

Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007

Emergency room assistance for suicide attempts, Brazil, 2007

Naíza Nayla Bandeira de Sá^{1,7}, Mércia Gomes Carvalho de Oliveira^{2,7}, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^{3,7,8}, Renata Tiene de Carvalho Yokota^{4,7,8}, Marta Maria Alves da Silva^{5,7}, Deborah Carvalho Malta^{6,7}

RESUMO

Introdução: o suicídio ocupa a terceira posição entre as causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos no mundo. Estima-se que os casos de tentativa de suicídio são 10 vezes mais frequentes do que o suicídio exitoso. Em 2008, a taxa no Brasil foi de 5,6/100.000 habitantes, variando de 2,3/100.000 entre mulheres a 9,1/100.000 entre homens. **Objetivo:** caracterizar os atendimentos de emergência por tentativa de suicídio nos serviços sentinela do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência-VIVA, de municípios selecionados no Brasil em 2007. **Métodos:** estudo descritivo conduzido em 84 serviços públicos de emergência, por meio de entrevistas realizadas durante 30 dias consecutivos, em turnos alternados de 12 horas. **Resultados:** foram registrados 516 atendimentos de emergência por tentativa de suicídio, sendo 58,1% entre mulheres. As mais altas proporções de atendimento ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos (35,9%), nos indivíduos de cor parda (53,9%) e com escolaridade entre nove e 11 anos de estudo. O meio de transporte mais utilizado pelas vítimas para chegar ao hospital foi veículo particular. Aproximadamente 25% dos pacientes relataram consumo de bebida alcoólica e 82,0% dos casos ocorreram na residência. Quanto à natureza da lesão, foram mais comuns os atendimentos por intoxicação (62,0%) e o principal meio utilizado para a tentativa de suicídio foi o envenenamento intencional (70,0%). **Conclusão:** os resultados apresentados permitiram conhecer o perfil dos atendimentos por tentativa de suicídio, além de subsidiar o planejamento de políticas de controle e prevenção efetivas, fundamentais para a redução do impacto desse agravo na população.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de Suicídio; Serviços Médicos de Emergência; Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT

Introduction: suicide ranks as third position among death causes in the age group 15 to 44 in the world. Suicide attempts are estimated to be 10 times more frequent than successful suicide. In 2008, Brazil rate was 5, 6/100.000 inhabitants, varying from 2, 3/100.000 among women to 9,1/100.000 among men. **Objective:** to characterize the emergency room assistance for suicide attempts in the watch services of the Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência-VIVA (Surveillance System for Accidents and Violence), in selected municipalities in Brazil in 2007. **Methods:** descriptive study carried out in 84 public emergency services, through interviews, during 30 consecutive days, in alternate 12 hour shifts. **Results:** 516 emergency cases of suicide attempts were recorded, 58,1% among women. The highest proportions were found among individuals aged 20 to 29 years (35,9%), of mixed race origin (53.9%) and with schooling between 9 to 11 years of study. The means of transport most used by the victims to reach the hospital was private vehicles. Approximately 25% of patients reported alcoholic beverages use and 82,0 % of cases occurred at home. Concerning the lesions, the most common were poisoning (62,0%) and the main used mean for suicide attempt

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

² Mestre em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba - Brasil.

³ Mestre em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Piauí - Brasil.

⁴ Mestre em Nutrição Humana, Universidade de Brasília

⁵ Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, SP - Brasil.

⁶ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil.

⁷ Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF - Brasil.

⁸ Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS), Ministério da Saúde, Brasília, DF - Brasil.

Recebido em: 08/03/2010

Aprovado em: 04/06/2010

Instituição:

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde

Endereço para correspondência:

SAF Sul, Trecho 2 – Lotes 05/06, Bloco F – Torre I

Edifício Premium – Térreo – Sala 16

Brasília, DF - Brasil.

Cep: 70070-600

Email: naizabandeira@gmail.com

was intentional poisoning (70,0%). Conclusion: the findings allowed the assessment of the profile of the attendance for suicide attempts, and the support for planning effective control and prevention policies fundamental for reducing the impact of this injury on the population.

Key words: Suicide, Attempted; Suicide; Emergency Medical Services; Epidemiologic Surveillance.

INTRODUÇÃO

As causas externas incluem um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais e as causas intencionais.¹ Entre as causas intencionais, encontram-se o suicídio e suas tentativas.

Para Kaplan *et al.*², o suicídio representa a tentativa de resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento, associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS)³, o suicídio é o ato humano de causar a cessação da própria vida.

Segundo Botega *et al.*⁴, o suicídio não é apenas evento no âmbito individual, representa grave problema de saúde pública. Devido à sua complexidade, tem sido objeto de estudos nas diversas áreas científicas.⁵ Observa-se, no setor saúde, forte impacto econômico dos óbitos por suicídio, principalmente devido ao aumento de óbitos em adultos jovens, aos custos com internações e limitações e sequelas decorrentes de tentativas de suicídio.⁶ As atitudes suicidas com intenção de morte, sem levar ao óbito, são denominadas tentativas de suicídio, isto é, são atos intencionais de autoagressão, sem resultar em morte.⁷

Entre os principais fatores de risco para o suicídio, destacam-se as situações de adição de drogas, eventos estressores e doença terminal, além de aspectos como depressão, história pregressa do indivíduo, história familiar, sexo e idade.^{8,9}

Dados da OMS indicam que nos últimos 45 anos a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 60,0% em todo o mundo.^{10,11} Em 2000, foram registradas 815.000 mortes por suicídio, o que corresponde a 14,5 suicídios para cada 100.000 habitantes. Mais de 60,0% desses óbitos ocorrem em homens, em cerca de 30,0% na faixa etária entre 15 e 44 anos.¹¹ O suicídio na faixa etária entre 10 e 24 anos ocupa, em alguns países, a segunda causa de morte.¹²

A atitude suicida causa impacto nos serviços de saúde. Calcula-se que, do total de eventos mórbidos ocorridos em 2002, 1,4% decorreu de tentativas de suicídio, com previsão de que este percentual aumente para 2,4% em 2020. Há projeção de que para a próxima década ocorrerão cerca de 1.500.000 de suicídios em todo o mundo, uma morte a cada 20 segundos.¹²

No Brasil, a taxa de suicídio em 2008 foi, em média, de 5,6/100.000 habitantes, porém, devido a ser um país populoso, em 2004 assumiu o nono lugar em números absolutos de suicídio, com 7.987 casos. Entre os que suicidaram, 55% tinha menos de 40 anos de idade. Considerando o problema da subnotificação, o suicídio respondeu por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira em 2005.⁶

Dados obtidos na Internet, no endereço: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> e ajustados de acordo com o censo demográfico de 2000.

Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere em 10 vezes o número de suicídios.¹³ Os registros oficiais sobre tentativas ainda são muito escassos no país.¹⁴ O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de conhecer a magnitude das violências e acidentes no Brasil e desenvolver ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz. Esse sistema está estruturado em dois componentes de vigilância: 1) vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência hospitalares, realizada por meio de inquérito bianual (VIVA inquérito); e 2) vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras, realizada de forma contínua (VIVA contínuo).¹⁵ Dados referentes aos casos de suicídio, além de outros tipos de violências e acidentes, são disponibilizados por esse sistema de vigilância.

O presente artigo teve como objetivo descrever as características dos casos de tentativas de suicídio atendidos em unidades de urgência e emergência vinculados ao VIVA em municípios brasileiros, no ano de 2007.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo descritivo, de corte transversal, realizado em 2007, a partir de inquérito conduzido em 84 serviços sentinelas de urgência e emergência credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Adotou-se amostra por conveniência, composta de todos os atendimentos com diagnóstico de tentativa de suicídio, realizados nos serviços sentinelas de urgência e de emergência, dos municípios selecionados. Foi realizado no período de coleta de dados, durante 30 dias consecutivos, em plantões de 12 horas e em turnos alternados (diurno/noturno), entre setembro e novembro de 2007, de acordo com a data de início da coleta da pesquisa, em cada município. A escolha desse período objetivou minimizar o efeito da sazonalidade dos atendimentos decorrentes das causas externas.

Foram considerados elegíveis para participar do estudo os municípios que apresentaram elevado coeficiente de morbimortalidade por causas externas, possuíam serviços de referência para o atendimento às vítimas de violências e acidentes e realizavam ações intersetoriais de prevenção dessas causas. Os serviços selecionados foram distribuídos em 36 municípios e no Distrito Federal, abrangendo 24 das 27 Unidades da Federação (UF). Esses serviços foram selecionados segundo critérios de referência e importância local na área de urgência e emergência, número de atendimentos realizados, complexidade e resolutividade, considerando-se a percepção da equipe técnica de cada secretaria de saúde, consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e aos registros do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Os dados foram coletados por meio de formulário padronizado, aplicado por acadêmicos de Enfermagem, Medicina, além de outros profissionais previamente capacitados e supervisionados por técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Coletaram-se dados da pessoa atendida (nome, idade, sexo, raça/cor da pele, escolaridade, meio de transporte utilizado para chegar ao hospital), da ocorrência (intencionalidade, tipo de ocorrência, local e hora de ocorrência, suspeita de uso de bebida alcoólica), do tipo de acidentes (transporte, queda, queimaduras, outros), do tipo de violência (agressões, maus-tratos, tentativa de suicídio), natureza da lesão, parte do corpo atingida e evolução dos casos (alta, hospitalização, óbito).

Os dados foram digitados no setor de Vigilância Epidemiológica de cada município participante da pesquisa e enviados para o Ministério da Saúde. Os casos duplicados foram identificados e excluídos, por meio do programa *Link Plus*. As etapas de digi-

tação e análise de dados foram executadas no programa Epi Info, versão 3.5.1.

Este estudo incluiu apenas os atendimentos com diagnóstico de tentativa de suicídio, sendo analisadas as características sociodemográficas, perfil de atendimento e dados da ocorrência para a população total e por sexo.

Em relação aos aspectos éticos, garantiu-se anonimato aos participantes durante todas as etapas da pesquisa, assim como a possibilidade de desistência em qualquer momento da entrevista. Por se tratar de ação específica de vigilância epidemiológica de âmbito nacional, o termo de consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo termo de consentimento verbal. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo parecer número 286/2007 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Foram identificados 516 casos de tentativa de suicídio nos serviços sentinelas, sendo que 58% aconteceram no sexo feminino. A maioria das vítimas de tentativa de suicídio era da faixa etária de 20 a 29 anos (35%), da cor parda (54%) e com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo (ensino médio completo ou incompleto) (Tabela 1).

Os meios de transporte mais utilizados para chegar ao serviço de urgência e emergência pelas vítimas de tentativa de suicídio foram: veículo particular (35,5%), unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU (26,2%), outros tipos de ambulância (22,7%) e viaturas policiais (4,8%). Aproximadamente 47,0% das pessoas atendidas por tentativa de suicídio tiveram como principal diagnóstico (natureza da lesão) intoxicação, seguida por corte (30,6%), em ambos os sexos. Em relação à localização da lesão, as regiões do corpo mais atingidas foram múltiplos órgãos (35,3%), membros superiores (6,6%), cabeça/face ou pescoço (4,8%). Após o atendimento de emergência inicial, 45,2% evoluíram para alta, 36,6% foram transferidos para internação hospitalar e 11,6% foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial. Houve registro de fuga/evasão em 2,3% dos atendimentos e o percentual de óbitos foi de 1,7% (Tabela 2).

Tabela 1 - Frequência e proporção dos atendimentos de emergência por tentativas de suicídio em serviços sentinela segundo características sociodemográficas, por sexo. Municípios selecionados e Distrito Federal - Brasil, 2007

Características	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
0 a 9	3	0,6	0	0,0	3	1,0
10 a 19	127	24,6	33	16,2	92	30,6
20 a 29	185	35,9	91	42,1	94	31,3
30 a 39	97	18,8	40	18,5	57	19,0
40 a 49	73	14,1	32	14,8	41	13,7
50 a 59	15	2,9	8	3,7	7	2,3
60 e +	9	1,7	6	2,8	3	1,0
Sem informação	7	1,4	4	1,9	3	1,0
Raça/cor						
Parda	278	53,9	122	56,5	156	52,0
Branca	163	31,6	57	26,4	106	35,3
Preta	55	10,7	31	14,4	24	8,0
Amarela	4	0,8	0	0,0	4	1,3
Indígena	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Sem informação	15	2,9	6	2,8	9	3,0
Escolaridade						
Sem escolaridade	24	4,7	13	6,0	11	3,7
1ª à 4ª série EF 1	77	14,9	35	16,2	42	14,0
5ª à 8ª série do EF 1	151	29,3	65	30,1	86	28,7
Ensino médio 2	166	32,2	55	25,5	111	37,0
Ensino superior	12	2,3	5	2,3	7	2,3
Não se aplica	2	0,4	1	0,5	1	0,3
Sem informação	84	16,3	42	19,4	42	14,0

Fonte: Ministério da Saúde, Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

1. Ensino fundamental.

2. Ensino médio completo ou incompleto.

A presença de algum tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva, outras deficiências/síndromes) foi registrada em 6,8% de todos os atendimentos, variando de 5,3% entre as mulheres a 8,8% nos homens. A suspeita de consumo de bebida alcoólica pela pessoa atendida foi registrada em 24,4% dos atendimentos, sendo maior entre os homens (33,3%) do que entre as mulheres (18%). Segundo o local de ocorrência, as tentativas de suicídio predominaram na residência (82,2%). Entre os homens, além do domicílio, o segundo local mais frequente para a tentativa de suicídio foi a via pública (11,1%). De maneira geral, o principal meio utilizado para a tentativa de suicídio foi o envenenamento intencional (69,8%), mais frequente entre as mulheres (83,3%), seguido de objeto cortante (13%), mais empregado por homens (21,8%). Enforcamento (3,7%) e arma de fogo (3,7%) foram outros meios mais usados entre os homens (Tabela 3).

DISCUSSÃO

As tentativas de suicídio são consideradas importante problema de saúde pública em diversos países. Estima-se que um caso de suicídio afeta diretamente, pelo menos, seis outras pessoas, podendo atingir centenas quando o evento ocorre em uma escola ou local de trabalho¹⁴, exercendo forte impacto nos serviços de saúde.¹²⁻¹⁶

Botega *et al.*¹⁷, utilizando dados da OMS, reportaram que 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano, enquanto 10% delas evoluirão para óbito por esta causa no intervalo de 10 anos. Estudo de revisão de literatura conduzido por Grossi *et al.*¹⁸ salientou diferenças entre os indivíduos que tentaram suicídio, principalmente em relação ao sexo e à faixa etária. Fatores culturais e sociodemográficos, tais como baixa renda, escolaridade e aumento da faixa etária, são considerados fatores de risco para óbito por suicídio.¹⁶

Tabela 2 - Frequência e proporção dos atendimentos de emergência por tentativas de suicídio em serviços sentinelas segundo características de atendimento por sexo. Municípios selecionados e Distrito Federal - Brasil, 2007

Características	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Meio de transporte utilizado para chegar						
Veículo particular	183	35,5	57	26,4	126	42,0
SAMU 1	135	26,2	70	32,4	65	21,7
Ambulância 2	117	22,7	50	23,1	67	22,3
Viatura policial	25	4,8	15	6,9	10	3,3
Resgate	19	3,7	11	5,1	8	2,7
Coletivo	12	2,3	4	1,9	8	2,7
A pé	7	1,4	3	1,4	4	1,3
Outro	6	1,2	1	0,5	5	1,7
Natureza da lesão						
Intoxicação	318	61,6	102	47,2	216	72,0
Corte	91	17,6	66	30,6	25	8,3
Politraumatismo	9	1,7	7	3,2	2	0,7
Fratura	7	1,4	6	2,8	1	0,3
Queimadura	7	1,4	2	0,9	5	1,7
Contusão	6	1,2	5	2,3	1	0,3
Trauma crânio-encefálico	3	0,6	1	0,5	2	0,7
Sem lesão	48	9,3	14	6,5	34	11,3
Outros	13	2,5	5	2,3	8	2,7
Sem informação	14	2,7	8	3,7	6	2,0
Parte do corpo atingida						
Múltiplos órgãos	182	35,3	62	28,7	120	40,0
Membros superiores	34	6,6	22	10,2	12	4,0
Cabeça/face	25	4,8	17	7,9	8	2,7
Pescoço	25	4,8	21	9,7	4	1,3
Abdome/quadril	20	3,9	11	5,1	9	3,0
Membros inferiores	14	2,7	10	4,6	4	1,3
Tórax/dorso	13	2,5	12	5,6	1	0,3
Coluna	3	0,6	2	0,9	1	0,3
Genitais/ânus	2	0,4	0	0,0	2	0,7
Boca/dentes	1	0,2	1	0,5	0	0,0
Sem informação	197	38,2	58	26,9	139	46,3
Evolução do Caso						
Alta	233	45,2	86	39,8	147	49,0
Internação hospitalar	189	36,6	87	40,3	102	34,0
Encaminhamento ambulatorial	60	11,6	23	10,6	37	12,3
Evasão/fuga	12	2,3	7	3,2	5	1,7
Óbito	9	1,7	5	2,3	4	1,3
Sem informação	13	2,5	8	3,7	5	1,7

Fonte: Ministério da Saúde, Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

1. Ambulâncias de outros serviços como clínicas, hospitais, seguradoras de saúde.
2. Unidades de atendimento pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências.

Tabela 3 - Frequência e proporção dos atendimentos de emergência por tentativas de suicídio em serviços sentinelas segundo características da ocorrência por sexo. Municípios selecionados e Distrito Federal - Brasil, 2007

Características	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Possui algum tipo de deficiência	35	6,8	19	8,8	16	5,3
Suspeita de uso de álcool	126	24,4	72	33,3	54	18,0
Local de ocorrência						
Residência	424	82,2	152	70,4	272	90,7
Via pública	35	6,8	24	11,1	11	3,7
Bar ou similar	12	2,3	8	3,7	4	1,3
Habitação coletiva	8	1,6	7	3,2	1	0,3
Comércio/serviços	6	1,2	4	1,9	2	0,7
Local de prática esportiva	3	0,6	1	0,5	2	0,7
Escola	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Outro	12	2,3	9	4,2	3	1,0
Sem informação	15	2,9	11	5,1	4	1,3
Meio de tentativa de suicídio						
Envenenamento	360	69,8	110	50,9	250	83,3
Objeto cortante	67	13,0	47	21,8	20	6,7
Enforcamento	19	3,7	13	6,0	6	2,0
Arma de fogo	19	3,7	19	8,8	0	0,0
Outro	37	7,2	17	7,9	20	6,7
Sem informação	14	2,7	10	4,6	4	1,3

Fonte: Ministério da Saúde, Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

O presente estudo enfatizou alta frequência de atendimento por tentativa de suicídio em mulheres (58,1%) quando comparadas aos homens (41,9%). Dados semelhantes a estes foram encontrados por Almeida *et al.*¹⁹, que conduziram estudo em João Pessoa (Paraíba) a partir de consulta a 87 boletins de entrada e prontuários de pacientes com diagnóstico médico de tentativa de suicídio, dos quais as mulheres foram as vítimas mais frequentes (53%). Fischer e Vansan²⁰ realizaram estudo retrospectivo durante o período de 1988 a 2004, com 1.377 indivíduos de 10 a 24 anos de idade atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital em Ribeirão Preto (São Paulo) após tentativa de suicídio, sendo que 75% dos casos ocorreram em mulheres. O trabalho atual descreve esse mesmo perfil, demonstrando que as mulheres tendem a apresentar mais ideação suicida ao longo da vida, conforme atestam Botega *et al.*²¹. Tal fato poderia justificar, assim, a predominância dos atendimentos de tentativa de suicídio em mulheres. Em relação ao encontrado nos dados de mortalidade, ao contrário, o óbito por suicídio é mais frequente entre homens.¹³

Neste trabalho, os atendimentos predominaram na faixa etária de 20 a 29 anos de idade. Essa faixa etária inclui parte da população economicamente ativa no país, o que mostra o impacto das tentativas de suicídio na sociedade. Estudo de Almeida *et al.*¹⁹ realçou a faixa etária de 15 a 34 anos como a mais frequente entre indivíduos que obtiveram diagnóstico de tentativa de suicídio. Pordeus *et al.*²² referiram maior frequência na faixa etária de 10 a 19 anos.

Dados obtidos na Internet, no endereço: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> demonstraram que, em 2007, a taxa de óbito por suicídio na faixa etária de 15 a 19 anos de idade foi aproximadamente cinco vezes mais alta em relação à de 10 a 14 anos. Ressalta-se, entretanto, que a taxa de óbito por suicídio elevou-se com o aumento da idade, atingindo principalmente a população mais idosa (7,18 óbitos/100.000 habitantes).

Neste estudo, foram registrados três casos de tentativa de suicídio em crianças. Dados da literatura²³⁻²⁶ destacam que óbitos por suicídio nessa faixa etária praticamente inexistem, porém, observa-se que a frequência dos casos no mundo começa a aumentar a

partir dos 14 anos de idade. Por este motivo, a OMS acentua a importância de desenvolvimento de estratégias de prevenção do suicídio em escolas.²⁶

Em relação à raça/cor, este estudo mostrou que a maioria dos atendimentos por tentativa de suicídio ocorreu em pessoas de cor parda (53,9%). Estudo conduzido por Avanci *et al.*²⁷ junto a adolescentes atendidos e diagnosticados como tentativa de suicídio em unidades de emergência, em 2002, apresentou alta frequência de casos em indivíduos de cor branca. Marchese *et al.*²⁸ identificaram que os negros predominaram entre as vítimas de tentativa de suicídio atendidas nos serviços de urgência e emergência do município de Alta Floresta (Mato Grosso) durante o período de julho a outubro de 2006.

Em relação ao meio de tentativa de suicídio, observou-se elevada frequência de envenenamento para ambos os sexos. Dados semelhantes também foram encontrados em outros estudos.^{19,20,28} Estudo conduzido por Marín-León e Barros²⁹ também sublinhou que o envenenamento foi o meio mais utilizado nos casos de tentativas de suicídio entre mulheres, enquanto entre os homens o enforcamento foi o meio mais frequente. Estes achados confirmam que os homens utilizam instrumentos e armas letais mais irreversíveis, resultando em taxas de óbitos mais elevadas que as de mulheres. Os dados de mortalidade sobre suicídio revelam que o sufocamento/enforcamento foi o meio mais usado (54%), seguido da arma de fogo (10,4%), ingestão de pesticidas e substâncias (em torno de 8%).¹³

No Brasil, dados populacionais sobre tentativas de suicídio são escassos¹⁷, como também os de óbito por suicídio.³⁰ Segundo Minayo³⁰, os trabalhos publicados sobre suicídio utilizam, em sua maioria, registros oficiais de informações, atestados de óbitos, prontuários médicos e registros de causa da morte nos cartórios de registro civil, os quais permitem, de certa forma, estimar as taxas de incidência do suicídio e da tentativa nas populações, conhecer os fatores de risco e subsidiar a elaboração de estratégias preventivas e de promoção da saúde.³¹ Os dados do SIM têm sido importante fonte de informação quanto a sexo, faixa etária, raça/cor das vítimas.¹³ Assim, verifica-se que, apesar das diversas iniciativas para obter dados fidedignos sobre o problema do suicídio, ainda é necessário intensificar as análises a partir das bases de dados já existentes e complementá-las com novas iniciativas como o VIVA.

Os resultados do presente estudo fazem parte da estratégia de vigilância sentinela de causas externas realizada no Brasil em 2007. Esta forma de selecionar a amostra é sensível, pois foram utilizados serviços motivados e que são referência para esse tipo de atendimento. Por outro lado, esse aspecto é uma das principais limitações desta pesquisa: amostra de conveniência, impossibilitando o cálculo de taxas por não representar toda a população de pessoas que tentaram o suicídio e que procuraram serviços públicos de urgência e emergência. Botega *et al.*²¹ conduziram estudo no município de Campinas (São Paulo) com 515 indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos. Os autores relataram que, ao longo da vida, 2,8% dos indivíduos tentaram suicídio e, destes, apenas um terço procurou o serviço de saúde, evidenciando-se, assim, a existência de subnotificação dos casos de tentativa de suicídio, fato corroborado por Werneck *et al.*¹⁴.

Deste modo, apesar de o VIVA caracterizar apenas os atendimentos de tentativa de suicídio atendidos em serviços de urgência e emergência, destaca-se a importância desse sistema na captação desses casos. Este trabalho permitiu caracterizar o perfil dos atendimentos por tentativa de suicídios, fornecendo informações importantes para o conhecimento desse agravo, subsidiando, assim, o planejamento de políticas, prevenção e proteção efetivas, fundamentais para a redução do impacto desse agravo na população. Salienta-se, também, a importância de que o atendimento a pessoa que tentou suicídio seja realizado em rede, articulando os serviços de urgência com os demais serviços existentes em cada município, como, por exemplo, a saúde mental e o centro de apoio psicossocial (CAPS), buscando-se, desta forma, garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). 8ª ed. São Paulo: EDUSP; 2000.
2. Kaplan HI, Sadock B, Grebb J. Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: OPAS; 2003.

4. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*.2006,37(3):213-20.
5. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):804-10.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007. Uma análise de situação de Saúde. Mortalidade por suicídio. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: MS; 2010. [Citado em 2010 maio 15]. Disponível em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/01_03_2010_9.48.45.b08c211d429981fb3856eaf7ec4807b1.doc.
8. Weir E. Suicide: the hidden epidemic. *Med Assoc J*.2001; 165:634-6.
9. Meleiro AMAS, Teng CT, Wang WP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo (SP): Segmento Farma; 2004.
10. World Health Organization (WHO). Suicide prevention. [Cited 2010 abr.15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
11. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva:WHO; 2002.
12. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2003: Shaping the future. Geneva:WHO; 2003.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):2201-6.
15. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, *et al*. A proposta da rede de serviços sentinelas como estratégia de vigilância de violências e acidentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 11(sup):1269-78.
16. World Health Organization (WHO). Preventing suicide – a resource for general physicians. Geneva:WHO; 2000.
17. Botega NJ, Mauro MLF, Cais CFS. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida – Supre-Miss. In: Organização Mundial da Saúde. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.123-140.
18. Grossi R, Marturano EM, Vansan GA. Epidemiologia do suicídio – uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2000; 49(6):193-202.
19. Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, Almeida J, França UM, Silva ACO. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. *Rev Eletron Enferm*. 2009; 11 (2):383-9.
20. Fischer AMFT, Vansan GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Est Psicol*. 2008; 25(3):1361-74.
21. Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarrodo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(1):45-53.
22. Pordeus AMJ, Cavalcanti LP, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, Barroso SMC. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1731-40.
23. Waiselfisz JJ, coordenador. Mapa da violência: os jovens do Brasil; juventude, violência e cidadania. Brasília: Unesco, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH; 2002.
24. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência IV: jovens do Brasil. Juventude, violência e cidadania. Brasília: Unesco, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH; 2004.
25. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2006: os jovens do Brasil. Brasília: OEI; 2006.
26. Organização Mundial de Saúde (OMS). Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamentais. Genebra: OMS; 2000.
27. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa J, Moacyr L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência/ Profile of adolescent suicide attempters admitted in an emergency unit. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(5): 535-9.
28. Marchese VS, Scatena JHG, Ignotti E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência. Município de Alta Floresta, MT. Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(4):648-59.
29. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(3):357-63.
30. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Anexo VII. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
31. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(2):146-54.