto, qualquer ato de autodestruição, mesmo sem intenção letal indica maior risco de suicídio.

Segundo a WHO (2014), pesquisas já existente sobre características de letalidade por sexo e idade, sobre tentativas de suicídios em países de renda alta, lamentavelmente, não em países de renda baixa e média, têm como resultado que mortes por suicídio em homens é maior do que em mulheres e tem um aumento gradual na letalidade masculina na segunda idade. Ademais em países de renda baixa e média a letalidade destacada ocorre em hospitais gerais por várias tentativas de lesões autoinfligida, e já a tentativa de suicídio por ingestão de pesticida também em países de baixa e média renda ocorre nos hospitais rurais destes países.

Interessante ressaltar conforme foi citado acima, pesquisa confirma, que o número de tentativas de suicídios supera o exposto estimado por 800 mil suicídios a cada ano, e podem ser implantadas intervenções multissetoriais abrangentes de baixo custo e efetivas baseadas em evidências nos indivíduos e população, para evitar o suicídio e suas tentativas (WHO, 2017c) .

No entanto, não há um registro de abrangência nacional de tentativas, (BOTEGA, 2015).

Portanto, diante desse fato a OMS, fez a padronização, o método de coleta de dados em 1989, pelo WHO/EURO *Multi-centre Study on Parasuicide*, através dos casos de tentativas de suicídio em 16 hospitais de correspondência de 100 a 300 mil habitantes em 13 países da Europa. Como exposto, nesta pesquisa, observou-se que as taxas estimadas de tentativas de suicídio variam, por ano, 69 a 462/100 mil habitantes, para mulheres e de 45 a 314/100 mil para homens e também tem apresentado aumento: entre os jovens e jovens adultos, e concomitantemente evidenciou-se a maior taxa presente entre as mulheres em relação a homens, desse modo, em média, a relação mulheres/homens equivale a 1,5:1 (SCHMIDTKE, et al., 1996).

Além disso, a preferência de modo geral, do meio utilizado para as tentativas, implica em vários fatores culturais e opcionais; os meios letais, para os indivíduos principalmente do sexo masculino, com intenção ao ato autoagressivo destrutivo e os meios menos agressivos para as mulheres realizados por autoenvenenamento por pesticidas/chumbinho e overdose de medicamentos (BOTEGA, 2015).

No Brasil, as tentativas de suicídio são preponderantes por ingestão por overdose de medicamento ou venenos (BOTEGA, 2015).

Portanto, no Brasil, as internações por meios mais frequentes de tentativas de suicídio têm sido autointoxicações por medicamentos e substâncias biológicas, isso no sexo feminino, já os homens, de acordo com as taxas de internação total do ranking por autointoxicação, estão a autointoxicação por álcool. Como exposto, pesquisadores, discutem a necessidade de restrição aos principais meios de tentativas de suicídio por autointoxicação e por fatores associados, uma vez que eles podem ajudar a encontrar forma de prevenção (MONTEIRO et al., 2015).

Nota-se que os registros não muitos confiáveis na precisão de diagnóstico no ano de 2000 a 2014, de taxas de internações do SUS por 100.000 habitantes de tentativas de suicídio no Brasil, apresentam a faixa etária de adultos jovens, na região Sudeste, com resultados de idade entre 20 a 39 anos, com maior taxa, logo a seguir o grupo de 40 a 59 anos e constantes para 19 anos e idosos. Entretanto, há preocupação nas taxas de morbidade por tentativas de suicídio em idosos brasileiros e melhoria na qualidade dos dados do sistema de informação e da notificação compulsória (PINTO; ASSIS, 2015).

No que se trata da relação das condições psicossociais, na Suécia é afirmado que as mulheres depressivas e com ansiedade comórbida/aposentadas por invalidez, com condições sócio-demográficas precárias, necessitadas de cuidados em saúde, medicadas com antidepressivos e em combinação com benzodiazepínicos (RAHMAN et al., 2014), usado para crise de ansiedade e distúrbio do sono (WASSERMAN et al., 2012), pode contribuir com o aumento de tentativas de suicídio (RAHMAN et al., 2014).

Rahman et al. (2014) informam que estudos mais investigativos são justificados para examinar esse grupo de mulheres da Suécia que fazem a associação de dosagem de medicamentos prescrito como o antidepressivo combinados com os ansiolíticos, sobre o risco de tentativas de suicídio e subsequente o suicídio. Ressalta-se aqui que estes estudos devem considerar os grupos diversos, tais como os sociodemográficos e os socioeconômicos.

Ademais, ausência de um emprego formal, também, pode agravar mais a saúde do indivíduo que tenta suicídio, pois apresentam dificuldades para dormir e mal-estar psíquico/baixa autoestima (FLODERUS, et al., 2005).

Niederkröthaler et al., (2016) citam que os indivíduos com história de tentativa de suicídio têm elevado risco de marginalização no mercado de trabalho, definidos estes como: desemprego, aposentadoria por invalidez pelos transtornos mentais e as repetidas tentativas de suicídio em que se relaciona com variáveis socioeconômicas.

Neste contexto citado acima, é importante ressaltar que mulheres vítimas de violências de forma geral, principalmente as físicas quanto as sexuais se associam aos problemas psíquicos, e de relacionamentos sociais, estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, uso de substâncias psicoativas, maior uso de comprimidos, problemas de saúde mental, abandono do emprego, e associações mais significativas, são as violências sexuais que se associam com as tentativas de suicídio (SOUZA et al., 2013).

O programa de prevenção de suicídio, o *Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicide* (SUPRE-MISS) da OMS, de inquérito populacional, para avaliar as estratégias de tratamento de pessoas que tentaram suicídio e suas prevalências, ocorreram em nove cidades, dentre elas, a do Brasil. Esse inquérito ocorreu devido à falta de dados sobre o comportamento suicida em outros países e países em desenvolvimento em 2002 e fazem parte os seguintes lugares: Brisbane na Austrália, Campinas no Brasil, Chennai na Índia, Colombo no Sri Lanka, Durban na África do Sul, Hanoi (Vietnã), Karaj no Irã, Tallin na Estônia e Yuncheng na China (WHO, 2002).

Nesse estudo, as prevalências para tentativas de suicídio variaram de 0,4 e 4,2% (BERTOLOTE et al., 2005).

No Brasil, o inquérito domiciliar realizado em Campinas, de acordo com a pesquisa (SUPRE-MISS), estima à prevalência de 2,8% para tentativas de suicídio e a predominância é feminina. No entanto, apenas uma pessoa teve atendimento na emergência, visto ainda a consideração dos últimos 12 meses, a frequência das tentativas de suicídio seriam 0,4%. (BOTEGA et al., 2009).

Pesquisa recente, sobre os gastos financeiros das tentativas de suicídio, realizadas no hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas – São Paulo, verifica-se que esses pacientes, chegaram ao hospital de ambulância e suas internações são por mais tempo e quanto aos pacientes portadores de doenças obstrutivas coronariana, eles demoram apenas entre 10 a 15 dias. Evidencia-se uma rigorosa administração laboratorial por meios de autointoxicação e exames de imagem do crânio, em caso de pacientes inconscientes. É interessante observar que, se tratando do grupo de tentativas de suicídio, o gasto familiar aumenta significativamente, pois um familiar ausenta-se do trabalho para dar apoio emocional ao paciente e por temer que este repetirá sua tentativa de suicídio (SGOBIN, et al. 2015).

De acordo com o exposto, as tentativas de suicídio geram um impacto social, econômico nos serviços da saúde, e um efeito psíquico e social no indivíduo e em seus familiares, como também grandes ônus em função da incapacitação da duração da consequência da tentativa de se autoexterminar (BOTEGA, 2015).

Em função da ausência de dados para as tentativas de suicídio, também é refletido no resultado que mostra pouca compreensão dos serviços clínicos e de gestores do setor público de saúde em função do impacto do comportamento suicida nos serviços médicos (BOTEGA et al., 2009).

Botega (2015) ressalta que os pesquisadores deveriam ultrapassar a fase de fatores de risco e de fatores de proteção da violência autoinfligida, para integrarem novos conhecimentos a fim de compreender o comportamento humano, de forma a possibilitar um olhar mais detalhado sobre o comportamento suicida e, assim, criar estratégias específicas para cada grupo populacional e possibilitar medidas de tratamento e prevenção .

Ademais, pesquisas recentes (2006-2009), constata que, em alguns países, existe uma alta prevalência de suicídio e tentativa na vida adulta tardia. Este fato tem mobilizado estudos sobre o assunto nos países da América do Norte, Europa e Ásia. Ainda, nesses continentes, com exceção da Ásia, as mulheres idosas produzem mais tentativas de autodestruição, e os homens chegam ao final do ato consumado, por usarem meios mais potentes. Em 2010 a 2013, pesquisas demonstraram que o suicídio aos 70 anos ou mais é oriundo de dificuldades de relacionamento com outrem, esquizofrenia, acontecimentos precedentes, diferença de sexo, raça, automutilação e carência de assistência social (MINAYO; CAVALCANTE, 2015).

Interessante, observar também no Brasil que a taxa de suicídio é predominante no sexo masculino e, alta de acordo com o aumento da idade. (BOTEGA, 2015).

Atualmente há uma grande proporção de casos entre os adultos jovens, do sexo masculino, para a autodestruição e, principalmente, no Brasil (BOTEGA, 2014).

Os fatores que predisõem estes jovens são: a desesperança, a sanidade mental, as tentativas anteriores, o uso de álcool ou outras drogas, os traumas, os conflitos familiares e nas relações em geral, na impulsividade, na falta de recursos sociais e o efeito *werther* (KUCZYNSKI, 2014), este contágio/ efeito *werther* (forma de divulgar a notícia de outros suicídios, deverá tomar cuidado para não ser atitudes aceitáveis/motivação), é realizado nas mídias e também através do uso das redes sociais , oportuniza-se a prática do *bullying*, que é um tipo de violência e dessa forma, predisõem jovens a cometerem suicídio (MARINHO; CAVALVANTE, 2016).

Não obstante, em crianças, o suicídio é raro; e os mais precoces aos cinco anos, de maneira excepcionantes, e quando acontece é mais comum nas grandes cidades, local onde a vida social começa mais cedo. A autodestruição aumenta conforme o efeito do envolvimento do homem na sociedade (DURKHEIM, 2000).

Visto que, a imaturidade cognitiva funciona como agente protetor contra a violência autoinfligida (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Observa-se que em toda nação e classes culturais o autoextermínio é menor na infância e na adolescência antes da idade de 15 anos, mas acentua-se no término da puberdade e no começo da terceira década de vida (SHAFFER; FISHER, 1981).

Constata-se que é nos grandes centros urbanos e não na área rural, que tanto o suicídio como a loucura são comuns, devido às causas sociais dos quais dependem e são mais intensas (DURKHEIM, 2000).

Atualmente, de acordo com as pesquisas em saúde, a violência autoinfligida tem aumentado nos grandes centros urbanos (MINAYO, 1998).

Diante dos fatores mencionados, Botega (2015) cita outro que é a fé, pois ela protege contra o suicídio quando sustenta um comportamento saudável ao indivíduo e existe fé, mas também existem crenças que aumentam o estigma sobre o suicídio e, ao mesmo tempo, sustenta comportamentos contrários à tratamentos médicos, como por exemplo, o judaísmo proíbe matar, mas não esclarece se aplica de forma particular; o Talmud condena o suicídio e proíbe rituais para o suicida, somente em casos de o mesmo ter sido portador de doença mental, tortura, honra e castidade. O protestantismo, afirma que as pessoas tiram suas próprias vidas pelo demônio, mas suas práticas em que não existem confissões, há o livre arbítrio e seus precedentes históricos podem induzir ao aumento de suicidas quando comparados aos católicos. Já a religião espírita, prega que a extrema infelicidade abate sobre um espírito, quando acometido do ato de tirar sua própria vida. No umbanda, candomblés não possuem definições claras sobre o suicídio.

Ainda na sequência, o Islamismo condena o suicídio e os países islâmicos têm baixas taxas de suicídio. Já o Hinduísmo, condena o suicídio, mas o suicídio por inanição (*sallekhana*) é acordado por certos grupos religiosos. Em relação ao Budismo e Xintoísmo, na China através do budismo, o suicídio era considerado honra de vingança contra o inimigo. Ademais, na cultura japonesa influenciada pelo xintoísmo e budismo segue a mesma tradição destas religiões. Já, no Japão, atualmente, há um grande número de suicídio de jovens de forma individual ou grupal, devido ao mau desempenho escolar (BOTEGA, 2015).

Diante dos fatos supracitados, Minayo (2005) afirma que em relação à violência são necessárias na saúde pública brasileira ações de intervenções eficazes não só curativas, mas também preventivas objetivando tratar as vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais.

Embora a violência não seja objeto específico da área de saúde, cabe a esse setor atender as vítimas da violência social, bem como elaborar estratégias de prevenção e promoção da saúde (MINAYO; SOUZA, 1998).

Minayo (1998) acrescenta que as pesquisas da área da saúde e epidemiológicas demonstram crescente aumento do suicídio e suas tentativas nas grandes cidades e que essa autoviolência tem um forte indicador social e emocional. Esse assunto demanda o envolvimento multidisciplinar para a observação dos riscos e as possíveis prevenções.

Concluindo, Melo (2010) evidencia que combater a violência no cotidiano recupera, em cada espaço, a condição de sujeito e seu potencial interativo pela fala e, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), enfatiza a necessidade de se garantir a saúde e assegurar a entrada universal e igualitária dos indivíduos aos serviços desse setor, bem como a formulação de políticas sociais e financeiras que proporcionem a qualidade de vida para a população e a redução dos riscos de doenças.

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 O suicídio na visão de Durkheim, Freud e Botega

Segundo Émile Durkheim (2000), cada sociedade está predeterminada a fornecer um número regular de suicidas; a evolução do suicídio se relaciona a cada momento da sua história, sendo as taxas produtos das condições/fatores sociais. Durkheim é o pai da Sociologia e se inscreve na corrente positivista do pensamento, sem, contudo, deixar de lado a dimensão moral. Ao aplicar a metodologia sociológica no estudo do suicídio, iniciou, de forma efetiva, a possibilidade da sociologia.

Para o autor, há sobre o indivíduo uma determinação social e, ele procura demonstrar tal postulado com dados empíricos – daí surge sua obra clássica “O Suicídio”, cujas teses ainda são válidas até hoje, sendo, portanto, atuais. Sua principal preocupação é identificar o papel dos fatos sociais, no comportamento do indivíduo – no caso, o suicídio – numa perspectiva distinta da abordagem psicológica.

Os fatos sociais, por excelência, as normas sociais moldam e controlam os indivíduos; elas os educam e exercem coerção sobre eles, sendo exatamente a coerção exercida, elemento essencial que identifica os fatos sociais. Para Durkheim, o meio físico tem certa influência, mas o que influencia fortemente o ser humano é o meio social, com qual ele interage; o suicídio se insere nesta compreensão metodológica e, em longas páginas, Durkheim se ocupa em demonstrar, com números, a sua causação social.

Durkheim identifica três tipos de suicídio: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico. O suicídio egoísta ocorre quando o grupo a que o indivíduo pertence se desintegra e, com isso, menos amparado ele se sente moralmente. A forma com que a sociedade se organiza faz do indivíduo uma vítima para autodestruição. Dessa forma, quando há família, trabalho, religião e sociedade política ou outro grupo, ele encontra-se fortemente estabelecido em seus relacionamentos, torna-se saudável para o indivíduo e colabora para a vida e não para a morte. Há ainda fatos que estimulam a integração social e levam os homens a se aproximarem para enfrentar o perigo, por exemplo, a guerra e as comoções sociais (DURKHEIM, 2000).

O suicídio altruísta, em contrapartida, ocorre quanto mais for exagerada a integração do indivíduo à sociedade. As extremidades podem induzir ao suicídio; o extremo individualismo em relação à sociedade quanto à total excessividade de integração a ela. E ainda para o clássico autor, existem diferenças de crenças e culturas, até culturas religiosas que tendem a favorecer ao suicídio ou não. Por exemplo: em relação à cultura, as viúvas de

costumes hindus são obrigadas pela cultura de sua sociedade a suicidarem, após a morte do marido. O cristianismo opõe ao suicídio, enquanto que o panteísmo é uma religião radical, nega a individualização e induz este tipo de suicídio altruísta. Ademais nos exércitos há uma forma doentia de ideologia, pois os soldados preferem a morte à humilhação, como também são treinados a renunciarem a si próprios em prol de sua nação, e ainda devido ao fenômeno da imitação dos suicídios no exército, decorrente da predisposição das armas, facilitando o suicídio (DURKHEIM, 2000).

O suicídio anômico é consequência de desequilíbrios sociais, decorrentes das crises políticas e financeiras; as condições sociais em que o indivíduo se amparava são modificadas, há ruptura da autoridade embasada pelas regras tradicionais e os indivíduos, perdendo as referências, tornam-se vulneráveis ao suicídio. As crises econômicas representariam grande distúrbio da ordem social, com perda de renda, desemprego e dificuldade em aceitar a situação; por outro lado, a ganância diante da riqueza sem limitações, o progresso a qualquer preço e o exagero nas competições do mercado induzem a uma vida produtiva de má qualidade humana. As relações sociais humanas se tornam doentes, em decorrência da indústria e do comércio; há uma grande indisciplina; o trabalho torna-se violento e difícil e as classes se desintegram. A sociedade perturbada por mudanças bruscas e por grandes conflitos se torna incapacitada para exercer regulação no homem, deixando-o com o sofrimento, o desamparo e desespero; com isto, fica vulnerável ao comportamento suicídio anômico. Em leitura mais atual, Habermas retoma o conceito de anomia para explicar a desintegração do tecido social, provocada pela colonização do mundo da vida pelo sistema (MELO, 2010) e, inspirados nesta tese, Tavares et al., (2016) explicam a violência e sua relação com a vulnerabilidade social.

Numa outra tradição, Freud (2010), retratando as exigências impostas pela civilização e a cultura sobre o indivíduo, deixa claro que o psiquismo e a civilização estão integrados e que a busca da segurança, em vez da felicidade, causa restrições aos instintos, podendo, conseqüentemente, estar atrelada ao suicídio, caso o sujeito não tenha capacidade de reagir.

Durkheim (2000) durante o século XIX, designa o conceito de rede integrada, ou seja, de uma conexão estabelecida entre os indivíduos e ou grupos que se relacionam entre si em uma sociedade por meio da corporização; solidariedade. Dessa forma, há prevenção do suicídio e suas tentativas sobre o indivíduo. O autoextermínio abala a consciência moral, dessa forma, converte-se num fenômeno patológico social. Ainda mais, as correntes suicidógenas estabelecem a morte quando imoderadas. Contanto que, para haver a prevenção

da violência autoinfligida, o autor relata há várias consequências e visões práticas e tipos de ações como:

Há necessidade também da sensibilidade coletiva, pois o suicídio é o custo da civilização, è preciso que haja renovação social, quando muda a educação que contém o suicídio. Bem como, através dessa educação influência com que os grupos sociais acolhem o indivíduo e que o indivíduo se apoie nesses grupos também. Entretanto, a sociedade política necessita aproximar destes ideais de solidariedade, o indivíduo precisa sentir objetividade no que faz e que a ideia de Pátria não fique distante.

O grupo religioso é imune ao suicídio quando sua constituição é forte (quando para o indivíduo, Deus, regula seus atos e a igreja o seu corpo real). Todas as religiões, sem exceção, precisam continuar a caminhar junto com o mundo, uma vez que equilibre os desejos humanos. O homem com alta religiosidade e fé, é necessário para este dar valor às outras coisas que não sejam materiais.

O grupo familiar, é a base da sociedade, previne a violência autoinfligida quando íntegra e unida, há necessidade da família continuar unida, mesmo frente ao desenvolvimento. A desunião, isolamento, torna a família frágil e propulsiona ao suicídio. O grupo familiar é substituído pelo grupo territorial, indivíduos de um mesmo território, independente do laço hereditário, formulam seus costumes, e se tornam agregados, tem como matéria a vizinhança e relações com fisionomia diferenciadas. Aos poucos as divisões administrativas territoriais misturam-se e deixa de ter a sua antiga individualidade moral, tanto que de uma cidade para outra as semelhanças aumentam.

O grupo de trabalho, em que a sua existência é fortificada pela cooperação, o indivíduo gasta mais tempo e interage moralmente. Atualmente, esses grupos têm relações superficiais, se veem como concorrentes dos cooperados, de moral fria e distante. Neste contexto, a anômia aqui é o resultado de uma sociedade enfraquecida e desigual, quase sem solidariedade. Então, para conter o suicídio anômico conjugal, é tornar a união conjugal mais solúvel e para isto; é necessário igualdade de gênero, reduzir o conflito moral entre os dois sexos.

As pessoas que se matam, para o autor, são devido à incerteza das necessidades e a falta de sentido na vida e no trabalho. A cooperação, tem como resultado uma grande produção e aumento na economia. Portanto, o mal-estar em que sofre o homem tem crescido, devido à escassez moral e não econômica. A moral humana possui um sintoma, que é o crescimento da morte/suicídio. Cabe aqui uma reforma na estrutura social... Transforma uma e cura a outra.

Ademais, a força única que resistiu ao conflito social, é o ESTADO, no entanto, ele está longe dos indivíduos. Como consequência disto, para o homem resta o egoísmo, pois não se submete as leis, quando percebe que acima dele não há nada solidário. Na anômia da ganância, este indivíduo sem limites, renúncia o amor pelo progresso; uma vez que se encontram inquietos diante da economia, e à falta de regra social. Logo, para resolver a perturbação que a anômia causa, é preciso reduzir a desigualdade, criar nova moral e difundir a solidariedade.

Nas sociedades contemporâneas, com a presença do avanço do suicídio e o mal-estar da humanidade, advém das mesmas circunstâncias. Não é possível, para o clássico autor determinar com certeza as causas do suicídio, elas sofrem mudanças e são causas práticas e atuais. Então, para sua época o autor, fez uma alerta para a sociedade de alguns pontos básicos que motivam o suicídio ao amenizá-lo, diminui a tristeza coletiva das sociedades civilizadas. Sendo que, para este objetivo é necessário encontrar no passado os nutrientes de vida nova de um estudo especial corporativo e as leis de seu progresso.

Durkheim faz previsões para o futuro, quando deixa claro que ao nomear particularmente as causas/o veneno para o suicídio, que irão também se desenvolver no futuro, e provavelmente, uma delas deverá ser a organização trabalhista, só que de uma forma mais saudável do que no século XIX. Mas, somente, depois de uma pesquisa especial, sob o regime corporativo e as leis de sua evolução, e dentro da realidade social na prática e em época presente que terá as conclusões. Logo, a realidade social é complexa e desconhecida para poder ser prevista.

O próprio Durkheim (2000, p. 513) nos relata e conclui:

[...] Só o contato direto com as coisas pode dar aos ensinamentos da ciência a determinação que lhes falta. Uma vez estabelecida à existência do mal, em que lhe consiste e de que depende, quando se conhecem, por conseguinte, as características gerais do remédio e o ponto em que ele deve ser aplicado, o essencial não é fixar de antemão um plano que prevê tudo; é por resolutamente mãos à obra.

A civilização cresce sobre a renúncia pulsional imposta pelo sacrifício da sexualidade e a inclinação agressiva de todo ser humano. Por meio do progresso da ciência, o homem frustra as suas pulsões. A evolução cultural apresenta a luta entre o instinto de vida e o instinto de morte, proveniente da vida humana. O progresso cultural pode diminuir as possibilidades de ser feliz e aí advém o sentimento de culpa dos neuróticos, adoecendo o ser humano, e juntamente com o medo da crítica, faz surgir a necessidade do castigo, e que por influência do Super-eu-sádico, torna-se masoquista e tende a utilizar o instinto para a destruição interna (FREUD, 2010).

Nesse mesmo contexto, Botega (2015), com outra tradição, mesmo influenciado pela psicanálise, exerce em sua prática a abordagem cognitivo-comportamental como também a psicologia humanista, para este autor existem as crises vitais, aquelas, que ocorrem ao longo do desenvolvimento humano e as crises circunstanciais, que são originadas através de acontecimentos excepcionais e raros que às vezes fogem ao controle do indivíduo.

A propósito, na crise suicida, há uma intensificação da doença mental ou um conflito emocional oriundo de momentos tenebrosos e insuportáveis. Ambas as condições, podem levar ao colapso existencial e desamparo. Então, o indivíduo sem perspectiva de vida, fica vulnerável ao suicídio, como forma de solucionar a sua agonia (BOTEGA, 2015).

Diante do fato em que a capacidade do indivíduo em controlar sua vida fica restrita, cabe ao profissional acolher o indivíduo, indicar internação hospitalar ou residencial, prescrever medicações, encaminhar a uma psicoterapia de crise e outra, orientar a família. Pois, o suicídio e a dinâmica familiar, se relacionam pela teoria cognitiva comportamental. E ainda nessa abordagem, a violência autoinfligida é um comportamento em que as opções íntimas e as interferências sociais estão entrelaçadas (BOTEGA, 2015).

Portanto, para Botega (2015), envolvido com a pesquisa brasileira, não há uma maneira única de olhar o problema do suicídio, pois é um problema multifatorial e complexo do ser humano, Sendo este indivíduo marcado pelas crises ao longo de sua existência no mundo. Na descrição, sobre Crise, ele relata que a palavra *crise* advém do grego *Krisis* – divisão. O verbo *krinein* denomina separar, decidir, “julgar”. *Krisis* é a atitude ou “faculdade” de escolher e tomar decisão; é o momento decisivo, penoso de romper, tomar atitudes, “julgar”. Temos ciência que “os derivados *kriterion* (critério-faculdade de julgar) e *kritikos* (crítico-capaz de julgar)”. Então, segundo esse autor, a primeira crise pertence às crises vitais do desenvolvimento humano e surge à medida que envelhecemos, durante a dificuldade na mudança de uma fase de vida à outra.

Nesse sentido, de reforçar as atuais explicações de Botega (2015), sobre outro tipo de crise que são as crises circunstanciais; de difícil controle em que o indivíduo perpassa, ressalta a importância, das consequências opressoras psicossociais sobre um evento diante do inesperado, do acontecimento intolerável, que pode levar a uma exaustão existencial e gerar um desespero penoso, variando segundo a forma que afeta o indivíduo com baixa resiliência psicológica, em que este não sabe fazer desta crise uma nova perspectiva de vida, sem solução e como forma de acabar com o insuportável sofrimento, pode levá-lo a cometer o suicídio, palavra que existe desde o séc. XVII, ato de autodestruição total à vida. Do mesmo ponto de vista, Durkheim (2000), aborda as consequências dos fatores sociais em que afeta o indivíduo,

e o suicídio que é um fato social, é a amostra da condição de uma sociedade com laços sociais enfraquecidos e ou mesmo ausentes induzindo o homem ao desamparo total e a sua autodestruição .

Em afirmação em seu livro, Durkheim (2000), declara o suicídio como o fenômeno social, o mal-estar que a sociedade do ocidente sofrera durante os séculos XIX e XX , pela fragmentação do trabalho social e competitividade exacerbada. Desse modo, diante da crescente urbanização e industrialização neste período, induziu o homem a negligenciar as questões morais e suas tradições, visto que a religião cristã não sustentava mais esta sociedade ocidental. O homem diante de sua crise de moralidade existencial da época se dissocia socialmente, e reage originando o aumento das taxas de suicídio :

Nesta condição também, nesse séc. XX, atrelado a transformações sociais de grande progresso e descobertas científicas, e também grande instante, intrigante, estimulador do comportamento competitivo da época e da ganância, o pai da psicanálise, Freud (2010) , ressalta a relação de consequências do reflexo da civilização, já que esta foi criada pelo próprio homem para o seu progresso e em que, ao mesmo tempo, sendo uma luta de vida e morte. Portanto, quando essa civilização, progresso está em exagero, autodestrói o homem, induzindo-o a extrema desesperadora ação final na solução do problema do mal-estar. Freud (2010), afirma que a própria sociedade por meio da cultura, pode gerar forças destruidoras que predisõem ao trauma e ao desvalimento do indivíduo. Deste modo, há falta de princípios nos relacionamentos sociais, que neste instante anula a satisfação do sujeito, deixando-o sem defesa, induzindo-o a autodestruição, ou seja, o seu gozo em desarmonia com seu próprio corpo descaído, torna-se impotente para reagir as pressões do meio. Para tanto, este homem, renuncia sua sexualidade e potencializa-se a sua agressividade, abre mão total de suas pulsões de vida, suas satisfações, pelos fatores extremos da civilização, ele se autodestrói.

Enfim, Botega (2015), Durkheim (2000), Freud (2010) de acordo com suas teorias sintetizam de forma a significar que o homem com baixa resiliência psicológica, torna-se escravo do seu próprio sistema criado que é a civilização, dessa forma se isola de seus laços sociais e em grande desamparo frente às crises circunstanciais, como meio de acabar com esse mal-estar insuportável se autodestrói .

3 HIPÓTESE

Suicídios e tentativas de suicídios se associam com condições socioeconômicas, culturais e emocionais.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Estudar o perfil de morbimortalidade da violência autoinfligida, especificamente, tentativas de suicídio, em Betim-MG.

4.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil sociodemográficos dos participantes
- Analisar os fatores associados às tentativas de suicídios em Betim.

5 CARACTERIZAÇÃO DE BETIM

Betim, cidade codificada municipalmente com o número 3106705; é o município da região metropolitana de Belo Horizonte, tem uma população estimada em 2016 de 422.354 habitantes (IBGE/2016) e apresenta uma área da unidade territorial 2015 de 343, 856 (Km²). Organiza-se administrativamente em dez regiões (Alterosas, Centro, Citrolândia, Icaivera, Imbiruçu, Norte, Petrovale, PTB, Terezópolis e Vianópolis) (IBGE, 2016).

Distribuição das gerências administrativas, Betim, 2013

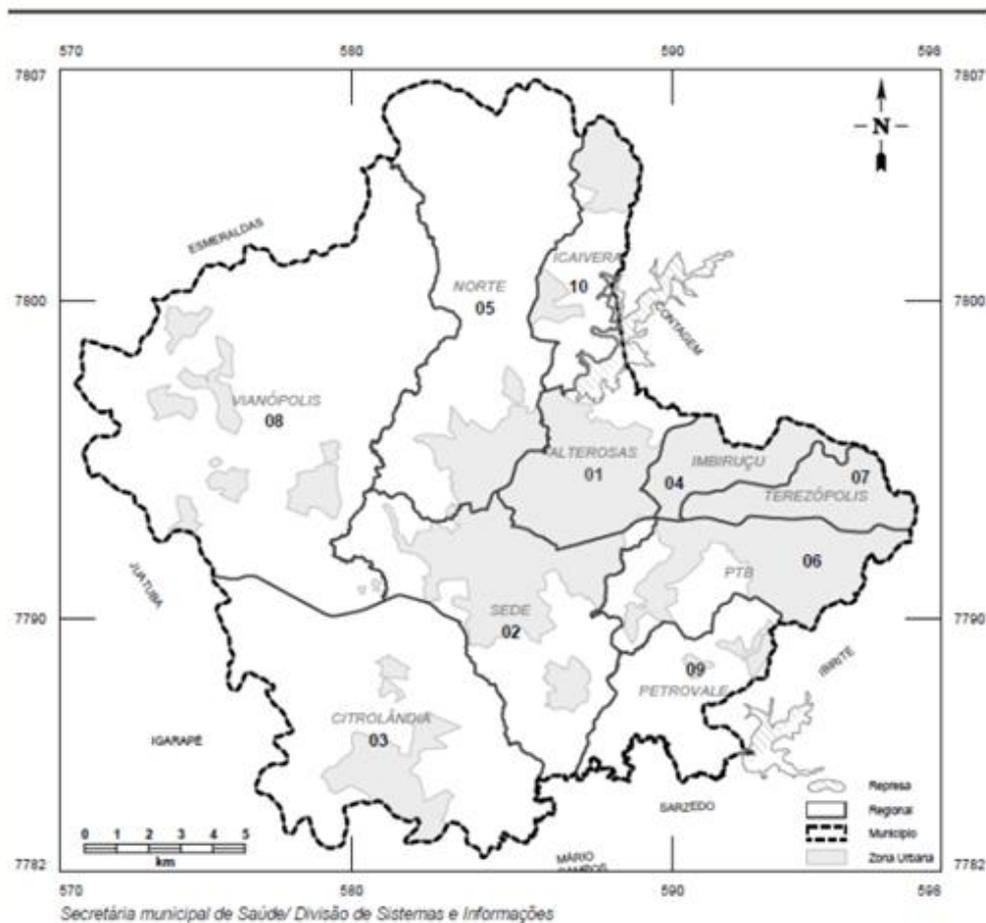


Figura 5 – Distribuição das gerências administrativas, Betim, 2013

Fonte: Secretária municipal de Saúde/Divisão de Sistemas e Informações.

Entretanto, a região de Saúde de Betim é organizada de forma abrangente por treze municípios de correspondência às macrorregiões para o Estado de Minas Gerais, que forma o nível regional e de correspondência ao nível de atenção terciário, que deverão ser o território de ampliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme o mapa a seguir (BETIM, 2013).

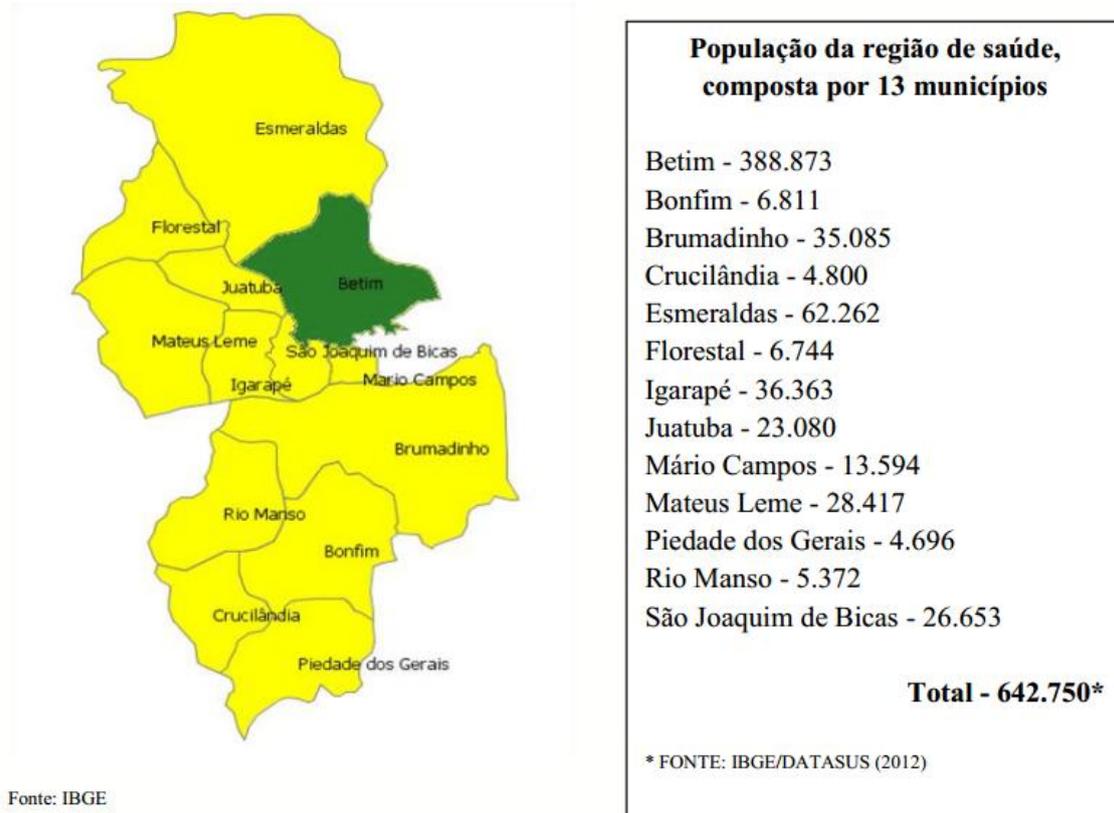


Figura 6 – População da região de saúde, composta por 13 municípios.
Fonte: IBGE, 2012.

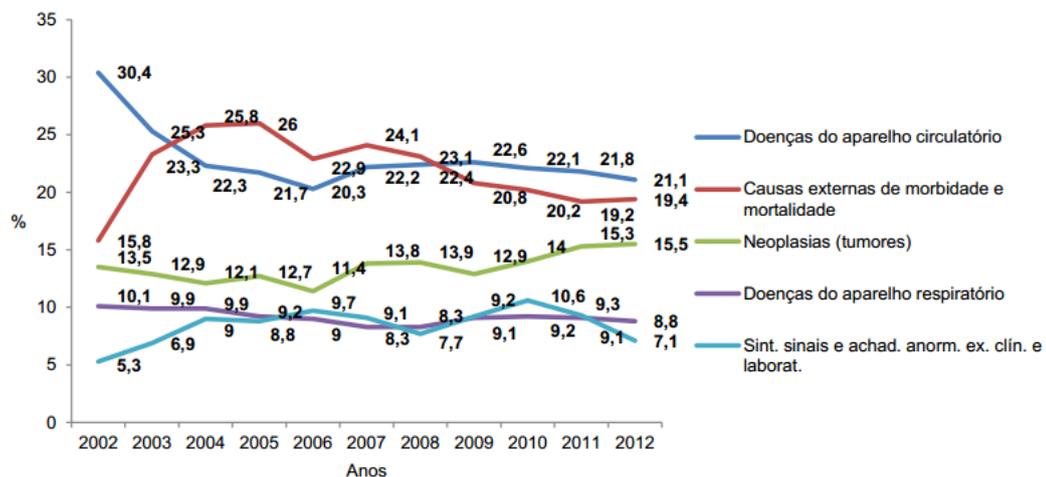
Portanto, segundo a figura 6, o município de Betim é o eixo central de assistência à saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde e também do Ministério da Saúde, que se somando aos municípios da Região de Saúde de Betim, compreende um total de 642.750 habitantes (BETIM, 2013).

Por isso, a Região de Saúde de Betim, possui 3,14% de percentual da população do Estado, de 10,12% da população da Região Ampliada de Saúde Centro e de 12% do contingente de pessoas da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (BETIM, 2013).

Em virtude desse fato acima descrito, os serviços de saúde de Betim estão sendo sistematizado de maneira que a Atenção Primária resolva por volta de 80% de suas precisões, com capacitação e eficiência, próxima a moradia de seus usuários. De acordo com a atenção de maior complexidade, a Unidade de Atenção Primária (UAP), encaminha o indivíduo e para estas ações serem executadas é fundamental a ação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BETIM, 2013).

Interessante ressaltar que no ano de 2012, no município de Betim, o primeiro grupo de óbitos de doenças do aparelho circulatório representam 21,1% e o segundo grupo tanto de morbidade quanto mortalidade foi às causas externas (acidentes e violências), com 19,4%. As neoplasias malignas encontram-se em terceiro lugar, com 15,5%, e o quarto lugar é o grupo das doenças do aparelho respiratório, com 8,8%, ver mapa ((BETIM, 2013).

Taxa de mortalidade segundo as cinco principais causas, residentes de Betim, 2002-2012



Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica / SMS / Betim – Sistema de Informação de Mortalidade, IBGE – dados populacionais.
Nota: dados atualizados em: 23/07/13. Sujeito a alteração.

Figura 7 – Taxa de mortalidade segundo as cinco principais causas, residentes de Betim, 2002-2012.

Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica/SMS/Betim-Sistema de Informação de Mortalidade, IBGE- dados populacionais. Nota: Dados atualizados em: 23/07/13. Sujeito à alteração.

Embora, mesmo diante das taxas de mortalidade acima demonstrado, a população de Betim, entre 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 2,12%, entretanto, a taxa brasileira foi de 1,17% no mesmo período. Já a taxa de urbanização do município, nesta década, passou de 97,26% para 99,27% (PNUD; IPEA; FJP 2013).

O IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano municipal de Betim no ano de 2010 corresponde a 0,749, segundo a fonte: Atlas Brasil Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (IBGE, 2016).

Importante ressaltar que, o IDHM está sendo útil para ambas às áreas, tanto para áreas prontamente relacionadas às dimensões existentes no índice (longevidade, educação e renda), quanto em áreas como infraestrutura, meio ambiente, esporte, e outros. Significa-se que indica que o IDHM é considerado uma Proxy utilitária para mensurar o nível de desenvolvimento de

uma região e, como resultado disto, na construção das políticas públicas (SALVE *et al.*, 2016).

Então, dessa forma, Betim é um dos predominantes polos industriais do Estado de Minas Gerais. Em 2011, o seu Produto Interno Bruto – PIB o colocou na segunda posição no ranking do estado, tendo a frente Belo Horizonte. “A participação de Betim está ligada à fabricação de automóveis, autopeças e refino de derivados de petróleo” (SALES, 2013).

De acordo com IBGE (2016), segundo análise de produto Interno dos Municípios no ano de 2010, contido na publicação ano 2013 do manual Regionalização e Alto Crescimento/ Uma análise sobre o crescimento de empresas nas Regiões Metropolitanas brasileiras, que diante da exclusão das capitais da análise do Produto Interno Bruto, mesmo assim é observável uma evidente concentração da produção brasileira na região Sudeste: sendo os onze municípios pertencentes a ela e estes municípios em 2010, assumem a geração de 8,6% da renda do País e eles são: (Guarulhos, Campinas, Osasco, São Bernardo do Campo, Betim, Barueri, Santos, Duque de Caxias, Campos dos Goytacazes, São José dos Campos e Jundiaí). Percebe-se que Betim é um dos municípios que tem abastecido o Brasil. Encontra-se entre os oitos municípios com maior valor agregado à indústria nacional em 2013. Nos quais cinco pertencem à região Sudeste (Campo dos Goytacazes/RJ, São Bernardo do Campo/SP, Betim/MG, São José dos Campos/SP, Guarulhos/SP) e municípios de: Brasília/DF, Manaus/AM e Parauapebas/PA. Betim, tem tido participação importante na indústria automotiva e pertence à Região Metropolitana (RM) ou Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE).

A população de Betim entre 2000 e 2010, cresceu a uma taxa média anual de 2,12%, entretanto, a taxa brasileira foi de 1,17% no mesmo período. Marca a década em que, a taxa de urbanização do município era de 97,26% e foi para 99,27%. Em relação à população de 18 anos ou mais que possui sua taxa de atividade correspondente (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,94% em 2000 para 73,22% em 2010 (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

A desigualdade de renda é descrita através do Índice de Gini (instrumento que mede o grau de concentração de renda), aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, seu valor é de 0 –1, sendo que 0 (todos possuem rendas iguais) e 1- (desigualdade/uma só pessoa detém toda a renda do lugar). Diante desse esclarecimento, a desigualdade financeira passou de 0,53 em 1991, para 0,50 em 2000 e para 0,47 em 2010 (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

Em 2010, entre as pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 1,79% trabalhavam no setor agropecuário, 0,64% na indústria extrativa, 21,66% na indústria de transformação, 10,47% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 14,24% no comércio e 44,50% no setor de serviços (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

Constitui o IDM Educação, indicador da população adulta, a porcentagem da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Percebe-se que neste município pesquisado, que as gerações passadas possuíam pouca escolaridade. Entretanto, em 2010, considerando-se a população de Betim de 25 anos ou mais de idade 6,82% eram analfabetos, 53,01% tinham o ensino fundamental completo, 34,95% possuem o ensino médio completo e apenas 6,53% o superior completo. No Brasil, essas porcentagens são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27% (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

De acordo com a estrutura etária da população, o índice de envelhecimento de Betim de 3,21 em 2000; passou para 4,55 em 2010. Portanto, a cidade está aumentando sua taxa de envelhecimento (razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total) (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

Segundo PNUD, IPEA e FJP (2013), em relação à avaliação de porcentagem de vulnerabilidade social em Betim, entre os anos de 1991, 2000, 2010 foi verificado que houve melhora; seguem alguns itens:

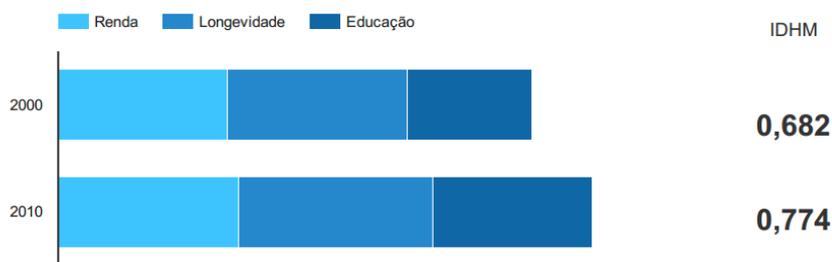
- a) **Condição de moradia-** (domicílios com banheiros e água encanada) 83,80% em 1991; 95,01% em 2000 e 98,75% em 2010.
- b) **Pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa-** 1991 (sem dados); 15,20% em 2000 e 7,37% em 2010.
- c) **Mortalidade Infantil-** 38,26% em 1991; 23,60% em 2000 e 12,68% em 2010.
- d) **Crianças de 6 a 14 anos fora da escola-** 16,83% em 1991; 4,86% em 2000 e 1,97% em 2010.
- e) **Trabalho e Renda/vulneráveis á pobreza-** 64,19% em 1991; 49,02% em 2000 e 23,98% em 2010.
- f) **Pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal-** 1991(sem dados); 44,04% em 2000; 27,01% em 2010.
- g) **Vulneráveis e dependentes de idosos-** 1,51% em 1991; 1,66% em 2000 e em 1,15% em 2010.

Betim que possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,749 em 2010, situa-se na faixa de Desenvolvimento Humano Alto entre 0,700 e 0,799; tendo como contribuintes para esse dado: 1º - longevidade com índice de 0,864, 2º renda com índice de 0,709; e 3º educação,

com índice de 0,687. Entre 1991 e 2010, o IDHM passou de 0,450, em 1991, para 0,749 em 2010, em contrapartida Brasil, passou de 0,493 para 0,727. Houve crescimento de 66,44% para o município e 47% para Unidade de Federação – (Brasil). Portanto, a relação de ranking de Betim encontra-se na 562^a posição entre os 5.565 municípios do Brasil segundo o IDHM (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

| Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

IDHM



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Figura 8 – IDHM

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2013.

Observa-se que de acordo com a análise dos dados da Figura 9, em 2014 em relação às finanças públicas, Betim obteve um lucro exorbitante, ou seja: sua receita orçamentárias realizadas – corrente resultou em R\$1.549.707 mil reais enquanto que suas despesas orçamentárias empenhadas-corrente resultou em R\$1.276.969 mil reais. Ademais, de acordo com o produto interno bruto dos municípios: valor adicionado bruto da agropecuária obteve R\$14.640; valor adicionado bruto da indústria obteve R\$5.877.481 e valor adicionado bruto dos serviços R\$ 8.881.163. Outrossim, de acordo com a Figura 8, IDHM (renda, longevidade e educação), o seu IDHM aumentou no ano de 2010 em comparação ao ano de 2000. Pois, no ano 2000 obteve o valor de 0,682 no IDHM e no decorrer do ano de 2010 obteve o valor de 0,774 no IDHM no seu município (IBGE, 2016).

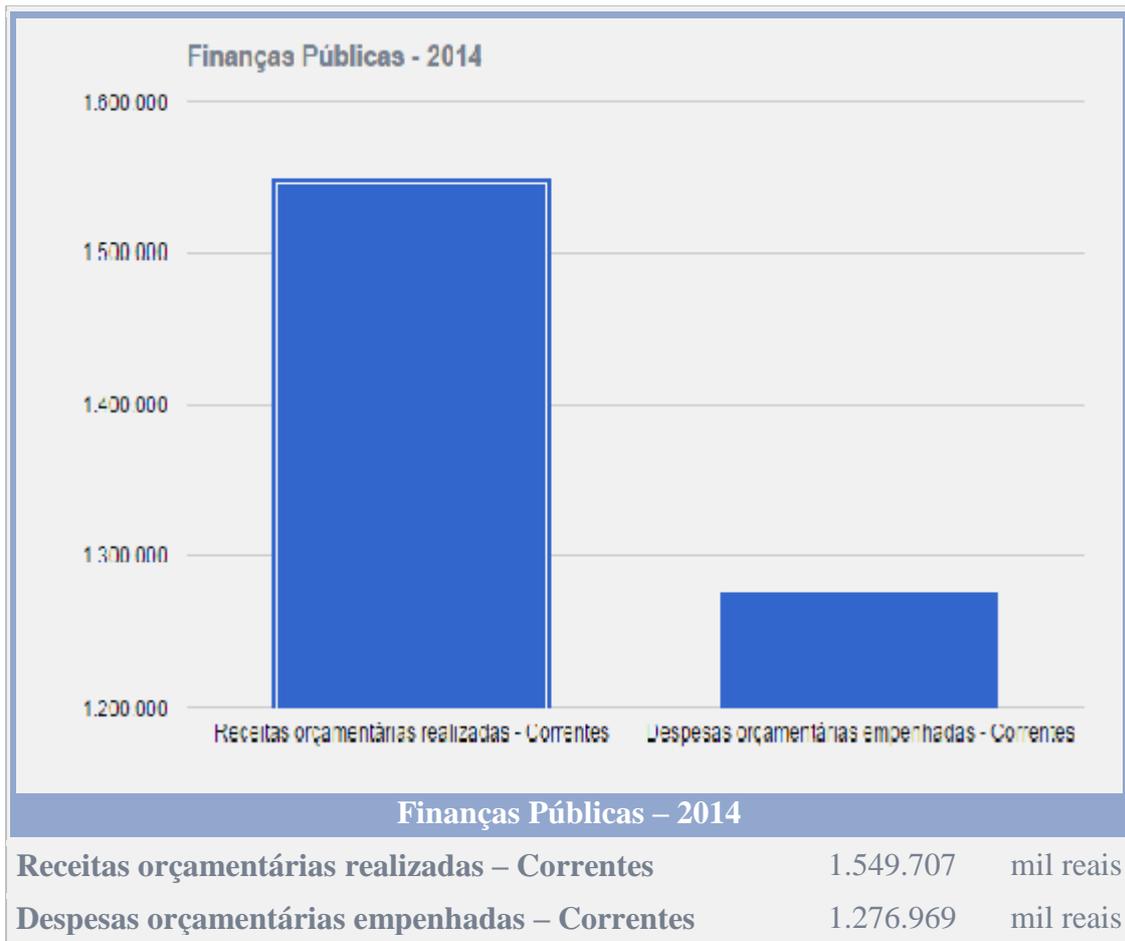


Figura 9 – Finanças públicas, 2014.

Fonte: IBGE, 2016.

Produto Interno Bruto dos Municípios – 2013 Valor adicionado bruto da agropecuária Valor adicionado bruto da indústria-Valor adicionado bruto dos serviços
(*).02.500.0005.000.0007.500.00010.000.000

Variável	Valor
Valor adicionado bruto da agropecuária	14.640
Valor adicionado bruto da indústria	5.877.481
Valor adicionado bruto dos serviços (*)	8.881.163

Valor adicionado bruto da indústria: **5.877.481 (mil reais)**

Nota:(*)Exclusive administração, saúde e educação públicas e seguridade social.

© 2016 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Figura 10 – Produto Interno Bruto dos Municípios – 2013

Fonte: IBGE, 2016.

Em contrapartida a todo esse contexto escrito acima sobre Betim, em 2016 diante da crise econômica brasileira, e conforme os dados divulgados do IBGE, o município caiu na

produtividade total de riquezas desde o ano de 2013. O município perdeu nove posições no ranking das cidades mais ricas do país, passando do 20^a para a 29^a posição. Em Minas Gerais, o município em estudo, perdeu a posição de segunda para a quarta mais rica do Estado. Primeiro lugar no ranking é Belo Horizonte com PIB acumulado de R\$81,4 bilhões, seguida de Uberlândia com R\$ 25,7 bilhões, Contagem com R\$ 24,2 bilhões. Interessante observar que o setor que teve mais importância no PIB de Betim, que contribuiu para gerar riquezas em 2013 foi o de serviços, com R\$ 8,8 bilhões. E ainda assim, este setor teve forte retraimento, pois, em 2012, o acumulado foi de R\$10,6 bilhões, sofrendo assim acentuada queda na produção (ALVARENGA, 2016).

Realmente, o setor industrial que antes era a maior força econômica do município, teve o pior índice conforme levantamento do IBGE. Por exemplo, em 2013, o PIB da indústria reduziu quase a metade, com uma cifra de R\$5,8 bilhões. E de acordo com a entrevista do professor da IBMEC e pesquisador da Fundação João Pinheiro, Felipe Leroy, entende-se que, este encurtamento econômico em Betim é devido à dependência da exclusiva multinacional, a Fiat e das empresas que assessora ela direta e indiretamente. Além disso, o município não tendo arrecadação perde investimento para saúde e educação, e a tendência de o desemprego crescer, diante da recessão (ALVARENGA, 2016).

Conforme exposto, e de acordo com os dados do Mapa da Violência 2016, Betim com população aproximada de 402.450 habitantes está entre os 150 municípios com mais de 10.000 habitantes, com maiores taxas médias nos períodos de 2012 a 2014 de Homicídios por armas de fogo (HAF) e ocupa aqui a 100^o posição nacional. Em 2012 teve 192 de (HAF) e em 2013 teve 207 de (HAF) e em 2014 teve 205 por (HAF) com taxa média de HAF é de 50,0 por 100.000 habitantes. Os homens jovens de 15 a 29 anos são as maiores vítimas nacionalmente de HAF (WAISELFISZ, 2016).

Ainda, em relação aos dados do Mapa da Violência 2014, número e taxas (por 100 mil hab.) homicídio de Betim com 10 mil jovens. Em 2008, Betim liderou em Minas Gerais na taxa de homicídios jovens (200 em 100 mil hab.). Já nos anos de 2008 a 2012 esta cidade, ocupou a 63^o posição nacional e estadual a 4^o posição. Em 2012, quatro entre seis municípios com maiores taxas de homicídio em Minas Gerais, quatro são vizinhos de Betim, eles são: São Joaquim de Bicas/ primeiro lugar; Mateus Leme/segundo lugar; Esmeraldas/quinto lugar e Juatuba/sexta lugar (WAISELFISZ, 2014).

Para a finalidade de Prevenir a violência e promover a saúde de Betim e vários municípios, o Núcleo Promoção de Saúde e Paz da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, em 2007, iniciou-se articulação com múltiplos setores: da saúde, educação, defesa

social, justiça, assistência social do Estado de Minas Gerais e desses tantos municípios, em rede com o Ministério da Saúde, sociedade civil e OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). E dessa forma, criou em parceria com a rede o Programa de Transferência de Tecnologia da Abordagem da Violência e Construção de Cultura de Paz, voltado para capacitar profissionais (MELO, 2010).

6 METODOLOGIA

Essa dissertação faz parte da pesquisa “Saúde e Violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência” – SAUVI, estudo transversal que consiste em inquérito de base populacional, realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 2014 a 2015, em Betim-MG. Foi feita amostra por conglomerados em três estágios: seleção dos setores censitários, seleção aleatório dos domicílios e seleção do entrevistado, com 20 anos ou mais, em cada domicílio, utilizando a tabela de Kish (1965).

As entrevistas foram conduzidas nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos no município de Betim.

Foi utilizado questionário organizado em blocos temáticos: condições sócias demográficas, saúde, trabalho, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária e a violência autoinfligida. Sendo assim, serão utilizados para este estudo os bancos de dados da pesquisa SAUVI, onde os dados quantitativos serão exportados para o *software* SPSS e os resultados agrupados permitirão a identificação do perfil da violência autoinfligida. As análises gráficas serão elaboradas no software R (R *DEVELOPMENT CORE TEAM*, 2012).

Foram utilizadas no presente trabalho as variáveis relativas à violência autoinfligida, a saber, tentativas de suicídio.

As variáveis dependentes foram: tentativas de suicídio, meio, motivo e alguém de sua casa /família; as variáveis explicativas individuais são: as sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, cor ou raça, renda, ocupação); cultura (religião, tipos de participação em grupo, tipos de violência individuais); doenças (câncer, depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico), drogas (maconha, cocaína/heroína, crack, LSD ou ácido/ectasy, Chá de cogumelo/ Benzina, tinner, solvente ou cola e outras drogas), remédio para dormir e ingestão de bebida alcoólica; as variáveis explicativas familiares são: renda familiar, tipos de violência familiar.

O software estatístico SPSS versão 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) foi utilizado para a análise descritiva e de associação entre as variáveis. Foram feitas as seguintes análises: análise descritiva com distribuição de frequência, a análise bivariada e modelo de regressão logística, e análise de correspondência.

Para a análise descritiva, houve cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e cálculo de frequência absoluta e percentual para as variáveis qualitativa. O teste Qui-Quadrado de homogeneidade foi utilizado para testar a afirmação de que diferentes populações têm a mesma proporção de indivíduos que tentaram o suicídio. Este teste avalia as seguintes hipóteses:

H0: As proporções de tentativas de suicídio é a mesma em cada variável (sexo, faixa etária, raça/cor etc.): $p_1 = p_2 = \dots = p_k$.

Ha: As proporções de tentativas de suicídio não são a mesma em cada variável (sexo, faixa etária, raça/cor etc.), ou seja, ao menos uma das p_i 's é diferente das outras. Adotou-se um nível de significância de 5%. Portanto, a hipótese H0 será rejeitada se o valor $p < 0,05$ e assim sendo, haverá significância estatística.

A regressão logística é um tipo de modelo de regressão para ajustar dados binários. A variável resposta não é contínua, mas binária, e segue uma distribuição Binomial. Os aspectos teóricos e práticos sobre esse modelo podem ser obtidos em Lindsey (1997).

A função logística ou logit é usada para transformar uma curva com formato S em uma reta e para mudar a amplitude da proporção de 0 a 1 para $-\infty$ a $+\infty$. Neste caso, a função logística é definida como o logaritmo natural (\ln) das chances de tentativa de suicídio. Ou seja,

$$\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$$

Em que p é a probabilidade de tentativa de suicídio. A relação entre a probabilidade de tentativa de suicídio e as variáveis explicativas deverá ser modelada da seguinte forma:

$$\text{logit}(p) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p$$

Neste trabalho ajustamos um modelo de análise de regressão logística para analisar a relação entre a probabilidade de tentativa de suicídio e as variáveis explicativas referentes aos fatores sócio demográficos tais como: sexo, idade, escolaridade, raça, renda, religião, ansiedade, depressão, uso de drogas, uso de álcool, etc.

O ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos (tentativas de suicídios) é similar as probabilidades preditas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste H0 significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980) e Lemeshow e Hosmer (1982).

Toda variável com um valor $p \leq 0,20$ foi candidata ao modelo logístico, devendo obter nesta última análise um valor $p \leq 0,05$ para permanecer no modelo final. Foram obtidas as razões de chances (OR) para cada variável incluída no modelo final, utilizando um intervalo de confiança de 95%.

A Análise de Correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Com a análise de correspondência tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais destacam. Mais detalhes técnicos sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984; 2007) e Mingoti (2007).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o número CAAE – 02235212.20000.5149, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7 RESULTADOS

Foram entrevistados 1129 participantes, um em cada domicílio, sendo a maioria do sexo feminino (61,1%), possui idade entre 20 e 39 anos (45,0%), possui Ensino Médio completo (33,6%) são casadas (46,1%), da cor ou raça parda (55,2%), renda entre 1 e 3 salários mínimos (45,7%), trabalho formal (42,3%), pratica religião regularmente (80,5%), participação de grupo religioso (39,1%), sofreu violência verbal nos últimos 12 meses (9,2%). Entrevistados que possuem câncer (1,2%), depressão (11,2%), ansiedade/outro problema psiquiátrico (16,0%), em relação ao uso de drogas a ingestão de bebida alcoólica resultou em (28,3%), como se verifica na Tabela 2.

Observa-se, também, na Tabela 2, que os entrevistados que já tentaram suicídio são em sua maioria do sexo feminino (4,5%), possuem idade entre 40 e 49 anos (5,0%), seguida daqueles com idade igual ou superior a 60 anos (4,2%), com escolaridade ensino Superior (4,6%), seguido do Ensino Fundamental com(4,0%), possui União estável/amasiado, amigado (5,6%), seguido de Separado/divorciado (5,3%); de cor ou raça amarela (9,1%) seguido de cor parda (3,9%); Sem Renda (7,6%); em seguida até 1 salário Mínimo (3,2%); estudante (16,7%) seguido de aposentado por Invalidez (13,6%) e desempregado (8,8) não possui uma prática regular religiosa (4,2%); Participação em grupos de ajuda (Alcoólicos Anônimos (25,0%)); sofreram violência sexual nos últimos 12 meses (62,5%); possuem depressão (16,5%) seguido de câncer (14,3%); usam medicamento para dormir (12,2%).

Ainda com base na Tabela 2, verifica-se que houve significância estatística ($p < 0,05$) para as variáveis explicativas individuais: sexo, renda, ocupação, participação grupo de autoajuda (alcoólicos anônimos), falta de acesso a direito social nos últimos 12 meses, falta de cuidados necessários nos últimos 12 meses; violência física nos últimos 12 meses, violência verbal nos últimos 12 meses, violência moral e psicológica nos últimos 12 meses, violência sexual nos últimos 12 meses, discriminação por racismo nos últimos 12 meses, depressão, ansiedade/outro problema psiquiátrico e medicamento para dormir.

Tabela 2 – Distribuição univariada e bivariada das variáveis explicativas individuais segundo a tentativa de suicídio, Betim-MG, 2014.- 2015

Variáveis explicativas individuais	O (a) Sr.(a) já tentou suicídio?						Total		Valor p	
	Sim		Não		Não informado					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo										
	Homem	9	2,1	427	97,3	3	0,7	439	38,9	0,0456
	Mulher	31	4,5	658	95,4	1	0,1	690	61,1	

Faixa etária										
	20 ---- 29	8	3,3	233	96,7	0	0,0	241	21,3	0,5592
	30 ---- 39	9	3,4	259	96,6	0	0,0	268	23,7	
	40 ---- 49	11	5,0	208	94,1	2	0,9	221	19,6	
	50 ---- 59	4	2,0	194	97,5	1	0,5	199	17,6	
	60 ou +	8	4,2	180	95,2	1	0,5	189	16,7	
	Não informado	0	0,0	11	100,0	0	0,0	11	1,0	
Escolaridade										
	Sem Ensino Fundamental	13	3,7	334	95,7	2	0,6	349	30,9	0,8305
	Ensino Fundamental	12	4,0	289	95,7	1	0,3	302	26,7	
	Ensino Médio	12	3,2	366	96,6	1	0,3	379	33,6	
	Ensino Superior	3	4,6	62	95,4	0	0,0	65	5,8	
	Pós-graduação	0	0,0	25	100,0	0	0,0	25	2,2	
	Não informado	0	0,0	9	100,0	0	0,0	9	0,8	
Estado civil										
	Casado	14	2,7	503	96,7	3	0,6	520	46,1	0,3090
	Solteiro	11	4,1	256	95,9	0	0,0	267	23,6	
	Viúvo	2	1,9	102	98,1	0	0,0	104	9,2	
	União estável (amasiado, amigado)	8	5,6	133	93,7	1	0,7	142	12,6	
	Separado/divorciado	5	5,3	90	94,7	0	0,0	95	8,4	
	Não informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Cor ou Raça										
	Branca	8	2,6	292	96,4	3	1,0	303	26,8	0,1387
	Negra	3	2,1	136	97,1	1	0,7	140	12,4	
	Amarela	5	9,1	50	90,9	0	0,0	55	4,9	
	Parda	24	3,9	599	96,1	0	0,0	623	55,2	
	Indígena	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	0,7	
Renda (em S. M. = R\$ 724,00)										
	Sem renda	13	7,6	159	92,4	0	0,0	172	15,2	0,0442
	Até 1	11	3,2	338	96,8	0	0,0	349	30,9	
	Entre 1 e 3	15	2,9	498	96,5	3	0,6	516	45,7	
	Entre 3 e 5	1	1,7	57	96,6	1	1,7	59	5,2	
	Mais de 5	0	0,0	31	100,0	0	0,0	31	2,7	
	Não informado	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,2	
Ocupação										
	Trabalho formal	9	1,9	468	97,9	1	0,2	478	42,3	0,0005
	Trabalho informal	7	3,3	201	95,7	2	1,0	210	18,6	
	Aposentado por invalidez	6	13,6	38	86,4	0	0,0	44	3,9	
	Aposentado por tempo de serviço	3	3,2	89	95,7	1	1,1	93	8,2	
	Aposentado mas trabalhando	0	0,0	15	100,0	0	0,0	15	1,3	
	Desempregado	10	8,8	104	91,2	0	0,0	114	10,1	
	Trabalho familiar	3	2,4	123	97,6	0	0,0	126	11,2	
	Benefício social	1	3,6	27	96,4	0	0,0	28	2,5	

Não	38	3,4	1079	96,3	4	0,4	1121	99,3	0,9898
Não informado	2	25,0	6	75,0	0	0,0	8	0,7	
O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo: Grupos de esportes e artes (dança, futebol, vôlei)									
Sim	2	4,8	40	95,2	0	0,0	42	3,7	0,9480
Não	36	3,3	1038	96,3	4	0,4	1078	95,5	
Não informado	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	0,8	
O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo: Grupo de autoajuda (alcoólicos anônimos)									
Sim	2	25,0	6	75,0	0	0,0	8	0,7	0,0160
Não	36	3,2	1072	96,4	4	0,4	1112	98,5	
Não informado	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	0,8	
O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo: Outros grupos									
Sim	2	6,5	29	93,5	0	0,0	31	2,7	0,6528
Não	36	3,3	1048	96,3	4	0,4	1088	96,4	
Não informado	2	20,0	8	80,0	0	0,0	10	0,9	
O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo: Não participo de nenhum grupo									
Sim	6	4,2	137	95,8	0	0,0	143	12,7	0,7537
Não	32	3,3	938	96,3	4	0,4	974	86,3	
Não informado	2	16,7	10	83,3	0	0,0	12	1,1	
O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo: Redes sociais (internet)									
Sim	5	2,1	230	97,9	0	0,0	235	20,8	0,3173
Não	33	3,7	849	95,8	4	0,5	886	78,5	
Não informado	2	25,0	6	75,0	0	0,0	8	0,7	
O (a) Sr.(a) sofreu violência física, nos últimos 12 meses?									
Sim	6	21,4	22	78,6	0	0,0	28	2,5	< 0,001
Não	33	3,0	1062	96,7	3	0,3	1098	97,3	
Não informado	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	0,3	
O (a) Sr.(a) sofreu violência verbal, nos últimos 12 meses?									
Sim	12	11,5	92	88,5	0	0,0	104	9,2	< 0,001
Não	28	2,7	990	97,0	3	0,3	1021	90,4	
Não informado	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,2	
Não se aplica	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,2	
O (a) Sr.(a) sofreu violência moral ou psicológica, nos últimos 12 meses?									
Sim	11	15,7	59	84,3	0	0,0	70	6,2	< 0,001
Não	28	2,7	1023	97,1	3	0,3	1054	93,4	
Não informado	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	0,3	
Não se aplica	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,2	
O (a) Sr.(a) sofreu violência sexual, nos últimos 12 meses?									
Sim	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	0,7	< 0,001

Não	34	3,0	1079	96,7	3	0,3	1116	98,8	
Não informado	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	0,3	
Não se aplica	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,2	
O (a) Sr.(a) sofreu discriminação por racismo, nos últimos 12 meses?									
Sim	6	31,6	13	68,4	0	0,0	19	1,7	< 0,001
Não	33	3,0	1069	96,7	3	0,3	1105	97,9	
Não informado	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	0,3	
Não se aplica	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,2	
O (a) Sr.(a) foi vítima da falta de acesso a direitos sociais, nos últimos 12 meses?									
Sim	6	12,0	44	88,0	0	0,0	50	4,4	0,0036
Não	34	3,2	1038	96,6	3	0,3	1075	95,2	
Não informado	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,2	
Não se aplica	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,2	
O (a) Sr.(a) foi vítima de falta de cuidados necessários, nos últimos 12 meses?									
Sim	5	11,6	38	88,4	0	0,0	43	3,8	0,0127
Não	35	3,2	1044	96,6	2	0,2	1081	95,7	
Não informado	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	0,3	
Não se aplica	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,2	
Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem: Câncer									
Sim	2	14,3	12	85,7	0	0,0	14	1,2	0,1278
Não	36	3,3	1066	96,4	4	0,4	1106	98,0	
Não informado	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	0,8	
Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem: Depressão									
Sim	21	16,5	105	82,7	1	0,8	127	11,2	< 0,001
Não	17	1,7	972	98,0	3	0,3	992	87,9	
Não informado	2	20,0	8	80,0	0	0,0	10	0,9	
Alguma vez o médico disse que o (a) Sr.(a) tem: Ansiedade/outro problema psiquiátrico									
Sim	19	10,5	161	89,0	1	0,6	181	16,0	< 0,001
Não	19	2,0	917	97,7	3	0,3	939	83,2	
Não informado	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	0,8	
O (a) Sr.(a) usa Maconha?									
Sim	1	5,9	16	94,1	0	0,0	17	1,5	1,0000
Não	38	3,4	1066	96,2	4	0,4	1108	98,1	
Não informado	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,4	
O (a) Sr.(a) usa cocaína/heroína?									
Sim	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	0,4	1,0000
Não	39	3,5	1078	96,2	4	0,4	1121	99,3	
Não informado	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,4	
O (a) Sr.(a) usa crack?									
Sim	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	1,0000
Não	39	3,5	1081	96,2	4	0,4	1124	99,6	

Não informado	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,4	
O (a) Sr.(a) usa LSD ou ácido (ecstasy)?									
Não	39	3,5	1082	96,2	4	0,4	1125	99,6	1,0000
Não informado	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,4	
O (a) Sr.(a) usa chá de cogumelo?									
Não	39	3,5	1082	96,2	4	0,4	1125	99,6	1,0000
Não informado	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,4	
O (a) Sr.(a) usa Benzina, tinner, solvente ou cola?									
Não	39	3,5	1082	96,2	4	0,4	1125	99,6	1,0000
Não informado	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,4	
O (a) Sr.(a) usa outras drogas?									
Sim	0	0,0	7	100,0	0	0,0	7	0,6	1,0000
Não	39	3,5	1076	96,2	4	0,4	1119	99,1	
Não informado	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	0,3	
Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir?									
Sim	12	12,2	86	87,8	0	0,0	98	8,7	< 0,001
Não	13	2,8	453	97,0	1	0,2	467	41,4	
Não se aplica	15	2,7	546	96,8	3	0,5	564	50,0	
O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica?									
Sim	10	3,1	309	96,9	0	0,0	319	28,3	0,7189
Não	25	3,5	689	96,1	3	0,4	717	63,5	
Já bebi e não bebo mais	4	5,0	75	93,8	1	1,3	80	7,1	
Não se aplica	1	7,7	12	92,3	0	0,0	13	1,2	
Total									
Total	40	3,5	1085	96,1	4	0,4	1129	100,0	-

Fonte: SAUVI/Betim 2014-2015.

A Tabela 3 apresenta distribuição univariada e bivariada das variáveis explicativas familiares segundo tentativa de suicídio. Observa-se que dos 1.129 entrevistados(as) têm em sua maioria renda familiar de 1 a 2 (37,4%); violência verbal (11,1%), violência moral ou psicológica (6,2%), violência física (5,3%), vítima de falta de acesso a serviços sociais (3,5%), vítima de falta de cuidados necessários (2,5%), discriminação por racismo (1,0%) e violência sexual (0,9%). Na análise bivariada, observa-se que os entrevistados de alguém de sua casa/família já tentaram suicídio são na maioria com renda familiar (em salários mínimos, R\$ 724,00) de 1 a 2 (7,8%), violência sexual nos últimos 12 meses (30%), seguida da violência vítima de falta de cuidados necessários nos últimos 12 meses (21,4%), logo após violência física nos últimos 12 meses (20%) violência moral ou psicológica nos últimos 12 meses (20%), discriminação por racismo nos últimos 12 meses (18,2%), violência verbal nos últimos 12 meses (15,2%), falta de acesso a serviços sociais nos últimos 12 meses (10,0%).

Ainda com base na Tabela 3, verifica-se que houve significância estatística ($p < 0,05$) para as variáveis explicativas familiares: renda familiar de 1 a 2 (em salários mínimos, R\$ 724,00), violência sexual nos últimos 12 meses e vítima de falta de cuidados necessários nos últimos 12 meses; violência física nos últimos 12 meses, violência verbal nos últimos 12 meses, violência moral e psicológica nos últimos 12 meses.

Tabela 3 – Distribuição univariada e bivariada das variáveis explicativas familiares segundo a tentativa de suicídio, Betim-MG, 2014. Pesquisa SAUVI, 2014-2015

Variáveis explicativas familiares	Alguém da sua casa/família já tentou suicídio?				Total		Valor p
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Renda familiar (em Salários mínimos, R\$ 724,00)							0,0387
De 0 a 1	13	6,3	194	93,7	207	18,3	
De 1 a 2	33	7,8	389	92,2	422	37,4	
De 2 a 5	16	4,1	377	95,9	393	34,8	
Mais de 5	2	1,9	102	98,1	104	9,2	
Não Respondeu	0	0,0	3	100,0	3	0,3	
O sr(a) ou alguém da sua família (que reside ou residia na casa) já sofreu violência física, nos últimos 12 meses:?							< 0,0001
Sim	12	20,0	48	80,0	60	5,3	
Não	52	4,9	1016	95,1	1068	94,6	
Branco	0	0,0	1	100,0	1	0,1	
O sr(a) ou alguém da sua família (que reside ou residia na casa) já sofreu violência verbal, nos últimos 12 meses:?							< 0,0001
Sim	19	15,2	106	84,8	125	11,1	
Não	45	4,5	958	95,5	1003	88,8	
Branco	0	0,0	1	100,0	1	0,1	
O sr(a) ou alguém da sua família (que reside ou residia na casa) já sofreu violência moral ou psicológica, nos últimos 12 meses:?							< 0,0001
Sim	14	20,0	56	80,0	70	6,2	
Não	50	4,7	1008	95,3	1058	93,7	
Branco	0	0,0	1	100,0	1	0,1	
O sr(a) ou alguém da sua família (que reside ou residia na casa) já sofreu alguma violência sexual, nos últimos 12 meses:?							0,0080
Sim	3	30,0	7	70,0	10	0,9	
Não	61	5,5	1057	94,5	1118	99,0	
Branco	0	0,0	1	100,0	1	0,1	

O sr(a) ou alguém que reside ou residia na sua casa já sofreu discriminação por racismo, nos últimos 12 meses?	Sim	2	18,2	9	81,8	11	1,0	0,2518
	Não	62	5,6	1054	94,4	1116	98,8	
	Branco	0	0,0	2	100,0	2	0,2	
,O sr(a) ou alguém que reside ou residia na sua casa já foi vítima de falta de acesso a serviços sociais, nos últimos 12 meses nos últimos 12 meses	Sim	4	10,0	36	90,0	40	3,5	0,3928
	Não	60	5,5	1027	94,5	1087	96,3	
	Branco	0	0,0	2	100,0	2	0,2	
O sr(a) ou alguém que reside ou residia na sua casa já foi vítima de falta de cuidados necessários, nos últimos 12 meses?	Sim	6	21,4	22	78,6	28	2,5	0,0012
	Não	58	5,3	1041	94,7	1099	97,3	
	Branco	0	0,0	2	100,0	2	0,2	
Total	Total	64	5,7	1065	94,3	1129	100,0	-

Fonte: Dados da pesquisa ou SAUVI 2014.- 2015.

Para a variável dependente tentativa de suicídio foi realizada uma análise de regressão logística para avaliar os efeitos das características individuais para com a chance de ocorrência de uma tentativa de suicídio por parte deste entrevistado. A Tabela 4 apresenta os resultados do modelo ajustado pela técnica de regressão logística. Para esse ajuste, tem-se a significância observada para o teste de Hosmer-Lemeshow, os coeficientes ajustados pela regressão logística binária e suas respectivas significâncias estatísticas, as estimativas para as razões de chances pontuais e intervalares com 95% de confiança.

No modelo 1, verifica-se que a variável resposta "Tentativa de suicídio" é explicada pelas variáveis independentes: "Sexo", "Remédio para dormir", e "Participação em grupos". Esse modelo nos diz que:

- a chance de tentativa de suicídio diminui em 58,8% se o paciente for do sexo masculino;
- a chance de tentativa de suicídio aumenta em 24,2% se o paciente toma remédio para dormir;

- a chance de tentativa de suicídio aumenta em 20,4% se o paciente não participa de grupos, tais como associações de bairro, ONGs, grupos de jovens, grupos religiosos dentre outros;

Tabela 4 – Modelo final de análise de regressão logística: tentativa de suicídio segundo variáveis explicativas

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelo: Tentativa de suicídio		(Hosmer Lemeshow, p = 0,4856)
Intercepto	-1,258 (0,0001)	0,284 (0,146; 0,535)
Sexo	-0,886 (0,0020)	0,412 (0,233; 0,719)
Remédio para dormir	0,217 (< 0,0001)	1,242 (1,147; 1,352)
Participação em grupos	0,186 (0,0002)	1,204 (1,092; 1,334)

Fonte: SAUVI/Betim, 2014 a 2015.

A Figura 11 apresenta o mapa de correspondência entre o motivo da tentativa de suicídio do entrevistado e a combinação entre o sexo e a existência de suicídio na família. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (Motivo da tentativa de suicídio: Crise financeira, Crise familiar, Tristeza / Depressão) e dos perfis coluna (Sexo versus Existência de suicídio na família: Mas, Sim; Mas, Não; Fem, Sim; Fem, Não) devem ser analisadas as Tabelas 5 e 6. A Tabela 5, referente ao motivo da tentativa de suicídio, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível ‘Tristeza / Depressão’ que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 6, referente a sexo versus existência de suicídio na família, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito).

Tabela 5 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Motivo da tentativa de suicídio)

Motivo da tentativa de suicídio	Dim 1	Dim 2
Crise financeira	0,9227	0,0173
Crise familiar	0,9170	0,0830

Tristeza / Depressão	0,3440	0,6560
----------------------	--------	---------------

Fonte: Dados da pesquisa SAUVI 2014 e 2015.

Tabela 6 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (sexo versus existência de suicídio na família)

Sexo versus Existência de suicídio na família	Dim 1	Dim 2
Mas, Sim	0,9345	0,0655
Mas, Não	0,7353	0,2647
Fem, Sim	0,6477	0,3523
Fem, Não	0,7353	0,2647

Fonte: Dados da pesquisa SAUVI 2014 e 2015.

Com base na Figura 11, verifica-se uma associação maior entre aqueles entrevistados que tentaram suicídio devido uma tristeza/depressão com aqueles do sexo feminino e que há histórico de suicídio na família. As tentativas de suicídio devido à crise financeira tiveram associação entre pessoas do sexo feminino sem histórico de suicídio na família, e também entre pessoas do sexo masculino com registro de suicídio na família. Os entrevistados com motivo de tentativa de suicídio sendo crise familiar se associaram mais com aqueles do sexo masculino sem registro de suicídio na família.

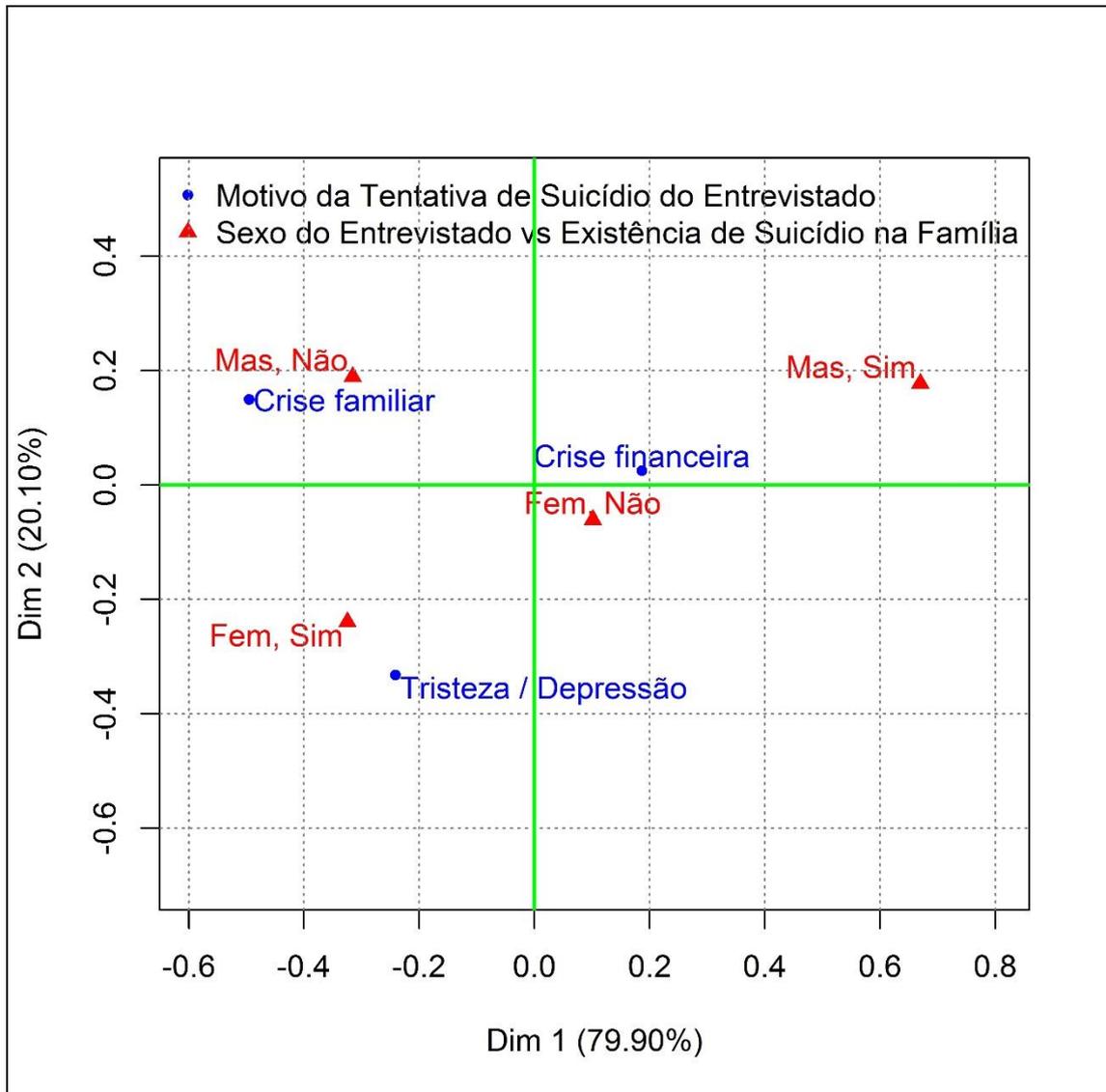


Figura 11 – Mapa de Correspondência entre o motivo da tentativa de suicídio do entrevistado e o sexo versus existência de suicídio na família

Fonte: Dados da pesquisa. SAUVI 2014 e 2015.

A Figura 12 apresenta o mapa de correspondência entre o meio da tentativa de suicídio do entrevistado e a combinação entre o sexo e a existência de suicídio na família. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (Meio da tentativa de suicídio: Envenenamento / Intoxicação / Outros; Enforcamento / Pulou de lugar alto; Objeto perfurocortante / Arma de fogo) e dos perfis coluna (Sexo versus Existência de suicídio na família: Mas, Sim; Mas, Não; Fem, Sim; Fem, Não) devem ser analisadas as Tabelas 7 e 8. A Tabela 7, referente ao meio da tentativa de suicídio, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível ‘Objeto perfurocortante / Arma de fogo’ que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 8, referente a sexo versus existência de suicídio na família, revela uma melhor representação de seus níveis

na dimensão 1 (em negrito), exceto os níveis ‘Mas, Não’ e ‘Fem, Não’ que contribuem mais quando interpretados na dimensão 2 (em negrito).

Tabela 7 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Meio da tentativa de suicídio).

Meio da tentativa de suicídio	Dim 1	Dim 2
Envenenamento / Intoxicação / Outros	0,6104	0,3896
Enforcamento / Pulou de lugar alto	1,0000	0,0000
Objeto perfurocortante / Arma de fogo	0,0358	0,9642

Fonte: Dados da pesquisa SAUVI 2014 e 2015.

Tabela 8 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (sexo versus existência de suicídio na família).

Sexo versus Existência de suicídio na família	Dim 1	Dim 2
Mas, Sim	0,9830	0,0170
Mas, Não	0,0209	0,9791
Fem, Sim	0,5778	0,4222
Fem, Não	0,0788	0,9212

Fonte: Dados da pesquisa SAUVI 2014 e 2015.

Com base na Figura 12, verifica-se uma associação maior entre os entrevistados que tentaram suicídio usando ‘objeto perfurocortante / arma de fogo’ e aqueles que são do sexo masculino e sem histórico de suicídio na família. As tentativas de suicídio cujo meio utilizado foi ‘Envenenamento / Intoxicação / Outros’ foram mais associadas com pessoas do sexo feminino com e sem histórico de suicídio na família. Os entrevistados do sexo masculino e com registro de suicídio na família mostraram ser mais associados com aqueles que tentaram suicídio através de ‘Enforcamento / Pulou de lugar alto’.

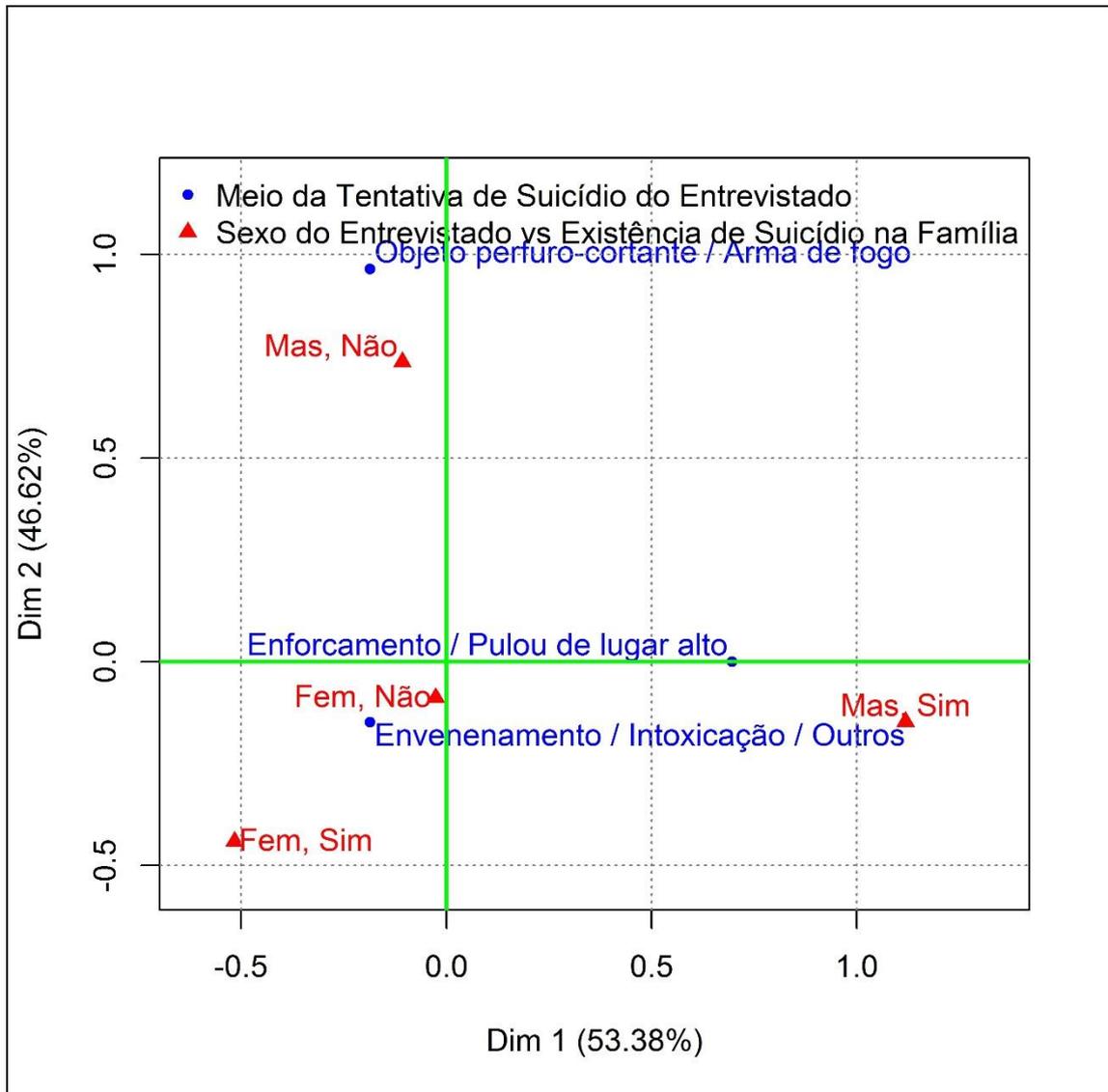


Figura 12 – Mapa de Correspondência entre o meio da tentativa de suicídio do entrevistado e o sexo versus existência de suicídio na família

Fonte: Dados da pesquisa SAUVI 2014 e 2015.

8 DISCUSSÃO

As informações aqui demonstradas ressaltam a magnitude do estudo do perfil da morbidade da violência autoinfligida, especialmente as tentativas de suicídio e seus fatores associados em Betim-MG. As tentativas de suicídio, possuem associações com altas taxas de morbidade e recessões econômicas (BOTEGA et al., 2009); (WHO, 2016b).

Verificou-se que, de acordo com a literatura, globalmente, a disponibilidade, a abrangência e a qualidade dos dados são precárias, em consequência da estigmatização dos fatos como, o tabu, o mascaramento da situação na comunidade (WHO, 2016a; 2017c), a má classificação dos diagnósticos e, inclusive, sobre as tentativas, elas são mais precárias ainda (BOTEGA et al., 2009; WHO, 2016b) os registros oficiais sobre elas são mais escassos e menos confiáveis do que os do suicídio (CASSORLA, 1998a); (ZAKHAROV; NAVRATIL; PELCLOVA, 2013).

Logo, o estudo, a capacitação dos serviços de saúde e o monitoramento das tentativas de suicídio/automutilação são necessários, para efetivar a prevenção do suicídio em todos os países (BOTEGA et al., 2009; WHO, 2016b).

Ressalta-se a melhoria das informações na disponibilidade e classificação dos dados, vigilância e monitoramento das tentativas de suicídio e automutilação, estes são elementos centrais para a saúde pública na prevenção do suicídio e é necessário em todos os países, a maioria dos países de baixa e média renda, não possuem sistemas de informação (WHO, 2016b).

Informações sobre prevalências e incidências em tentativas de suicídio e automutilações e fatores associados podem contribuir para a identificação de novas áreas de pesquisas, desenvolvimento e intervenção (WHO, 2016b).

Esta pesquisa atual em Betim-MG, insere-se nesse contexto, devido os dados confiáveis e de boa qualidade em seus resultados entre as variáveis dependentes: tentativas de suicídio pelo entrevistado e tentativas de suicídio por alguém da casa/família. Nas entrevistas realizadas com 1.129 pessoas, em 1129 domicílios, foram encontradas prevalências de 3,5% de tentativas de suicídio entre os entrevistados (n=40) e de 5,7% de tentativas de suicídio entre familiares dos entrevistados (n=64). Essas prevalências são maiores do que a encontrada por inquérito domiciliar realizado em Campinas (PERES et al., 2017), que foi de 2,8%. (BOTEGA et al., 2009)

Estudos confirmam a importância da família na estrutura das primeiras relações de afeto e sociabilidade (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Esta análise, torna-se relevante, por causa das condições citadas acima, e também por obter um grande número de amostra, de variáveis com níveis de significância do teste /probabilidade ($p < 0,05$ probabilidade de erro tipo 1 pequena) e $p < 0,0001$ (probabilidade de erro tipo 1 menor ainda). Nesse estudo detectaram-se dados importantes sobre a tentativa de suicídio, que irá contribuir para a abordagem de prevenção desse tipo de violência, que será discorrido a seguir:

No presente estudo, das tentativas de suicídio pelo entrevistado, a idade não foi significativa, mas aborda dados extremos entre os adultos (40 e 49 anos) em 5,0% e em seguida idosos (idade igual ou superior a 60 anos) em 4,2%. Pesquisa recente, confirma dados extremos em relação à idade, principalmente, na região Sudeste do Brasil (PINTO; ASSIS, 2015).

Na pesquisa as variáveis ($p < 0,05$) para as tentativas de suicídio pelo entrevistado, apontam influência significativa para as variáveis sócio demográficos: (sexo feminino, fator econômico/sem renda, e ou até 1 salário mínimo e social precários como ocupação: estudante, seguido de aposentado por invalidez, desempregado) e outros vulneráveis, por exemplo, participação em alcoólicos anônimos, violência falta de acesso a direito social e falta de cuidados necessários.

Portanto, de acordo com os resultado da pesquisa ($p < 0,05$), as tentativas de suicídio predominaram entre as mulheres, apresentado no nível sócio demográfico: sem renda, e ou até um salário mínimo e social precários como: estudante, seguido de aposentado, desempregado. Esses dados estão consistentes com a literatura como se pode ver em alguns autores (BOTEGA, 2015; BOTEGA et al., 2009; WHO, 2014; 2016b; SADOCK, SADOCK, RUIZ; 2017; MONTEIRO et al., 2015).

Acredita-se que trabalhar fora do espaço doméstico faça efeito positivo na saúde mental das mulheres (BOTEGA et al., 1995)

Ademais, ausência de trabalho pode agravar mais a saúde de pessoa que tenta suicídio (FLODERUS et al., 2005).

Outrossim, para confirmar a parte teórica, observa-se em quantidades maiores de relatos de estudantes femininos em comparação aos masculinos, apresentam os níveis mais altos de depressão, ansiedade, somatizações, problemas comportamentais, emocionais e maiores probabilidades de tentativas de suicídio. Acredita-se que esses sintomas acontecem com as estudantes de caráter mais perfeccionista, para alta realização acadêmica, diante de uma falha percebida (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Desse modo, mulheres, com história de tentativa de suicídio têm elevado risco de marginalização no mercado de trabalho como: desemprego, aposentadoria por invalidez pelos transtornos mentais e as repetidas tentativas de suicídio em que se relaciona com variáveis socioeconômicas (NIEDERKROTENTHALER et al., 2016).

Outros resultados da pesquisa apontam variáveis ($p < 0,05$) para as tentativas de suicídio pelo entrevistado; influência significativa para outros fatores vulneráveis como: participação em alcoólicos anônimos, violência falta de acesso a direito social, falta de cuidados necessários. Com afirmação de outros estudos que dentre outros fatores para as tentativas de suicídio importantes são: maus-tratos, negligência, abuso de substâncias/álcool (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Diante desta perspectiva, o estudo na Irlanda, também evidência essa temática de tentativas de suicídio que de 3 em 4 autolesões em mulheres que resultam de medicamento intencional de overdose e álcool e o álcool está envolvido em cerca de 40% (WHO, 2016b).

Neste contexto, outros pesquisadores brasileiros, resumem esta afirmação do aumento de tentativas de suicídio está relacionada também a intoxicação e ao álcool, aos problemas socioambientais, sociais, desequilíbrios estruturais atuais, vivenciados em nosso país (PINTO; ASSIS, 2015).

Para reforçar o que foi citado na parte teórica, atualmente, intensifica-se o uso abusivo de álcool, destacadamente em mulheres e adolescentes, aumentando a impulsividade e elevando a gravidade da letalidade das tentativas de suicídio (BOTEGA, 2015).

No presente estudo, as variáveis altamente significativas ($p < 0,0001$) para as tentativas de suicídio pelo entrevistado, foram depressão, ansiedade/ outro problema psiquiátrico e medicamentos para dormir e os vários tipos de violência. Entretanto, ressalta-se afirmar que dentre os tipos de violência encontrados a violência sexual destacou-se com (62,5%), percentagem mais alta para as violências conforme pesquisa encontrada (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Há estudo que afirma, mulheres vítimas de violência, principalmente, as sexuais se associam aos problemas psíquicos, sociais, álcool e drogas, e de relacionamentos sociais/interpessoais, transtorno alimentar, do humor, separação, prostituição, estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, uso de substâncias psicoativas, maior uso de comprimidos, problemas de saúde mental, desesperança, abandono do emprego, distúrbios sexuais, distúrbios do sono, desesperança e tentativa de suicídio (SOUZA et al., 2013; BOTEGA 2015; CORREIA et al., 2014).

Ademais, entre todas as violências, a sexual é a que acarreta a pior qualidade de vida, piores consequências à saúde feminina e maior número de comorbidades (MORAES et al., 2012).

De acordo com estudos analisados, mostram que, jovens vítimas de violência sexual na infância ou adolescência, devido ao grande evento estressor podem desenvolver episódios maníacos depressivos e riscos de suicídio na vida adulta associados aos fatores característicos de vulnerabilidade social. A pesquisa verifica-se neste grupo o destaque para o episódio depressivo e em seguida o risco de suicídio respectivamente por apresentarem alta prevalência (MONDIN et al., 2016).

Ademais pesquisas atuais também ressaltam a relevância das violências e principalmente a sexual associada à tentativa de suicídio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O resultado no presente estudo para as variáveis altamente significativas ($p < 0,0001$) para as tentativas de suicídio pelo entrevistado, destacou-se em: depressão, ansiedade/ outro problema psiquiátrico e medicamentos para dormir. Para reforçar parte teórica, estudos atuais na Suécia confirmam os resultados, em relação às condições psicossociais que mulheres depressivas e com ansiedade comórbida/aposentadas por invalidez, condições sócio-demográficas precárias e necessitadas de cuidados em saúde, medicadas com antidepressivos e em combinação com benzodiazepínicos (RAHMAN et al., 2014), usado para crise de ansiedade e distúrbio do sono (WASSERMAN et al., 2012), pode contribuir com o aumento de tentativas de suicídio (RAHMAN et al., 2014).

Estudos mais investigativos são justificados para examinar esse grupo descrito acima, com a associação de dosagem de medicamentos prescrito: antidepressivo combinados com ansiolíticos sobre o risco de tentativas de suicídio e subsequente o suicídio. Estes estudos devem considerar os grupos diversos, sociodemográficos e socioeconômicos (RAHMAN et al., 2014).

Em estudos atuais, observa-se em quantidades maior de relatos de estudantes femininos em comparação aos masculinos, os níveis mais altos de depressão, ansiedade, somatizações, problemas comportamentais, emocionais e maiores probabilidades de tentativas de suicídio (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

A depressão é um transtorno mental comum, suas características são: tristeza, perda de interesse ou libido, sentimento de culpa ou baixa estima, distúrbio do sono ou de apetite, falta de concentração e cansaço. Sentimento de inutilidade, desespero, pode levar a pensamentos de automutilação ou suicídio. (WHO, 2017g).

Outros estudos, já exposto, relatam a depressão como um fator preponderante para a violência autoinfligida, sendo assim, há a necessidade de evidenciá-la nos cuidados em saúde, segundo Minayo e Cavalcante (2010).

Em relação aos estudos realizados em São Paulo (Unicamp), comprovaram que pessoas reincidentes em tentativas de suicídio, sofrem com mais frequência de depressão, com isso há predominância para overdose de medicamentos e autoenvenenamento e têm traço de personalidade impulsiva/agressiva, nesses casos em geral, há história de abuso sexual, pior situação ocupacional, disfunção no exercício de social e grande porcentagem em desentendimento em relacionamentos. Já as características de pacientes depressivos que suicidam em menos de um ano são: têm frequentes ataques de pânico, ansiedade psíquica, pouca concentração, insônia, abuso de álcool e anedonia grave. A depressão ansiosa, em curto prazo tem o maior risco de suicídio (BOTEGA, 2015).

Resultados da pesquisa atual verificou a possibilidade de outros problemas psiquiátricos para a tentativa de suicídio tais como, os transtornos do humor, transtorno bipolar, uso abusivo de álcool, outras drogas psicoativas, transtorno da personalidade e esquizofrenia. O transtorno bipolar, predominantemente hereditário, é um dos transtornos que aumentam o risco de suicídio, associam a alta hospitalar recente, tentativas de suicídio nos últimos cinco anos, abuso de álcool, períodos mistos de depressão ansiosa e elevação do humor (BOTEGA, 2015).

Os resultados da pesquisa com os dados significativos das variáveis da pesquisa em Betim – MG, descritos acima $p < 0,05$ e $p < 0,001$ altamente significativos foram dados consistentes com a literatura, em afirmação aos vários fatores: transtornos mentais/depressão/outros e vulneráveis psicossociais que corroboram para a tentativa de suicídio (BOTEGA et al., 2009; (WHO, 2014; 2016b; 2017c; PINTO, ASSIS, 2015; BOTEGA, 2015; DURKHEIM, 2000; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; ARAUJO; VIEIRA, COUTINHO, 2010; SOLOMON, 2002).

E ainda, estudos recentes documentam, a ligação entre dois grupos: o comportamento de risco suicida envolvendo fatores psicossociais vulneráveis e transtorno mental, mas não se pode afirmar que toda pessoa com transtorno mental irá suicidar-se, mas tende a aumentar a vulnerabilidade neste caso (BOTEGA, 2015).

Ademais, também desconsidera-se como tentativa de suicídio quando há extrema incapacidade intelectual, ou seja, se a deficiência for inteiramente grave, pois a pessoa não tem consciência de uma autolesão, não será agressão intencional para tentativas de suicídio. (WHO, 2016b).

Verificaram-se nos resultados dessa pesquisa para as variáveis explicativas familiares significativas ($p < 0,005$) e ($p < 0,001$) a associação de tentativas de suicídio com renda familiar e diferentes tipos de violência. Eles confirmaram que essa associação de tentativas de suicídio frente à exposição a lares violentos e abusivos, vida familiar cronicamente estressante e vivenciamento de falta de renda por desemprego (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Nos estudos feitos pela Universidade Estadual de Campinas, (São Paulo (UNICAMP/SP), em pronto socorro é afirmado que esses acontecimentos ocorre com as mulheres com maior frequência do que os homens, pois elas haviam sofrido violência e encontravam-se desfavorecidas economicamente (BOTEGA, 2015).

Outro estudo recente, realizado pelo Núcleo de Estudo e Prevenção ao Suicídio (NEPS) na Bahia, ressalta que mulheres adultas vítimas de violência doméstica e dependentes economicamente, ou seja, sem renda, tende a realizar algo como a predominância em tentativas de suicídio, por medo de romper o relacionamento em função da dependência financeira, além do relacionamento de parentalidade. Sentimentos de impotência em romper essa história permeada pela rejeição e desamor, conduz a depressão e as várias tentativas de suicídio (CORREIA et al., 2014).

As variáveis violências nos últimos 12 meses, de forma geral, foram significativas em diversas situações. E dentre as violências, a variáveis sexual preponderou com alta significância ($p < 0,0001$), presentes tanto em variáveis dependentes em tentativas de suicídio pelo entrevistado, quanto presente também com significância ($p < 0,05$) e em variáveis dependentes em tentativas de suicídio por alguém da casa/família. Interessante observar que a variável renda também significativa ($p < 0,05$), presentes em variáveis dependentes em tentativas de suicídio pelo entrevistado quanto presentes em variáveis dependentes em tentativas por alguém de sua casa /família com significância ($p < 0,0001$).

Na pesquisa é confirmado que a violência sexual se encontra com alta significância ($p < 0,001$) em tentativas de suicídio pelo entrevistado, quanto em tentativas de suicídio por familiares com grande significância ($P < 0,005$). E já a variável renda, com significância ($p < 0,05$), presentes em variáveis em variáveis dependentes em tentativas de suicídio pelo entrevistado quanto presentes em tentativas de suicídio por alguém de sua casa /família com significância ($p < 0,0001$). Portanto, renda e violência sexual encontram-se preponderante para as tentativas de suicídio pelo entrevistado e tentativas de suicídios por alguém de sua casa família.

Ressalta-se outro dado da pesquisa de Betim, em se tratando de tentativas de suicídio pelo entrevistado, o que se verificou sobre saúde foi: (depressão/outro problema psiquiátrico,

uso de medicação para dormir) predominou com alta significância ($p < 0,001$). Portanto, as tentativas de suicídio acontecem em predominância aos grupos de risco para distúrbios mentais (depressão/outro problema psiquiátrico e em uso de medicação). E já os problemas vistos até agora aqui em relação a fatores sociais são: violência sexual ($p < 0,001$) para entrevistado quanto ($p < 0,05$) para por alguém de sua casa/família. Em relação à renda ($p < 0,05$) significância presentes no entrevistado, quanto presentes por alguém de sua casa/família ($p < 0,001$) com alta significância.

De acordo com os dados apurados, Betim, encontra-se com pessoas doentes como a depressão/outro problema psiquiátrico, uso de medicação para dormir) e seu quadro social precário: violências de diferentes tipos e com predominância para a violência sexual e condição precária em relação ao dinheiro, à renda. As altas significâncias tanto para fatores individual e social/cultural/econômico/familiar deram altas. Estudos confirmam a importância da família na estrutura das primeiras relações de afeto e sociabilidade (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Diante disso, podemos afirmar pelos dados de resultados da pesquisa que a tentativa de suicídio não existe fator único, confirmando a tese dos autores já mencionados. Betim encontra-se com pessoas que possuem com algum tipo distúrbio depressivos e ansiedade/outro problema psiquiátrico e que se utilizam de medicamentos com grande fator de risco para as tentativas até o momento apurado, esta pesquisa fará mais confirmações.

No que se refere ao modelo final de regressão logística, com suas significâncias, razão de chances pontuais e intervalares obteve-se 95% de confiança, mostrou a variável resposta tentativa de suicídio explicada pelas variáveis dependentes “sexo”, “remédio para dormir” e “participação em grupos”. Evidenciou-se que ser do sexo feminino, tomar remédio para dormir, e **não participar** de grupos tais como: associações de bairro, ONGS, grupos de jovens, grupo religioso são fatores preponderantes para as tentativas de suicídio.

Achados de estudos suecos recentes, já mencionados, encontraram interações significativa entre mulheres de vida isolada/dificuldade de ajustamento social, com transtornos mentais comuns (transtorno de depressão/transtornos de ansiedade comórbida), utilizando-se de medicação psicotrópica /benzodiazepínicos, ou seja, os ansiolíticos usados para condições agudas a indivíduos com distúrbios do sono predominantes pode representar um risco aumentado de tentativas de suicídio (RAHMAN et al., 2014).

Estudos atuais, brasileiros, Epidemiológicos em São Paulo, também confirmam resultado de tentativas de suicídio em, mulheres com distúrbio de sono, deprimidas e com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) comórbido em utilização de remédio

benzodiazepínicos. Isto se explica o fato de que o (TAG) comórbido produz inquietação, irritabilidade, fadigabilidade, dificuldade de concentração e perturbação do sono principalmente. E tende a complicar quando, pacientes depressivos com TAG comorbidos, têm três vezes mais chances de tentar suicídio e ainda porque a comorbidade tende prejudicar o social e a qualidade de vida das mulheres (VASCONCELOS et al., 2015).

No mapa de correspondência entre o motivo da tentativa de suicídio do entrevistado (a) e a combinação entre sexo e existência de suicídio na família, sendo o motivo de tentativa de suicídio (crise financeira, crise familiar, tristeza / depressão) . Verificou associação maior entre os entrevistados que tentaram suicídio devido à *tristeza e à depressão* com o sexo feminino e *com histórico de suicídio na família*. E as tentativas de suicídio devido à *crise financeira* com associação maior entre sexo feminino, *sem histórico de suicídio na família* e também entre o *sexo masculino* com registro de suicídio na família E os entrevistados com motivo de tentativa de suicídio sendo *crise familiar* se associaram mais com o *sexo masculino sem registro de suicídio na família*.

Para melhor compreensão, do resultado da pesquisa atual, inicia-se com a primeira correspondência encontrada: Verificou associação maior entre os entrevistados que tentaram suicídio devido à *tristeza e à depressão* com o sexo feminino e *com histórico de suicídio na família*.

Estudos atuais, já citados para reforçar parte teórica, mas com outras palavras, confirmam que a depressão é fator preponderante para as tentativas de suicídio no sexo feminino e estas têm como fatores adicionais o histórico de suicídio na família (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Ademais estudos recentes confirmam que tentativas de suicídio em mulheres depressivas e com histórico de suicídio na família, funciona como auto grau de vulnerabilidade ao risco de suicídio (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013) .

E ainda, para realçar, outros estudos revelam que “As pessoas com histórico de suicídio na família são mais propensas a se matar”. Logo, suicídio na família é um fator desencadeador de comportamento de risco de suicídio (ARAUJO; VIEIRA; COUTINHO; 2010).“Isso ocorre porque esse ato torna o impensável pensável e a dor de viver quando alguém que se ama aniquilou-se pode ser quase intolerável”. (SOLOMON, 2002).

Assim, o perfil para propensão de tentativas de suicídio torna-se preponderante quando o sexo é feminino, distúrbio emocional agudo/tristeza/depressão por suicídios na família. (WHO, 2016b)

Ademais, todo o suicídio é uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países e tem efeitos duradouros sobre quem é deixado para trás (WHO, 2017c).

Outro resultado da segunda correspondência encontrada nessa pesquisa: Tentativas de suicídio devido à *crise financeira* com associação maior entre sexo feminino, *sem histórico de suicídio na família*. Estudo brasileiro, recente confirma o grande número de tentativa de suicídio em mulheres idosas por brutal crise econômica familiar, como consequências de perdas materiais como perda de suas casas, venda de seus móveis para pagar dívidas. “O desfavorecimento do nível socioeconômico foi enorme, a ponto de morar de favor, e teve como única saída à tentativa de suicídio” (MENEGHEL, et al., 2015).

Agora, explicando o segundo resultado e terceiro em conjuntos, para as tentativas de suicídio devido a crise financeira tanto para o sexo feminino quanto para o sexo masculino: Outrossim, reforçando o quê foi citado em outras palavras na parte teórica, já pesquisa de registro de tentativas de suicídio por autolesão na Irlanda durante a fase de 2008-2012, no período de recessão econômica e austeridade teve impacto significativo nas taxas de automutilação/tentativas de suicídio entre mulheres e homens. As descobertas orientam a necessidade de respostas governamentais às recessões econômicas em relação ao comportamento suicida e outros efeitos de saúde (WHO, 2016b; DURKHEIM, 2000).

Terceiro resultado – correspondência encontrada nessa pesquisa: Os entrevistados do sexo masculino, com motivo de tentativa de suicídio devido a crise financeira, como explicado acima em consonância com a literatura atual, tanto em mulheres quanto em homens a crise financeira obtêm muito impacto sobre as tentativas de suicídio (WHO, 2016b; DURKHEIM, 2000).

Mas, não foram achados estudos que confirmassem a correspondência crise financeira, sexo masculino e com histórico de suicídio na família. Há necessidade de pesquisas sobre o assunto.

Quarto resultado da quarta correspondência encontrada nessa pesquisa: os entrevistados com motivo de tentativa de suicídio sendo *crise familiar* se associaram mais com o sexo *masculino sem registro de suicídio na família*. Alguns estudiosos confirmam o processo de crise familiar, em jovens como perda de pais na infância, conflitos familiares e rejeição, estas situações podem gerar depressão e alteração de humor e seu comportamento impulsivo responde ao desespero através de comportamento impulsivo, e realiza as tentativas de suicídio, (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; BRAGA; DELL’AGLIO, 2013; BOTEGA, 2015).

Já em relação ao comportamento em homens idosos, eles têm tendência ao isolamento e depressão como diminuição da vontade de interagir com familiares, propensos a crises de raiva quando contrariados pode tentar suicídio (BOTEGA, 2015).

Pesquisa recente, brasileira expõe dados de como as relações familiares, de modo percebido pelo idoso contribui para as ideações e tentativas de suicídio, e avaliações do ambiente sobre este idoso. Este estudo verificou que os idosos que não possuem vida saudável familiar contam com a carência de alternativas para enfrentar seus conflitos. A alternativa seria como atitude a tentativa de suicídio considerando as relações familiares, seus conflitos e suas crises (conflitos devido discordância de visão de mundo, retirados de seus ambientes e sua autonomia e subjugação à família, disfunção familiar e dificuldades por liberdade tolida em função da proteção e ou abandono). A falta de serviço público por não oferecer rede de apoio emocional, social, incluindo, a família, concorre para o aumento das tentativas de suicídio. (SILVA, et al., 2015).

Outros estudos reforçam que a família saudável é o suporte para o sujeito, ou seja, um fator protetivo, porém quando ao contrário o ser humano encontra-se frágil em suas relações sociofamiliares, fica com sensação de vazio e desespero, quando há crises (percepção negativa do envelhecimento, separações/brigas, conflitos) que predispõem as tentativas e suicídio . Portanto, família possui evento complexo e de causas variadas. (MINAYO; TEIXEIRA; MARTINS, 2016).

Diante desses resultados, a pesquisa atual mostrou que as tentativas de suicídio entre as mulheres devido *tristeza/depressão e com histórico suicídio na família*. As mulheres também tentam suicídio *devido à crise financeira e sem histórico de suicídio na família*. E *homens também tentam suicídio devido a crise financeira e com registro de suicídio na família*. Enquanto que os homens tentam suicídio devido à crise familiar e sem registro suicídio na família. Portanto, a crise financeira e crise familiar são preponderantes para as tentativas de suicídio. Durkheim (2000), estudo clássico e pesquisa atual, confirma que quando há crises estruturais, ou seja ruptura dos padrões morais/estruturais sociais, e recessões econômicas o indivíduo se autodestrói (WHO, 2016b).

Os resultados da pesquisa no que se remete ao mapa de correspondência entre o meio da tentativa de suicídio do entrevistado e a combinação entre o sexo e a existência de suicídio na família, sendo o meio da tentativa de suicídio: (envenenamento, intoxicação, outros; enforcamento, pulou de lugar alto; objeto perfuro cortante/arma de fogo), verificou uma associação maior entre os entrevistados que tentaram suicídio usando objeto perfurocortante/arma de fogo do sexo masculino e sem histórico de suicídio na família. As

tentativas de suicídio cujo meio utilizado foi envenenamento/intoxicação/outras, foram associados com pessoas do sexo feminino com e sem histórico de suicídio na família. Já os entrevistados do sexo masculino e com registro de suicídio na família mostraram ser mais associados com aqueles que tentaram suicídio através de enforcamento/pulou de lugar alto.

Em explicação do resultado dessa pesquisa da primeira associação: “uma associação maior entre os entrevistados que tentaram suicídio usando objeto perfurocortante/arma de fogo do sexo masculino e sem histórico de suicídio na família.

Pesquisas recentes confirmam que, no Brasil, o meio utilizado para o suicídio e mais comum em homens são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%) (BOTEGA, 2015) além de autointoxicação por álcool. (MONTEIRO et al., 2015) e automutilação na Irlanda no período de recessão econômica (WHO, 2016b).

Em explicação do resultado dessa pesquisa da segunda associação: “As tentativas de suicídio cujo meio utilizado foi envenenamento/intoxicação/outras, foram associados com pessoas do sexo feminino com e sem histórico de suicídio na família

Pesquisas recentes confirmam que no Brasil, os meios utilizados mais frequentes para as tentativas de suicídio no sexo feminino são: autointoxicação excessiva de medicamentos e envenenamento. Entretanto, atualmente, intensifica-se em mulheres e adolescentes, eleva a gravidade das letalidades das tentativas de suicídio (BOTEGA, 2015) e o meio utilizado para o suicídio entre as mulheres são: enforcamento(49%), inalação de fumaça/fogo(9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (BOTEGA, 2015).

Não foram achados pesquisa de associação para as tentativas de suicídio para “sem e com histórico de suicídio na família e sexo feminino, em correspondência com cujo meio utilizado foi envenenamento/intoxicação/outras. Acredita-se a pesquisadora que por quando não tem histórico de suicídio na família não ocorreu o fenômeno imitação, (muitas pesquisas recentes têm comprovado a existência do contágio suicida nas gerações de suicídio para mulheres, (BRAGA; DELL’AGLIO, 2013), pois pesquisa recente já citada afirma que para o suicídio as mulheres utilizariam meios mais letais e ainda que de acordo com estudos a mulher utiliza-se para a as tentativas meios menos letais (BOTEGA, 2015).

Por este motivo, por ser o meio utilizado por mulheres, autointoxicação/envenenamento são meios menos letais, acredita-se que devido ao fato de não terem, estas mulheres, suicídio na família, pois o suicídio utiliza-se de meios mais letais e devido o fenômeno imitação (muitas pesquisas recentes têm comprovado a existência do contágio suicida nas gerações), então, no resultado desta pesquisa atual, não obteve imitação para armas mais

letais, portanto, sem suicídio na família e o meio foi menos letal (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

E já quando há tentativas de suicídio com histórico de suicídio na família e sexo feminino e uso de envenenamento/intoxicação, não foram achados pesquisas que comprovem essas tantas associações.

Diante dos resultados acima mencionados venho reforçar que os homens, tentam o suicídio de meio mais letal do que as mulheres e eles se predominam nesse tipo de violência. Entretanto, nas mulheres é mais comum as tentativas de suicídio e por meios menos letais (BOTEGA, 2015).

Foi observado em resultado da pesquisa atual que ambos os sexos, tentaram suicídio, com objeto menos letal quando não possui histórico de suicídio na família e já os homens tentou suicídio por uma forma mais drástica, enforcamento/pulou de lugar alto, quando há suicídio na família. Seria o fenômeno imitação de querer se extinguir mesmo sem dúvidas pra ficar igual ao familiar que morreu por suicídio (forma mais letal)? Sugiro mais necessidades de pesquisas quanto ao meio, e o fator suicídio na família em ambos os sexos. Portanto, indivíduos com histórico de suicídio na família possuem maior vulnerabilidade para imitar esse comportamento (ARAÚJO et al., 2010).

Visto que para a terceira correspondência de resultado da entrevista/pesquisa atual : “para tentativas de suicídios do sexo masculino e com registro de suicídio na família mostraram ser mais associados com aqueles que tentaram suicídio através de enforcamento/pulou de lugar alto.”.

Esta situação, em relação aos resultados da pesquisa citada parágrafo acima se refere a meios mais letais, para os suicídios. Estudos recentes confirmam que o homem na segunda idade, principalmente em países de alta renda utilizam-se de meios mais letais para o suicídio como enforcamento e armas de fogo (WHO, 2014; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Para reforçar a parte teórica citada, no Brasil os principais meios utilizados para o suicídio são: enforcamento (47%), armas de fogo (19%), e envenenamento (14%) (BOTEGA, 2015).

Muitas pesquisas recentes têm comprovado a existência do contágio suicida, que significa influência da informação do comportamento de pessoas a efetuar o suicídio, principalmente em adolescentes, se a situação será memorizada se o jovem tiver presenciado a história de suicídio na família, torna-se comportamento imitativo diante de uma solução de problemas insuportáveis, há desse modo os casos de suicídio através das gerações (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Esta presente pesquisa informa os vários fatores de riscos em relação às tentativas de suicídio que envolve a população de Betim- MG. Estudá-los e conhecê-los possibilita buscar abordagem para prevenção. Para reforçar, ainda mais por possibilitar a investigar suas causas em seus constituintes culturais, emocionais e financeiros, os impactos desta violência é imensurável desde sofrimento das vítimas e familiares, transtornos mentais e psíquicos, há sobrecarga nos serviços de saúde e financeira até deteriorização das relações sociais (MINAYO, 2005).

Faz-se necessário exemplificar mais uma vez sobre os gastos financeiros das tentativas de suicídio realizadas no hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas São Paulo, onde esses pacientes, além de chegarem ao hospital de ambulância, sua internação é mais demorada do que os pacientes portadores de doenças obstrutivas coronariana que ficam entre 10 e 15 dias. Evidencia-se uma exorbitância administração laboratorial por meios de autointoxicação e exames de imagem do crânio, em caso de pacientes inconscientes. Observa-se ainda que se tratando do grupo de tentativas de suicídio, o custo familiar destaca-se significativamente, pois um familiar ausenta-se do trabalho para dar apoio emocional ao paciente e por temer que este repetirá sua tentativa de suicídio (SGOBIN; TRAVALI; COELHO; BOTEGA, 2015).

Os registros sobre suicídio são raros e das tentativas mais ainda, elas permanecem desconhecidas e escondidas, é necessário registros médicos para classificar se foi lesão e ou envenenamento de maneira intencional ou acidental. Porém, atualmente, há falta de métodos internacionais padronizados (WHO, 2016b).

Portanto, há má classificação e a subnotificação por motivo de estigmatização e ilegalidade em alguns países tornam o cadastro desta violência autoinfligida complicada e de grande problema. Botega citou que o maior problema é que no Brasil, principalmente, não existe registro de abrangência nacional para a violência autoinfligida/ tentativas de suicídio principalmente (BOTEGA, 2015).

Outrossim, para reforçar parte teórica, em função da ausência de dados para as tentativas de suicídio, geram pouca compreensão dos serviços clínicos e de gestores do setor público de saúde em função do impacto do comportamento suicida nos serviços médicos (BOTEGA et al., 2009).

Para reforçar o referencial teórico já citado parte teórica, outras importantes dificuldades se processam no Brasil, para obter informações de dados, de tentativas de suicídio que são maiores que do suicídio. Possui influências por questões religiosa e financeira não recebimento de seguro de vida, impactando a qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (PINTO; ASSIS, 2015).

E ainda, em nosso país, em relação às prevenções da violência autoinfligida e especialmente as tentativas de suicídio, pesquisadores reforçam que há necessidade de melhoria da notificação compulsória e no sistema de informação dos dados das tentativas de suicídio. Principalmente nas internações públicas no Brasil, há diferenças entre regiões, representam 75% das internações, em virtude de pessoas que utilizam planos de saúde ou hospitais particulares (PINTO; ASSIS, 2015).

Mesmo diante de toda problemática da violência autoinfligida principalmente as tentativas de suicídios, há fatores protetivos, os laços sociais saudáveis (na família, no trabalho, na escola, a fé saudável, todos os níveis sociais e de governo) e a solidariedade na relações humanas (DURKHEIM, 2000; WHO, 2016b; BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; ARAUJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

Na pesquisa atual apontou um desses fatores que achei importantes, porém como eram de esperar estes fatores protetivos encontram-se fragilizados, tal como já vimos os outros resultados mencionados anteriormente. A fé, é um dos fatores que gostaria de demonstrar, não foi citado acima, por quê não foi significativa, mas seus resultados apontaram dados curiosos para o estudo, segue abaixo:

Observou-se também que, mesmo preponderância, mas não significativos, a maioria dos entrevistados (as) que praticam religião regularmente foi de (80,5%) e participação em grupo religioso (39,1%) em contrapartida os entrevistados que já tentaram suicídio que não possuem prática regular religiosa correspondem a (4,2%) A fé tem um importante fator protetivo contra a violência autoinfligida, quando sustenta um comportamento saudável ao indivíduo (BOTEGA, 2015; DURKHEIM, 2000). Assim, o perfil para propensão de tentativas de suicídio torna-se preponderante quando o sexo é feminino (BOTEGA et al., 2009; BOTEGA, 2015; WHO, 2016b) e também suicídios na família (WHO, 2016b; BOTEGA, 2015; DURKHEIM, 2000; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; ARAUJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

As ações para prevenções da violência autoinfligida/ tentativas de suicídio, têm sido realizadas e as principais estão, a saber, conforme o exposto:

- A taxa de suicídio, é uma recomendação de indicador nas metas de Saúde das Nações Unidas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS/SDGs), faz parte das Estatísticas Mundial de Saúde 2016: Monitoramento de Saúde para os ODS, com objetivo de reduzir a taxa de suicídio em 3,4 até 2030. Idem, para os Estados membros da OMS no Plano de Ação 2013-2020, em Saúde Mental visa reduzir a taxa de suicídio em 10% até

2020. Metas que juntas, visam a saúde e a qualidade de vida, bem estar para todos, e obtêm lugar prioritário na ODS/SDGs (WHO, 2016a), que consiste na integração em sua agenda as três dimensões do desenvolvimento Sustentável (desenvolvimento econômico, social e ambiental) envolvendo o planeta, prosperidade, paz, saúde parceria, erradicação da pobreza, da desigualdade social e envolvimento de todos, ou seja, da comunidade, como também pesquisas e novas tecnologias (WHO, 2017h).

As prevenções e reduções das tentativas, se processam através do empenho do financiamento do governo, políticas públicas, ministério da saúde e dos serviços de saúde mental, bioestatísticos, serviços de atenção primária, público, assistências psicossociais e tratamento psicológico , e Irlanda é um modelo para outros países (WHO, 2016b).

Seguem importante marcos de prevenções para as tentativas de suicídio no Brasil e em Betim:

- O Brasil está incluso em 2000 no Estudo SUPRE-MISS (Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida) da Organização Mundial da Saúde (OMS), rede esta que torna acessível pela internet várias informações e manuais de prevenção de suicídio (BOTEGA, 2015).
- No Brasil, a Atenção Secundária e Terciária em saúde para indivíduos em situação de crise, depois de praticar tentativa de suicídio e/ ou em atendimento psiquiátrico médio/grave destacam-se os Centro (s) Especializado(s) em Saúde Mental que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Além desses serviços existem os Hospitais de Urgência e Emergência (psiquiátricos e ou gerais) (ABP, 2014).
- De acordo com Ministério da Saúde do Brasil (2006), a relevância das equipes CAPS é devido estarem de maneira vantajosa para qualificar/analisar a “rede de proteção social”, por criarem estratégias dessa rede de reforço e por lidarem regularmente com pessoas em situações de crise, quando o risco de suicídio está intensamente grave e de certa forma agem com um relacionamento próximo e duradouro com os pacientes, suas famílias e o seu grupo social (BRASIL, 2006a).
- Logo, todas essas redes de saúde CAPS, CERSAM e hospitais de urgência (geral/psiquiátrico) estão voltadas para a prevenção do suicídio necessitam estarem unidas conforme critérios da rede de Saúde Mental, de acordo com os planos terapêuticos, bem instrumentados em sua capacitação profissional. Por exemplo: na

acolhida, na avaliação/diagnóstico psicológico/psiquiátrico, contrato da terapia, intervenção na crise, estratégia terapêutica voltada para fatores potenciadores e protetivos da violência autoinfligida, tratamento semanal ambulatorial e escuta psicoterapêutica (ABP, 2014).

- O programa de Saúde Mental da Secretária Municipal de Saúde de Betim, encontra-se nas normas do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e princípios voltados na assistência, inserção e controle social, missão de tratar com integralidade seus municípios os portadores de distúrbios mentais em serviços não fechados, substitutivos ao hospital psiquiátrico, garantindo as normas de territorialidade, descentralização do atendimento e o acesso , enfatizando as urgências, frente ao enfrentamento intersetorial através do projeto terapêutico individual (BETIM, 2006).
- Em Betim, na saúde mental há também o Projeto Terapêutico (PTI), de discussão interdisciplinar, com os assistentes sociais, familiares e diversas **instâncias sociais, o quê caracteriza a Clínica Ampliada ou Clínica Psicossocial**. Este modelo sobrepõem ao modelo hierárquico antigo de saúde /hospitalocêntrico, todos os atores são importantes em seu saber específico a favor do usuário (BETIM, 2006).
- O Plano Municipal de Saúde de Betim direcionará a gestão desta cidade no setor Saúde durante os anos de 2014 a 2017, visto a preocupação na promoção da acessibilidade e qualidade às ações e as assistências de saúde, no robustecimento nas Redes de Atenção à Saúde e do manejo da interação da população, para garantir isto haverá o monitoramento das ações propostas a cada quadrimestre (BETIM, 2013).

Uma das propostas deste plano irá estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), de forma a consolidar a política de humanização (com diretrizes de ambiência, promoção e educação em saúde), coordenadas pela Atenção Primária à Saúde e organizada pela Estratégia de Saúde da Família, de modo a dinamizar e executar as metas desejadas pelo município a fim que responda com eficiência as demandas da população em cuidados á saúde (BETIM, 2013).

- Ademais, um dos critérios de encaminhamento para a saúde mental (CERSAM/CAPS) são o risco de suicídio/persistentes ideações de morte, tentativas anteriores de suicídio, baixo suporte familiar, distúrbio mental, quando as alternativas foram esgotadas na atenção primária, na comunidade e após atendimento domiciliar realizado pelo SAMU como também após avaliação clínica- cirúrgica e de desintoxicação de substâncias psicotrópicas pelas UAIS e HPRB (BETIM, 2017).

Os Usuários encaminhados pela emergência clínica de Betim deverão ter acompanhantes para possibilitar informações relevantes sobre o caso (família, vizinhos, bombeiros, polícia militar, etc.) (BETIM, 2017).

O município de Betim, conforme já referenciado no texto acima e já citado em parte teórica, esta cidade está com várias estruturas preventivas para a violência autoinfligida (BETIM, 2006); (BETIM, 2013); (BETIM 2017) .

E de acordo com texto abaixo sobre Betim, já citado na parte teórica para reforçar o exposto, importante observar que diante da crise econômica brasileira, e conforme os dados divulgados do IBGE, Betim, caiu na produtividade total de riquezas desde o ano de 2013. O município perdeu nove posições no ranking das cidades mais ricas do país, passando do 20ª para a 29ª posição. Em Minas Gerais, o município em estudo, perdeu a posição de segunda para a quarta mais rica do Estado.–. Primeiro lugar no ranking é Belo Horizonte com PIB acumulado de R\$81,4 bilhões, seguida de Uberlândia com R\$ 25,7 bilhões, Contagem com R\$ 24,2 bilhões. Interessante observar que o setor que teve mais importância no PIB de Betim, que contribuiu para gerar riquezas em 2013 foi o de serviços, com R\$ 8,8 bilhões. E ainda assim, este setor teve forte retraimento, pois em 2012 o acumulado foi de R\$ 10,6 bilhões, sofrendo assim acentuada queda na produção (ALVARENGA, 2016).

Realmente, o setor industrial que antes era a maior força econômica do município, teve o pior índice conforme levantamento do IBGE. Por exemplo, em 2013, o PIB da indústria reduziu quase a metade, com uma cifra de R\$ 5,8 bilhões. E de acordo com a entrevista do professor da IBMEC e pesquisador da Fundação João Pinheiro, Felipe Leroy, entende-se que, este encurtamento econômico em Betim é devido à dependência da exclusiva multinacional, a Fiat e das empresas que assessora ela direta e indiretamente. Além disso, o município não tendo arrecadação perde investimento para saúde e educação, e a tendência de o desemprego crescer, diante da recessão econômica (ALVARENGA, 2016).

Em reforço ao já exposto, ainda, em relação aos dados do Mapa da Violência 2014, em 2008, Betim liderou em Minas Gerais na taxa de homicídios jovens (200 em 100 mil hab.). Em 2012, quatro entre seis municípios com maiores taxas de homicídio em Minas Gerais, quatro são vizinhos de Betim, eles são: São Joaquim de Bicas/ primeiro lugar; Mateus Leme/segundo lugar; Esmeraldas/quinto lugar e Juatuba/sexta lugar (WAISELFISZ, 2014).

Em pesquisa atual, a violência autoinfligida também encontra-se com taxas significativas para a população de 1129 entrevistados na pesquisa. Há necessidade de cada ator social atuar para a prevenção desta violência, governo, mídia, escola, trabalho e família e outros setores da sociedade.

Em reforço ao já exposto, é nos grandes centros urbanos e não nos campos, que tanto o suicídio como a loucura são comuns, devido as causas sociais dos quais dependem são mais intensas (DURKHEIM, 2000).

Para realçar o quê já está exposto em parte teórica, atualmente, de acordo com as pesquisas em saúde, a violência autoinfligida tem aumentado nos grandes centros urbanos (MINAYO, 1998).

Para reforçar o exposto já citado em parte teórica, no intuito de Prevenir a violência e promover a saúde de Betim e vários municípios, o Núcleo Promoção de Saúde e Paz da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG, em 2007, iniciou-se articulação com múltiplos setores: da saúde, educação, defesa social, justiça, assistência social do Estado de Minas Gerais e desses tantos municípios, em rede com o Ministério da Saúde, sociedade civil e OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). E dessa forma, criou em parceria com a rede o Programa de Transferência de Tecnologia da Abordagem da Violência e Construção de Cultura de Paz, voltado para capacitar profissionais (MELO, 2010).

9 CONCLUSÕES

Nos últimos anos, o Brasil e, no caso, Betim experimentaram grande recessão em sua economia; acredita-se que este encurtamento seja devido a extrema dependência da multinacional FIAT e empresas que ela assessora direta e indiretamente. O município, não tendo arrecadação perde o investimento para saúde educação e a tendência é o desemprego crescer (ALVARENGA, 2016), como também a violência, conforme a pesquisa atual, ainda mais a violência autoinfligida/tentativas de suicídio. pois, nesta violência há vários fatores associados, psicossociais e econômicos e há necessidade de prevenção (WHO, 2016b); (BOTEGA, 2015).

As tentativas de suicídio geram impactos, emocionais, sociais, econômicos e na saúde do indivíduo e na comunidade. Os Efeitos são: na saúde, sociais, econômicos e psíquicos em virtude das morbidades, incapacitações sobre o indivíduo e seus familiares (BOTEGA, 2015).

Estima-se que em 2020 a carga global por doenças devido as tentativas de suicídio chegará mais que o dobro do ano de 2002 (BOTEGA et al., 2009). Há necessidade de preveni-la, de acordo com cada realidade local, e a melhoria nos dados estatísticos, monitoramento, vigilância e técnicas estratégicas atuais de prevenção em redes e estudos constantes, são primordiais para preveni-la, e conseqüentemente o suicídio (WHO, 2016b); (BOTEGA, 2015).

Os resultados desse estudo mostrou quão grande é a problemática de tentativas de suicídio em Betim-MG, pois apresenta possui uma grande percentagem em suas prevalências pra as tentativas (3,5%) entre os entrevistados e já em relação as tentativas de suicídio entre familiares dos entrevistados é maior ainda (5,7%). Verifica-se uma taxa maior de tentativas de suicídio em relação á área familiar. Estudos confirmam a importância da família na estrutura das primeiras relações de afeto e sociabilidade (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013), (DURKHEIM, 2000).

De acordo com os dados da pesquisa para os entrevistados a tentativa de suicídio predominou em seus indivíduos a depressão/ansiedade/outro problema psiquiátrico e uso de medicamento para dormir e já os meios e motivos mais comuns são: objeto perfuro – cortante/arma de fogo do sexo masculino e sem histórico de suicídio na família outro meio de tentativas de suicídio é o envenenamento/intoxicação/outros, foram associados com pessoas do sexo feminino com e sem histórico de suicídio na família e já os entrevistados do sexo

masculino e com registro de suicídio na família mostraram ser mais associados com aqueles que tentaram suicídio através de enforcamento/pulou de lugar alto.

Percebe-se a alta taxa de tentativas para suicídio, que destacou-se em tentativas de suicídio por familiares. Conforme já foi citado em discussão, as tentativas de suicídio por familiares e depressão em mulheres, são fatores altamente vulneráveis para o suicídio (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

A família e suas relações saudáveis são a base de uma sociedade e o cerne de importante fator protetivo frente as tentativas de suicídio (DURKHEIM, 2000). Foi verificado forte associação de tentativas de suicídio por familiares com renda familiar baixa e diferentes tipos de violência, porém a violência sexual destacou entre todas as demais. Estes fatores de risco comprometem a vida do ser humano e de toda a sociedade. A família em Betim está desestruturada em crise e com vários fatores psicossociais frágeis e para completar ainda com fator de risco grave de pessoas que tentaram suicídio familiar e ainda assim, o perfil para propensão de tentativas de suicídio torna-se preponderante quando o sexo é feminino e também os suicídios na família. (WHO, 2016b; BOTEGA, 2015; DURKHEIM, 2000; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; ARAUJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

Há necessidade urgente de uma intervenção mais efetiva na família. E para isso é necessário capacitar os profissionais da saúde frente a esta violência (BRASIL, 2006a).

Outro tipo de problema é que há necessidade de ter acesso aos dados consistentes de informação sobre a estas violências e principalmente tentativas de suicídio, para estudá-los e assim poder encontrar estratégias de prevenção para o suicídio (WHO, 2016b) por isso, a razão da minha pesquisa. Ter o número de informações mais precisas, para estudar o perfil dessas violências para depois preveni-las. Condições que apontam para a relevância do nosso estudo. O estudo detectou dados importantes sobre tentativas de suicídio, contribuindo para a abordagem desse tipo de violência (PERES et al., 2017).

Estudo recente afirma que além de obter uma lista de dados relevantes sobre os aspectos sociodemográficos, psicossociais e características psiquiátricas, deve-se colher dados de conhecimento de tentativa de suicídio ou suicídio pela internet ou outros meios de comunicação e se ocorreu tentativa de suicídio ou suicídio na família (WHO, 2016b).

Para reforçar o já exposto na parte teórica a ausência de dados para as tentativas de suicídio reflete a pouca compreensão dos serviços clínicos e de gestores do setor público de saúde em função do impacto do comportamento suicida nos serviços médicos (BOTEGA et al., 2009).

Embora, o município de Betim, já possua uma rede de prevenção e serviços de emergências sobre a violência autoinfligida (BETIM, 2006, 2013, 2017), porém proponho construir um modelo funcional e efetivo ou seja uma comissão de controle da tentativa de suicídio/suicídio, há necessidade de criar estratégias mais efetivas e práticas, afim de utilizar os recursos que já existem como por exemplo uma sugestão seguiu-se: Criar em cada município vulnerável o grupo “GPFS” (Grupo de prevenção familiar do suicídio e suas tentativas), composto pelo próprios funcionários efetivos do município. Em primeiro lugar, os agentes de saúde (ACS) fariam um questionário de identificação das famílias vulneráveis, monitorização nas casas sobre dados de tentativas de suicídios, coletar informações no bairro, uma vez detectada os potenciais suicidas, os profissionais da saúde mental: médico psiquiatra, psicólogo, assistentes sociais, para criar o grupo “GPFS”, acompanhar e tratar esta família com risco de suicídio. Reuniões do grupo seriam em um espaço dentro das unidades básicas com reuniões terapêuticas para esta família, melhorar suas relações familiares e tratar psicoterapeuticamente com a abordagem comportamental dialética essas pessoas que realizam as tentativas de suicídio. A pesquisadora com experiência na área de psicologia e no tratamento desta violência, propõe aprofundar os estudos e treinamento para criação do grupo. Conforme já exposto em parte teórica, um estudo recente na Irlanda, demonstrou reduzir comportamento suicida em adultos através, da intervenção de tratamento psicológico utilizando-se de abordagem cognitiva comportamental dialética (WHO, 2016b). E ainda, também outro estudo nos Estados Unidos, confirma que a terapia comportamental dialética (TCD), demonstrou reduzir comportamento de risco de suicida em adultos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Ademais, , justifica-se um assessoramento jurídico, para resolver conflitos jurídicos familiares e assistência psicossocial, um possível emprego e ou possível reinserção social. Na família desestruturada, através do relacionamento, que desempenhará, papel importante na tentativa de suicídio e em seu ato consumado (CORREIA et al., 2014).

Conforme o exposto, todos os fatores psicossociais se associam às tentativas de suicídio na cidade de Betim. Estudá-los e compreendê-los de forma analisar o comportamento autodestrutivo nas tentativas de suicídio, será um exercício constante na busca de estratégias de prevenção e formulação de políticas públicas de prevenção ao suicídio, aliados a comunidade e aos múltiplos setores da sociedade e de múltiplas abordagens de acordo com a realidade de cada país e cooperados pelo sistema de governo (WHO, 2016b).

O que vimos é uma constante anômia social /estado e empresários, constituída pela ganância demasiada na busca do poder e riqueza, desinteressada com a sociedade e com a estrutura do indivíduo e sua família, produzindo doenças e vulnerabilidades psicossociais, produzindo suicidas. É necessário criar uma conscientização dos políticos e empresários que cuidar de si próprio seria cuidar de sua coletividade. . Exemplo disso, são as descobertas de aumento significativo no registro de autolesão intencional na Irlanda durante período de recessão econômica e austeridade; pesquisas orientam a necessidade de respostas governamentais às recessões econômicas em relação ao comportamento suicida e outros efeitos de saúde (WHO, 2016b). Entretanto, o Estado está longe do indivíduo, é preciso, reduzir desigualdades. Na anômia da ganância alguns sem limites renunciam ao amor pelo progresso e se inquietam com a economia. É preciso reduzir desigualdades e criar nova moral e difundir a solidariedade (DURKHEIM, 2000).

Outrossim, todos juntos, depois da identificação do mal estar provocativo nas violências autoinfligidas e especialmente as tentativas de suicídio, em uma estratégia criada de acordo com cada realidade de forma prática, eficiente e constante união de todos em forma de rede, resilientes, juntos em uma sociedade e solidários, agir em rede, intervir preventivamente as tentativas de suicídio e em consequência disto, o suicídio. Outrossim, aliado às estratégias, criar políticas públicas a respeito e capacitar os profissionais de saúde (WHO, 2016b).

Este estudo, nos permite dados consistentes para estudo e intervenção e elaboração de novas estratégias locais (que o meu foco no monitoramento e tratamento das famílias). Possibilita dessa forma, a prevenção das tentativas e futuros suicídios (BOTEGA, 2015). Eleva assim, um esclarecimento desse fenômeno tão estigmatizado e subnotificado que é influenciado por vários fatores psicossociais e econômicos conforme vários autores destacaram.

Portanto, segundo o clássico e útil autor para o nosso entendimento da atualidade, Durkheim (2000), cada sociedade está determinada a fornecer um número regular de suicidas. E ainda, Durkheim, faz previsões para o futuro, quando deixa claro que ao nomear particularmente as causas/o veneno para o suicídio, que irão também se desenvolver no futuro, e provavelmente, uma delas deverá ser a organização trabalhista, só que de uma forma mais saudável do que no século XIX. Mas, somente, depois de uma pesquisa especial, sob o regime corporativo e as leis de sua evolução, e dentro da realidade social na prática e em época presente que terá as conclusões. Logo, a realidade social é complexa e desconhecida para poder ser prevista.

O próprio Durkheim (2000, p. 513) nos relata e conclui:

[...] Só o contato direto com as coisas pode dar aos ensinamentos da ciência a determinação que lhes falta. Uma vez estabelecida a existência do mal, em que lhe consiste e de que depende, quando se conhecem, por conseguinte, as características gerais do remédio e o ponto em que ele deve ser aplicado, o essencial não é fixar de antemão um plano que prevê tudo; é por resolutamente mãos à obra.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO , Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Suicídio: é preciso romper o silêncio.** 2016. Disponível em:< <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/suicidio-e-preciso-romper-o-silencio/20436/>>. Acesso em: 13 set. 2017.
- ALVARENGA, L. PIB de Betim despenca 9 posições no ranking nacional. Fundação João Pinheiro. **Jornal O Tempo**, 2016. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/fjp-na-midia/3425-21-1-2016-pib-de-betim-despenca-9-posicoes-no-ranking-nacional>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- ARAUJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 47-57, Apr. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Comportamento suicida: conhecer para prevenir- dirigido para profissionais de Imprensa**, 2009. Disponível em: www.abpbrasil.org.br/sala-imprensa/manual> Acesso em: 15 maio 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir.** Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf> Acesso em: 29 maio 2017.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO D, BOLHARI J.; BOTEGA, N. De Silva; TRAN THI THANH, H.; PHILLIPS, M.; SCHLEBUSCH, L.; VÄRNIK, A.; VIJAYAKUMAR, L.; WASSERMAN, D. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. **Psychol Med.**, v. 35, n. 10, p. 1457-65, 2005.
- BETIM. **Protocolo de Assistência em Saúde Mental do Município de Betim.** 2006. Prefeitura Municipal de Betim. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: www.betim.mg.gov.br/.../protocolo_de_assistencia_em_saude_mental%3B0743402>. Acesso em: 29 maio 2017.
- BETIM. **Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017.** Secretaria Municipal de Saúde. Gestor do SUS/Betim, 20 de dezembro 2013. 2013. Disponível em: <www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_saude;20152013.pdf>. Acesso em: 31 maio 2017.
- BETIM. Prefeitura de Betim. **Cidade do Bem.** Protocolos da Saúde Mental. Protocolos Assistenciais. Atendimentos das Urgências e Emergências. Disponível em: www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/diretoria_operacional/saude_mental/protocolos/39701%3B37747%3B072434>. Acesso em: 30 maio 2017.
- 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.**, v. 44, p. 19-25. 1995.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v.25, n. 3. p. 231-236, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pusp. Acesso em: 16 set. 2016.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artemed, 2015.

BOTEGA N. J.; MARÍN-LEON, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS M. B. A.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO P. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p.2632-8, 2009. > disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200010. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRAGA, Luiza de Lima.; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v..6, n..1 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da saúde, 2005. p. 7-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. **Diário Oficial da União**, 15 ago. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da saúde, 2013, v.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; jun.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Óbitos por causas externas: Brasil. DATASUS**, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10mg.def> >. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas: Brasil. **DATASUS**, 2016a . Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def> >. Acesso em: 08 set. 2016

CASSORLA, R. M. S. Considerações sobre o suicídio. In: _____. (Coord.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998a. p. 17-26.

CASSORLA, R. M. S. Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In: _____. (Coord.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998b. p. 61-87.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **Falar é a melhor solução**: setembro amarelo. 2016. Disponível em: <<http://www.setembroamarelo.org.br> > Acesso em: 20 set. 2016.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **O CVV**. 2015. Disponível em: <<http://www.cvv.org.br/cvv.php>> Acesso em: 6 jul. 2017

CORREIA, Cíntia Mesquita; GOMES, Nadirleone Pereira; COUTO, Telmara Menezes; RODRIGUES, Adriana Diniz; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; DINIZ, Normélia Maria Freire. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 118-25, jan-mar, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Conselho Federal de Psicologia- Brasília: CFP, 2013. 152p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA CFP. **Setembro amarelo**: uma campanha pela vida. 2016. Disponível em:<<https://www.facebook.com/conselhofederaldepsicologia/posts/1264238070274715:0> >Acesso em:12 maio 2017.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. Tradução de Mônica Stabel. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FLODERUS, B; GORANSSON, S.; ALEXANDERSON, K.; ARONSSON, G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. **J Rehabil Med.**, v.37, p. 291–9, 2005.

FREUD, Sigmund . Freud (1930-1936): **O mal-estar na civilização e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v-18.

GREENACRE, M. J. **Theory and applications of correspondence analysis**, London: Academic Press. 1984.

GREENACRE, M. J. **Correspondence analysis in practice**.2. ed. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, 2007

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. **Communications in Statistics**, v.10, p. 1043-1069, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Perfil do Município**. 2016. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670> >. Acesso em: 12 set. 2016.

KISH, L. **Survey Sampling**. New York: Wiley, 1965.

KRAUS, Amoldo. Morir con dignidad: III. El difícil camino: Eutanasia Y suicídio assistido”. Nexos: **Sociedad, Ciência, Literatura**, v. 46, june, 2015.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. Dossiê Suicídio. **Psicol.USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, sept./dec., 2014.

- LEANDRO-FRANÇA, Cristineide; MURTA, Sheila Giardini. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicol.cienc.prof.** Brasília, v. 34, n. 2. abr./jun., 2014.
- LEMESHOW, S.; HOSMER, D.W. A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. **American Journal of Epidemiology**, v.115, n. 1, p. 92-106, 1982.
- LINDSEY, James K. **Applying generalized linear models**. New York: Springer. 1997.
- MARÍN –LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEAGA, N.J. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small countries . **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n.5, p: 351-9, 2012.
- MARINHO, J. R. M.; CAVALCANTE, T. S. O direito e as novas sociabilidades de comunicação no meio virtual. In: **Revista de direito FIBRALEXm**, v.1, n. 1, ago. jan., 2016.
- MELEIRO, A. M.; SANTOS, C. M.; WANG, Y-P .Suicídio e tentativa de suicídio In: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Hélio e colab. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, cap.32, p. 475, 2007.
- MELO, Elza M. **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde – OPAS/OMS, 2010.
- MENEGHEL, Stela Nazareth; MOURA, Rosylaine; HESLER, Lilian Zielke; GUTIERREZ, Denise Machado Duran. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, v..20, n.6, p.1721, 2015.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.4, n.3, p.513-531, nov. 1997 / fev.1998.
- MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.421-428, abr.- jun. 1998.
- MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005, p.10-42.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013) **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; MARTINS, José Clerton de Oliveira. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Estudos de Psicologia**, v.21, n.1, p. 36-41, jan./marc., 2016.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada.** Belo Horizonte: Editora UFMG. 2007.

MONDIN, T.C. *et al.* Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, mar, p. 853-860, 2016.

MONTEIRO, Rosane Aparecida; BAHIA, Camila Alves; PAIVA, Eneida Anjos; SÁ, Naiza Nayla Bandeira de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente Brasil, 2002 a 2013 **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n. 3, p. 689-700, 2015.

MORAES, Sandra Dirce Teixeira de Araujo; FONSECA, Angela Maggio; BAGNOLI, Vicente Renato; SOARES JÚNIOR, José Maria; MORAES, Eli Mendes; NEVES, Erika Mendonça; ROSA, Marina de Araujo; PORTELLA, Caio Fabio Schlechta; BARACAT; Edmundo Chada. Impact of domestic and sexual violence on women's health. **Journal of Human Growth and Development**, v.22, n. 2, p. 253-258, 2012.

NIEDERKROTENTHALER, T.; TINGHÖG, Petter; GOLDMAN-MELLOR, Sidra, WILCOX, Holly C.; GOULD, Madelyn; MITTENDORFER-RUTZ, Ellenor. Medical and Social Determinants of Subsequent Labour Market Marginalization in Young Hospitalized Suicide Attempters. **Plos one**, v.11, n. 1, p. 1-15, 2016

OLIVEIRA, C. F. D'.O. **Rede brasileira de prevenção do suicídio**, 2012. Disponível em: <<http://www.rebraps.com.br/search/label/Participe%20da%20REBRAPS>> Acesso em: 20 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Transtornos Mentais e Comportamentais- Departamento de Saúde Mental. Genebra 2000. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67603/8/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf> Acesso em: 15 maio 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Event-Preventing Suicide: PAHO/WHO.** 2016. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_eventlist&view=details&id=177%3APreventing+Suicide%2C+what+to+do%3F&lang=pt > Acesso em: 26 ago. 2016.

PEDROSA, L. **No Brasil, suicídio de homens idosos é quatro vezes maior que de mulheres.** 2016. Disponível em < <http://portal.inpa.gov.br/portal/index.php/ultimas-noticias/2478-no-brasil-suicidio-de-homens-idosos-e-quase-quatro-vezes-maior-que-de-mulheres>> Acesso em: 13 mar. 2017.

PERES, A. M. B., CARVALHO, A. J. P.; COSTA, T. A.; PAIVA, A. C. B.; CLARET, T. M.; RADICCHI, A. L. A.; TAVARES, R.; MELO, E. M. Tentativas de suicídio em município da região metropolitana de Betim E-poster-eixo 2. MELO, Elza; FREITAS, Cristiane. (Coord.). **Violência na sociedade contemporânea.** 4º Congresso Nacional de Saúde.

PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 – 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1681-1692, 2015.

PNUD, Ipea e FJP. **O Índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Atlas de Desenvolvimento Humano**. 2013. Disponível em: < <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/2736-indice-de-desenvolvimento-humano-idh-2> 2013.> Acesso em: 14 set. 2016.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2012. Disponível em: < <http://www.R-project.org>>. Acesso em: 08 maio 2017.

RAHMAN, Syed; ALEXANDERSON, Kristina; JOKINEN, Jussi; MITTENDORFER-RUTZ, Ellenor. Risk factors for suicidal behaviour in individuals on disability pension due to common mental disorders - a nationwide register-based prospective cohort study in Sweden. **PLoS One**, v. 9, n. 5, p. 984-97, 2014.

REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, v. 377, p.75-89, maio, 2011.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A., RUIZ, Pedro- KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**. Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALES, M. A. **Fundação João Pinheiro divulga PIB dos municípios de Minas Gerais**. Fundação João Pinheiro, 2013. Disponível em: < <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/noticias-em-destaque/2678-fundacao-joao-pinheiro-divulga-pib-dos-municipios-de-minas-gerais>>. Acesso em: 14 set. 2016.

SALVE, S. D. *et al.* **Uso de indicadores socioeconômicos para focalização de políticas públicas**: estudo de impacto político-social do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. VI Conferência de ALCADeca/ Asociación Latino americana y Del Caribe para El Estudio de las Capacidades Humanas- “Estilos de vida, interacciones sociales y desarrollo humano”. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD Brasil, Montevideo, 2016. Disponível em: < www.iecon.ccee.edu.uy/download.php?len=es...pdf.../pdf> Acesso em: 13 set. 2016.

SCHMIDTKE A, BILLE-BRAHE U, DELEO D, KERKHOF A, BJERKE T, CREPET P. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. **Acta Psychiatr Scand.**, v. 93, n. 5, p. 327-38. 1996.

SGOBIN, S. M. T.; TRAVALI, A. L. M.; COELHO, O.R.; BOTEGA, N. J. Direct and indirect cost of suicide attempts in a general hospital: a cost of illness study. **São Paulo Med J.**, v.133, n. 3, p. 2018-26, 2015.

SHAFFER, D.; FISHER, P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. **Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry**, v.20, p. 545-565, 1981.

SILVA, Raimunda Magalhães; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; SOUSA, Girliani Silva de; CAVALCANTI, Ana Márcia Tenório de Souza; APOLINÁRIO, Alba Valéria de Souza. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1703-1710, 2015.

SOLOMON, A. **O demônio do meio dia**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2002

SOUZA, Flávia Bello Costa; DREZETT, Jefferson; MEIRELLES, Alcina de Cássia; RAMOS, Denise Gimenez. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução & Climatério**, v. 27, n. 3, p. 98–103, 2013.

TAVARES, R. *et al.* Homicídios e vulnerabilidade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21 n.3, mar. 2016.

TAYLOR, T. L.; HAWTON, K.; FORTUNE, S.; KAPUR, N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **Br J Psychiatry**, v. 194, n. 2, p. 104-10, 2009.

VASCONCELOS, Juarez Roberto de Oliveira; LOBO, Alice Peixoto da Silva; MELO NETO, Valfrido Leão. Risk of suicide and psychiatric comorbidities in generalized anxiety disorder. **J Bras Psiquiatr.**, v.64, n.4, p. 259-65, 2015.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2014**: os jovens do Brasil. Brasília: Flacso Brasil/Secretaria Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em : < http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php Acesso em: 14 set, 2016

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2016**: homicídios por armas de fogo no Brasil. Disponível em:< <http://www.mapadaviolencia.org.br/>> Acesso em: 14 set. 2016.

WASSERMAN, D.; RIHMER, Z.; RUJESCU, D.; SARCHIAPONE, M.; SOKOLOWSKI, M.; TITELMAN, D.; ZALSMAN, G.; ZEMISHLANY, Z.; CARLI, V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. **European Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 129–141, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory (GHO) data**:suicide rates per (100 000 population) – crude rates-Suicide mortality rate Geneva: WHO, 2017d. Disponível em: > http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/>. Acesso em: 20 jul. 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory (GHO) data**: Suicide rates (per 100.000 population). Age-standardized rates, male:female ratio: Male:Female ratio of age-standardized suicide rates, 2015. 2017b. Disponível em: < http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_malefemale/en/>. Acesso em: 07 jul. 17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a community engagement toolkit. Geneva: WHO, 2016a. v.1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals-Contents. In: SEARO, Gary Hampton. **Six lines of action to promote health in the 2030 Agenda for sustainable Development**. New Delhi, 2017h, p. 1-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS**: protocol of SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. **Health Topics Mental health**. Data and statistics. Suicide. 2017e. Disponível em: < <http://www.who.int/topics/violence/en/>> . Acesso em: 07 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence Prevention: the evidence-Overview**. Series of briefings on violence prevention Geneva, 2010. Disponível em: <www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health. **Preventing suicide: a global imperative**. Publication details. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 8 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics: violence**. Geneva. 2017a. Disponível em:< <http://www.who.int/topics/violence/en/>. Geneva; 2017>. Acesso em: 07 jul. 2017.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm**. 2016b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-evention/attempts_surveillance_systems/en/>. Acesso em: 15 set. 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Media Centre, Fact Sheets: Suicide, updated** March 2017c. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>>. Acesso em: 25 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health. Mental disorders- Depression- Programmes. **Depression: let's talk**. Geneva: WHO, 2017g. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/ Acesso em : 08 maio 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programmes- Mental Health. Suicide prevention. **Quality of suicide mortality data**. Geneva: WHO, 2017f. Disponível em:<http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/mortality_data_quality/en/>. Acesso em: 07 jul. 2017.

ZAKHAROV,Sergey; NAVRATIL,Tomas; PELCLOVA, Daniela. Suicide attempts by deliberate self-poisoning in children and adolescents. **Psychiatry Research**, v. 210, p. 302-307, nov., 2013.

ANEXO A – MARCOS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E TENTATIVAS/ PRINCIPAIS TÓPICOS

- Segundo a OMS, a taxa de suicídio, é uma recomendação de indicador nas metas de Saúde das Nações Unidas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS/SDGs), faz parte das Estatísticas Mundial de Saúde 2016: Monitoramento de Saúde para os ODS, com objetivo de reduzir a taxa de suicídio em 3,4 até 2030. Idem, para os Estados membros da OMS no Plano de Ação 2013-2020, em Saúde Mental visa reduzir a taxa de suicídio em 10% até 2020. Metas que juntas, visam a saúde e a qualidade de vida, bem estar para todos, e obtêm lugar prioritário na (ODS/SDGs), (WHO, 2016b) que consiste na integração em sua agenda as três dimensões do desenvolvimento Sustentável (desenvolvimento econômico, social e ambiental) envolvendo o planeta, prosperidade, paz, saúde, parceria, erradicação da pobreza e da desigualdade social e envolvimento de todos, ou seja da comunidade, como também pesquisas e novas tecnologias (WHO, 2017h).
- O Brasil está incluso em 2000 no Estudo SUPRE-MISS (Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida) da Organização Mundial da Saúde (OMS), rede esta que torna acessível pela internet várias informações e manuais de prevenção de suicídio (BOTEGA, 2015).
- A OMS – Organização Mundial da Saúde, considera o suicídio como um problema em Saúde Pública e em 1999 lança inicialmente o SUPRE- (Programa de Prevenção do Suicídio) (OMS, 2000).
- Organização Mundial de Saúde (2016), publica, “Manual de prática para estabelecer e manter sistemas de vigilância para as tentativas de suicídio e automutilação. Este manual de prática objetiva-se a série de recursos para os países utilizarem na criação de um sistema de monitoramento da saúde pública para as tentativas de suicídio e casos de automutilação que se apresentam nos hospitais gerais, diante dos registros médicos (WHO, 2016).
- Organização Mundial da Saúde, (2000), através do SUPRE, publica “Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária.” – Série de recursos importantes aos grupos sociais e profissionais da saúde mental na prevenção do suicídio, envolvendo uma diversificada corrente social: profissionais de saúde, educadores, governantes, à imprensa, família e comunidades (OMS/WHO, 2000).

- O Ministério da Saúde do Brasil, (2006), Institui Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, estabelecidas em todas as unidades federativas para profissionais das equipes de saúde mental principalmente aos grupos dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps). Dentre os principais objetivos a serem alcançados são: Criar estratégias de promoção de qualidade de vida e prevenção de danos; informar e sensibilizar a população que o suicídio é uma questão de saúde pública e deve ser prevenido; organizar cuidados integrais na promoção, prevenção, tratamento e recuperação pelas terapias; incentivar e realizar projetos estratégicos de custo e eficácia em processos de organização da rede de atenção e intervenção nas tentativas de suicídio; identificar os fatores protetores assim como a incidência das causas e determinantes do suicídio e tentativa de suicídio e desenvolver ações intersetoriais de responsabilidade pública e social; estimular e realizar projetos estratégicos de organização da rede de atenção; ajudar na criação de métodos para análise de dados, qualificação da gestão e divulgação das informações e estudos; impulsionar as informações entre o SUS com outros sistemas, implantar e aperfeiçoar os dados com garantia de informação; capacitar os profissionais de atenção primária, saúde da família, da equipe saúde mental, das unidades de urgências e emergências (BRASIL, 2006).
- Na Prevenção do Suicídio o Brasil, integrado a Organização Pan- Americana de Saúde/ OMS e através da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio publicou: “Prevenção do Suicídio- Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.” Tendo como objetivo, capacitar à equipe de profissionais da saúde mental a identificar, encaminhar, acolher e executar intervenções eficazes pessoas em situações de vulnerabilidades para o suicídio (BRASIL, 2006).
- De acordo com Oliveira (2012), a Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio- REBRASP, criada em agosto/2012, tem como forma de prevenir por meio on-line o suicídio, através do site <http://www.cvv.org.br/site/index.php>. É constituída com a participação de profissionais interessados a trocar informações sobre o suicídio. Inclusive faz divulgações e informações a respeito, como por exemplo: informação sobre o 1º Congresso da recém criada, Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS) Belo Horizonte em 2016, com o apoio da Associação Médica de Minas Gerais, da Associação Latino-americana e do Caribe de Prevenção do Suicídio (ASULAC) e da *Internacional Association for suicide prevention* (IASP), e do

Encontro Nacional de Sobreviventes de Suicídio e da assembleia, para aprovação de seu estatuto. A pesquisadora participou como ouvinte deste congresso.

- A ABEPS, (Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio), é uma associação civil brasileira sem fins lucrativos, tem objetivo de pesquisa e debate em prol da prevenção do suicídio, faz parte da rede integrada no plano de ação da OMS para 2015-2020 (OLIVEIRA, 2012).
- O Centro de Valorização da Vida (CVV), instituído em São Paulo em 1962, é uma entidade filantrópica civil, organizada e reconhecida pelo Ministério da Saúde pelo serviço de utilidade pública federal. E desde 1973, prega a valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio em quase todo Brasil, sob total discricção. Encontra-se com 2000 voluntários em 18 estados juntamente com o distrito federal, que funciona vinte quatro horas. O acolhimento é realizado pelo telefone 141, pessoalmente nos 72 postos e através de e-mail e ou pelo site (www.cvv.org.br via chat, VoIP (Skype) (CVV, 2015).
- Publicação do livreto “Suicídio e os Desafios para a Psicologia”, no ano de 2013, origina-se devido aos debates ocorridos em julho e agosto em todo Brasil promovidos pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia) para orientar os (as) psicólogos (as), pautados em políticas públicas com a finalidade de maior capacitação aos atendimentos, possibilitar a promoção dos serviços as pessoas afetadas por esse tipo de fato e buscar a prevenção desta violência autoinfligida (CFP, 2013).
- Segundo o CFP - Conselho Federal de Psicologia, (CFP, 2016), outra forma de prevenção é o dia mundial de Prevenção do Suicídio, 10 de Setembro. É uma campanha mundial de prevenção do Suicídio e tem como objetivo prevenir e advertir a realidade do suicídio no Brasil e no mundo, por meio da identificação dos locais particulares e públicos com a cor amarela. O Movimento Setembro Amarelo, acontece todo dia 10 de setembro e teve início no Brasil em setembro de 2014, apoiado pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia) e que nesta quinzena adapta seus perfis nas redes sociais e deixa o site para mais informações >><http://bit.ly/2ceFKZO>. Em Brasília, em 2014, O CVV (Centro de Valorização da Vida) inicia-se este movimento juntamente com o CFM (Conselho Federal de Medicina), e a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e em 2015, este movimento Setembro Amarelo abrange todas as regiões do Brasil. No mundo, outros órgãos internacionais e a IASP –

(Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio estimula a divulgação da causa (CVV, 2016). Outrossim, soma-se a este movimento preventivo da violência autoinfligida a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) (ABRASCO, 2016).

- Publicação em 2009 do Manual de Prevenção do suicídio da ABP/ Brasil, direcionado aos profissionais da comunicação, orientações para imprensa informar e ajudar a prevenir o suicídio (ABP, 2009). Ademais, cartilha informativa na prevenção do suicídio em 2014 (ABP, 2014).
- Divulgação da prevenção de suicídio na Rede Globo de Televisão do Brasil em agosto de 2010 (BOTEGA, 2015).
- A Tentativa de Suicídio é incluída de maneira imediata, pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública em serviços públicos e privados no Brasil, deverá ser notificado em até 24 horas no momento da informação do ato da violência autoinfligida e tornar conhecimento do SUS (Serviço Único de Saúde), no sistema de informação em saúde (BRASIL, 2014).
- Toda rede de saúde, deve-se ter profissionais capacitados para identificar e avaliar o risco de suicida. Ressaltando a importância da Atenção Primária em Saúde (APS), no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), que representa a porta de entrada dos usuários, por ser um meio de aproximação demográfica de serviços equitativos de acolhimento ao atendimento do paciente e da comunidade. Cabe a Atenção Primária propiciar capacitação com informações educativas aos médicos e aos profissionais de cuidados da saúde primária para a ação imediata de identificar, avaliar manejar nas situações de baixo risco, encaminhar para rede de Saúde Mental e acompanhamento após o encaminhamento (ABP, 2014)
- No Brasil, a Atenção Secundária e Terciária em saúde para indivíduos em situação de crise, depois de praticar tentativa de suicídio e/ ou em atendimento psiquiátrico médio/grave destacam-se os Centro (s) Especializado(s) em Saúde Mental que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Além desses serviços existem os Hospitais de Urgência e Emergência (psiquiátricos e ou gerais) (ABP, 2014).

- De acordo com Ministério da Saúde do Brasil (2006), a relevância das equipes CAPS é devido estarem de maneira vantajosa para qualificar/analisar a “rede de proteção social”, por criarem estratégias dessa rede de reforço e por lidarem regularmente com pessoas em situações de crise, quando o risco de suicídio está intensamente grave e de certa forma agem com um relacionamento próximo e duradouro com os pacientes, suas famílias e o seu grupo social (BRASIL, 2006a).
- Logo, todas essas redes de saúde CAPS, CERSAM e hospitais de urgência (geral/psiquiátrico) estão voltadas para a prevenção do suicídio necessitam estarem unidas conforme critérios da rede de Saúde Mental, de acordo com os planos terapêuticos, bem instrumentados em sua capacitação profissional. Por exemplo: na acolhida, na avaliação/diagnóstico psicológico/psiquiátrico, contrato da terapia, intervenção na crise, estratégia terapêutica voltada para fatores potenciais e protetivos da violência autoinfligida, tratamento semanal ambulatorial e escuta psicoterapêutica (ABP, 2014).
- Ademais, reforço para internação/atendimentos em casos de alto risco e se preciso, internação em emergências hospitalares em pacientes que tentaram suicídio; acompanhamento nos hospitais de assistentes sociais e principalmente psicólogos hospitalares, encaminhamento para a assistência da equipe de saúde mental, com segurança de acompanhamento/tratamento e contrarreferência, após alta (ABP, 2014).
- O programa de Saúde Mental da Secretária Municipal de Saúde de Betim, encontra-se nas normas do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e princípios voltados na assistência, inserção e controle social, missão de tratar com integralidade seus municípios os portadores de distúrbios mentais em serviços não fechados, substitutivos ao hospital psiquiátrico, garantindo as normas de territorialidade, descentralização do atendimento e o acesso, enfatizando as urgências, frente ao enfrentamento intersetorial através do projeto terapêutico individual (BETIM, 2006).
- O Plano Municipal de Saúde de Betim direcionará a gestão desta cidade no setor Saúde durante os anos de 2014 a 2017, visto a preocupação na promoção da acessibilidade e qualidade às ações e as assistências de saúde, no robustecimento nas Redes de Atenção à Saúde e do manejo da interação da população, para garantir isto haverá o monitoramento das ações propostas a cada quadrimestre (BETIM, 2013).

- Uma das propostas deste plano irá estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), de forma a consolidar a política de humanização (com diretrizes de ambiência, promoção e educação em saúde), coordenadas pela Atenção Primária à Saúde e organizada pela Estratégia de Saúde da Família, de modo a dinamizar e executar as metas desejadas pelo município a fim que responda com eficiência as demandas da população em cuidados à saúde (BETIM, 2013).
- Logo, a Secretaria de Saúde de Betim, irá qualificar as Equipes de Saúde da Família (ESF), estruturar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criar práticas Interativas e Complementares (PIC), informatizar a rede de informação e implantar o prontuário eletrônico, ampliar e estruturar com laboratório, transporte, rouparias, as Unidades de Atenção Primária (UAP) e reorganizar e completar os quadros de recursos humanos com chamada de concursados (BETIM, 2013)
- A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é responsável pelas ações intersetoriais em saúde como na escola, Estratégia de Saúde da Família (ESF), centro de Reabilitação, esportes, assistência social, outras secretarias, além da Fundação Artístico-Cultural de Betim (Funarbe) e da Superintendência Municipal anti drogas, etc. Portanto, é uma rede de direcionamento do modelo em assistência a saúde mental com o objetivo de aumentar e criar e articular os itens de atenção à saúde para estes usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os serviços de saúde mental estão organizados a partir do conteúdo de Reabilitação Social, nos quais o sujeito possa estabelecer vínculos com a família, comunidade, escola, trabalho esporte, jurisdição, e outros. Logo, o município abrange o tratamento integral dos portadores de sofrimento mental, e pessoas usuárias de abuso de álcool, crack, outras drogas, enfatizando os casos graves e /ou persistentes de sofrimento mental (BETIM, 2013).
- Betim, acolhe à todos em sua porta de entrada, e principalmente os usuários de distúrbios mentais severos e persistentes com as equipes de saúde Mental das Unidades Básicas de Saúde (UBS), composta por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais e os problemas de saúde mental de grande complexidade são encaminhados para a rede de Atenção de Urgências e emergências psiquiátricas deste município os CERSAM/CAPS (Centros de Referência em Saúde Mental/Centros de Atenção Psicossocial), são referências em casos de maior vulnerabilidade social, e de pouca adesão ao tratamento ambulatorial. Outrossim, a importância dos recursos administrados nos CERSAMs diminuem o sofrimento psíquico intenso no momento

de crise são eles: visita nas residências, busca ativa, hospitalidade pernoite e durante a manhã, farmácia, tratamento psicoterápico, oficinas terapêuticas, abordagem social e familiar(BETIM, 2006) .Ademais, estes Centros são de Atenção Secundária: Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) nível municipal, logo os Centro(s) de Atenção Psicossocial (CAPS) nível federal com o mesmo modelo de funcionamento dos CERSAMs e idem para o Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMI) (BETIM, 2013). Estes serviços CERSAM/CAPS em Betim, além de orientar por telefone e de interconsulta em outros serviços de tratamento ambulatoriais/laboratorial/clínico-cirúrgica como UAI e no HPB (hospital Público Regional de Betim) e até mesmo o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência) que faz atendimento domiciliar pelo contato telefônico e faz também encaminhamento dos pacientes ao risco potencial de morte em relação a urgências clínicas de violência e intoxicação aguda. Após a desintoxicação de substâncias psicotrópicas ou outra emergência clínica destes pacientes de urgências em saúde mental, logo o (CERSAM/CAPS) que recebe este paciente transportado pelo SAMU, objetiva-se no acompanhamento clínico e promoção da reinserção na sociedade dos seus usuários de modo a proporcionar acesso ao trabalho, recreação, exercer os direitos civis e fortalecer o convívio familiar e social (BETIM, 2017).

- Os profissionais de saúde mental municipal de Betim, devem apoiar tecnicamente e operacionalmente os profissionais da atenção básica, de forma matricial as UBS (Unidade Básica em Saúde) e o PSF (Programa Saúde da Família/ESF (Estratégia Saúde da Família) na discussão dos problemas de Saúde Mental nos casos clínicos, como também realizar interconsulta nas Unidades de Atendimento Imediato (UAI) e no Hospital Público de Betim como também retornar a ajuda ao tratamento ambulatorial destes usuários de saúde mental (BETIM, 2017)
- Os Centros de Convivência, são recursos sociais da rede Saúde Mental, de acordo com as portarias ministeriais. Possuem oficinas terapêuticas (bordados, cerâmica, trabalhos manuais, horta,) e programa de geração de trabalho e renda. Propicia suporte social, na arte, cultura, educação, comércio e outras articulações com o município. (BETIM, 2006).
- Em Betim, na saúde mental há também o Projeto Terapêutico (PTI), de discussão interdisciplinar, com os assistentes sociais, familiares e diversas instâncias sociais, o

quê caracteriza a Clínica Ampliada ou Clínica Psicossocial. Este modelo, sobrepõem ao modelo hierárquico antigo de saúde /hospitalocêntrico, todos os atores são importantes em seu saber específico a favor do usuário (BETIM, 2006).

- O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), acontece quando há internação longa dos portadores de distúrbios mentais severos e persistentes que perderam os laços familiares e sociais, e objetiva-se ao resgate social na gestão dos usuários de dirigir sua própria vida financeira, social e emocional, com possibilidades de um retorno do relacionamento familiar ou de virem a morar sozinhos (BETIM, 2006).
- No município de Betim, as patologias mais prevalentes na Atenção Básica, são as causas de suspeita psicológica que comprometem a qualidade de vida das pessoas: Somatizações (queixas físicas patológicas sem substrato físico); Transtornos depressivos (baixa autoestima, falta de esperança, pouca energia, humor depressivo, perda de interesse, ideação suicida); Transtornos Ansiosos (stress, excesso de preocupações, palpitações, vertigens, fobias de locais ou objetos, dores no peito). (BETIM, 2006).
- Ademais, um dos critérios de encaminhamento para a saúde mental (CERSAM/CAPS) são o risco de suicídio/persistentes ideações de morte, tentativas anteriores de suicídio, baixo suporte familiar, distúrbio mental, quando as alternativas foram esgotadas na atenção primária, na comunidade e após atendimento domiciliar realizado pelo SAMU como também após avaliação clínica-cirúrgica e de desintoxicação de substâncias psicotrópicas pelas UAIS e HPRB (BETIM, 2017).
- Os Usuários encaminhados pela emergência clínica de Betim, deverão ter acompanhantes para possibilitar informações relevantes sobre o caso (família, vizinhos, bombeiros, polícia militar, etc.) (BETIM, 2017).
- Em relação aos critérios de serviços de emergências de saúde mental temos para utilização dos leitos noturnos:
CERSAM Betim Central com atendimento 24 horas, referência para o centro de Betim e municípios de: Brumadinho, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal e Igarapé. Nos fins de semana, feriados e período noturnos para todo o município e Micro Região II (BETIM, 2017).CERSAM Teresópolis, urgência para região Teresópolis, PTB, municípios de Mateus Leme, Juatuba e Sarzedo (De segunda à sexta de 08:00 às 18:00

horas) (BETIM, 2017).CERSAM Citrolândia , urgência para região do Citrolândia e para os municípios de: Piedade das Gerais, Mário Campos e Rio Manso (de 7:00 às 17:00 horas) (BETIM, 2017).CERSAM- Infantojuvenil (menores de 18 anos), urgência para o município e para toda a Micro Região II (BETIM, 2017).

CAPS III- 24 horas – Estabelece critérios durante o pernoite, finais de semana e feriado. A saber em caso de encaminhamento de outros municípios da Micro Região II, após atendimento da crise, o reencaminhamento será realizado com receitas dos medicamentos e o usuário terá a continuidade do tratamento com o profissional da sua cidade de origem seja da Rede Básica ou Especializada. O CAPS, poderá acionar serviços sociais do município, como: conselho tutelar, HPRB, polícia, UAI, SAMU, UBS e outros (BETIM, 20017).Este atendimento CAPS de urgência e a inserção do usuário na permanência requer da equipe de plantão cuidados de abordagem que prioriza a família/sociedade, a escuta, a criação do projeto terapêutico e a progressão clínica do paciente de pelo menos 03 vezes por semana (BETIM, 2017).

- Normas para utilização pernoite nos leitos do Hospital Orestes Diniz: Quando no CERSAM Betim central excede o número de leitos, e pacientes de menor gravidade deverão ser encaminhados com acompanhante no carro das 20:00 horas, e solicitado a ocupação dos leito pelo plantonista/psiquiatra de cada CERSAM, como também a responsabilidade medicamentosa e orientações ao hospital pelo telefone. Outrossim, o CERSAM Citrolândia, pela proximidade poderá utilizar-se do leito deste hospital acima referido. E no horário da manhã no carro dos serviços de Betim onde estará a realização de atenção á crise e permanência diurna, é realizada a busca no hospital e garantir a assistência à crise nos Centros de Atenção Psicossocial, e em relação aos menores de 18 anos, terão pernoite sempre com acompanhantes (BETIM, 2017).
- Interessante ressaltar que a Rede de Atenção às Urgências (RUE) em Betim, tem ênfase nas causas externas, de modo a imperar sobre as demais redes, e tem em vista a importância e o predomínio das causas clínicas, uma vez que há superlotação nos prontos-socorros. Esta rede, é multifatorial, atende as várias condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental etc., sendo composta pelos componentes:
- Promoção, prevenção e vigilância de saúde (voltadas para as ações em saúde e educação constante e prevenção de violências, mortes, lesões, acidentes etc.); Atenção Primária de Saúde (APS), (formada com 35 equipes saúde da família e 34 Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS), visando esta APS abrangência do acesso,

vínculo, primeiros cuidados às urgências e emergências e avaliação de riscos e vulnerabilidades e encaminhamentos a outras redes de atenção á saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) que conta com três Unidades de Suporte Básico (USB) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA), para encontrar a vítima após agravo de saúde (psiquiátrica, cirúrgica, etc.), afim de garantir o atendimento e ou o transporte para os serviços da rede de saúde, de acordo com as normas do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) que conta com quatro UPAS, na cidade deste município frente aos atendimentos agudos de casos clínicos e na verificação da necessidade de encaminhamentos a serviços de hospitais; Atenção Hospitalar que conta com urgências e cuidados intensivos em relação a demanda espontânea urgências de menor complexidade, atua nos (HPRB, Hospital Orestes Diniz/Colônia); Atenção domiciliar que funciona através do programa federal Melhor em Casa e também a partir das quatro Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), prestam serviços na atenção básica, ambulatorial/hospitalar, e objetiva-se a humanização e à desinstitucionalização e à ampliação do empoderamento do usuário (BETIM, 2013

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO DA PESQUISA SAÚDE E VIOLÊNCIA – SAUVI

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina



Apresentamos a Pesquisa Saúde e Violência – SAUVI. Em breve, você receberá o pesquisador da Faculdade de Medicina de UFMG em sua casa.

Somos uma equipe de pesquisadores da Faculdade de medicina da UFMG e estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada Saúde e Violência: Subsídios para a Formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Batizamos a pesquisa com o nome de SAUVI (lê-se Salve!) e, provavelmente, o Sr(a) já ouviu falar dela no rádio e televisão ou ter visto os cartazes sobre ela, em vários lugares.

Sabemos que a violência tem crescido e se tornado um problema grave para todas as pessoas. São muitos casos de homicídios, mortes no trânsito e suicídios. São também muitas agressões e autoagressões dos mais diferentes tipos, como maus tratos e abuso sexual de crianças e mulheres, bullying, diferentes violências contra homens e idosos, desigualdades, discriminação, negligência, enfim, muito sofrimento para as pessoas, a família, a sociedade.

A pesquisa SAUVI que estamos realizando e para qual o estamos convidando tem o objetivo de produzir conhecimentos científicos sobre a violência e dessa forma contribuir para orientar sobre os melhores programas e ações de combate a esse problema, visando a sua superação. Temos o apoio do Ministério da Saúde e dos Municípios de Belo Horizonte, Betim e Sete Lagoas para executar esse trabalho.

A pesquisa consiste da realização de entrevistas com moradores dos três Municípios envolvidos e, para tanto, dentro dos próximos dois meses, iremos visitá-lo em sua casa. Exatamente por causa da violência que nos rodeia, utilizaremos alguns mecanismos para garantir a sua segurança:

- 1) Todos os entrevistadores são profissionais de saúde, alunos ou pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e portarão vestimenta e documentos que os identificarão inequivocamente;

- 2) Tais documentos deverão ser apresentados no momento da chegada do entrevistador em sua casa e poderão ser verificados pelos números de telefone **3409-9945 e 9702-2078;**
- 3) Entre esses documentos, encontram-se a aprovação do Comitê de Ética da UFMG e o termo de consentimento livre e esclarecido, com os números de telefone do Comitê e da coordenadora, que poderão ser acionados, em qualquer tempo ou situação em que por acaso houver risco à sua privacidade;
- 4) Informações da Pesquisa SAUVI podem ser encontradas no site da Faculdade de Medicina da UFMG: www.medicina.ufmg.br e também pelos telefones acima.

Temos consciência de que a violência pode ser prevenida e superada, mas isso depende da participação de todos os cidadãos. Por isso, contamos com a sua colaboração para a efetivação, com qualidade, da Pesquisa SAUVI.

Guarde esta carta até a chegada do entrevistador. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Belo Horizonte, 14 de abril de 2014



Profa Dra Elza Machado de Melo
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

APÊNDICE B – SAUVI – QUESTIONÁRIO

Pesquisa sobre saúde e
prevenção da violência

Sauvi 2014

Manual sobre as Questões
do Questionário Geral

Realização:



UF **m** G

Belo Horizonte, abril de 2014

Entrevistador:

Área:

Saúde e Violência: Subsídios para a formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência	Questionário nº:
	Tabela de Kish:
	Nº moradores: (com 20 anos ou+)
	Nº de mulheres: (com 20 anos ou+)
	Resultado da Tabela de Kish:
Nome do entrevistador:	Data:

INFORMAÇÕES GERAIS	
1. Nome:	
Registrar o nome completo do entrevistado	
2. Município:	
Anotar o nome do município onde está sendo feita a pesquisa	
3. Estado:	
Anotar a sigla do Estado (a Unidade Federativa) onde está sendo feita a pesquisa	
4. Setor censitário:	
Copiar o número da lista de endereços	
5. Endereço completo (Rua, Avenida, Alameda, Estrada, Rodovia, Número e complemento)	
Anotar o endereço completo do domicílio entrevistado Se Zona de Residência Rural, anotar se é fazenda, roça, sítio, chácara, assentamento do INCRA, etc. Nesta pesquisa não serão considerados os domicílios particulares improvisados, tais como estabelecimentos comerciais, prédios em construção ou abandonados.	
6. Telefone de contato:	
Anotar o número do telefone fixo e celular, com o prefixo, da pessoa entrevistada.	
7. Número de contatos feito com o morador, para marcar a entrevista:	
Registrar o número de tentativas ou visitas feitas ao morador do domicílio a ser entrevistado, para agendar/marcar a entrevista com a pessoa entrevistada. Se o questionário for aplicado na primeira ida, é 1 contato. Se forem feitas 3 tentativas sem sucesso, podemos considerar que “perdemos” o domicílio.	
Tipo de contatos feitos com o responsável pelo domicílio:	
8. Telefone ()1. Sim ()2 Não	
9. Por intermédio da Saúde da Família ()1. Sim ()2 Não	
10. Por intermédio de lideranças comunitárias ()1. Sim ()2 Não	
11. Ida ao domicílio com retorno para entrevista ()1. Sim ()2 Não	
12. Outro ()1. Sim ()2 Não	
Especificar os meios utilizados para marcar a entrevista com o responsável pelo domicílio.	
13. Adolescentes moram na casa? ()1. Sim ()2. Não	
Informar se adolescentes residem ou não no domicílio informado. Considera-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias.	
14. Se sim, quantos? _____ ()888.NSA	
Informar o número de adolescentes que residem no domicílio.	

15. Adolescentes responderam ao questionário? ()1. Sim ()2. Não ().888 NSA	
Informar se algum adolescente do domicílio respondeu à pesquisa. Caso houver mais de um, sortear quem irá responder ao questionário.	
16. Motivo de não participação do adolescente ()1. Responsável não permitiu ()2. Estava ausente ()3. Recusou-se a participar ()888.NSA	
Informar o motivo pelo qual o adolescente não participou da pesquisa O <i>Não se aplica</i> (NSA) será utilizado quando na residência não residir nenhum adolescente.	
17. Estado Civil ()1. Casado ()2. Solteiro ()3. Viúvo ()4. União estável (amasiado, amigado) ()5. Separado/divorciado	
Marcar a opção relacionada ao estado civil do entrevistado. Considerar como separado ou divorciado o entrevistado que teve separação judicial ou divórcio homologados por decisão judicial.	
18. Cor ou raça: ()1. Branca ()2. Preta ()3. Amarela ()4. Parda ()5. Indígena	
Ler todas as opções de cor ou raça para o entrevistado e considere aquela que for declarada pelo entrevistado.	

Contatos

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Promoção de Saúde e Paz

Coordenadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 Belo Horizonte - MG – Cep 30130-100
www.medicina.ufmg.br

telefones: 31 3409-9945 e 9702-2078

Facebook: www.facebook.com/sauvi.salve

Coordenadores do trabalho de campo na sua regional:

Questionário Domiciliar

19. Ocupação/atividade: <hr/>	
Informar a ocupação ou atividade exercida pelo entrevistado e não a sua formação profissional. Considerar indivíduo ocupado aquele que é economicamente ativo, exercendo atividade remunerada em dinheiro ou não. Este item diz respeito à profissão, função ou ofício que o indivíduo exerce e, desta forma, inclui estudantes, aposentados, donas de casa, desempregado, etc.	
20. Qual é a renda do (a) Sr.(a)? (Salário mínimo = R\$724,00) <input type="checkbox"/> 1. Até um salário mínimo (até R\$724,00) <input type="checkbox"/> 2. Mais de 1 até 3 salários mínimos (Mais de R\$724,00 até R\$2172,00). <input type="checkbox"/> 3. Mais de 3 até 5 salários mínimos (Mais de R\$ 2172 até R\$3620,00) <input type="checkbox"/> 4. Mais de 5 salários mínimos. (Mais de R\$ 3620,00) <input type="checkbox"/> 5. Não possui renda	
Marcar a opção que informa a renda do entrevistado, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar como renda os valores auferidos com mesada e bolsa.	
21. Qual é a renda familiar? (Salário mínimo = R\$ 724,00) <input type="checkbox"/> 1. Até um salário mínimo (Até R\$ 724,00) <input type="checkbox"/> 2. Mais de 1 até 2 salários mínimos (mais de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00) <input type="checkbox"/> 3. Mais de 2 até 5 salários mínimos. (mais de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00) <input type="checkbox"/> 4. Mais de 5 até 10 salários mínimos (mais de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00) <input type="checkbox"/> 5. Mais de 10 até 20 salários (mais de R\$ 7240,00 até R\$ 14480,00) <input type="checkbox"/> 6. Mais de 20 salários (mais de R\$ 14480,00) <input type="checkbox"/> 7. Ninguém possui renda na minha família	
Marcar a opção que informa a soma de todos os moradores do domicílio, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar os valores encaminhados por terceiros para as pessoas que residem na casa, pensão alimentícia (espontânea ou via ação judicial), recebimento de aluguel e sublocação ou arrendamento de móveis, imóveis, máquinas, equipamentos, animais, seguro-desemprego, benefício do Programa Bolsa-Família, etc.	
22. A casa onde o (a) Sr.(a) mora é: <input type="checkbox"/> 1. Própria e quitada <input type="checkbox"/> 2. Cedida <input type="checkbox"/> 3. Alugada <input type="checkbox"/> 4. Ocupada por invasão <input type="checkbox"/> 5. Financiada <input type="checkbox"/> 6. Outro	
“Própria” equivale a “casa própria quitada” e “Financiada” equivale à “casa não quitada” Entende-se por cedida a casa que foi emprestada ou doada”.	
23. Quantos banheiros existem na sua casa? <hr/>	
Registrar tanto o número de banheiros, como o de sanitários de uso exclusivo dos moradores que residem no domicílio selecionado. Considerar como banheiro local destinado a banho, que também dispõe de vaso sanitário ou buraco para dejeções. Considerar como sanitário o local limitado por paredes, que tenha vaso sanitário ou buraco para dejeções.	
24. Quantos cômodos a sua casa tem? <hr/>	
Considerar como cômodo aqueles espaços que fazem parte do domicílio e que se encontram cobertos por um teto e limitados por paredes. Não são considerados cômodo: alpendre e varanda coberta; corredores de ligação entre cômodos, garagem, depósitos e outros locais utilizados para fins não residenciais.	

25. O (a) Sr.(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar apenas as pessoas que moram na casa. Considerar como Plano de Saúde o atendimento de saúde contratado e pago mensalmente pelo indivíduo ou seu empregador, que é prestado por profissionais e/ou empresas de saúde (Hospitais, clínicas, Cooperativas, Laboratórios, etc.). Este item inclui o servidor público (civil ou militar) que paga mensalidade todo mês, por meio de desconto em folha, ao seu instituto de assistência médica.	
26. Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde? _____ pessoas	
Marcar a opção que informa se o número de pessoas do domicílio que são cobertas pelo plano de saúde.	
27. Existe Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde perto da sua casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Informar se existe ou não perto de casa: Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde. Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir se é perto para ele, segundo o seu ponto de vista.	
Quais os tipos de veículos que os moradores da sua casa possuem? 28. Bicicleta () 1. Sim () 2. Não 29. Automóvel ou caminhonete () 1. Sim () 2. Não 30. Motocicleta () 1. Sim () 2. Não 31. Van ou Ônibus () 1. Sim () 2. Não 32. Caminhão () 1. Sim () 2. Não 33. Outro. () 1. Sim () 2. Não 34. Qual? _____	
Considerar bicicleta enquanto veículo usado para o deslocamento. Não considerar a bicicleta infantil. Considerar caminhonete o veículo destinado ao transporte de carga com peso bruto total de até três mil e quinhentos quilogramas.	
35. Na sua casa, existem pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa? (Idoso, pessoa com deficiência, doenças crônicas, doença mental, etc.) () 1. Sim () 2. Não	
Bebês e crianças só devem ser considerados se tiverem uma deficiência ou doença que demande "ser cuidado" de forma especial e diariamente.	
36. Quantas pessoas se encontram nessa condição de precisar de cuidados de outros? _____ () 888.NSA	
Informar o número de pessoas. O "Não se aplica" - NSA significa que não existem na casa pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa.	
37. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
Considerar moradores do domicílio todos que moram na mesma casa, aqueles que acessam a casa através da mesma entrada, não tendo necessidade de passar pela moradia de outras pessoas para entrar ou sair. Também serão considerados moradores aqueles que se encontrarem na casa e que não tenha outro local de residência habitual, bem como aqueles que estiverem ausentes no dia da entrevista, por um período inferior a 12 meses, tendo a casa como residência habitual. Eles poderão estar ausentes pelos seguintes motivos: viagem(turismo, negócio, consulta, etc.); permanência no local de trabalho; internação em colégio, pensionato ou em casa de parentes por motivo apenas de estudos, internação em hospital e estabelecimento similar ou detenção sem sentença definitiva, etc.(PNS)	

Na existência de mais de uma moradia em um mesmo lote, cujo número de endereço seja o mesmo, realizar um sorteio para a escolha do domicílio a ser entrevistado.	
--	--

Folha para informações sobre os moradores (o entrevistado entra neste quadro e é a referência para os demais – pessoa 1)

RELAÇÃO E SITUAÇÃO DOS MORADORES:					
Moradores	Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação
Pessoa 1 (o entrevistado)	_____ (pode ser só o primeiro nome)	xxxxxxxxxx	_____	()1. Nunca estudou ()2. Nunca estudou mas sabe ler e escrever ()3. Alfabetização de jovens e adultos ()4. Até a 4ª série do ensino fundamental ()5. Até a 8ª série do ensino fundamental ()6. Ensino médio completo ()7. Ensino médio incompleto ()8. Nível superior completo ()9. Nível superior incompleto ()10. Pós-graduação	()1. Trabalho formal ()2. Trabalho informal ()3. Aposentado por invalidez ()4. Aposentado por tempo de serviço ()5. Aposentado mas trabalhando ()6. Desempregado ()7. Trabalho familiar ()8. Benefício Social. Qual? _____ ()9. Procurou emprego nos últimos 30 dias? ()10. Estudante ()888. NSA (criança)
Pessoa 2	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 3	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 4	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 5	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 6	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 7	_____	_____	_____	_____	_____

Pessoa 8					
Pessoa 9					
Pessoa 10					

Considera-se a ocupação “Do Lar”, como trabalho familiar. Desta forma pode ser marcada mais de uma resposta

A opção *Nunca estudou* também refere-se a indivíduos que possuem idade inferior a seis anos de idade, bem como aqueles que são portadores de doença mental grave, como por exemplo, paralisia cerebral grave.

Em relação à escolaridade, considerar:

NOMENCLATURAS ANTERIORES			NOMENCLATURA ATUAL
Primário incompleto	→	1ª a 4ª série incompleta do 1º grau	1ª a 9ª série incompleta do Ensino Fundamental I e II
Primário completo	→	4ª série completa do 1º grau	
Ginásio incompleto	→	5ª a 8ª série incompleta do 1º grau	
Ginásio completo	→	1º grau completo	1ª a 9ª série completa do Ensino Fundamental I e II
Científico, normal ou curso profissionalizante incompleto	→	2º grau incompleto	
Científico, normal ou curso profissionalizante completo	→	2º grau completo	
Curso universitário	→	Curso do 3º grau incompleto	
Curso universitário	→	Curso do 3º grau completo	

Ministério da saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008

CRIANÇA	
38. Aqui, na sua casa, tem crianças? (Idade: até 9 anos, 11 meses e 29 dias) ()1. Sim ()2. Não ATENÇÃO: Se a resposta for não, pule para a questão 108. Considere apenas criança viva	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do interior para consultar, etc.	
39. Quantas crianças? _____ ()888.NSA	
Informar número de crianças vivas.	
40. Alguma criança desta família mora em outra casa? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Considerar todas as crianças que são da mesma família, mas que por algum motivo moram fora. Exemplo: estudam fora, moram com um dos pais separados, com os avós, etc.	
ATENÇÃO: para as perguntas 41, 42, 43 e 44, considere crianças que tenham até 2 anos de idade. Se houver mais de uma, escolha a mais velha entre as que têm até dois anos.	
41. Quanto tempo após o nascimento ela consultou com profissional de saúde? (desconsiderar maternidade) ____ dias ____ meses ____ anos ()1. Não sei ()888 NSA Se não houver crianças até dois anos, pule para a questão 45	
Número de dias. Considerar qualquer consulta realizada com profissional da saúde em casa ou em consultório/Centro de Saúde/UPA, etc depois de sair da maternidade.	
42. O (a) Sr.(a) recebeu a caderneta de acompanhamento da criança? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Trata-se da caderneta da criança, que inclui vacinação, consultas e peso ao nascer.	
43. Esta criança é levada para as consultas de acompanhamento conforme estabelecido pela caderneta da criança? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Pretende-se verificar se a criança está sendo acompanhada em sua saúde e desenvolvimento por um serviço de saúde e se a família segue as orientações contidas na caderneta da criança.	
44. A vacinação desta criança está em dia, conforme o calendário vacinal para a idade? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Trata-se do calendário do Ministério da Saúde, caso a criança tenha sido vacinada com base no calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria a resposta deve ser considerada como sim pois já inclui as do Ministério da Saúde.	
45. Considerando a criança mais nova em idade escolar (4 a 10 anos), que idade ela tinha quando foi matriculada pela primeira vez em uma instituição de ensino? _____ anos ATENÇÃO: Para esta questão (questão 45), se houver mais de uma criança, considere a mais nova, em idade escolar.	
Considerar a primeira matrícula efetuada.	
ATENÇÃO: para todas as demais perguntas, considere todas as crianças da casa.	
46. Considerando todas as crianças da casa: nos últimos 12 meses, alguma delas já precisou ser internada? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do interior para consultar, etc. Considera-se qualquer tempo de internação superior a 24 horas, em serviço de saúde público ou privado. Menos que este tempo, não considerar como internação.	
47. Por qual motivo esta internação ocorreu? (Se houver mais de uma, considerar a última) ()1. Acidente ou lesão ()2. Tratamento clínico ()3. Tratamento cirúrgico ()4. Exame médico ()5. Problema de saúde mental ()6. Outro problema ()7. Não sei ()888. NSA	

“presenciar” equivale a “ver”, “testemunhar”, “observar”	
--	--

Na sua casa, alguma criança já passou por alguma das situações descritas abaixo?:					Quem foi o agressor?		
72. Sofreu xingos, ameaças	()1sim Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	73. _____ () 888. NSA		
74. Sofreu abuso sexual (ato em si, "bolinação")	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	75. _____ () 888. NSA		
76. 85 . Foi machucada por correção	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	77. _____ () 888. NSA		
78. Foi ameaçada/ferida por arma de fogo	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	79. _____ () 888. NSA		
80. Foi ameaçada/ferida por arma branca	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	81. _____ () 888.NSA		
82. Perdeu à força objetos pessoais	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	83. _____ () 888.NSA		
84. Teve a mesada cortada	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	85. _____ () 888.NSA		
86. Ficou trancada no quarto/canto (mais de 1/2h)	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	87. _____ () 888.NSA		
88. Sofreu humilhação ou constrangimento	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	89. _____ () 888.NSA		
90. Apanhou com a mão (palmada)	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	91. _____ ()888.NSA		
92. Apanhou/foi ferida com objeto	()1sim. Menino	()2sim Menina	()3.ambos	()4.Não	93. _____ ()888.NSA		
94. Foi amarrada	()1sim. Menino	()2sim Menina	()3.ambos	()4.Não	95. _____ ()888.NSA		
96. Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não			
97. Ficou só em casa sem a presença de adulto	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não			
98. Teve livre acesso a lugares altos ou à rua	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não			
<p>Considerar apenas as crianças que residem na casa. Se não houver crianças na casa, marcar NÃO para as perguntas pares e NSA para as perguntas ímpares. Em relação ao agressor, informar quem foi. Havendo mais de um, registrar todos.</p> <p>Abuso sexual na infância ou na adolescência: define-se como a participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais que são inapropriadas à sua idade e seu desenvolvimento psicossocial. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo (GAUDERER, EC., MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. <i>Journal de Pediatria</i>, vol. 68 (7,8), 1992)</p> <p>A bolinação, assédio ou passar a mão dizem respeito ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente. Podem ser exemplos de agressores: Pai/Mãe, Padrasto/Madrasta, Irmão(ã), Outro parente (informar qual grau de parentesco)/ Amigos(as)/conhecido(as), Policial/agente da lei, Profissional de saúde, Profissional da escola, Vizinho, etc.</p> <p>Ignore o "85" que está escrito no início da pergunta 76, foi erro de digitação.</p> <p>As perguntas 96 a 98 não indicam violência, portanto, não possuem "agressor", eles indicam uma maior vulnerabilidade da família.</p>							
ATENÇÃO: Se a resposta for não para todas as questões de 72 a 98, pule para a questão 108							
99. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança foi levada a algum serviço de saúde?							
()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA							
Considerar qualquer serviço de saúde, público ou privado.							
100. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança precisou ficar internada por 24 horas ou mais?							
()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA							
Considerar todas as agressões.							
Esta criança teve ou ficou com alguma seqüela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão?							
101. Emocionais/Psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo)					()1.sim	()2.Não	()888.NSA
102. Física (lesão, deformidade, cicatrizes)					()1.sim	()2.Não	()888.NSA
103. Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória)					()1.sim	()2.Não	()888.NSA
104. Outros					()1.sim	()2.Não	()888.NSA
Esta pergunta aceita mais de uma resposta							

105. Foi feita denúncia da agressão? ()1. Sim ()2.Não ()3.Não sei ()888.NSA		
"Denúncia" equivale a "declaração ou comunicação formal".		
106. Alguma criança desta casa foi encaminhada para serviço de proteção à criança? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA		
O Serviço de Proteção à Criança visa a garantir os direitos de crianças e adolescentes, em cumprimento ao estabelecido por lei.		
107. Se sim, para qual serviço a criança foi encaminhada? ()1. Delegacia de Polícia ()2. Conselho Tutelar da criança ()3. Promotoria da Criança ()4. Outros ()5. Não foi encaminhada ()6. Não sei ()888. NSA		
A opção "outros" refere-se a outros serviços não incluídos nas opções acima. Em alguns Estados, diversas instituições se unem para criar uma rede de apoio, em que participam órgãos da Prefeitura, Secretarias Estaduais de Educação, hospitais, universidades, Juizado da Infância e Juventude, Sociedade de Pediatria, Fundações, Institutos e ONGS.		
108. Na sua casa, alguma criança morreu? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA		
Atenção: Se a resposta for não, pule para a questão 111		
Verificar se alguma criança daquele domicílio morreu. Havendo mais de uma criança, considerar a última.		
109. Se alguma criança morreu, qual foi a causa? _____ ()888.NSA		
Identificar o(s) possível(is) agente(s) causador(es) da morte da criança. Considerar a criança mencionada na questão 108.		
110. Se sim, qual idade a criança tinha? _____ ()888.NSA (Se mais de uma criança morreu, considere a que morreu por último)		
Identificar a idade que a criança tinha quando morreu.		
VIOLÊNCIA		
O SR.(A) OU ALGUÉM QUE RESIDE OU RESIDIA NA SUA CASA JÁ FOI AMEAÇADO OU SOFREU ALGUMA DAS VIOLÊNCIAS ABAIXO, QUEM FOI O AGRESSOR?		
NOS ÚLTIMOS 12 MESES?		
111. Física		
113. Verbal ()1.SIM ()2.NÃO	112. _____()888NSA	
115. Moral ou Psicológica		
117. Sexual ()1.SIM ()2.NÃO	114. _____()888NSA	
119. Discriminação por racismo		
121 Falta de acesso a direitos sociais		
123. Falta dos cuidados necessários		

- ()1.SIM ()2.NÃO 116. _____()888NSA
- ()1.SIM ()2.NÃO 118. _____()888NSA
- ()1.SIM ()2.NÃO 120. _____()888NSA
- ()1.SIM ()2.NÃO 122. _____()888NSA
- ()1.SIM ()2.NÃO 124. _____()888NSA

ATENÇÃO: SE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES DE 111 A 123 FOREM NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 140

Violência Física (também denominada *maus-tratos físicos ou abuso físico*): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008)

Violência Psicológica(ou moral): é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

Violência Sexual: é qualquer conduta que constranja, a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Tal prática é considerada crime mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro (a), esposo (a), ou seja, é toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas. Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

Violência Verbal: violência em que uma pessoa ataca outra violentamente com palavras de baixo calão ou palavras injuriosas. O silêncio, enquanto

recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal.

Falta de cuidados necessários refere-se à **Negligência/abandono**: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como **direitos sociais**: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

A opção Não se Aplica- **NSA**, significa que o entrevistado desconhece que algum de seus familiares tenha sofrido algum tipo de violência (nos últimos 12 meses) ou acredita que ela não tenha ocorrido entre eles (nos últimos 12 meses).

Para o item 'agressor', usar a lista da pergunta 425 e seguintes: Pai, Mãe, Tio(a), Irmão(a), Filho(a), Padrasto, Madrasta, Parceiro(a); esposo(a), Chefe ou colega de trabalho, Bandido, ladrão, assaltante, Policial ou guarda municipal, Segurança ou porteiro, Profissional da saúde, Profissional da escola, Vizinho ou conhecido

Em que local essa(s) violência (s) ocorreu (ocorreram?)

125. No domicílio			()888.NSA
126.No trabalho	()1.SIM	()2.NÃO	()888.NSA
127.Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)			()888.NSA
128.Na rua	()1.SIM	()2.NÃO	()888.NSA
129.No clube, em praça de esporte, academia	()1.SIM	()2.NÃO	()888.NSA
130.No bar ou similar			()888.NSA
131.Outros	()1.SIM	()2.NÃO	()888.NSA
	()1.SIM	()2.NÃO	
	()1.SIM	()2.NÃO	
	()1.SIM	()2.NÃO	

()1.SIM ()2.NÃO	
<p>Esta pergunta pretende identificar o local onde a violência ocorreu.</p> <p>“Praça de esporte” refere-se a locais de práticas esportivas, tais como quadras (futebol, voleibol, basquetebol, etc.), pista de atletismo, patinação, ginásio...</p> <p>“Bar ou similar”, refere-se a restaurante, botequim, lanchonete, casa de shows, discoteca ou danceterias.</p> <p>A opção Não se Aplica- NSA, significa que o entrevistado desconhece que algum de seus familiares tenha sofrido algum tipo de violência (nos últimos 12 meses) ou acredita que ela não tenha ocorrido entre eles (nos últimos 12 meses).</p> <p>A opção “outros” refere-se a qualquer outro local não descrito acima, tais como: agências bancárias, caixas eletrônicos, lotéricas etc.</p>	
<p>Se o Sr(a) ou alguém de sua casa sofreu violência física, ela foi cometida com:</p> <p>132. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>133. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>134. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>135. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>136. Arremesso de substância/objeto quente ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>137. Lançamento de objetos ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>138. Envenenamento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>139. Outra coisa ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p>	
<p>Informar qual foi o meio utilizado para agredir fisicamente.</p> <p>Pode-se marcar mais de uma alternativa.</p>	
<p>140. Alguém da sua casa/família já tentou suicídio? Quantas vezes?</p> <p>()1. Nenhuma vez ()2. Uma vez ()3. Duas ou três vezes/pessoas ()4. Mais de três vezes ()5. Não sei</p> <p>Considerar pessoas da casa (que residem na mesma casa) e da família (que residem em outra casa).</p> <p>Considerar tentativa de suicídio a ação pela qual o indivíduo se esforçou para obter o resultado morte, mas não obteve êxito.</p>	
<p>141. Alguém da sua casa já se suicidou?</p> <p>()1. Sim ()2. Não</p> <p>Considerar suicídio a ação pela qual o indivíduo consegue matar a si mesmo.</p>	
Se a resposta for não pule para a questão 143	
<p>142. Se alguém da sua casa ou família já se suicidou,, qual foi o meio utilizado?</p> <p>()1. Envenenamento/intoxicação ()5. Pulou de lugar elevado</p> <p>()2. Enforcamento ()6. Outro</p> <p>()3. Arma de fogo ()7. Prefiro não responder</p> <p>()4. Objeto perfuro cortante ()888. NSA</p> <p>Considerar pessoas da casa (que residem na mesma casa) e da família (que residem em outra casa).</p> <p>Identificar o meio utilizado para alcançar a morte.</p>	

159. O SR(A) OU ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA É PORTADOR DE ALGUMA DEFICIÊNCIA? ()1. SIM ()2. NÃO	
Considerar o entrevistado ou alguém de sua família(não apenas do domicílio) «Uma deficiência é um problema numa função ou estrutura do corpo; uma limitação de atividade é uma dificuldade que um indivíduo encontra na execução de uma tarefa ou ação; enquanto que a restrição na participação é um problema com que um indivíduo se depara nas situações da vida. Assim, a deficiência é um fenômeno complexo, que reflete a interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade na qual ela vive" (Organização Mundial de Saúde). Considerar todo e qualquer tipo de deficiência. Deficiência física, em que existe uma total ou parcial alteração de uma ou mais partes do corpo, levando ao comprometimento da função física (paraplegia, tetraplegia, amputação, paralisia cerebral, lesão de uma ou mais partes do sistema nervoso central, etc); Deficiência Auditiva , em que há a perda total ou diminuição na capacidade do indivíduo escutar os sons (o indivíduo não reage a sons, necessitando do contato visual para responder a alguém, pois ele acaba fazendo é a leitura labial), Deficiência Visual, caracterizada pela perda de visão ou pela incapacidade de correção da visão por meio do uso de óculos ou lentes de contato (incapacidade para leitura e de reconhecimento de pessoas), a Deficiência Mental , que se manifesta na infância ou adolescência, sendo caracterizada pelo funcionamento intelectual inferior à média e limitações importantes em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (dificuldade total ou parcial de comunicação, de se relacionar socialmente, do autocuidado, de trabalhar, etc) e a Deficiência Múltipla (duas ou mais deficiências presentes).	
160. SE SIM, QUAL? _____	
ESPECIFICAR QUAL(IS) SÃO AS DEFICIÊNCIAS APRESENTADAS. SE A 159 FOR NÃO, ESCREVER NSA AQUI.	
161.. Em relação ao uso de cigarro, o (a) Sr.(a): ()1. Fuma ()2. É ex fumante ()3. Nunca fumou Se não fuma ou nunca fumou, pule para a questão 163	
Esta pergunta pretende identificar a prevalência do consumo de cigarro e outros produtos do tabaco, como cachimbos, cigarrilha, charuto e outros.	
162. Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia? _____ cigarros/dia ()888. NSA	
Identificar o número de cigarros o entrevistado fuma por dia	
163. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) foi ao dentista? ()1. Nos últimos 06 meses ()2. Nos últimos 12 meses ()3. Há 02 anos ()4. Há mais de 2 anos	

<input type="checkbox"/> 5. Nunca fui ao dentista	
Busca-se verificar se o entrevistado está tendo acompanhamento odontológico.	
164. Na última vez em que foi ao dentista qual foi o motivo? <input type="checkbox"/> 1. Revisão/limpeza <input type="checkbox"/> 2. Tratar cáries <input type="checkbox"/> 3. Dor <input type="checkbox"/> 4. Extrair dentes <input type="checkbox"/> 5. Próteses (dentadura, roth, pontes) <input type="checkbox"/> 6. Tratamentos estéticos <input type="checkbox"/> 7. Outros <input type="checkbox"/> 888. NSA	
Pretende-se identificar o principal motivo que levou o entrevistado a procurar um dentista. “Tratamento estético” refere-se a submeter a procedimento odontológico com o objetivo de melhorar a aparência ou recuperar a beleza dos dentes.	
O (a) Sr.(a) usa alguma das seguintes drogas? 165. MACONHA 166. COCAÍNA/HEROÍNA <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO 167. CRACK 168. LSD OU ÁCIDO (ECSTASY) <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO 169. CHÁ DE COGUMELO 170. BENZINA, TINNER, SOLVENTE OU COLA <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO 171. OUTRA (S) <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	
OUTRA(S) REFE-SE A DROGAS NÃO DESCRITAS ACIMA, COMO POR EXEMPLO AO “LOLÓ”, SUBSTÂNCIA QUÍMICA INALANTE PREPARADA CLANDESTINAMENTE BASEADA EM CLOROFÓRMIO E ÉTER	
O (a) Sr.(a) usa algum dos medicamentos abaixo sem indicação terapêutica pelo seu médico? 172. CALMANTE 173. LAXANTE <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO 174. ANABOLIZANTE (BOMBA) 175. REMÉDIO DE PRESSÃO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO 176. REMÉDIO PARA EMAGRECER 177. OUTRA (S) <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	

ESTA PERGUNTA PRETENDE IDENTIFICAR SE O INDIVÍDUO POSSUI O HÁBITO DE SE AUTOMEDICAR: SEJA UTILIZANDO MEDICAMENTO SEM RECEITA, SEJA UTILIZANDO MEDICAMENTO DE FORMA DIFERENTE DA RECOMENDADA PELO MÉDICO.	
178.O (a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir ou fica muito tempo acordado a noite? ()1. Sempre ()2. Quase sempre ()3. Raramente ()4.. Nunca ATENÇÃO: Caso a resposta seja nunca, vá para a questão 181	
Identificar se o entrevistado possui as dificuldades descritas acima.	
179. Esta dificuldade para dormir ocorre quantos dias por semana? ()1. 1 dia/semana ()2. De 2 a 3 dias/semana ()3. Mais de 4 dias/semana () 888. NSA	
Identificar a frequência com que o entrevistado apresenta as dificuldades descritas acima	
180.Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Considerar medicamentos.	
181.O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica? ()1. Sim ()2. Não ()3. Já bebi e não bebo mais ATENÇÃO: caso a resposta seja Não ou Não bebo mais, pule para a questão 192	
Pretende-se identificar a prevalência do uso da bebida alcoólica, que constitui fator de risco para a ocorrência de acidentes e violências.	
Que tipo de bebida o (a) Sr.(a) bebe?	
182. FERMENTADA (ERVEJA, VINHO)	
183. DESTILADA (WHISKY, CACHAÇA,ETC.)	
184. COMPOSTA (LICOR)	()1. SIM ()2. NÃO ()888 NSA
185. OUTRA (S)	()1. SIM ()2. NÃO ()888NSA
	()1. SIM ()2. NÃO ()888NSA
	()1. SIM ()2. NÃO ()888 NSA
ESTA PERGUNTA PERMITE MAIS DE UMA ALTERNATIVA.	
186. QUANTOS DIAS POR SEMANA O SR(A) COSTUMA TOMAR BEBIDA ALCOÓLICA? _____ () 888. NSA	

<p>PRETENDE-SE IDENTIFICAR O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO PERÍODO DE UMA SEMANA E VERIFICAR SE O CONSUMO É OCASIONAL OU HABITUAL. SE A PESSOA BEBE MENOS DE 1 VEZ/SEMANA, MARCAR NSA.</p>	
<p>187. EM GERAL, NO DIA EM QUE O(A) SR(A) BEBE, QUANTAS DOSES DE BEBIDA ALCOÓLICA O(A) SR(A) CONSUME? (CONSIDERE: 1 DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA EQUIVALE A 1 LATA DE CERVEJA (350 ML), 1 TAÇA DE VINHO OU 1 DOSE DE CACHAÇA, WHISKY OU QUALQUER OUTRA BEBIDA ALCOÓLICA DESTILADA)</p> <p>_____ ()888.NSA</p>	
<p>PRETENDE-SE IDENTIFICAR SE O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA É OCASIONAL OU HABITUAL</p>	
<p>188. O (a) Sr.(a) já pensou em largar a bebida? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<p>Busca-se identificar se o entrevistado alguma vez na vida teve o desejo ou a vontade de parar de beber.</p>	
<p>189. O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação à situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>	
<p>190. O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação à situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>	
<p>191. O (a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar a frequência do consumo de bebida alcoólica e fatores associados.</p>	
<p>192. Quando o (a) Sr.(a) está doente ou precisando de atendimento de saúde, onde costuma ir primeiro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. FARMÁCIA</p> <p><input type="checkbox"/> 2. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO SUS (POSTO, CENTRO DE SAÚDE OU PSF)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PÚBLICA (UPA)</p>	

<input type="checkbox"/> 4. Boa <input type="checkbox"/> 5. Muito boa	
<p>O entrevistado irá avaliar a sua qualidade de vida nos últimos 02 meses, segundo o seu próprio ponto de vista. A qualidade de vida diz respeito às suas condições de vida, em todos os seus aspectos(físico, psíquico, mental, espiritual, social). Portanto não deve ser confundida com padrão de vida.</p>	
<p>199. Quando o Sr. (a) apresenta algum problema de saúde, o Sr. (a):</p> <input type="checkbox"/> 1. Procura imediatamente a unidade de saúde <input type="checkbox"/> 2. Espera para saber se vai melhorar <input type="checkbox"/> 3. Deixa a situação ficar mais grave para tomar alguma atitude <input type="checkbox"/> 4. Não toma atitude alguma <input type="checkbox"/> 5. Usa remédio por conta própria <input type="checkbox"/> 6. Outra ação. Qual? _____	
<p>Pretende verificar o autocuidado do entrevistado, identificando o seu comportamento diante de algum problema de saúde.</p>	
<p>Em sua opinião, o que pode dificultar sua procura pelo serviço de saúde, em caso de algum problema?</p> <p>200. Horário de funcionamento dos serviços de saúde</p> <p>201. Demora e/ou dificuldade de conseguir atendimento <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p>202. Falta de tempo devido ao trabalho</p> <p>203. Não gostar de falar de seus problemas <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p>204. Achar que não é importante ou que vai sarar sozinho <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p>205. A falta de qualidade do serviço <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p>206. Não gostar de médico <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p>207. Ter medo ou vergonha <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO</p>	
<p>PRETENDE IDENTIFICAR OS PRINCIPAIS MOTIVOS CONSIDERADOS ENTRAVES, QUE LEVAM OU PODEM LEVAR O INDIVÍDUO A DESISTIR DE BUSCAR ATENDIMENTO MÉDICO EM QUALQUER SERVIÇO DE SAÚDE.</p>	
<p>O Sr (a):</p> <p>208. Faz avaliação de saúde sem estar doente</p> <p>209. Faz exames indicados pelo médico <input type="checkbox"/> 1.SIM <input type="checkbox"/> 2.NÃO</p> <p>210. Usa corretamente medicamentos prescritos</p> <p>211. Faz exame do intestino rotineiro (quando indicado) <input type="checkbox"/> 1.SIM <input type="checkbox"/> 2.NÃO</p> <p>212. Realiza tarefas domésticas</p> <p>213. Conversa sobre seus problemas</p> <p>214. Acompanha algum familiar ao médico <input type="checkbox"/> 1.SIM <input type="checkbox"/> 2.NÃO</p> <p>215. Acompanha a vida escolar dos filhos <input type="checkbox"/> 1.SIM <input type="checkbox"/> 2.NÃO</p>	

	()1.SIM ()2.NÃO	
	()1.SIM ()2.NÃO	
	()1.SIM ()2 Não ()888 NSA	
	()1.SIM ()2.NÃO ()888 NSA	
As questões acima podem ser respondidas tanto pelo homem, quanto pela mulher. Não se aplica(NSA) significa que o entrevistado não possui familiares e/ou não possui filhos.		
Atenção: As perguntas de 216 e 217 devem ser feitas caso o entrevistado seja homem. Se for mulher pule para a pergunta 218		
216. Faz exame preventivo de câncer de próstata	()1. Sim	
217. Acompanha o pré-natal/parto da sua esposa	()2.NÃO ()888 NSA	
218. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ganhar mais	()1.SIM	
219. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ter sucesso	()2.NÃO ()888.NSA	
220. Fica incomodado(a) pela parceira (o) sair com amigos	()1.SIM	
221. Fica incomodado(a) com homossexualismo	()2.NÃO ()888.NSA	
	()1.SIM	
	()2.NÃO ()888.NSA	
	()1.SIM	
	()2.NÃO ()888.NSA	
	()1. Sim	
	()2.NÃO ()888.NSA	
	()1. Sim	
	()2.NÃO ()888.NSA	
IDENTIFICAR COMPORTAMENTOS DESCRITOS REALIZADOS PELOS HOMENS.		

AMBIENCIA

ATENÇÃO: As perguntas a seguir deverão ser efetuadas considerando TODOS os serviços de saúde utilizados pelo usuário. Considerar serviços de saúde públicos ou privados utilizados nos últimos 12 meses.

Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém da sua casa utilizou os seguintes serviços de saúde?

222. Hospital					()5. Não sei
223. UPA (Pronto Atendimento):	()1.SIM.	()2.SIM.	()3.SIM. AMBOS	()4.NÃO	()5. Não sei
224. Maternidade	PÚBLICO	PRIVADO			()5. Não sei
225. Unidade de Saúde/Posto de Saúde			()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	()5. Não sei
226. Consultório					()5. Não sei
227. Clínica	()1.SIM.	()2.SIM.			()5. Não sei
228. Clínica de hemodiálise	PÚBLICO	PRIVADO	()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	()5. Não sei
229. Outro					()5. Não sei
	()1.SIM.	()2.SIM.	()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	
	PÚBLICO	PRIVADO	()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	
	()1.SIM.	()2.SIM.	()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	
	PÚBLICO	PRIVADO	()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	
	()1.SIM.	()2.SIM.	()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	
	PÚBLICO	PRIVADO	()3.SIM. AMBOS	()4. NÃO	
	()1.SIM.	()2.SIM.			
	PÚBLICO	PRIVADO			
	()1.SIM.	()2.SIM.			
	PÚBLICO	PRIVADO			
	()1.SIM.	()2.SIM.			
	PÚBLICO	PRIVADO			

ATENÇÃO: SE VOCÊ MARCOU NÃO PARA TODOS OS ITENS, PULE PARA A QUESTÃO 244			
Pronto atendimento refere-se à: UPA, UAI, PA Público é o serviço fornecido pelo SUS 226 – se a pessoa tiver ido a consultório de CS, UPA ou Hospital, marcar nos dois itens.			
Vamos falar do último serviço que o(a) Sr(a) procurou, nos últimos 12 meses. O Sr.(a) ficou satisfeito com o(a):			
230. Aparência e conforto em geral	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
231. Limpeza em geral	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
232. Iluminação e ventilação em geral	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
233. Estado de conservação dos mobiliários	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
234. Tamanho da recepção	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
235. Disponibilidade e número adequado de cadeiras da recepção	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
236. Atendimento dos profissionais da recepção	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
237. Atendimento do médico	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
238. Atendimento do pessoal de enfermagem	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
239. Tempo da consulta médica	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
240. Resolução do problema que o levou ao serviço	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
241. Atendimento do Posso Ajudar	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
242. Espaço físico do serviço de saúde	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
243. Acessibilidade (rampa, corrimão, banheiros para pessoas com deficiência...)	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888.NSA
	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888NSA
	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888 NSA
	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA

()1.SIM	()2.NÃO	()888NSA
	()2.NÃO	()888NSA
		()888NSA

Aparência geral corresponde a infraestrutura do prédio em que está localizado a unidade de saúde em que este foi atendido.

Conforto corresponde ao sentimento de se “sentir bem”, “sensação de bem estar” dentro da unidade de saúde. Se o ambiente é acolhedor.

Tempo da consulta foi suficiente para conversar com o médico sobre o problema que levou a procurar o serviço.

Resolução do problema o médico/enfermeiro conseguiu resolver o problema que levou a procurar o serviço.

Posso ajudar é um serviço de orientação ao usuário por estagiários de cursos superiores da área da saúde. Em outros municípios pode ter outro nome.

O tempo será medido quando o entrevistado entrou na unidade onde buscou o atendimento. Quando esta sai da triagem/acolhimento, o tempo que esperou para ser consultado pelo médico, após a consulta, o tempo que esperou para ser medicado ou o tempo que ficou na fila da farmácia para receber o remédio prescrito.

<p>Que nota entre 0 e 10 o senhor dá para:</p> <p>270. Aparência de sua Casa _____</p> <p>271. Aparência de seu Bairro _____</p> <p>272. Aparência de sua Cidade _____</p> <p>273. Conservação dos Monumentos Históricos _____</p> <p>274. Conservação dos Espaços Públicos _____</p> <p>275. Conservação dos Pontos Turísticos _____</p>	
<p>Um monumento é uma <u>estrutura</u> (bustos, estátuas e obeliscos) feita de pedra, concreto, ferro fundido, ou bronze, construída com o propósito de comemorar um acontecimento importante ocorrido ao longo da história e/ou homenagear pessoas importantes de uma região. Em Belo Horizonte, temos o Pirulito da Praça Sete (obelisco), a Igreja da Pampulha, a estátua de Tiradentes (Praça Tiradentes), a Cruz da Praça do Papa, etc.</p>	
TRABALHO	
<p>276. O(a) Sr.(a) trabalhou nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Se marcou sim, pular para 278</p>	
<p>Considerar como “trabalhou” o indivíduo que esteve ocupado, ou seja, exerceu atividade e recebeu remuneração em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (alimentação, moradia, etc). Portanto, sua carteira poderá estar assinada ou não.</p>	
<p>277. Nos últimos 12 meses, qual a principal razão do (a) Sr.(a) não ter trabalhado? <input type="checkbox"/> 1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos <input type="checkbox"/> 2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho <input type="checkbox"/> 3. Estudos/treinamento <input type="checkbox"/> 4. Aposentado por tempo de trabalho/idade <input type="checkbox"/> 5. Aposentado por doença/invalidez <input type="checkbox"/> 6. Afastado por problema de saúde <input type="checkbox"/> 7. Outra <input type="checkbox"/> 888.NSA</p>	
<p>Motivo pelo qual o entrevistado não está exercendo nenhum trabalho remunerado (profissional ou atividade temporária), com ou sem carteira assinada.</p>	
<p>278. Atualmente, o (a) Sr.(a) trabalha? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Se a resposta for NÃO, pule para a questão 308</p>	
<p>Registrar se o entrevistado está trabalhando ou não.</p>	
<p>279. Com que idade o (a) Sr.(a) começou a trabalhar? _____ anos <input type="checkbox"/> 888NSA</p>	
<p>A alternativa “Não se aplica” diz respeito ao entrevistado que nunca trabalhou fora, ou seja, nunca exerceu trabalho remunerado ou não remunerado quando criança ou adolescente (profissional ou atividade temporária).</p>	
<p>280. Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) Sr.(a) trabalha por semana? <input type="checkbox"/> 1. até 20 horas semanais <input type="checkbox"/> 2. 21 a 30 horas semanais <input type="checkbox"/> 3. 31 a 40 horas semanais <input type="checkbox"/> 4. 41 a 44 horas semanais <input type="checkbox"/> 5. Mais de 44 horas semanais <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<p>Considerar apenas os trabalhos remunerados. O entrevistado que possui mais de um trabalho remunerado (profissional ou atividade temporária), deverá fazer o somatório de todas as horas trabalhadas por semana, de cada um dos trabalhos realizados. O tempo de deslocamento até os</p>	

locais de trabalho não será contabilizado.	
281. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na ida para o seu trabalho principal? _____ horas e _____ minutos ()888. NSA	
O entrevistado deverá contabilizar o tempo gasto até o seu trabalho principal Trabalho Principal é considerado aquele em que o indivíduo teve maior tempo de permanência ou no caso de igualdade no tempo de permanência considera-se como principal o trabalho que normalmente proporciona maior rendimento (IBGE).	
282. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na volta do seu trabalho principal? _____ horas e _____ minutos ()888. NSA	
O tempo gasto na volta do trabalho principal: o destino não deverá ser necessariamente a casa dele. Pode ser considerado em relação ao deslocamento deste trabalho até a escola/faculdade.	
283. Com que frequência o (a) Sr.(a) trabalha em horário noturno (após as 22:00 ou antes das 05:00) em algum dos seus trabalhos? ()1. Nunca ()2. 1 vez por semana ()3. 2 a 3 vezes por semana ()4. 4 ou mais vezes por semana ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar a quantidade de vezes que o entrevistado trabalha no período de 22 horas de um dia, às 5 horas da manhã do outro dia. A alternativa NSA (não se aplica) refere-se ao entrevistado que não trabalha fora, se encontra aposentado ou em afastamento por problema de saúde.	
284. Nos últimos 12 meses, com que frequência o (a) Sr.(a) trabalhou mais de duas horas extras em um mesmo dia? () Nenhuma ()1. 1 vez ()2. De 2 a 10 vezes por mês ()3. Diariamente ()4. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o número de vezes em que o entrevistado realizou, no último ano, mais de duas horas extras em um MESMO dia (mesmo vínculo/empregador), considerando que a lei permite até 2 horas extras. Esta mesma lei não permite que se faça 3 horas extras em um dia e, no outro, não seja feita nenhuma.	
285. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) sofreu algum acidente de trabalho? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA Se a resposta for não, pular para a questão 288	
Consideram-se acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. (http://www1.previdencia.gov.br , acesso em março/2014) O pulo está errado, o correto é 289.	
286. Se houve um acidente, a empresa expediu uma CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)? ()1.Sim ()2.Não ()888.NSA	
Verificar se este formulário foi emitido ou não pela empresa.	
287. Esse acidente deixou algum dano, seqüela ou deficiência?	

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA	
<p>Esta pergunta pretende identificar se o entrevistado ficou com alguma perturbação física ou psicológica, enfim, de saúde, em decorrência do acidente de trabalho sofrido. Dano material não será considerado.</p> <p>Dano: Lesão/ trauma (não material)</p> <p>Sequela: alteração anatômica ou funcional permanente</p> <p>Deficiência: a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica</p>			

<p>288. Depois do acidente, o (a) Sr(a):</p> <p>()1. Foi remanejado do posto de trabalho</p> <p>()2. Fez reabilitação profissional</p> <p>()3. Foi aposentado por invalidez</p> <p>()4. Foi demitido</p> <p>()5. Foi pressionado a pedir demissão</p> <p>()6. Outro</p> <p>()888.NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar comportamentos desenvolvidos no ambiente de trabalho pela chefia ou colega de trabalho, após o(a) entrevistado(a) ter sido acidentado(a). A alternativa NSA (não se aplica) diz respeito ao entrevistado que não trabalhou nos últimos 12 meses.</p>	
<p>Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade apresenta as seguintes condições :</p> <p>289. Limpeza Deficiente ()888. NSA</p> <p>290. Umidade excessiva ()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>291. Ausência ou mau estado das instalações sanitárias ()888. NSA</p> <p>292. Ausência de vista para o exterior ()1.sim ()2.Não</p> <p>293. Luz artificial permanente ()888. NSA</p> <p>294. Ruído excessivo ()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>295. Vibrações ()888. NSA</p> <p>()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>()888. NSA</p> <p>()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>()888. NSA</p> <p>()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>()888. NSA</p> <p>()1.sim ()2.Não</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar as condições ambientais a que o entrevistado se encontra exposto no seu local de trabalho</p>	
<p>Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade exige:</p> <p>296. Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante ()888 NSA</p> <p>297. Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração ()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>298. Levantar ou deslocar objetos pesados ()888NSA</p> <p>299. Tarefas monótonas ou repetitivas ()1.sim ()2.Não</p> <p>300. Posição com risco de queda ou esmagamento ()888NSA</p> <p>301. Posições com risco de afogamento ()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>302. Posições com risco de projeção de materiais ()888NSA</p> <p>303. Contato com lixo/esgoto/ sangue/material contaminado ()1.SIM ()2.NÃO</p> <p>304. Contato com fumaça, cheiros fortes, poeira ()888NSA</p> <p>305. Contato com outra situação negativa ()888NSA</p> <p>()888NSA</p> <p>()888NSA</p> <p>()1.sim ()2.Não</p> <p>()888NSA</p> <p>()888NSA</p> <p>()888NSA</p> <p>()1.SIM ()2.NÃO</p>	

	()1.sim ()2.Não ()1.sim ()2.Não	
Esta pergunta pretende identificar as condições de trabalho a que o entrevistado se encontra exposto no decorrer de sua atividade diária.		
306. No seu emprego atual existe Serviço de Medicina do Trabalho? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA		
Para esta pergunta considera-se também o serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho. Esta pergunta pretende saber se o empregador oferece aos trabalhadores serviços de medicina do trabalho, tais como exames médicos ocupacionais: admissional, demissional, de mudança de função, de retorno ao trabalho e periódicos. Medicina do trabalho ou medicina ocupacional é uma especialidade médica que se ocupa da promoção e preservação da saúde do trabalhador. O médico do trabalho avalia a capacidade do candidato a determinado trabalho e realiza reavaliações periódicas de sua saúde dando ênfase aos riscos ocupacionais aos quais este trabalhador fica exposto.		
307. Com que frequência o (a) Sr.(a) faz exames médicos pela empresa? ()1. Só na admissão ()2. Uma vez por ano ()3. De dois em dois anos ()4. Em outros intervalos regulares ()888. NSA		
Esta pergunta pretende identificar se o empregador acompanha as condições saúde do trabalhador.		
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) viveu algum dos problemas abaixo no trabalho? 308. Foi humilhado, insultado ou discriminado ()1.sim ()2.Não ()888 NSA 309. Exerceu função diferente daquela do contrato ()888 NSA 310. Demissão sem justa causa ()1.SIM ()2.NÃO ()888 NSA 311. Salário inferior dos colegas da mesma função ()888 NSA ()1.sim ()2.Não ()1.sim ()2.Não		
Esta pergunta pretende identificar comportamentos desenvolvidos no ambiente de trabalho pela chefia ou colega de trabalho. A alternativa NSA (não se aplica) diz respeito ao entrevistado que não trabalhou nos últimos 12 meses.		
312. Nos últimos 12 meses o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) teve alguma doença relacionada ao seu trabalho? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA		
Esta pergunta pretende identificar as doenças relacionadas ao trabalho do entrevistado e/ou de alguém que mora com ele, entendendo que doenças do trabalho são as alterações na saúde causadas pelas circunstâncias do trabalho a que o trabalhador se encontra exposto.		
313. Se respondeu sim à questão anterior, qual?		
O entrevistado deverá informar todas as doenças relacionadas ao trabalho.		
314. O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família tem um trabalho que exige cumprimento de metas (produzir um mínimo estipulado pela empresa ou estabelecimento) ()1. Sim ()2 Não ()3 Não sei ()888.NSA		
Esta pergunta pretende identificar se no ambiente de trabalho existe pressão por produção. Devem ser consideradas as pessoas que residem na mesma casa, e não os familiares em geral.		
TRÂNSITO		
Nos últimos 12 meses, quais meios de transporte abaixo o Sr.(a) utilizou várias vezes por semana? 315. Carro (sendo o motorista) ()1.sim ()2.não		

As UPA, PA e UAI são unidades de pronto atendimento. Exemplo: UPA: Unidade de Pronto Atendimento (BH) PA: Pronto Atendimento (Ribeirão das Neves) UAI: Unidade de Atendimento Imediato (Betim)	
328. Quem lhe prestou atendimento de profissionais da saúde no local do acidente? ()1. Não tive atendimento no local do acidente ()2. Ambulância/Resgate do SAMU ()3. Moto do SAMU ()4. Ambulância/Resgate dos Bombeiros ()5. Ambulância/resgate do setor privado (particular ou convênio) ()6. Ambulância/Resgate da concessionária da rodovia ()7. Outro ()888. NSA	
Se o atendimento não foi no local do acidente, pular para a questão 330.	
329. Quanto tempo após o acidente o (a) Sr.(a) recebeu o primeiro atendimento de profissionais da saúde no local ? _____ horas _____ minutos () 1. Não sei ()888.NSA	
Esta pergunta refere-se ao primeiro atendimento de profissionais de saúde no local do acidente, tais como o SAMU e Corpo de Bombeiros. O NSA significa que o indivíduo não teve atendimento no local do acidente.	
330. O (a) Sr.(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente? ()1. Sim ()2. Não ()888.NSA	
Esta pergunta pretende identificar se o indivíduo teve lesões decorrentes deste acidente e se estas resultaram em alteração anatômica ou funcional permanente, limitando-lhe a execução das atividades da vida diária. Portanto não deve ser considerada a seqüela ou incapacidade congênita.	

Com relação às situações de trânsito abaixo, você pode me informar se nos últimos 12 meses adotou os comportamentos descritos e se eles são arriscados.					
	1.Faço, é arriscado	2.Faço, não é arriscado	3.Não faço, é arriscado	4.Não faço, não é arriscado	888.NSA
331. Atravessar a rua após consumir medicamentos sedativos, tranquilizantes ou qualquer outra droga					
332. Atravessar a rua fora da faixa de pedestre					
333. Atravessar a rua falando ao celular ou digitando no aparelho					
334. Atravessar a via fora da passarela apesar de sua existência					
335. Ser passageiro de veículo cujo condutor tenha ingerido bebida alcoólica					
336. Deixar de usar cinto de segurança no banco da frente do veículo					
337. Deixar de usar cinto de segurança no banco de trás do veículo					
338. Deixar de fazer as revisões no veículo					
339. Dirigir ou pilotar após ingerir bebida alcoólica					
340. Dirigir sem carteira de habilitação ou permissão para dirigir					
341. Dirigir/pilotar após tomar sedativos e/ou tranquilizantes					
342. Mudar de faixa sem ligar a seta					
343. Andar de moto sem utilizar o capacete					
344. Usar o celular enquanto dirige ou pilota					
345. Dirigir/pilotar com velocidade acima do limite permitido					
346. Discutir no trânsito					
347. Fazer ultrapassagem em local proibido					
348. Avançar o sinal vermelho					
349. Ficar muito próximo do veículo da frente					
350. Transportar criança no carro sem a cadeirinha adequada (bebê conforto, cadeirinha ou assento de elevação)					
<p>O entrevistador deverá estar atento para a técnica de se fazer a pergunta: 1ª perguntar se faz, 2ª pergunta se é arriscado. Estas perguntas pretendem verificar a percepção de risco do entrevistado.</p> <p>O NSA deve ser usado caso a pessoa não tenha condições de adotar aquele comportamento, por exemplo, não é motorista.</p> <p>No item 342 considerar tanto o passageiro, quanto o condutor.</p> <p>Considerar como via: rua, alameda, rodovia,</p> <p>Considerar como discussão, aquelas ocorridas dentro e fora do trânsito ou do veículo</p>					

<p>Nos últimos 12 meses, você vivenciou alguma das situações abaixo ao usar o ônibus como transporte público?</p> <p>351. Ofensa por parte dos operadores (motorista ou cobrador) ()1.sim ()2.não ()888. NSA</p> <p>352. Queda devido à direção insegura ou agressiva do motorista ()1.sim ()2.não ()888. NSA</p> <p>353. Impedimento de embarque/desembarque do veículo ocasionado pelo fechamento da porta pelo motorista ()1.sim ()2.não ()888. NSA</p> <p>354. Desrespeito a sua solicitação de parada para embarque ou desembarque ()1.sim ()2.não ()888. NSA</p> <p>355. Sentiu medo ou insegurança devido à direção insegura ou agressiva(perigosa) do motorista ()1.sim ()2.não ()888. NSA</p> <p>356. Desrespeito a sua condição de pessoa com mobilidade reduzida ao dificultar o seu embarque ou desembarque ()1.sim ()2.não ()888. NSA.</p> <p>357. Encontrou os assentos reservados ocupados indevidamente e os operadores não lhe ajudaram a garantir seu direito previsto na lei ()1.sim ()2.não ()888. NSA</p>	
<p>O item 352 significa que o condutor fechou a porta antes do indivíduo subir ou descer do ônibus. Direção agressiva (perigosa) refere-se a qualquer manobra realizada pelo motorista, que exponha ao perigo a vida de outras pessoas, como por exemplo, realizar arrancada brusca, frear repentinamente o veículo provocando deslizamento ou arrastamento de pneus, dirigir em alta velocidade nas curvas, etc.</p> <p>Pessoa com mobilidade reduzida, refere-se àquele indivíduo que, temporária ou permanentemente, tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo (Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT/Norma Brasileira- NBR 9050/2004). São consideradas pessoas com mobilidade reduzida, a pessoa com deficiência, idosa, obesa, gestante, com criança de colo.</p>	
<p>358. O (a) Sr.(a) mudou algo no seu comportamento no trânsito nos últimos 12 meses?</p> <p>()1. Sim ()2. Não</p> <p>ATENÇÃO: Caso a resposta tenha sido NÃO, pule para a questão 367</p>	
<p>Considerar qualquer mudança no comportamento, como por exemplo, passar a usar faixa de pedestre ou o cinto de segurança, etc.</p>	
<p>Caso o (a) Sr.(a) tenha mudado algo no seu comportamento no trânsito, isso ocorreu por que?</p> <p>359. Viu campanha educativa de trânsito na TV, rádio, outdoor, revista, jornal, etc. ()1.sim ()2.não ()888NSA</p> <p>360. Presenciou ou foi testemunha de algum acidente de trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA</p> <p>361. Quase se envolveu em um acidente, escapando por um triz ()1.sim ()2.não ()888NSA</p> <p>362. O Sr.(a) ou alguma pessoa próxima se envolveu em acidente de trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA</p> <p>363. Recebeu orientação de familiar ou amigo sobre segurança no trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA</p> <p>364. Participou de curso na área de segurança ou educação para o trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA</p> <p>365. Foi fiscalizado por agentes ou policiais de trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA</p> <p>366. Outros ()1.sim ()2.não ()888NSA</p>	
<p>Mais de uma opção poderá ser marcada.</p> <p>Envolvimento refere-se à participação de uma pessoa em um acidente de trânsito como pedestre, passageiro ou motorista de transporte individual (carro, motocicleta, bicicleta), coletivo (ônibus, trem, metrô) ou de carga (caminhão, caminhonete).</p>	
<p>367. Você concorda com uma lei que pune quem dirige sob o efeito de álcool?</p> <p>()1.Sim ()2.Não</p>	
<p>Pergunta autorreferida e pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação</p>	

acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
Escolha, a partir das opções abaixo, as principais medidas que podem reduzir comportamentos inadequados no trânsito e/ou transporte?	
368. Criar leis mais rígidas	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
369. Punir o infrator ou agressor conforme legislação	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
370. Promover cursos e campanhas educativas na TV, rádio, etc	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
371. Melhorar a qualidade do transporte coletivo (ônibus, metrô)	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
372. Aumentar a fiscalização por agentes, policiais de trânsito ou fiscalização eletrônica	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
373. Introduzir o ensino de educação para o trânsito nas escolas	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
374. Aumentar o valor das multas de trânsito	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
375. Participar de um programa de tratamento do alcoolismo	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
376. Criar benefícios para os motoristas que cumprem as leis de trânsito (redução ou isenção de impostos/taxas, por exemplo)	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei
Fiscalização eletrônica é realizada por equipamento: Fixo: instalado em local definido e em caráter permanente (Lombada Eletrônica, Pardal); Estático: instalado em veículo parado ou em suporte apropriado (Radar estático); Móvel: instalado em veículo em movimento, procedendo à medição ao longo da via (Radar móvel); Portátil: direcionado manualmente para o veículo (Radar portátil).	
377. O (a) Sr.(a) acredita que há em seu município preocupação das autoridades em prevenir acidentes de trânsito?	
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar somente as autoridades municipais: Prefeito, Vice-prefeito, Secretários Municipais e Vereadores.	
O(a) Sr(a) já tomou alguma das medidas abaixo para solucionar algum problema no trânsito?	
378. Reclamou junto a órgão público responsável pelo trânsito	() 1. Sim () 2. Não
379. Reclamou junto à empresa prestadora do serviço de transporte	() 1. Sim () 2. Não
380. Mobilizou a Associação de bairro ou Organização não Governamental ou participou de reuniões ou manifestações sobre este tema	() 1. Sim () 2. Não
381. Manifestou indignação pelo(s) problema(s) de trânsito por meio de redes sociais (Facebook, Twitter, etc.)	() 1. Sim () 2. Não
382. Solicitou aos órgãos de imprensa (TV, rádio, jornal) que noticiem e divulguem problemas de trânsito	() 1. Sim () 2. Não
383. Xingou a(s) pessoa(s) que o(a) desrespeitou	() 1. Sim () 2. Não
384. Nunca registrou uma reclamação formal	
No que se refere às reclamações, considerar somente as reclamações formais (que geraram protocolo ou documento registrado). Os xingamentos não formais, sejam por telefone ou na garagem da empresa) não serão considerados. 384 – caso a pessoa nunca tenha registrado, responder SIM, se tiver registrado, responder NÃO.	
385. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue na sua região para abordagem da violência no trânsito?	
() 1. Sim () 2. Não	
A palavra “abordagem” equivale a “falar sobre”, “dialogar sobre”, “tomar providências com relação a”	
VIOLÊNCIA	
386. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi fisicamente agredido dentro do serviço de saúde por	

algum funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
A opção NSA refere-se ao indivíduo que não foi no serviço de saúde (público ou privado) nos últimos 12 meses. Considerar agressão física: tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, etc.	
387. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi verbalmente agredido, humilhado ou ignorado dentro do serviço de saúde por algum funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
“verbalmente” refere-se a palavrões, xingamentos ocorridos dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado) “ignorado” equivale a “tratado com indiferença”.	
388. O (a) Sr.(a) viu alguém ser agredido dentro do serviço de saúde por um funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão: física, verbal, psicológica, etc., ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
389. O (a) Sr.(a) agrediu fisicamente algum funcionário dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão física ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
390. O (a) Sr.(a) viu alguém agredir algum funcionário dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão ocorrida em serviços de saúde (público ou privado): física, verbal ou sexual Não importa quem iniciou o ataque, a provocação	
391. O(a) Sr.(a) já viu brigas/conflitos dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de briga/conflito ocorrido entre usuários e trabalhadores do serviço de saúde (público ou privado), entre os usuários do serviço de saúde, ou ainda, entre os próprios trabalhadores do serviço de saúde. Conflitos refere-se à discussão, troca de insultos, humilhações, tentativa de um responsabilizar(culpar) o outro, etc.	
Na sua opinião, se ocorreram brigas nos serviços de saúde, elas ocorreram por causa: <div style="text-align: right;">()1.SIM ()2.NÃO ()888. NSA</div> 392. Da falta de profissionais no serviço ()1.SIM ()2.NÃO ()888. NSA 393. Da superlotação 394. Falta de conservação dos serviços de saúde ()1.SIM ()2.NÃO ()888. NSA 395. A precariedade da estrutura física do serviço 396. A falta de privacidade durante o atendimento 397. Falta de cortesia no atendimento ()1.SIM ()2.NÃO ()888. NSA 398. Insatisfação com o atendimento <div style="text-align: right;">()1.sim ()2.Não ()888. NSA ()1.sim ()2.Não ()888 NSA ()1.sim ()2.Não ()888 NSA</div>	
Precariedade refere-se à falta de funcionários, de equipamentos, de sala para atendimento, etc. CONSIDERAR SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS OU PRIVADOS.	
O (A) SR.(A) SOFREU ALGUMA DAS VIOLÊNCIAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	

- | | |
|---|-------------------|
| 399. Física | |
| 400. Verbal | ()1.SIM ()2.NÃO |
| 401. Moral ou Psicológica | |
| 402. Sexual | ()1.SIM ()2.NÃO |
| 403. Discriminação por racismo | |
| 404. Falta de acesso a direitos sociais | ()1.SIM ()2.NÃO |
| 405. Falta dos cuidados necessários | ()1.SIM ()2.NÃO |
| | ()1.SIM ()2.NÃO |

ATENÇÃO: SE A RESPOSTA FOR NÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DE 399 A 405, PULE PARA 457

Esta pergunta aceita mais de uma resposta.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

“falta dos cuidados necessários” equivale a “Negligência/abandono”: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

EM QUE LOCAL ESTA VIOLÊNCIA OCORREU?		
406. No domicílio		
407. No trabalho	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
408. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)		
409. Na rua	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
410. Em clube, bar ou similar, academia		
411. Outros	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
IDENTIFICAR O LOCAL ONDE A VIOLÊNCIA OCORREU		
“OUTROS” INCLUI OUTROS LOCAIS NÃO DESCRITOS ACIMA, COMO POR EXEMPLO, NO AMBIENTE VIRTUAL/INTERNET.		
412. Essa violência limitou as suas atividades habituais?		
	<input type="checkbox"/> 1. SIM	<input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
Esta pergunta pretende verificar se o entrevistado deixou de realizar algumas de suas atividades habituais em decorrência da violência sofrida. Considere a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses.		
413. O (a) Sr.(a) recebeu assistência por profissionais de saúde por causa dessa violência?		
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
Esta pergunta pretende identificar se o entrevistado foi atendimento por profissional da saúde em decorrência da violência sofrida, ou seja, se houve demanda ou não por assistência em saúde.		
Onde ela foi prestada?		
414. Atenção Básica (Saúde da Família, Posto de Saúde)		<input type="checkbox"/> 888 NSA
415. Atenção Secundária	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888 NSA
416. Atenção Terciária (Hospital)		
417. Serviço de emergência em geral	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO
Em relação à Atenção Secundária de Emergência, considerar: UPA, UAI, PA No que se refere à Atenção Terciária, considerar hospitais e urgências e emergências hospitalares.		

A violência SOFRIDA foi cometida com:			
418. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	()1.sim ()2.Não	()888 NSA	
419. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)			
420. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	()1.SIM ()2.NÃO	()888 NSA	
421. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	()1.sim ()2.Não		
422. Arremesso de substância/objeto	()1.sim ()2.Não	()888NSA	
423. Envenenamento	()1.sim ()2.Não	()888NSA	
424. Outra coisa	()1.sim ()2.Não	()888 NSA	
	()1.SIM ()2.NÃO	()888NSA	
	()1.sim ()2.Não	()888 NSA	
		()888NSA	
		()888 NSA	
		()888NSA	
		()888 NSA	
Refere-se a violência FÍSICA.			
Informar qual foi o meio utilizado para agredir, atacar ou provocar.			
Outra coisa refere-se a qualquer outro meio não descrito acima. Por exemplo, palavras ofensivas, ameaças, xingamentos, negligência ou abandono(falta de cuidados básicos), tortura, subtração de dinheiro ou bens, etc.			
"Outra coisa" refere-se a outros meios não descritos acima, como por exemplo, calúnias, difamações, xingamentos, etc., mesmo que sejam virtuais (pela internet).			
Quem o agrediu fisicamente?			
425. Pai	()1.sim		
426. Mãe		()2.NÃO	()888. NSA
427. Tio(a)	()1.SIM		
428. Irmão(a)		()2.NÃO	()888 NSA
429. Filho(a)	()1.sim		
430. Padrasto	()1.sim		
431. Madrasta	()1.sim	()2.NÃO	()888NSA
432. Parceiro(a); esposo(a)			
433. Chefe ou colega de trabalho	()1.SIM	()2.NÃO	()888NSA
434. Bandido, ladrão, assaltante			
435. Policial ou guarda municipal			
436. Segurança ou porteiro	()1.sim	()2.Não	()888NSA
437. Profissional da saúde	()1.sim		()888NSA
438. Profissional da escola	()1.sim	()2.NÃO	()888 NSA
439. Vizinho ou conhecido			
440. Outros	()1.SIM	()2.NÃO	()888 NSA
	()1.sim	()2.NÃO	()888NSA
	()1.sim	()2.NÃO	()888NSA
	()1.SIM	()2.NÃO	()888 NSA
	()1.sim	()2.Não	()888 NSA
	()1.sim	()888 NSA	
	()1.sim	()2.NÃO	

		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888 NSA
		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888NSA
		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888NSA
		<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888NSA
		<input type="checkbox"/> 2. Não	
<p>Agressão Física (também denominada <i>maus-tratos físicos ou abuso físico</i>): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008) A opção outros inclui avós.</p>			
<p>Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente?</p>			
441. Pai	<input type="checkbox"/> 1.Sim		
442. Mãe		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
443. Tio(a)	<input type="checkbox"/> 1.SIM		
444. Irmão(a)		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
445. Filho(a)	<input type="checkbox"/> 1.Sim		
446. Padrasto	<input type="checkbox"/> 1.Sim		
447. Madrasta	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
448. Parceiro(a); esposo(a)			
449. Chefe ou colega de trabalho	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
450. Bandido, ladrão, assaltante			
451. Policial ou guarda municipal			
452. Segurança ou porteiro	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
453. Profissional da saúde	<input type="checkbox"/> 1.Sim		<input type="checkbox"/> 888. NSA
454. Profissional da escola	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
455. Vizinho ou conhecido			<input type="checkbox"/> 888. NSA
456. Outros	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.SIM	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
		<input type="checkbox"/> 2.NÃO	<input type="checkbox"/> 888. NSA
		<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
		<input type="checkbox"/> 2. Não	

<p>Agressão verbal, moral ou psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).</p> <p>O silêncio, enquanto recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal.</p> <p>“Bandido, ladrão ou assaltante” inclui sequestradores.</p> <p>“Policial ou guarda municipal” inclui autoridades judiciárias e outros agentes da lei.</p>	
<p>457. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) presenciou algum evento violento no seu bairro e/ou vizinhança?</p> <p>()1. Sim ()2. Não</p>	
<p>Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é evento (acontecimento) violenta.</p>	
<p>458. O (a) Sr.(a) conhece alguém que foi assassinado no seu bairro e/ou vizinhança?</p> <p>()1. Sim ()2. Não</p>	
<p>A palavra “conhece” equivale a “ter a ideia ou noção mais ou menos precisa de quem se trata”, não se referindo, portanto, apenas a pessoas com quem o entrevistado tenha laços de amizade ou parentesco.</p>	
<p>459. O (a) Sr.(a) considera a sua cidade violenta?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei</p>	
<p>Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>	
<p>460. O (a) Sr.(a) já pensou em mudar de cidade por causa da violência?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei</p>	
<p>Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>	
<p>461. O (a) Sr.(a) se acha violento (a)?</p> <p>()1. Sim ()2. Não</p>	
<p>Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>	
<p>Ao longo da sua vida, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:</p> <p>462. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) ()1.sim ()2.Não</p> <p>463. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não</p> <p>464. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado) ()1.sim ()2.Não</p> <p>465. Objeto ou substância ()1.sim ()2.Não</p> <p>466. Envenenamento ()1.sim ()2.Não</p>	
<p>Considerar durante toda a vida do entrevistado</p> <p>Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral</p> <p>Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc.</p> <p>Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas.</p> <p>Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama, choque elétrico, substância química (soda caustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.</p>	
<p>Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:</p> <p>467. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) ()1.sim ()2.Não</p> <p>468. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não</p> <p>469. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado) ()1.sim ()2.Não</p> <p>470. Objeto ou substância ()1.sim ()2.Não</p> <p>471. Envenenamento ()1.sim ()2.Não</p>	
<p>Considerar apenas nos últimos 12 meses.</p> <p>Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral</p> <p>Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc.</p> <p>Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas.</p> <p>Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama,</p>	

choque elétrico, substância química (soda caustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.	
472. O (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o Sr.(a) possui arma de fogo em casa? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
Se a resposta for Não pule para a questão 474	
Considera-se arma de fogo: revólver, espingarda, metralhadora, cartucheira e carabina	
473. Por qual motivo o (a) Sr.(a) possui arma de fogo em casa? ()1. Medo, proteção ()2. Vingança ()3. Profissão, trabalho ()4. Status, poder ()5. Lazer, hobby ()6. Outros ()7. Não sei ()888. NSA	
Considerar “outros” quaisquer possibilidades não descritas acima, como: arma da família (transferência pelas gerações), pedido de amigo/parente para guardar a arma , etc	
474. O (a) Sr.(a) usa arma de fogo: ()1. Sempre ()2. Quase sempre ()3. Às vezes ()4. Raramente ()5. Nunca	
A palavra “usa” equivale a “levar consigo, carregar”	
475. O (a) Sr.(a) é a favor do desarmamento do cidadão? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
Atualmente a lei 10.826/2003 proíbe o porte de armas por civis, exceto em casos onde houver necessidade comprovada, estando o indivíduo sujeito à demonstração de sua necessidade em portá-la, ao registro e porte junto à Polícia Federal ou ao Comando do Exército, no caso de armas de uso restrito, e ao pagamento de taxas específicas.	
476. O (a) Sr.(a) já pensou em suicídio? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar se pensou em tirar a própria vida pelo menos uma vez na vida	
477. O (a) Sr.(a) já tentou suicídio? ()1. Sim ()2. Não	
Se a resposta for Não pule para a questão 480	
Considerar se o entrevistado realizou qualquer ação com o objetivo de tirar a própria vida, pelo menos uma vez na vida.	
478. Se já tentou, qual foi o meio utilizado? ()1. Envenenamento/intoxicação ()5. Pulou de lugar elevado ()2. Enforcamento ()6. Outro ()3. Arma de fogo ()7. Prefiro não responder ()4. Objeto perfuro-cortante ()888. NSA	
Esta pergunta aceita mais de uma resposta e pretende identificar o meio utilizado intencionalmente pelo indivíduo para se mutilar ou lesar no intuito de obter o resultado morte. Envenenamento/intoxicação: pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas, etc. Enforcamento: por meio de corda, fio, roupa, etc. Arma de fogo: revólver, espingarda, metralhadora, cartucheira e carabina Objeto perfuro cortante: navalha, punhal, vidro, tesoura, faca, facão, chave de fenda, garrafa	

quebrada, etc. Outro: Outros meios não descritos acima, como por exemplo afogamento, acidente de carro (conduzindo o veículo ou se jogando na frente de um que esteja em movimento), etc.			
479. Qual foi o motivo o(a) levou a tentar suicídio? ()1. Perda financeira, dívida ()2. Desemprego ()3. Sentimento de culpa, vergonha ou vingança ()4. Briga com parceiro(a) ()5. Conflitos familiares ()6. Tristeza/Depressão ()7. Outros ()8. Sem motivo ()9. Prefiro não responder ()888. NSA			
Especificar a razão pela qual o indivíduo tentou tirar a própria vida.			
Quando ocorre algum caso de violência contra o (a) Sr.(a) ou alguém da sua família, o (a) Sr.(a) procura ajuda em:			
480. Serviços de saúde	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
481. Escolas	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
482. Delegacias	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
483. Igreja	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
484. Conselho Tutelar	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
485. Juizado	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
486. Associações em geral	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
487. Amigos	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
488. Família	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
489. Outros	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
490. Não procura ajuda	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
O entrevistado poderá marcar mais de uma alternativa. 490 – caso a pessoa não procure ajuda, responder SIM, se procurar, responder NÃO			

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO	
As perguntas de 491 a 516 referem-se à violência contra mulher ou contra o homem, por parceiro(a) íntimo(a) - marido ou ex, esposa ou ex, namorado(a) ou ex, companheiro(a) ou ex; ficante...	
O(a) seu(sua) atual companheiro(a), ou qualquer outro (a) companheiro(a) anterior, no último ano:	
491. Depreciei ou humilhou você?	() 1.Sim ()2.Não
492. Depreciei ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1.Sim ()2.Não
493. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1.Sim ()2.Não
494. Ameaçou machucá-la(o) ou alguém de quem você gosta?	() 1.Sim ()2.Não
495. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão; empurrão?	() 1.Sim ()2.Não
496. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	() 1.Sim ()2.Não
497. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1.Sim ()2.Não
498. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1.Sim ()2.Não
499. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1.Sim ()2.Não
500. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1.Sim ()2.Não
501. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1.Sim ()2.Não
Esta pergunta permite mais de uma resposta. Fique atento para fazer os PULOS adequados, perguntando pelo número de vezes apenas para as respostas SIM.	
Quantas vezes isso aconteceu?	
502. Depreciei humilhou você?	()1. Uma vez () 2. algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
503. Depreciei ou humilhou você diante de outras pessoas?	()1. Uma vez () 2. algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
504. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	()1. Uma vez () 2. algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
505. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta?	()1. Uma vez () 2. algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
506. Empurrou-a(o) um tranco/chacoalhão?	()1. Uma vez () 2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
507. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?	()1. Uma vez () 2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
508. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	()1. Uma vez () 2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
509. Estrangulou ou queimou você de propósito?	()1. Uma vez () 2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
510. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	()1. Uma vez () 2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
511. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	()1. Uma vez () 2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
512. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	()1. Uma vez () 2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
513. Alguma destas vezes o(a) Sr(a) procurou ajuda?	()1. Sim () 2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA

Identificar a demanda por assistência de qualquer natureza em razão da violência sofrida.	
514. Caso tenha procurado, onde foi? () 1. Setor saúde () 2. Igreja () 3. Organizações não governamentais () 4. Polícia, Delegacia, juizado () 5. Amigos, Vizinhos () 6. Familiares () 888. NSA	
Identificar em quais locais ocorrem a principais demandas decorrentes de violência sofrida.	
515. Esta violência o(a) impossibilitou de realizar suas atividades diárias? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA	
Identificar a interrupção de tarefas diárias em razão da violência sofrida.	
516. O(a) Sr(a) precisou de atendimento médico? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA	
Identificar a demanda por assistência em saúde em razão da violência sofrida.	
VIOLÊNCIA SEXUAL	
As perguntas de 517 a 536 referem-se à violência sexual praticada por qualquer pessoa, seja parceiro ou não, e em qualquer momento de sua vida.	
517. Alguém já o(a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual? () 1. Sim, () 2. Não () 3. Não me lembro	
"Práticas sexuais" "equivale a "bolinação" e refere-se ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente. Fique atento para pular para 534 se a resposta for NÃO e marcar NSA nas seguintes.	
518. Quantos anos você tinha quando isto aconteceu pela primeira vez? _____	
Identificar a idade do entrevistado quando ocorreu a violência sexual.	
Caso alguém a (o) tenha forçado a fazer sexo ou alguma prática sexual, quem foi?	
519. Pai/Mãe	() 1. Sim () 2.não () 888.NSA
520. Padrasto/Madrasta	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
521. Irmão(ã)	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
522. Filho (a)	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
523. Outro parente	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
524. Amigos(as)/conhecido(as) da família	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
525. Policial/agente da lei	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
526. Profissional de saúde	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
527. Professor(a)	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
528. Parceiro(a)	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
529. Vizinho(a)	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
530. Padre/líder religioso(a)	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
531. Alguém do trabalho	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
532. Desconhecido(a)	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
533. Outro	() 1.sim () 2.não () 888.NSA
Agressão Sexual: é qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.	

Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	
534. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum aborto previsto em lei, especificamente, no caso de gravidez decorrente de estupro? () 1. sim () 2. não	
Considerar apenas o aborto previsto em lei, mediante: comprovação de que este é o único meio para evitar a morte da mulher grávida, comprovação de que o bebê irá sofrer, irreversivelmente, de doença grave ou má formação e em casos de indícios de que a gravidez foi resultante de violência sexual (para efeitos legais basta a mulher afirmar que ela foi vítima de um ato sexual não consentido).	
535. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum outro aborto, previsto ou não previsto em lei? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de aborto. Se a resposta for NÃO, pular a pergunta seguinte.	
536. Se a Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira já fez algum aborto, ele foi realizado: () 1. Dentro de serviço de saúde () 2. Fora de serviço de saúde.	
Considerar qualquer serviço de saúde, público ou privado.	
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	
537. O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar qualquer tipo de violência. “prevenir” equivale a “evitar” Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é violência. Pretende-se investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre o tema descrito acima, segundo o seu próprio ponto de vista.	
538. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue aqui na região para a abordagem e prevenção da violência? () 1. Sim. () 2. Não	
Identificar movimento ou iniciativa para a abordagem e prevenção. Este movimento ou iniciativa pode ser por meio de associações (bairro, moradores, mães, trabalhadores, sindicatos, etc.), grupo religioso, cooperativa, Ong., partido político.	
539. Se sim, liste: _____	
Relacionar os grupos que conhece.	
540. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo que atue aqui na região dando apoio e assistência a vítimas de violência? () 1. Sim () 2. Não	
Identificar: Grupo, movimento ou entidade que dá apoio e assistência	
541. Se sim, liste: _____	
Listar movimento, entidade ou grupo que conhece.	
542. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores que atue aqui na região? () 1. Sim () 2. Não	
Movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores, refere-se a espaços de abordagem da questão da violência em que ações são promovidas com o objetivo de ajudar o agressor a enfrentar as diversas formas de exclusão e restabelecer a sua inserção no mercado de trabalho e na sociedade, aspectos que conduziram a uma mudança em seu comportamento. Neste intuito, estes grupos oferecem cursos de qualificação profissional, atividades laborais socioeducativas e religiosas, dentre outras.	

Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	

ANEXO B – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

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

Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência**" 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.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO C – PESQUISA SOBRE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Pesquisa sobre saúde e prevenção da violência

Sauvi

Período:
abril a setembro
de 2014

Receba o entrevistador em sua casa

Informações:
www.medicina.ufmg.br/sauvi
(31) 334099945
(31) 97022078

Cidades participantes:
Belo Horizonte, Betim e Sete Lagoas

Realizadoras: UFMG, UFMG, UFMG

Parceiras: Prefeitura de BETIM, Prefeitura de LAGOS

Apoio: Ministério da Saúde, Governo Federal

ANEXO D – CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DE BETIM - MG

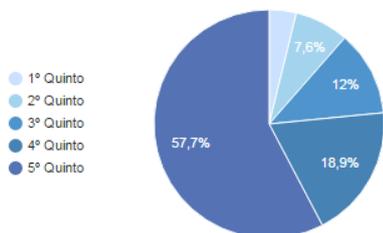


r/2013/pt/perfil_m/betim_mg

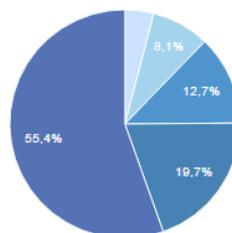
Renda per capita (em R\$)	314,74	412,88	660,56
% de extremamente pobres	12,17	6,02	1,58
% de pobres	36,49	22,52	7,04
Índice de Gini	0,53	0,50	0,47

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

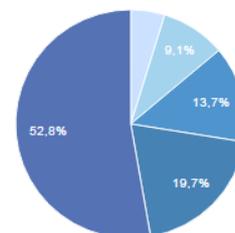
Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 1991



Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 2000

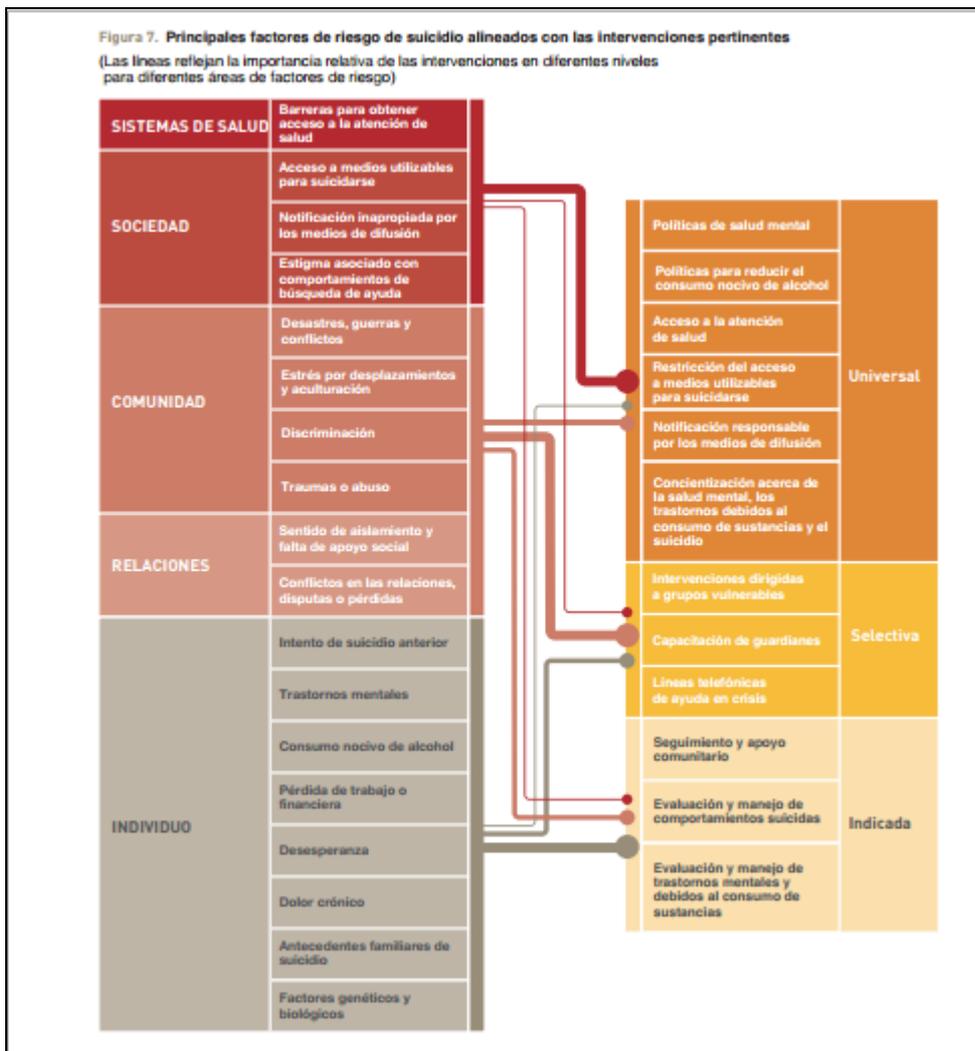


Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

ANEXO E - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DE SUICÍDIOS E INTERVENÇÕES



Fonte: WORLD, 2014