

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – UFTM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

NILVA MARIA RIBEIRO

**ANÁLISE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SIM E SINAN EM
RELAÇÃO AO SUICÍDIO NA CIDADE DE UBERABA/MG**

UBERABA-MG

2016

NILVA MARIA RIBEIRO

**ANÁLISE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SIM E SINAN EM
RELAÇÃO AO SUICÍDIO NA CIDADE DE UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.
Eixo temático: Organização e Avaliação dos Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sybelle de Souza Castro.

UBERABA-MG

2016

NILVA MARIA RIBEIRO

**ANÁLISE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SIM E SINAN EM
RELAÇÃO AO SUICÍDIO NA CIDADE DE UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Atenção à Saúde das Populações.

Aprovada em ____ de _____ de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Sybelle de Souza Castro
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Helena Hemiko Iwamoto
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Sueli Aparecida Frari Galera
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP

Descobrir consiste em olhar para o que todo mundo está vendo e pensar uma coisa diferente”.

(Roger Von Oech)

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus, por possibilitar a concretização de mais um sonho e me proteger durante todas as viagens que fiz até Uberaba, sem ELE eu nada seria.

Ao meu esposo Igor Luiz da Silva, obrigada por incentivar e apoiar minhas decisões. Você é peça fundamental para que eu chegasse ao final de mais uma etapa. Esta conquista é nossa!

A minha orientadora Sybelle de Souza Castro, tenho muito que agradecer pelo apoio, dedicação, paciência para transmitir seus valiosos conhecimentos para a elaboração desta dissertação. Foi uma honra tê-la como orientadora e sempre terá minha admiração pela pessoa adorável e por ser uma grande professora.

Ao professor Vanderlei Hass, pelo tempo dedicado e sempre me receber disposto a ajudar com seus preciosos ensinamentos para a realização de análises estatísticas.

Pelos conhecimentos da professora Lucia Scatena que auxiliou na análise de dados.

Ao apoio da professora e amiga Virgínia Souza Santos, que incentivou para a realização deste mestrado, as lutas são grandes, mas a vitória é maior!

Não deixaria de agradecer também a professora Helena Hemiko Iwamoto e Sueli Aparecida Frari Galera por aceitarem participar da minha banca de defesa de mestrado e assim transmitindo seus valiosos ensinamentos.

RESUMO

RIBEIRO, Nilva Maria. **Análise dos Sistemas de Informação em Saúde SIM e SINAN em Relação ao Suicídio na Cidade de Uberaba/MG**. 2016. 93 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, 2016.

Há alguns anos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) surgiram para monitorar de forma rápida e eficaz os agravos à saúde, permanecendo em constante aprimoramento. Fazem parte dessa estratégia o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que tem além de outras funções a capacidade de captar dados sobre vítimas de tentativa de suicídio e óbito por suicídio. Os objetivos deste estudo foram: analisar a qualidade do preenchimento dos formulários nos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, notificados no SIM e SINAN; descrever o perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, registrados no SIM e SINAN na cidade de Uberaba/MG; descrever a incidência, mortalidade e letalidade dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, notificados no SIM e SINAN segundo sexo e faixa etária; verificar a associação (razão de sexo) entre o suicídio e a tentativa de suicídio com sexo; analisar a cobertura dos óbitos por suicídio no SIM comparado ao SINAN; analisar a tendência temporal dos óbitos por suicídio entre 1966 à 2014 por meio dos indicadores de mortalidade. Trata-se de um estudo ecológico, de base territorial e também de análise de tendência temporal. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, cálculos dos coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade; cálculo da razão de incidência e modelo de regressão linear simples. Em 2014 foram registrados 11 casos de suicídio no SIM, as tentativas de suicídio e óbitos por suicídio no SINAN foram 89 casos nos formulários de Intoxicação Exógena e 80 casos nos formulários de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. A completude de preenchimento dos formulários que obteve classificação “excelente” foi de identificação pessoal nos três bancos examinados, os demais campos não teve boa classificação. No SINAN o local da ocorrência da tentativa de suicídio foi na maioria a própria residência. As agressões predominantes foram a intoxicação exógena através do uso de medicamentos e envenenamento. Houve predomínio do sexo feminino para os casos de tentativa de suicídio na faixa etária de 15 a 29 anos, raça branca e parda e situação conjugal solteira. No SIM o suicídio ocorreu principalmente na faixa etária de 30 a 59 anos, com maior número em homens, raça branca e parda e o principal meio de agressão foi enforcamento

seguido de autointoxicação. Nem todos os casos registrados no SIM foram notificados no SINAN, havendo algumas divergências de CID's entre um banco e outro. A série temporal de 1996 a 2014 apresentou tendência crescente de 0,065 ao ano e aceleração negativa de 0,007. Conclui-se que os SIS são muito importantes para identificar o perfil epidemiológico de agravos de saúde, sendo necessário o correto preenchimento para gerar informações fidedignas para o desenvolvimento de ações específicas para controle dos eventos de maior incidência e gravidade. Os formulários avaliados no SIM e SINAN não estavam corretamente preenchidos, necessitando melhoria contínua através da divulgação e treinamento específico para as equipes de saúde.

Palavras chave: Suicídio, Tentativa de Suicídio, Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

RIBEIRO, M. N. **Information Systems Analysis in Health SIM and SINAN Toward Suicide in the city of Uberaba/MG.** 2016. 93 f. Dissertation (Master of Health Care) - Graduate Program in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba/MG, 2016.

A few years ago the Healthy Information Systems (HIS) emerged to quick and effectively monitor the health problems, staying in constant improvement as part of this strategy the Mortality Information System (MIS) and Diseases Information System Notification (DISN) which has among other functions the ability to capture data on attempted suicide victims and deaths by suicide at the local, state and federal level. The objectives of the study were to analyze the epidemiological profile, the quality and coverage of the information systems MIS and DISN in relation of the cases of suicide and attempted suicide in Uberaba / MG and a time trends in suicide mortality between 1996 and 2014. It is a ecological study that used territorial base and time trend analysis, which used secondary data provided by the Municipal Health Secretariat of Uberaba / MG (MIS and DISN) referring to the notifications of attempts to self-extermination and deaths by suicide of people living in the city. The Data analysis used descriptive statistics, calculation of incidence rates, mortality and lethality; calculating the ratio of incidence by age and sex, and regression models for time trend analysis. In 2014 there were eleven cases of suicide recorded at MIS, the suicide attempts and suicide deaths registered in the SINAN were 89 cases in exogenous intoxication form and 80 cases in the records of domestic violence, sexual and / or other violence. Between 1996 and 2014 there were 356 deaths by suicide in the city. The forms fill completeness classified as "excellent" were related to personal identification data of the subjects at the three banks studied data, the other fields had good to very poor rating. In DISN, predominated own residence as the predominant site of occurrence of suicide attempt. The exogenous poisoning were mostly through the use of drugs and poisoning; cases of attempted suicide were seen mainly among girls, aged between 15 and 29 years and between singles. At MIS, suicide occurred between 30 and 59 years, predominantly in men, being the primary means of aggression hanging followed by autointoxication poisoning and drugs. Not all cases registered in the MIS are reported in DISN, with some CID differences between a bank and another. The time series between 1996 and 2014 showed slightly increasing trend of 0.065 per annum and negative acceleration of 0.007ported in DISN, with some CID differences between a bank and the

another. It is conclude that the HIS are very important to identify the epidemiological profile of health problems, requiring the correct filling and proper completion of the databases to generate reliable information for the development of specific actions to control the higher incidence of events and severity. The forms evaluated MIS and DISN should be better filled with continuous improvement through the dissemination and specific training on reporting and HIS for the health teams.

Keywords: Suicide. Suicide attempt. Information Systems in Health.

RESUMEN

RIBEIRO, N. M. **Análisis de los Sistemas de Información en Salud SIM y SINAN en Relación al Suicidio en la Ciudad de Uberaba/MG.** 2016. 93 f. Disertación (Máster en Atención a la Salud) – Programa de Posgrado en Atención a la Salud, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, 2016.

Algunos años atrás, los Sistemas de Información en Salud (SIS) surgieron para monitorear de forma rápida y eficaz los agravios a la salud, permaneciendo en constante mejoramiento, haciendo parte de esa estrategia el Sistema de Información de Mortalidad (SIM) y el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) que tiene además de otras funciones la capacidad de captar datos sobre víctimas de tentativa de suicidio y óbitos por suicidio a nivel local, estadual y federal. Los objetivos de este estudio fueron analizar el perfil epidemiológico, la calidad y la cobertura de los Sistemas de Información SIM y SINAN en relación a los casos de tentativa de suicidio y suicidio en Uberaba/MG y la tendencia temporal de la mortalidad por suicidio entre 1996 y 2014. Se trata de un estudio ecológico y de base territorial así como análisis de tendencia temporal, que utilizó datos secundarios fornecidos por la Secretaria Municipal de Salud de Uberaba/MG (SIM e SINAN) referentes a las notificaciones por tentativas de auto-extermínio y óbitos por suicidio de personas residentes en el municipio. Para análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, cálculos de los coeficientes de incidencia, mortalidad y letalidad; cálculo de la razón de incidencia por sexo y grupo de edad, y modelos de regresión para análisis de tendencia temporal. En 2014 fueron once casos de suicidio registrados en el SIM, las tentativas de suicidio y óbitos por suicidio registrados en el SINAN fueron 89 casos en los formularios de intoxicación exógena y 80 casos en los formularios de violencia doméstica, sexual y/o otras violencias. Entre 1996 e 2014 ocurrieron 356 óbitos por suicidio en el municipio. La completitud de las informaciones en los formularios clasificadas como “excelente” fueron relativas a los datos de identificación personal de los sujetos en los tres bancos de datos estudiados, los otros campos tuvieron clasificación de buena hasta muy mala. En el SINAN, predominó la propia residencia como local predominante de la ocurrencia de la tentativa de suicidio. Las intoxicaciones exógenas fueron en su mayoría a través del uso de medicamentos y por envenenamiento; los casos de tentativa de suicidio fueron predominantes en el sexo femenino, en el grupo de edad entre 15 e 29 años y entre solteros. En el SIM, el suicidio ocurrió entre 30 y 59 años, con predominio en hombres, siendo el principal medio de agresión el ahorcamiento seguido de

autointoxicación por envenenamiento y medicamentos. Ni todos los casos registrados en el SIM están notificados en el SINAN, habiendo algunas divergencias de CID entre un banco y otro. La serie temporal entre 1996 y 2014 se presentó tendencia discretamente creciente de 0,065 al año y aceleración negativa de 0,007. Se Concluye que los SIS son muy importantes para identificar el perfil epidemiológico de agravios a la salud, siendo necesario el correcto acto de rellenar y adecuada completitud de los bancos de datos para generar informaciones fidedignas para el desarrollo de acciones específicas para controle de eventos de mayor incidencia y gravedad. Los formularios evaluados del SIM y SINAN deben ser mejor rellenadas, con mejoría continua a través de la divulgación y entrenamiento específicos sobre notificación y SIS para equipos de salud.

Palavras claves: Suicídio. Tentativa de Suicídio. Sistemas de Información en Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios segundo a da Ficha de Intoxicação Exógena, Uberaba/MG	47
Tabela 2 -	Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios segundo a Ficha de Violência, Uberaba/MG	49
Tabela 3 -	Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios por autoextermínio da Ficha de Violência segundo à caracterização da lesão, evolução do caso e utilização de uso de álcool pelo agressor, Uberaba/MG	50
Tabela 4 -	Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios da Ficha de Violência segundo o meio de agressão utilizado, Uberaba/MG	51
Tabela 5 -	Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios das Declarações de Óbito, Uberaba/MG	52
Tabela 6 -	Distribuição dos coeficientes de mortalidade (100.000 hab./ano) por suicídio, segundo sexo, faixa etária e razão de sexo de acordo com o SIM, Uberaba/MG	54
Tabela 7 -	Distribuição dos coeficientes de incidência de tentativa de suicídio, mortalidade (100.000 hab./ano) e letalidade por suicídio, das notificações de Violência com finalidade suicida segundo sexo e faixa etária, Uberaba/MG	55
Tabela 8 -	Distribuição dos coeficientes de incidência de tentativa de suicídio, mortalidade (100.000 hab./ano) e letalidade por suicídio, das notificações de Intoxicação Exógena com a finalidade suicida, segundo sexo e faixa, Uberaba/MG	56
Tabela 9 -	Distribuição do número de casos, incidência (por 100.000 hab.) e razão de incidência para os casos de tentativa de suicídio das notificações de Violência segundo sexo e faixa etária, Uberaba/MG	58
Tabela 10 -	Distribuição do número de casos, incidência (por 100.000 hab.) e razão de incidência para os casos de suicídios e tentativas de suicídios das notificações de Intoxicação Exógena, segundo sexo e faixa etária, Uberaba/MG	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Evolução temporal (mensal) da incidência (por 1.000.000 habitantes) de óbitos por suicídio no município de Uberaba/MG, no período de 2006 a 2014	61
Figura 2 -	Evolução temporal (mensal) da incidência de óbitos (por 1.000.000 habitantes) e do valor obtido por alisamento exponencial dos óbitos por suicídio em Uberaba/MG, entre 2006 e 2014	62
Figura 3 -	Evolução temporal (mensal) da incidência (por 1.000.000 habitantes) de óbitos por suicídio, para sexo masculino (M) e feminino (F) em Uberaba/MG, no período entre 2006 e 2014	63
Figura 4 -	Evolução temporal (mensal) da incidência ajustada por alisamento exponencial (por 1.000.000 habitantes) de óbitos por suicídio do sexo masculino e feminino em Uberaba/MG, entre 2006 e 2014	64
Figura 5 -	Série temporal (anual) da taxa da mortalidade (100.000 hab./ano) por suicídio ajustada pelo modelo de regressão polinomial em Uberaba/MG, no período entre 1996 a 2014	65

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Distribuição das variáveis selecionadas da Ficha de Intoxicação exógena para análise dos casos de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio	36
Quadro 2 -	Distribuição das variáveis selecionadas da Ficha de Violência para análise dos casos de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio	37
Quadro 3 -	Distribuição das variáveis selecionadas da Declaração de Óbito para análise dos óbitos por suicídio	37
Quadro 4 -	Distribuição das variáveis selecionadas para o estudo dos casos de tentativa de suicídio da Ficha Individual de Intoxicação Exógena segundo a classificação da completude dos campos, Uberaba/MG	43
Quadro 5 -	Distribuição das variáveis selecionadas para o estudo dos casos de tentativa de suicídio da Ficha Individual de Violência segundo a classificação da completude dos campos, Uberaba/MG	44
Quadro 6 -	Distribuição das variáveis selecionadas para este estudo da Declaração de Óbito, dos casos de suicídio, segundo a classificação da completude do preenchimento, Uberaba/MG	45
Quadro 7 -	Distribuição dos óbitos identificados como suicídio nos Sistemas de Informação SIM e SINAN segundo a codificação da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID), Uberaba/MG	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP	Centro de Atenção Psicossocial
CECO	Centro de Convivência
CEP	Código de Endereçamento Postal
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDD	Discagem Direta à Distância
DO	Declaração de Óbito
FIN	Ficha Individual de Notificação
IML	Instituto Médico Legal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UF	Unidade da Federação
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Contextualização epidemiológica do suicídio.....	17
1.2	O Suicídio como situação de vulnerabilidade.....	18
1.3	Estratégias nacionais para abordagem do suicídio.....	21
1.4	Sistemas de informação de agravos de notificação.....	23
1.4.1	Intoxicações exógenas no contexto do suicídio.....	25
1.4.2	A ficha de violência no contexto do suicídio.....	27
1.5	Sistema de informação de mortalidade.....	28
2	JUSTIFICATIVA.....	30
3	OBJETIVOS.....	33
3.1	Geral.....	33
3.2	Específicos.....	33
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
4.1	Materiais e métodos.....	34
4.2	Local e período de estudo.....	34
4.3	População de estudo.....	34
4.4	Critérios de inclusão.....	35
4.5	Definição de grupos etários específicos.....	36
4.6	Variáveis de estudo.....	36
4.7	Processamento e análise dos dados.....	37
4.8	Considerações éticas.....	41
5	RESULTADOS.....	43
5.1	Completude de preenchimento das variáveis dos formulários dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, notificados no SIM e SINAN.....	43
5.2	Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio em Uberaba/MG.....	46
5.2.1	Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio referente às notificações da ficha de Intoxicação Exógena.....	46
5.2.2	Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio das notificações da ficha de Violência Doméstica, Sexual e Outras.....	48
5.2.3	Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio referente às	

	Declarações de Óbito.....	51
5.3	Coefficientes de incidência, mortalidade e letalidade dos casos de suicídio, segundo sexo e faixa etária.....	53
5.4	Razão de incidência por sexo e faixa etária para os casos de suicídio e tentativa de suicídio no SINAN.....	57
5.5	Cobertura dos óbitos por suicídio no SIM comparado com o SINAN.....	59
5.6	Tendência temporal do suicídio entre 2006 e 2014 por meio dos indicadores de mortalidade.....	60
6	DISCUSSÃO.....	66
7	CONCLUSÕES.....	78
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	82
	ANEXO A - Ficha de investigação individual de intoxicação exógena.....	88
	ANEXO B – Ficha de investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.....	90
	ANEXO C – Formulário da declaração de óbito.....	92
	ANEXO D – Relação de CID's.....	93

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização epidemiológica do suicídio

O suicídio é um fenômeno humano, complexo e universal (PIRES et al., 2014), apresentado como grave problema de saúde pública, estando entre as dez principais causas de morte na população mundial de todas as faixas etárias. Quase metade de todas as mortes violentas é em decorrência do suicídio, ou seja, quase 1 milhão de vítimas ao ano, e entre 10 a 20 milhões de pessoas tentam suicídio anualmente. As estimativas apontam que, em 2020, as vítimas poderão ultrapassar 1,53 milhões, e que de 10 a 20 vezes mais pessoas tentarão o suicídio (SCHLOSSER, ROSA, MORE, 2014).

Todo suicídio é uma tragédia que afeta famílias e comunidades e tem efeitos duradouros sobre as pessoas do convívio social e familiar. Este agravo ocorre durante toda a vida e foi a segunda principal causa de morte de jovens entre 15 a 29 anos em nível mundial em 2012. Ocorre em todas as regiões do mundo, sendo que em média, 75% dos suicídios foram em países de baixa e média renda no ano de 2012 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Em estudo realizado com a população brasileira entre 1980 e 2000, verificou-se um aumento de 32,8% na taxa masculina de suicídio, com crescimento em todos os grupos etários. Nas mulheres, as taxas foram mais altas em planejamento e tentativa de suicídio, enquanto no sexo masculino é maior o suicídio consumado (SCHLOSSER, ROSA, MORE, 2014). Uma análise dos métodos de tentativa de suicídio revela uma associação entre o método utilizado e o sexo dos indivíduos, sendo que os homens utilizam métodos potencialmente letais, ao contrário das mulheres (PIRES et al., 2014).

Nos Estados Unidos verificou-se que grande parte das tentativas de suicídio são atos impulsivos e que ter uma arma de fogo transforma a ação em fatalidade, constatando-se que o acesso à mesma torna um fator de risco para o suicídio, especialmente entre jovens (RIVARA, 2015). Acredita-se que aproximadamente 30% dos suicídios globais é devido ao uso de pesticidas, a maioria dos quais ocorrem em áreas rurais agrícolas em países de baixa e média renda. Outros métodos comuns são o enforcamento e o uso de armas de fogo. O conhecimento dos métodos de suicídio mais utilizados é importante para elaborar estratégias

de prevenção e restrição ao acesso aos meios utilizados para a consumação desse ato fatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Em diversos países o maior grupo de risco para suicídio é o de pessoas acima dos 65 anos, aumentando proporcionalmente com o aumento da idade. Pesquisas realizadas apresentam que a maior parte dos idosos que morreram por suicídio tinha algum transtorno mental, sendo que de 71% a 90% deles sofriam algum grau de depressão (CAVALCANTE, MINAYO, MANGAS, 2013).

Em um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil é o 4º país da América Latina com o maior crescimento de casos de suicídio entre os anos 2000 e 2012. Segundo o relatório os países que tiveram aumento percentual no número de suicídios foram: Guatemala (20,6%), México (16,6%), Chile (14,3%), Brasil (10,4%) e Equador (3,4%). Em números absolutos o Brasil é líder entre os países latino-americanos, de acordo com o relatório. Foram 11.821 suicídios entre 2010 e 2012. Apesar da Guatemala, México e Chile terem apresentado um aumento maior de suicídios que o Brasil, mostraram quantidades bem inferiores de casos. Por exemplo, a Guatemala, cuja cifra aumentou 20,6% desde 2000, teve 1.101 registros. Em termos absolutos o Brasil está em oitavo lugar mundialmente, ficando atrás da Índia (258 mil casos/ano), China (120 mil casos/ano) e Estados Unidos (43 mil casos/ano) (BRITISH BROADCASTING CORPORATION BRASIL, 2014).

Os agravos em saúde aumentam o risco cumulativo de suicídio. O idoso tem seis vezes mais chance de adquirir alguma doença física do que jovens e estão sujeitos a comorbidades múltiplas, associadas a variadas dosagens medicamentosas e declínio funcional, que em consequência aumenta o risco de suicídio. Também existem complicadores no tratamento medicamentoso da depressão como a vulnerabilidade a efeitos adversos, competindo com deficiências funcionais, cognitivas e estigma social. Com isto há uma dificuldade na prescrição, no início do tratamento e sua adesão. Os idosos são mais relutantes para se queixarem de depressão ou explicitar em ideias suicidas, por isso, poucos são diagnosticados e só uma minoria é tratada (CAVALCANTE, MINAYO, MANGAS, 2013).

Na literatura verificam-se fatores de risco para suicídio como, por exemplo, doenças e transtornos mentais, uso de determinados tipos de medicamentos, drogas, álcool e intoxicações, além de padecimento de doenças terminais e degenerativas, problemas socioambientais, microsociais, sociais e influência da mídia (MINAYO et al., 2012).

1.2 O Suicídio como situação de vulnerabilidade

O suicídio é definido como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima que sabia que se produziria esse resultado” (SOUSA et al., 2014, p. 02).. O ato suicida é uma decisão pessoal permeada pela interpretação dos aspectos psicossociais vivenciados pelo indivíduo. Cada sujeito está em interação com os outros membros da família e com a sociedade, por isso, deve-se considerar a série de fatores que vão se acumulando na biografia da pessoa, tornando seu sofrimento insuportável e tendo como consequência o suicídio, sendo assim, é um ato consciente de auto aniquilamento, vivenciado por aquele em situação de vulnerabilidade, que o percebe como a melhor solução para escapar de uma dor psicológica insuportável (SOUSA et al., 2014).

O suicídio tem como resultado final dar fim à própria vida voluntariamente, consistindo num fenômeno que desafia várias áreas do conhecimento, tais como: Psicologia, Filosofia, Direito, Psiquiatria, Bioética e bem como diversas religiões e o senso comum (SCHLOSSER, ROSA, MORE, 2014).

O suicídio é visto diretamente como violência e agressividade, sendo categorizado como “causa externa” na Classificação Internacional de Doenças (CID), rubrica em que se incluem as formas de violências e acidentes. “A OMS classifica esse fenômeno em quatro níveis: baixo (quando ocorre em menos de 5/100.000 hab.); médio (de 5 a 15/100.000/hab.); alto (de 15 a 30/100.000 hab.); e muito alto (acima de 30/100.000 hab.)” (MINAYO et al., 2012). De acordo com a OMS, em 2000, houve 815 mil suicídios no mundo, ou seja, taxa de mortalidade de 14,5/100.000 habitantes, no Brasil o suicídio representa 5,6% das mortes por causas externas (MINAYO et al., 2012).

Embora a relação entre transtornos mentais e suicídio (em particular, depressão e transtornos por uso de álcool) seja bem estabelecida em países de alta renda, muitos suicídios acontecem por impulso em momentos de crise, como uma dificuldade para lidar com os estresses da vida, como financeiro difícil, problemas de relacionamento e de dor crônica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

As situações de conflitos, desastres, violência, abuso ou perda e sensação de isolamento estão fortemente associados ao comportamento suicida. As taxas de suicídio também são altas entre os grupos vulneráveis, que sofrem discriminação, como os refugiados e migrantes, povos indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e prisioneiros. O fator de risco maior para a consumação do suicídio são outras tentativas de suicídio pela mesma pessoa anteriormente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Em alguns casos

existe uma clara associação com fenômenos psicossociais, transtornos mentais e vivências negativas (PIRES et al., 2014).

A depressão, causa frequente de suicídio, é um transtorno do humor que oscila entre moderado e profundo, de curta ou longa duração que apresenta perda de interesse e de prazer pela vida e reduzidos níveis de energia. Entre jovens e adultos de meia idade, a depressão aparece associada a aspectos emocionais e cognitivos, como tristeza e negatividade, já entre idosos surge associada a sintomas somáticos como cansaço e fadiga, distúrbios do sono e do apetite, sentimentos de desesperança e pensamentos sobre a morte (CAVALCANTE, MINAYO, MANGAS, 2013).

Em idosos o pensamento suicida está associado à necessidade que sente de resolver ou por fim a uma situação intolerável, a sentimentos de desesperança, às incapacidades sentidas de fazer as coisas de forma melhor. Os sintomas da depressão são: ansiedade exagerada; dependência acompanhada de culpa; rigidez alternada por impulsividade (CAVALCANTE, MINAYO, MANGAS, 2013). Em adolescentes a ansiedade e a depressão aumentam significativamente o risco de suicídio (CAPRON et al., 2015).

Outros fatores considerados relevantes são a vivência de eventos estressantes, como no caso de perda de familiares significativos, pois esses acontecimentos interferem em aspectos psicológicos, psiquiátricos e biológicos. Entre os fatores psicossociais, o alcoolismo e o uso de outras drogas são os mais comuns (PINTO et al., 2012).

Os preditores do suicídio caracterizam-se por histórias de tentativas de colocar fim à própria vida e depressão, tornando-se incapazes de pensar em alternativas para lidar com suas angústias, não encontrando solução para os seus problemas. Por isso, entender como as interações dos sintomas depressivos podem aumentar o risco de pensamentos e comportamentos suicidas torna-se um passo importante para a redução da mortalidade por esta causa (QUIÑONES et al., 2015).

Pensamentos e comportamentos suicidas não fatais são agrupados em três categorias: ideação suicida (pensamentos que alimentam a intenção de acabar com a própria vida); plano suicida (formulação de um método para acabar com a própria vida) e tentativa de suicídio (comportamento voltado para se ferir em que há alguma intenção de se matar). Pode resultar em nenhum ferimento e em ferimento ou em morte. Se a tentativa de suicídio resulta em morte, então é definida como suicídio. O termo comportamento suicida é um tipo de conduta que leva a pessoa a buscar se ferir (de modo explícito ou implícito), seja agindo contra si e

ameaçando sua vida, seja deixando pistas verbais ou comportamentais (CAVALCANTE, MINAYO, MANGAS, 2013).

Existe um estigma entre os transtornos mentais e suicídio, isto significa que muitas pessoas que pensam em tirar a própria vida ou que já tentaram o suicídio não procuram ajuda e, portanto, não recebem a atenção de que necessitam. A prevenção do suicídio também não é adequadamente abordada devido à falta de consciência do problema caracterizada como tabu em muitas sociedades que apresentam dificuldades para discutir abertamente sobre esse assunto. Apenas alguns países têm incluído a prevenção do suicídio entre as suas prioridades de saúde e somente 28 informaram ter uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, incluindo o Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

1.3 Estratégias nacionais para abordagem do suicídio

A partir da década de 80, os municípios começaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção de usuários nas comunidades. Foram fechados hospitais psiquiátricos, enquanto abriam outros tipos de serviços diversificados para o cuidado com a saúde mental tanto de acompanhamento quanto de cuidados intensivos em momentos de crise. Ocorreu uma reorganização dos serviços de saúde mental, substituindo o modelo manicomial através da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOs), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, além das unidades básicas de saúde que cumprem uma importante tarefa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A porta de entrada para a assistência e saúde dos pacientes que demandam um cuidado em saúde mental é a atenção básica sendo que as ações são desenvolvidas em um território geograficamente definido, possibilitando aos profissionais de saúde conhecer a história de vida dessas pessoas, patologias, necessidades básicas, dentre outros. O cuidado em saúde mental na atenção básica é muito estratégico pela facilidade das equipes ao usuário e vice-versa. Nestas situações é frequente que profissionais da saúde ao atenderem pacientes com sofrimento psíquico precisem estar preparados para se colocarem como ouvintes e cuidadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em relação ao CAPS, foi lançado em 2006 um plano de ação chamado “Estratégia de Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio”, incluindo 2.128 CAPs, presentes em diversas

idades do país para realizarem assistência especializada, com capacidade para 43 milhões de atendimentos por ano. Nestes centros, os pacientes recebem assistência próxima da família e cuidado terapêutico conforme o seu quadro de saúde, além de internação quando houver necessidade. O investimento do Ministério da Saúde na prevenção ao suicídio com a criação do CAPS foi de 2 bilhões nos últimos 3 anos (BRITISH BROADCASTING CORPORATION BRASIL, 2014).

As Diretrizes Nacionais Para a Prevenção do Suicídio recomendam que cada estado elabore suas estratégias nessa área, e tenha como apoio um manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde. Essa iniciativa visa reduzir as taxas de suicídio e tentativas, além dos danos associados a esse comportamento, assim como o impacto traumático na família. Porém, verifica-se que grande parte dessas estratégias estão apenas no papel. As dificuldades são muitas, pois as taxas de suicídio só aumentam, isso exige ações de diferentes níveis e também assistência interdisciplinar.

O Ministério da Saúde, vendo a necessidade de mapear dados importantes sobre a situação de saúde no Brasil, criou o Sistema de Informação em Saúde (SIS) que é o componente responsável pela coleta, processamento, análise e transmissão da informação, constituindo desse modo, ferramenta essencial para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde (OPAS/OMS, 2006). Por se tratar de um país de grande dimensão territorial é importante que os dados de saúde sejam precisos e completos, trazendo informações reais da situação de saúde da população.

Os dados de saúde nacionais são disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através de vários sistemas de informação, entre eles o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Sobre Agravos de Notificação (SINAN) (SANTOS et al., 2014). Dessa forma, investigar os sistemas de informação com o intuito de verificar qual capta melhor o evento suicídio contribui com informações para a elaboração e reformulação de estratégias de saúde pública que visem à redução desse agravo.

A notificação dos óbitos tanto no SIM quanto no SINAN precisa ser melhorada, pois existe um elevado grau de sub-registro no mundo inteiro, especialmente quando o evento é suicídio. As estratégias de prevenção devem ser pensadas de forma multissetorial envolvendo além da saúde, a educação, trabalho, justiça, religião, leis e política (PINTO et al., 2012).

Muitas vezes, os profissionais de saúde não estão preparados para preencher a notificação compulsória ou mesmo abordar os casos de tentativa de suicídio, e/ou a família

frequentemente pede para que a DO não seja preenchida com esse agravo, esses fatores tem dificultado o real conhecimento desses eventos na população, acarretando em subestimação desse problema de saúde pública.

O suicídio é um grave problema de saúde pública, no entanto muitos podem ser evitados através de intervenções oportunas, de baixo custo, baseadas em evidências. Para que as respostas nacionais de redução dos casos sejam eficazes é necessária uma estratégia global de prevenção do suicídio envolvendo equipe multidisciplinar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, a maioria dos trabalhos sobre suicídio realizados na área das ciências da saúde focaliza principalmente os coeficientes de mortalidade, o perfil epidemiológico e possíveis fatores associados, como diagnóstico psiquiátrico e uso de drogas. Com relação às tentativas, alguns estudos realizados abordam o perfil psiquiátrico dos pacientes e características sociodemográficas (VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

1.4 Sistemas de informação de agravos de notificação

Para um bom planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações em saúde, especialmente em países de grande desigualdade socioeconômica é necessário informações completas e oportunas de natureza epidemiológica. No Brasil, a magnitude das desigualdades sociais e econômicas, associada aos recursos financeiros escassos requerem que as prioridades para a gestão pública sejam embasadas em conhecimento sobre a natureza dessas desigualdades em saúde, assim como sobre sua distribuição espacial em que ocorrem (ROMERO, CUNHA, 2007).

Com o objetivo de preencher a lacuna no que diz respeito às informações sobre morbidade, no início da década de noventa foi criado o SINAN, visando padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação obrigatória em todo o território nacional, de maneira hierarquizada e em conformidade com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de ser suficientemente ágil na viabilização de análises de situações de saúde em um curto espaço de tempo (SINAN, 2014).

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória de acordo com a portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014, mas é facultado a estados e

municípios incluïrem outros problemas de saúde importantes em sua região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Foi gradualmente implantado no país de 1990 até 1993 e em 1998, os instrumentos de coleta, fluxo e *software* foram redefinidos, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados. É usado em todo o país e tem como objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. Aponta riscos nos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014a).

Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) reformulou a ficha de notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, passando a se chamar ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada para melhor qualificar a notificação. Composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam as violências realizadas contra os grupos populacionais em foco (conforme a definição do caso) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c).

Esta ficha permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

A Ficha Individual de Notificação (FIN) deve ser preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado semanalmente aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que por sua vez repassam semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) deve ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

A notificação é uma ferramenta imprescindível à vigilância epidemiológica, pois é através da mesma que se constrói o processo informação/decisão/ação, o que vem sintetizar a dinâmica de suas atividades, proporcionando o monitoramento constante da saúde da população, além disso, através de dados concretos pode-se disponibilizar suporte para o

planejamento, decisões e ações dos gestores em todos os níveis de governo (Municipal, Estadual e Federal) (MALASPINA, ZINILISE, BUENO, 2011).

No SINAN as notificações de tentativa de suicídio ou suicídio podem ocorrer de diversas formas como violência autoprovocada ou autointoxicação exógena, e devem ser notificadas através da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada, constando na variável “Dados da Ocorrência”, no campo número 50 se a “Lesão foi autoprovocada”, devendo responder “sim”, “não” ou “ignorado” ou se este ocorrer por intoxicação exógena é preenchida a Ficha de Intoxicação Exógena, constando na variável “Dados da Exposição”, no campo número 55 “Circunstância de Exposição/Contaminação” e marcar se foi “Tentativa de Suicídio”.

1.4.1 Intoxicações exógenas no contexto do suicídio

A tentativa de suicídio pode ocorrer pela ingestão ou inalação de substâncias como agrotóxicos, venenos, medicamentos, produtos de limpeza e gases tóxicos, sendo notificados nos serviços de saúde como intoxicações exógenas. Quando se detecta que uma intoxicação exógena foi para a finalidade suicida e não acidental, o profissional de saúde deve preencher duas notificações, sendo uma ficha individual de investigação de violência e outra ficha individual de investigação de intoxicação exógena (OLIVEIRA, 2010).

A Portaria Ministerial nº 777, de 28 de abril de 2004, definiu as intoxicações exógenas, incluindo os agrotóxicos, como sendo um agravo à saúde do trabalhador de notificação compulsória no SINAN, em rede de serviços sentinela específica, ligada à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (OLIVEIRA, 2010). Apesar da portaria determinar que a notificação fosse realizada por unidades sentinelas, na prática, em alguns locais há entendimento da obrigatoriedade de notificação em todos os níveis de atenção à saúde do SUS (SILVA et al., 2005).

Em 2008, no estado de Minas Gerais, entrou em vigor a Resolução SES nº 1481, que concluiu como notificação compulsória em toda a rede de serviços de saúde, surtos ou agregação de casos de óbitos por intoxicação exógena. A partir da publicação da Portaria nº 2.472, de 3 de agosto de 2010, as intoxicações passaram a compor, oficialmente, a lista de notificação compulsória em toda a rede nacional de saúde pública e privada (MALASPINA, ZINILISE, BUENO, 2011).

Atualmente a portaria em vigor é a de nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que manteve as intoxicações exógenas na lista de notificação compulsória em todo o país, caracterizando-se por quaisquer substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, saneantes, gases tóxicos e metais pesados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A intoxicação exógena é causada pela ingestão acidental, proposital ou pela dosagem exagerada de medicamentos, pesticidas, plantas tóxicas, entre outras classes, ou seja, praticamente qualquer substância se ingerida em grandes quantidades pode ser tóxica. É um dos acidentes mais comuns e quando encaminhada para uma unidade de saúde é uma das mais complexas situações de atendimentos, devido às diversas composições dessas substâncias, que nesses casos exigem tratamento totalmente diferenciado, o que dificulta o início de aplicações terapêuticas rápidas e eficazes (ANDRADE et al., 2012).

Um dos meios mais utilizados para a tentativa/suicídio é a intoxicação exógena. Dentre as principais substâncias usadas estão os agrotóxicos, com frequência de até 90% nos países em desenvolvimento, enquanto que o uso de medicamentos chega a 60% e é mais frequente em países desenvolvidos. No Brasil, a intoxicação exógena é responsável por aproximadamente 70% dos casos notificados de tentativa/suicídio (SANTOS, LEGAY, LOVISI, 2013).

A opção pelo meio utilizado na tentativa/suicídio abrange aspectos psicossociais, de gênero, aceitabilidade sociocultural, além da disponibilidade no acesso (SANTOS, LEGAY, LOVISI, 2013).

Através da Ficha de Intoxicação Exógena deve ser informada a circunstância da exposição/contaminação, motivo ou razão que proporcionou o contato do paciente com o agente tóxico, que possivelmente, ocasionou o evento. A circunstância que melhor descreve a razão pela qual ocorreu a exposição da pessoa ao agente tóxico, dentre outros, está incluída a tentativa de suicídio que caracteriza o uso intencional de qualquer produto e/ou substância química com a intenção de causar a própria morte (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2012a).

Verifica-se que os casos suspeitos de intoxicação exógena devem ser notificados e classificados de acordo com o informe final do caso, sendo: **Intoxicação Confirmada:** casos em que, após a exposição a uma ou mais substâncias químicas, há aparecimento de alterações bioquímicas (funcionais ou lesionais), e/ou sinais clínicos compatíveis com o quadro de intoxicação; **Só exposição:** quando há exposição a uma ou mais substâncias químicas, mas não se evidenciam alterações bioquímicas (funcionais ou lesionais) e/ou sinais e sintomas

compatíveis com um quadro de intoxicação; **Reação adversa**: sintomatologia indesejável e esperada, decorrente do uso de substância química com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, em dose comprovadamente terapêutica; **Outro diagnóstico**: quando o diagnóstico não é só exposição ou intoxicação; **Síndrome de abstinência**: quando há sinais e sintomas decorrentes de interrupção abrupta no uso da substância química; é a ausência de exposição e, portanto, de intoxicação (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2012a).

Para atuar na prevenção e no controle mais eficaz dessas violências depende da correta classificação. Porém, a dificuldade dos serviços de saúde é identificar adequadamente a intoxicação como intencional e não intencional. A subnotificação da tentativa/suicídio por motivos socioculturais e econômicos torna difícil o conhecimento real da magnitude dos mesmos, outro aspecto que dificulta a classificação adequada são os óbitos por causa indeterminada. Em estudos realizados verifica-se que a frequência de óbitos por causa indeterminada em relação aos suicídios em países latino-americanos é maior do que nos países desenvolvidos. Uma possível explicação seriam as atitudes tradicionais religiosas e culturais que favorecem a classificação dos óbitos como indeterminados, à semelhança do que ocorre em países islâmicos (SANTOS, LEGAY, LOVISI, 2013).

1.4.2 A ficha de violência no contexto do suicídio

Estima-se que para cada caso de suicídio existem pelo menos dez casos de tentativas de suicídio com gravidade suficiente para requerer atendimento médico, e também que as tentativas de suicídio sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os óbitos por suicídios. Acredita-se que para cada tentativa documentada existem outras quatro que não são registradas nos serviços de saúde. As tentativas de suicídio tendem a ser recorrentes e a história de tentativa prévia representa o mais importante preditor de suicídio completo. Com isso, verifica-se que a mortalidade entre indivíduos que tentam o suicídio é bem elevada (VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

A literatura apresenta um aumento gradativo de casos de suicídio com o passar dos anos tornando-se um problema de saúde pública que necessita de intervenção através de ações de promoção da saúde. Por se tratar de um problema que pode ser evitável, existe a necessidade de intervenções na comunidade com o desenvolvimento de atividades voltadas para a saúde mental, detectando o problema logo no início e em consequência evitar o

impacto causado pelo suicídio na família e na comunidade.

Em 2006, com a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto, foram instituídas as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de suicídio e tentativas, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011d).

A partir de 2011 tornou-se obrigatório que os profissionais de saúde de estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino notifiquem à SMS ou SES sobre qualquer caso de violência doméstica ou sexual que atenderem ou identificarem, desde caso suspeito a confirmado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011d).

A obrigatoriedade consta na portaria em vigor nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que manteve a notificação do suicídio através da ficha Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências, na lista de notificação compulsória em todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Na tipificação de violência está incluída a violência autoprovocada, ou seja, nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma, tentou suicídio ou suicidou-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011d).

1.5 Sistema de informação de mortalidade

A DO foi instituída pelo Ministério da Saúde em 1975, sendo um dos primeiros meios de informação sobre saúde indireta da população. Foi padronizada e distribuída em três vias enumeradas para todo o país. As DOs são coletadas pela Secretaria de Saúde do Município ou do Estado no estabelecimento de saúde e os dados são digitalizados no SIM (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014b).

O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações epidemiológicas sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O SIM é alimentado pelas informações contidas nas DOs, sendo o seu preenchimento realizado pelo médico ou perito legista, onde as causas de morte são padronizadas atualmente pela 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID/10) (SANTOS et al., 2014).

Em 1999, passou a ser utilizada uma nova versão do SIM, para a qual foi desenhada uma nova DO e desenvolvida uma nova versão do aplicativo informatizado para seu tratamento que permanecem até hoje (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sociodemográfico. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área para a redução da mortalidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014b).

Poucos países do mundo têm um sistema de informações com a cobertura e a qualidade que o SIM proporciona. Com a adoção da plataforma Web o tempo para a transferência dos dados do nível Municipal para o Federal tornou-se muito rápido, possibilitando a divulgação no ano seguinte ao ano de referência e aumentando a relevância política e atual do uso dessas informações (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014b).

O SIM pode ser utilizado na verificação de números de casos de suicídios consumados, verificação de taxa de mortalidade desse agravo ao município e para verificação da cobertura deste evento no SINAN. Há hipóteses de que o SIM pode captar mais o evento suicídio consumado que o SINAN. O suicídio pode ser sub-registrado no SIM, por questões familiares ou sociais que não querem a divulgação deste tipo de evento na sociedade.

2. JUSTIFICATIVA

Os estudos com as bases de dados SIM e SINAN são importantes para ter uma visão geral da qualidade desses sistemas quanto à clareza metodológica da documentação, completude do preenchimento destas informações e consistência dos dados recebidos nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), além de possibilitar a identificação da subnotificação em alguns destes sistemas de informações através da comparação dos mesmos. Porém, deve-se levar em consideração que alguns casos de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio podem não ter passado pelos serviços de saúde, por isso, não são notificados e registrados no SINAN. Os óbitos em ambientes externos ao hospital, são encaminhados diretamente ao Instituto Médico Legal (IML) ou Serviço de Verificação de óbito (SVO) e portanto constam apenas no SIM.

Existe uma dificuldade nos serviços de saúde em identificar corretamente as taxas de tentativa de suicídio e suicídio para se obter uma análise da tendência temporal e perfil epidemiológico fidedignas. Em muitos casos de intoxicação exógena não se sabe ao certo se o caso foi intencional ou não-intencional quando há óbito. Em outras situações supõem-se que há subnotificação, quando o paciente foi atendido na unidade de saúde, não consta no SINAN, o que dificulta conhecer quantas vezes o mesmo paciente pode ter tentado o suicídio, ou em outros casos pode ocorrer despreparo do profissional de saúde em não questionar se o caso é de recidiva.

No Brasil não há o desenvolvimento de ações necessárias através da promoção da saúde mental direcionadas para a redução das taxas de suicídio. Para isso um trabalho articulado entre a rede de assistência à saúde e assistência social são necessários. O conhecimento do perfil epidemiológico pode contribuir para o melhor esclarecimento do quanto é importante uma ação multissetorial, que possa envolver não somente a saúde nos seus três níveis de atenção, mas também educação, assistência social, trabalho, políticas públicas, dentre outros.

A pesquisa é importante para identificar por meio do perfil epidemiológico e da análise dos sistemas de informação em saúde vinculados ao evento suicídio, alguns nós críticos que devem ser enfrentados na rede de atenção à saúde e assistência social, com o intuito de elaborar estratégias de promoção e assistência à saúde e manejo adequado aos pacientes que tentam suicídio para que não cheguem à consumação do ato.

Outra relevância concerne na avaliação dos sistemas de informação em saúde em relação à captação dos casos de suicídio, considerando a cobertura e qualidade do registro dos dados. A análise dos sistemas de informação tem a função primordial de contribuir para o planejamento das ações de saúde por meio da análise de seus dados. Pretende-se com este estudo verificar se os dados solicitados no preenchimento dos formulários de notificação e declaração de óbito possuem a utilidade de avaliação e planejamento das ações em saúde.

Ao analisar as características das tentativas de suicídio e do suicídio na cidade de Uberaba/MG e sua evolução temporal pretende-se contribuir tanto para a sociedade quanto para a formulação de políticas públicas de saúde no que tange à organização dos serviços de saúde relacionados à assistência.

Com o cenário mencionado, faz-se necessário o monitoramento destes dados, analisando o perfil dos casos de tentativa de suicídio e suicídio, para a partir deste conhecimento poder contribuir com a formulação de estratégias eficazes na redução dos casos de suicídio na cidade de Uberaba/MG, podendo se estender a outras regiões para o controle e redução deste grave problema de saúde pública. Visto que, a princípio observou-se uma frequência considerável de casos de suicídio nessa cidade sem haver uma importância significativa da saúde pública por meio de intervenções, com objetivo de evitar este ato, que através de um manejo adequado pode ser prevenido.

O conhecimento da evolução temporal, do perfil epidemiológico e da verificação se há diferenças na captação do evento nas diferentes bases de dados, podem nortear a elaboração e implementação de ações para as pessoas que tentam suicídio, com foco na prevenção do mesmo. Através do estudo de séries temporais é possível conhecer previamente um valor futuro (tendência da doença) o que pode servir como parâmetro para verificar a diferença entre o sucesso e o fracasso em determinadas ações.

Verificaram-se poucas pesquisas publicadas com a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, de um modo geral, existe uma escassez de informações científicas sobre o tema suicídio, pretendendo-se com este estudo, trazer dados atualizados do tema de acordo com os formulários de captação do agravo no SINAN e no SIM. Ademais, não foi encontrado para o estado de Minas Gerais estudos sobre suicídio e tentativa de suicídio utilizando dados do SINAN e do SIM.

As hipóteses deste estudo são identificar se há uma quantidade de tentativas de suicídio maior do que de óbitos por suicídios no município de Uberaba/MG; e de que existe

um registro equivalente entre os óbitos notificados pelas unidades de saúde/hospitais e IML/SVO; e que os formulários do SIM e SINAN não são adequadamente preenchidos.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o perfil epidemiológico, a qualidade e a cobertura dos Sistemas de Informação SIM e SINAN em relação aos casos de tentativa de suicídio e suicídio em Uberaba/MG em 2014 e a tendência temporal da mortalidade por suicídio entre 1996 e 2014.

3.2 Específicos

1. Analisar a qualidade do preenchimento dos formulários de registros dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, notificados no SIM e SINAN;
2. Descrever o perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, registrados no SIM e SINAN na cidade de Uberaba/MG;
3. Descrever a incidência, mortalidade e letalidade dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio registrados no SIM e SINAN segundo sexo e faixa etária;
4. Verificar a razão de sexo entre o suicídio e a tentativa de suicídio;
5. Analisar a cobertura dos óbitos por suicídio no SIM comparado ao SINAN;
6. Analisar a tendência temporal da mortalidade por suicídio entre 1996 e 2014.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Materiais e métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo, de base territorial. Para o ano de 2014 descreveu-se o perfil epidemiológico, a qualidade e a cobertura dos dados por meio de um desenho de estudo do tipo ecológico. Fundamentou-se na definição de Almeida Filho, Rouquayrol (2006) e Medronho (2009), que utilizam com frequência a combinação de bases de dados referentes a áreas geográficas, grupos de populações delimitados ou grandes populações. Este tipo de estudo de base territorial usa como referência geográfica para definição das suas unidades de informação que abrangem em qualquer nível, por exemplo, país, estado, municípios ou um setor censitário.

A pesquisa foi desenvolvida utilizando base de dados relativos às notificações envolvendo suicídio e tentativa de suicídio na cidade de Uberaba/MG, sendo utilizado duas fichas do SINAN (“Intoxicação Exógena” e “Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências”) e o banco de dados do SIM, através do formulário de “declaração de óbito”, ocorrido em 2014.

Quanto à análise de série temporal foi realizada com o banco de dados do SIM para o período entre 1996 a 2014.

4.2 Local e período de estudo

Em relação ao banco de dados do SINAN utilizou-se a Ficha de Investigação Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências e a Ficha de Investigação Individual de Intoxicação Exógena, ocorridos em 2014.

Quanto ao banco de dados do SIM foi utilizado o período de 1996 a 2014 para analisar a série temporal da mortalidade por suicídio e no ano de 2014 para fins de comparação dos óbitos entre os dois bancos. Todos os bancos de dados foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/MG.

4.3 População de estudo

Os casos de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio foram coletados por meio das notificações de Intoxicação Exógena e Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências relativas ao autoextermínio, que são fichas do SINAN, e da Declaração de Óbito registrados no SIM que tiveram como causa morte o suicídio na cidade de Uberaba/MG. A população foi constituída por homens e mulheres de todas as idades, residentes no município de Uberaba/MG, portanto, dados secundários e retrospectivos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS) em planilha eletrônica. Em anexo os formulários que deram origem ao banco de dados do SINAN (anexo A e B) e do SIM (anexo C).

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os casos dos bancos de dados referentes aos suicídios e tentativas de suicídio do SIM e SINAN de pessoas residentes em Uberaba/MG. O banco de dados do SINAN é referente a 2014 e do SIM de 1996 a 2014.

Conforme a Portaria de nº 1.271, de 06 de junho de 2014, todos os casos de intoxicação exógena deverão ser notificados. É considerado caso suspeito de intoxicação exógena no SINAN:

“Todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas) apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis é um caso suspeito.”

Conforme a Portaria de nº 1.271, de 06 de junho de 2014, todos os casos de violência devem ser notificados. Segundo a ficha de Violência doméstica, Sexual e/ou Outras Violências do SINAN, é considerado caso suspeito:

“Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Para os casos de óbito por suicídio foi solicitado à SMS o banco de dados do SIM segundo causa básica codificada entre X60 à X84, que trata-se de lesões autoprovocadas intencionalmente segundo a décima Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS.

Os critérios de seleção para a ficha de Intoxicação Exógena foi o campo número 55 que trata da circunstância da exposição, selecionando apenas as fichas que foram marcadas o item número 10 referente à tentativa de suicídio. Na ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências o critério de seleção foi a marcação positiva para o campo número 50 que refere-se à lesão autoprovocada.

4.5 Definição dos grupos etários específicos

Foram considerados os seguintes estratos etários: 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 anos e mais, cuja população utilizada foi do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o perfil epidemiológico e para o cálculo dos coeficientes específicos (mortalidade, incidência e razão de sexo) (IBGE, 2014).

4.6 Variáveis de estudo

Foram selecionadas variáveis do banco de dados, descritas a seguir, por classificação epidemiológica.

Quadro 1 – Distribuição das variáveis selecionadas da Ficha de Intoxicação exógena para análise dos casos de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio (ANEXO A)

Dados gerais, de residência e notificação individual.	Tipo de notificação, agravo/doença, data da notificação, município e estado de notificação, data dos primeiros sintomas, idade, sexo, raça/cor, escolaridade, município e estado de residência, tipo de zona, nome, endereço e nome da mãe
Antecedentes epidemiológicos	Data da investigação, situação no mercado de trabalho, local de ocorrência da exposição
Dados da exposição	Município e estado do estabelecimento de ocorrência, zona de exposição, agente tóxico, se agrotóxico, qual a finalidade de utilização, quais as atividades exercidas na exposição atual, se agrotóxico de uso agrícola, via de exposição/contaminação, circunstância da exposição/contaminação, tipo de exposição
Dados do atendimento	Tempo decorrido entre a exposição e o atendimento, tipo de atendimento, se houve hospitalização, data da hospitalização, município e estado da

	hospitalização
Conclusão do caso	Classificação final, se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico e o CID – 10, critério de confirmação, evolução do caso

Fonte: Ficha de Intoxicação Exógena/SINAN, 2014.

Quadro 2 – Distribuição das variáveis selecionadas da Ficha de Violência para análise dos casos de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio (ANEXO B)

Dados gerais, de residência e notificação individual.	Tipo de notificação, agravo/doença, data e ocorrência da notificação, município e estado de notificação e de ocorrência, data da ocorrência da violência, idade, sexo, raça/cor, escolaridade, município e estado de residência, tipo de zona, nome, endereço e nome da mãe
Dados da pessoa atendida	Ocupação, situação conjugal, possui algum tipo de deficiência/transtorno, se sim, qual tipo de deficiência/transtorno
Dados da ocorrência	Município e estado da ocorrência, zona, hora da ocorrência, local da ocorrência, se ocorreu outras vezes e se a lesão foi autoprovocada
Tipologia da violência	Tipo de violência (física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal, outros) e meio de agressão (força corporal/espantamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, substância/objeto quente, envenenamento, arma de fogo, ameaça, outro)
Lesão	Natureza da lesão (contusão, corte/perfuração/laceração, entorse/luxação, fratura, amputação, traumatismo dentário, traumatismo crânio-encefálico, politraumatismo, intoxicação, queimadura, outros) e parte do corpo atingida
Dados do provável autor da agressão	Número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da agressão, suspeita de uso de álcool
Evolução	Classificação final, evolução do caso

Fonte: Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências/SINAN, 2014.

Quadro 3 – Distribuição das variáveis selecionadas da Declaração de Óbito para análise dos óbitos por suicídio (ANEXO C)

Identificação	Data e hora do óbito, naturalidade, idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, nome e nome da mãe
Residência	Município de residência, estado
Ocorrência	Local da ocorrência do óbito, município da ocorrência, estado
Causa do óbito	Diagnósticos (A, B, C e D), CID
Causas externas	Prováveis circunstâncias de morte não natural (acidente, suicídio, homicídio, outros, ignorado)

Fonte: Declaração de Óbito/SIM, 2014.

4.7 Processamento e análise dos dados

Os dados foram gerenciados no *software* Excel®2010 e analisados no programa estatístico “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS®) versão 20.0.

Para análise do primeiro objetivo (Analisar a qualidade do preenchimento dos formulários de registros dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, notificados no SIM e SINAN) a verificação da qualidade do preenchimento das variáveis foi feita com base nos critérios propostos pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), que considera a proporção de informação ignorada, os campos em branco e os códigos atribuídos como informação ignorada especificada, caracterizados como incompletude de informação (ROMERO; CUNHA, 2007; OLIVEIRA et al., 2009).

A CEPAL considera excelente quando há menos de 5% de informações incompletas, bom de 5% a 10%, regular de 10% a 20%, ruim de 20% a 50% e muito ruim de 50% ou mais (ROMERO; CUNHA, 2007; OLIVEIRA et al., 2009). Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas.

No segundo objetivo (Descrever o perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, registrados no SIM e SINAN na cidade de Uberaba/MG) foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados dos três bancos (Fichas de Intoxicação Exógena; Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências e Declarações de Óbito), a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. As variáveis analisadas foram aquelas com incompletude inferior a 20%.

Na análise do terceiro objetivo (Descrever a incidência, mortalidade e letalidade dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, registrados no SIM e SINAN segundo sexo e faixa etária), foram realizados cálculos dos indicadores utilizando a população proveniente do IBGE, dados obtidos no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS): www.datasus.gov.br e o número de casos de tentativa e de óbitos provenientes dos bancos de dados do SIM e SINAN.

Os indicadores utilizados para o estudo foram: coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade por estratos etários e sexo para o município de Uberaba/MG. Os coeficientes de incidência e mortalidade foram expressos como número de casos ou óbitos por 100.000 hab./ano. A letalidade foi expressa como número de óbitos dividido pelo total de casos no ano por 100 conforme fórmulas abaixo:

$$\text{Coeficiente de incidência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ casos novos de notificação no ano e região} \times 100.000}{\text{População estimada em 1}^\circ \text{ de julho no ano}}$$

$$\text{Coeficiente de mortalidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos por suicídio no ano e região} \times 100.000}{\text{População estimada em 1}^\circ \text{ de julho no ano e região}}$$

$$\text{Coeficiente de letalidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos por suicídio}}{\text{Número de casos de tentativa de suicídio}} \times 100$$

Na análise do quarto objetivo (Verificar a razão de sexo entre o suicídio e a tentativa de suicídio) foi calculado a Razão de Incidência (RI) por sexo e faixa etária e a Razão de Mortalidade por sexo e faixa etária (RM).

Para o cálculo da Razão de Incidência (RI) e da Razão de Mortalidade (RM) segundo sexo e faixa etária foram utilizados as seguintes fórmulas:

$$\text{Razão de Sexo Para Incidência} = \frac{\text{Incidência sexo feminino}}{\text{Incidência sexo masculino}}$$

$$\text{Razão de Sexo Para Mortalidade} = \frac{\text{Incidência sexo masculino}}{\text{Incidência sexo feminino}}$$

No quinto objetivo (Analisar a cobertura dos óbitos por suicídio no SIM comparado ao SINAN) foi realizada uma apuração do número de casos de óbitos notificados por suicídio nos 3 bancos de dados (Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, Intoxicação Exógena e Declaração de Óbito), sendo que no SIM o CID utilizado foi a causa básica do óbito. O levantamento dos casos foi feito por data de nascimento e iniciais do nome da mãe nos bancos de dados. Foi realizada a separação dos bancos de dados (suicídios por intoxicações exógenas_SINAN, violências do tipo autoextermínio_SINAN e declarações de óbitos por suicídio_SIM) e verificada a presença do mesmo paciente nos bancos. Com isto realizou-se uma análise da presença do registro do mesmo caso de suicídio concomitante ou não nos três bancos de dados.

No objetivo 6 (Analisar a tendência temporal da mortalidade por suicídio entre 1966 e 2014), em relação a classificação da faixa etária levou-se em consideração o Estatuto

da Criança e do Adolescente que agrupou crianças (até 11 anos de idade) e adolescentes (12 a 18 anos de idade) (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990). Os idosos no grupo de 60 anos ou mais conforme o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003) e os adultos entre 19 a 59 anos de idade.

Para os anos de 2013 e 2014, devido a Secretaria Municipal de Saúde e do Estado da Saúde não ter disponível dados populacionais por sexo e faixa etária, foi utilizada a população estimada pelo IBGE, sem classificação por sexo e faixa etária.

Realizou-se a análise de tendência ou evolução (série) temporal da incidência dos casos de óbitos por suicídio no período de 1996 a 2014. Tal procedimento pode ser resumido nas seguintes etapas:

1. Análise descritiva, incluindo a determinação das medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (mínimo, máximo, amplitudes de variação, assim como potenciais valores atípicos) da incidência total, bem como por sexo, dos óbitos por suicídio no período considerado.
2. Apresentação visual, empregando-se gráficos de linha, da evolução mensal da incidência total de casos de óbito por suicídio no período, bem como dessa evolução para a variável sexo.
3. Decomposição da série, na busca de seus elementos de tendência (aumento ou diminuição persistente) e sazonalidade (repetição em intervalos periódicos de valores altos ou baixos), caso existam, empregando-se diagnóstico obtido com a visualização gráfica da função de auto correlação (ACF, autocorrelação entre diferentes valores sequenciais para intervalos específicos da série) e função de auto correlação parcial (PACF, auto correlação entre diferentes valores sequenciais, ajustando-se ou removendo-se certas correlações entre outros valores sequenciais). Esta busca também permite identificar a presença de processos autoregressivos (número de termos no modelo que descrevem a dependência entre valores sucessivos) e de médias móveis (número de termos que no modelo descrevem a persistência de ruído aleatório entre termos sucessivos) em potenciais modelos de ajuste ARIMA.
4. Ajustamento, empregando-se:
 - i. Modelo *ARIMA* (p, d, q), onde p indica o número de termos auto

regressivos, d a integração (tendência) ou grau de diferença aplicada para tornar a série estacionária, e q a número de termos média móvel, quando aplicável; na presença eventual de sazonalidade, há a possibilidade de ajustamento a um modelo SARIMA (p, d, q) (P, D, Q) ou ARIMA sazonal, em que os parâmetros P, D e Q se referem à ordem dos termos de periodicidade sazonal da série, quando existentes;

- ii. Ou alisamento exponencial simples, na ausência de tendência ou sazonalidade de uma série de dados originais tipicamente aleatórios $x_1, x_2, x_3 \dots x_t$, levando-se aos valores obtidos empregando-se a seguinte equação:

$$s_0 = x_0$$

$$s_t = \alpha x_t + (1 - \alpha)s_{t-1}, t > 0,$$

sendo s_t os valores suavizados por médias ponderadas dos valores da série original e α o fator de alisamento ou suavização da série, $x(t)$.

Para a construção do gráfico referente à figura 9, foi aplicado o método de suavização exponencial com alfa 0,1 para suavizar a série. A série foi modelada após o processo de suavização com regressão polinomial. O processo de modelagem teve início com o modelo de regressão linear simples, em seguida foram testados os modelos de segundo grau, terceiro grau e exponencial. Foi escolhido o modelo com tendência significativa, $p < 0,05$, e menor ordem, quando ocorreu semelhança entre dois modelos do ponto de vista estatístico. A transformação da variável ano (X) na variável ano centralizado (X – ponto médio do período) foi utilizada para reduzir a autocorrelação entre os termos da equação dos modelos de regressão polinomial. Como medida de precisão dos modelos foi utilizado o coeficiente de determinação (R^2).

4.8 Considerações éticas

Este estudo foi realizado através de base de dados secundários, disponibilizados pela SMS de Uberaba/MG. Os dados dos formulários provenientes do banco informatizado foram

manuseados apenas pela equipe da pesquisa (aluno e orientador). Os resultados foram divulgados na forma de consolidado, não contendo variáveis de identificação pessoal. Por este motivo, não se fez necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que as fichas já foram coletadas e arquivadas e o sigilo pessoal foi mantido. Ademais, neste caso, esta prática poderia trazer mais sofrimento para os pacientes e familiares, principalmente para os casos que teve como finalização o óbito. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) via Plataforma Brasil, sob parecer nº 1.060.226 e somente após sua aprovação foi iniciada a realização da pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 Completude do preenchimento dos formulários dos casos de tentativa de suicídio e óbitos por suicídio, registrados no SIM e SINAN

A completude dos campos da Ficha de Intoxicação Exógena e ficha de Violência Doméstica, sexual e/ou Outras Violências para os casos de tentativa e óbitos por suicídio e das DOs foi classificada como “excelente <5%, bom 5% a 10%, regular 10% a 20%, ruim 20% a 50% e muito ruim >50%” (ROMERO; CUNHA, 2007; OLIVEIRA et al., 2009).

Em relação à ficha de Intoxicação Exógena, campos importantes foram classificados com incompletude <5%, sendo identificação da unidade, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do endereço de residência, grupo de agente tóxico, via e tipo de exposição, classificação final e data do óbito. Poucos campos foram classificados como “bom” (5% a 10%), destacando-se a evolução do caso. Para a classificação “regular” (10% a 20%) foram campos voltados para dados do endereço da exposição. Os campos classificados como “ruim” foram a classificação do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento, além do campo gestante. Questões como a cor autoreferida, escolaridade, ocupação e diagnóstico final foram classificadas como “muito ruim” (QUADRO 4).

QUADRO 4 – Distribuição das variáveis selecionadas para o estudo dos casos de tentativa de suicídio da Ficha Individual de Intoxicação Exógena segundo a classificação da completude dos campos, Uberaba/MG

Completude	Variáveis
Excelente < 5%	Data da notificação, UF da notificação, município da notificação, identificação da unidade, data dos primeiros sintomas, nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, nome da mãe, UF da residência, município de residência, bairro de residência, logradouro residência, número residência, número do telefone, zona, país, data da investigação, grupo do agente tóxico, via de exposição, circunstância da exposição, tipo de exposição, tipo de atendimento, hospitalização, classificação final, critério de confirmação, data do óbito, comunicação de acidente de trabalho, data do encerramento
Bom 5% - 10%	Exposição/contaminação decorrente do trabalho, evolução do caso
Regular 10% - 20%	DDD do telefone, local de ocorrência da exposição, logradouro exposição, zona exposição, país exposição, tempo decorrido entre a exposição e o atendimento, número residência da exposição
Ruim 20% - 50%	Gestante, UF da exposição, município da exposição, nome do bairro de exposição, agente tóxico 1, classificação do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento, data da internação, UF do hospital, município de hospitalização, CNES do hospital, DDD da exposição, telefone da exposição

(Continuação)

Completo	Variáveis
Muito Ruim > 50%	Raça/cor, escolaridade, Cartão Nacional do SUS, distrito de residência, complemento residência, Geo campo 1, Geo campo 2, ponto de referência da residência, CEP da residência, ocupação, situação no mercado de trabalho, atividade econômica (CNAE), distrito da exposição, complemento residência exposição, agente tóxico 2, agente tóxico 3, princípio ativo 1, princípio ativo 2, princípio ativo 3, utilização, atividades exercidas na exposição atual, diagnóstico, CEP da exposição

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora.

A qualidade de completude do preenchimento das fichas de Violência para os casos de tentativa de suicídio, tiveram classificação “excelente” os dados de identificação pessoal como o nome, data de nascimento, endereço, especificação de deficiências e/ou transtornos (deficiências física, mental, visual e auditiva; transtorno mental e de comportamento), o tipo de violência sofrida e data do óbito (QUADRO 5).

Poucas variáveis foram identificadas como “bom” e “regular”, sendo alguns dados do endereço da ocorrência para a classificação “bom” e situação conjugal, existência de deficiência/transtorno e algumas consequências da violência para “regular” (QUADRO 5).

Foram consideráveis os campos com classificação “ruim” e “muito ruim”, podendo destacar se o caso já ocorreu outras vezes, natureza da lesão, lesão corporal, se tinha suspeita de uso de álcool, classificação final e evolução para a classificação “ruim”. As variáveis consideradas como “muito ruim”, foram a raça/cor, escolaridade, ocupação, dados do local da ocorrência (QUADRO 5).

QUADRO 5 – Distribuição das variáveis selecionadas para o estudo dos casos de tentativa de suicídio da Ficha Individual de Violência segundo a classificação da completude dos campos, Uberaba/MG

Completo	Variáveis
Excelente < 5%	Data da notificação, UF da notificação, município da notificação, identificação da unidade, data de nascimento, idade, iniciais nome da mãe, UF residência, município de residência, nome do bairro, nome do logradouro, nº residência, zona, país, deficiência física, deficiência mental, deficiência visual, deficiência auditiva, transtorno mental, transtorno de comportamento, zona da ocorrência, lesão autoprovocada, violência física, violência psicológica, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira, negligência, trabalho infantil, intervenção legal, outras violências, força corporal/espantamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, substância/objeto quente, envenenamento, arma de fogo, ameaça, outros meios de agressão, número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco, sexo do provável autor da agressão, violência relacionada ao trabalho, Comunicação de Acidente de Trabalho, data do óbito, data de encerramento, data da ocorrência

(Continuação)

Completude	Variáveis
Bom 5% - 10%	Telefone, UF da ocorrência, município de ocorrência, local da ocorrência
Regular 10% - 20%	Situação conjugal, deficiência/transtorno, consequência da violência gravidez, consequência da violência outras
Ruim 20% - 50%	Gestante, DDD do telefone, ocorreu outras vezes, consequência da violência DST, consequência da violência suicídio, consequência da violência transtorno mental, consequência da violência transtorno comportamental, consequência da violência estresse pós traumático, natureza da lesão, lesão corporal (parte do corpo atingida), uso de álcool, encaminhamento serviço de saúde, encaminhamento outros setores, circunstância da lesão, classificação final, evolução do caso
Muito Ruim > 50%	Raça/cor, escolaridade, Cartão Nacional do SUS, distrito de residência, bairro, complemento, Geo campo 1 residência, Geo campo 2 residência, ponto de referência da residência, CEP residência, data da investigação, ocupação, relações sexuais, deficiência específica, bairro de ocorrência, logradouro de ocorrência, número endereço ocorrência, complemento ocorrência, ponto de referência, hora da ocorrência, violência específica, agente específico da agressão, consequências específicas da violência, encaminhamento específico, Geo campo 3 ocorrência, Geo campo 4 ocorrência

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora.

Verificou-se em relação à completude de preenchimento dos formulários das DOs para os casos de suicídio, que as variáveis que tinham completude “excelente” foram relativas à identificação pessoal, como nome, data de nascimento, filiação, endereço de residência, e também a data do óbito, local de ocorrência, causa básica e linha A para identificação do CID. A raça/cor foi uma variável com completude classificada como “bom”. Teve classificação “regular” a variável ocupação (QUADRO 6).

Outras variáveis como a escolaridade e circunstância do óbito, foram classificadas como “ruim” e naturalidade, óbito de mulher em idade fértil, linhas B, C, D e linha II identificadas como “muito ruim” (QUADRO 6).

QUADRO 6 – Distribuição das variáveis selecionadas para este estudo da Declaração de Óbito, dos casos de suicídio, segundo a classificação da completude do preenchimento, Uberaba/MG

Completude	Variáveis
Excelente < 5%	Número DO, tipo de óbito, data do óbito, hora do óbito, nome, nome do pai, nome da mãe, data de nascimento, idade, sexo, código do estado de residência, código do município de residência, bairro de residência, endereço de residência, número da residência, código do país de residência, local da ocorrência, linha A, causa básica, data do atestado

(Continuação)

Compleitude	Variáveis
Bom 5% - 10%	Raça/cor, situação conjugal, CRM, óbito atestado por médico
Regular 10% - 20%	Ocupação, bairro de residência, endereço da ocorrência
Ruim 20% - 50%	Escolaridade, código do distrito de residência, número do endereço da ocorrência, assistência médica, necropsia, circunstâncias do óbito
Muito Ruim > 50%	Cartão Nacional do SUS, naturalidade, complemento da residência, CEP da residência, complemento da ocorrência, código do bairro da ocorrência, código do endereço da ocorrência, CEP da ocorrência, código do distrito da ocorrência, óbito da mulher em idade fértil, linha B, linha C, linha D, linha II, assinatura, contato, acidente de trabalho, fonte da informação, descrição do evento, endereço do acidente, data da investigação

Fonte: SIM, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora.

5.2 Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio em Uberaba/MG

5.2.1 Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio referente às notificações das Fichas de Intoxicação Exógena

Considerando o perfil epidemiológico para os 89 casos registrados de tentativa de suicídio nas Fichas de Intoxicação Exógena, observou-se que a faixa etária de maior incidência foi de 20 a 29 anos, com 25 casos (28,1%), seguido da faixa etária de 15 a 19 anos, com 17 casos (19,1%), o sexo feminino foi predominante em 68 casos (76,4%) (TABELA 1).

A zona de ocorrência foi 100% urbana e 80% dos casos de exposição foram na residência da própria vítima. As raças branca e parda foram as mais notificadas, respectivamente 18 (20%) e 16 (17,8%) casos, porém campos ignorados corresponderam a 53 casos (58,9%). A variável escolaridade apresentou 71,1% das informações registradas como ignoradas, impossibilitando a análise (TABELA 1).

Em relação ao agente tóxico a maior ocorrência registrada foi através do uso de medicamentos 65 (72,2%), seguida de raticida com 17 (18,9%). A via de exposição foi predominantemente digestiva com 87 (96,7%) registros. Além disso, o tipo de exposição foi agudo – único (85,6%) (TABELA 1).

Para a classificação final em que ocorreu somente exposição observou-se o maior número de notificações, 61 (68,5%). Para a evolução dos casos houve cura sem sequelas em 78 (86,7%), ressaltando que 5 casos (5,6%) foram a óbito por intoxicação exógena (TABELA 1).

TABELA 1 – Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios segundo a da Ficha de Intoxicação Exógena, Uberaba/MG

	N= 89	%
Faixa etária		
10 a 14 anos	7	7,9
15 a 19 anos	17	19,0
20 a 29 anos	25	28,1
30 a 39 anos	15	16,9
40 a 49 anos	15	16,9
50 a 59 anos	8	9,0
60 a 69 anos	1	1,1
70 a 79 anos	1	1,1
Sexo		
Masculino	21	23,6
Feminino	68	76,4
Raça/Cor		
Branca	18	20,2
Preta	3	3,4
Parda	16	18,0
Ignorado	52	58,4
Escolaridade		
4ª série completa do EF	2	2,2
5ª à 8ª série incompleta do EF	6	6,8
Ensino fundamental completo	9	10,1
Ensino médio incompleto	1	1,1
Ensino médio completo	4	4,6
Educação superior incompleto	1	1,1
Educação superior completo	1	1,1
Ignorado/Branco	65	73,0
Zona de residência		
Urbana	89	100
Local de exposição		
Residência	72	80,9
Ignorado	17	19,1
Agente tóxico		
Medicamento	65	73,0
Raticida	17	19,2
Produto de uso domiciliar	1	1,1
Cosmético/higiene pessoal	1	1,1
Outro	2	2,2
Em branco	3	3,4
Via de exposição		
Digestiva	86	96,6
Em branco	3	3,4
Tipo de exposição		
Aguda – única	76	85,4
Aguda – repetida	7	7,9
Crônica	1	1,1
Aguda sobre crônica	1	1,1

(Continuação)

	N= 89	%
Ignorado	4	4,5
Tipo de atendimento		
Hospitalar	55	61,8
Ambulatorial	34	38,2
Critério de Confirmação		
Laboratorial	3	3,4
Clínico-epidemiológico	18	20,2
Clínico	68	76,4
Classificação final		
Intoxicação confirmada	26	29,2
Só exposição	61	68,6
Ignorado	2	2,2
Evolução		
Cura sem sequelas	77	86,5
Óbito por intoxicação exógena	5	5,6
Ignorado	7	7,9

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora.

5.2.2 Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio das notificações da Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências

Em relação ao perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio registrados por meio das Fichas de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, dentre os 80 casos, observou-se que a faixa etária de maior incidência foi de 20 a 29 anos, com 21 casos (26,3%), seguida de 15 a 19 anos, com 19 (23,8%) e 30 a 39 anos com 17 (21,3%), não houve nenhum caso abaixo de 10 anos e nem acima de 70 anos. Houve predomínio do sexo feminino com 61 (76,3%), dos 80 casos registrados. Metade possuía situação conjugal declarada como solteiro, sendo 40 (50%), viúvo 5 (6,3%) e separado 1 (1,3%), já os que declararam casados/união consensual foram 19 casos (23,8%) (TABELA 2).

A zona de residência foram todas urbanas (100%) e o local de ocorrência predominante foi a própria residência com 68 (85,0%), seguido de via pública com 3 (3,7%). Aqueles que possuíam deficiência/transtorno corresponderam a 23 (28,7%) e 44 (55%) relataram nenhuma deficiência/transtorno. Para a variável Raça/Cor em 38 (47,5%) a informação foi ignorada, já os identificados com a cor predominou a parda, 18 (22,5%), seguida da branca com 17 (21,3%) (TABELA 2).

Em relação à escolaridade a informação ignorada correspondeu a 51 (63,7%) casos, impossibilitando a análise (TABELA 2).

TABELA 2 – Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios segundo a Ficha de Violência, Uberaba/MG

	N= 80	%
Faixa etária		
10 a 14 anos	3	3,8
15 a 19 anos	19	23,8
20 a 29 anos	21	26,2
30 a 39 anos	17	21,2
40 a 49 anos	9	11,2
50 a 59 anos	7	8,8
60 a 69 anos	4	5,0
Sexo		
Masculino	19	23,8
Feminino	61	76,2
Raça/Cor		
Branca	17	21,2
Preta	3	3,8
Parda	18	22,5
Ignorado	38	47,5
Em branco	4	5,0
Escolaridade		
1ª a 4ª série incompleta	1	1,3
4ª série completa do EF	1	1,3
5ª à 8ª série incompleta do EF	6	7,5
Ensino fundamental completo	9	11,2
Ensino médio incompleto	2	2,5
Ensino médio completo	5	6,3
Educação superior completo	1	1,3
Ignorado	51	63,6
Em branco	4	5,0
Zona de residência		
Urbana	80	100
Situação conjugal		
Solteiro	40	50,0
Casado/união consensual	19	23,7
Viúvo	5	6,3
Separado	1	1,3
Ignorado	15	18,7
Presença de deficiência/transtorno		
Sim	23	28,7
Não	44	55,0
Ignorado	13	16,3
Local da ocorrência		
Residência	68	85,0
Escola	1	1,3
Via pública	3	3,7
Outro	1	1,3
Ignorado	7	8,7

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora.

Houve 21 (26,3%) de tentativas de suicídio recorrentes, e o preenchimento da informação ignorada totalizou 27 (33,8%) comprometendo essa análise. A lesão foi autoprovocada em 100% dos registros, pois este era o critério de seleção para esse banco. A

natureza da lesão predominante foi a intoxicação em 26 (32,5%). As partes do corpo atingidas foram múltiplos órgãos/regiões em 21 (26,3%). A suspeita de uso de álcool foi positiva em 13 (16,3%), porém esta variável apresentou 25 (31,3%) com informação ignorada, o que dificulta essa análise em particular (TABELA 3).

Em relação à evolução, 55 (68,8%) evoluíram para alta e cinco casos (6,2%) foram a óbito por suicídio (TABELA 3).

TABELA 3 – Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios por autoextermínio da Ficha de Violência segundo à caracterização da lesão, evolução do caso e utilização de uso de álcool pelo agressor, Uberaba/MG

	N= 80	%
Ocorreu outras vezes		
Sim	21	26,2
Não	32	40,0
Ignorado	27	33,8
Lesão autoprovocada		
Sim	80	100,0
Natureza da lesão		
Contusão	9	11,2
Corte/perfuração/laceração	10	12,5
Entorse/luxação	4	5,0
Politraumatismo	1	1,3
Intoxicação	26	32,4
Queimadura	1	1,3
Outros	4	5,0
Não se aplica	8	10,0
Em branco	17	21,3
Parte do corpo atingida		
Cabeça/face	8	10,0
Pescoço	7	8,8
Medula/coluna	1	1,3
Abdome	1	1,3
Quadril/pelve	1	1,3
Membros superiores	6	7,4
Múltiplos órgãos/regiões	21	26,2
Não se aplica	17	21,2
Ignorado	1	1,3
Em branco	17	21,2
Suspeita de uso de álcool pelo agressor		
Sim	13	16,3
Não	42	52,4
Ignorado	25	31,3
Evolução		
Alta	55	68,8
Evasão/fuga	1	1,3
Óbito	5	6,2
Ignorado	2	2,5
Em branco	17	21,2

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora.

O meio de agressão utilizado predominantemente foi o envenenamento, com 21 (26,3%), seguido de medicamento 19 (23,8%). Foi criado o campo “medicamento” após minuciosa avaliação do campo “outros” onde constatou-se que em 19 casos foi utilizado os termos “medicação” e/ou “automedicação”. Os valores foram realocados após análise da variável para melhor classificação e identificação do meio da agressão (TABELA 4).

TABELA 4 – Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios da Ficha de Violência segundo o meio de agressão utilizado, Uberaba/MG

	N= 80	%
Meio da Agressão		
Força corporal/spancamento		
Sim	12	15,0
Não	68	85,0
Enforcamento		
Sim	5	6,2
Não	75	93,8
Objeto contundente		
Sim	2	2,5
Não	78	97,5
Objeto perfurocortante		
Sim	15	18,8
Não	65	81,2
Substância/objeto quente		
Sim	3	3,8
Não	77	96,2
Envenenamento		
Sim	21	26,2
Não	59	73,8
Arma de fogo		
Sim	1	1,3
Não	79	98,7
Ameaça		
Sim	3	3,8
Não	77	96,2
Medicamento		
Sim	19	23,8
Não	61	76,2
Outros		
Sim	9	11,2
Não	71	88,8

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora.

5.2.3 Perfil epidemiológico dos casos de suicídios referente às Declarações de Óbito

Verificou-se que entre 40 a 49 anos e 50 a 59 anos os mesmos percentuais 27,3% (3 casos), dos 11 óbitos registrados no ano de 2014, sendo no sexo masculino seis óbitos (54,5%) (TABELA 5).

A raça/cor predominante foi a branca com 5 casos (45,5%), seguida da parda com 3 casos (27,3%), por último a preta com 2 (18,2%). A escolaridade apresentou quatro casos (36,4%) com informação ignorada. Nas DOs preenchidas para essa informação verificou-se três casos (27,3%) com ensino superior completo e 2 casos (18,2%) com ensino fundamental completo. Em relação a situação conjugal os solteiros foram 4 (36,4%) e casados 6 (54,5%) (TABELA 5).

O local da ocorrência do óbito foi hospital o mais frequente com 5 casos (45,5%), domicílio e via pública com três casos cada (27,3%). A causa básica foi distribuída entre X63 a X83 de acordo com o CID 10, ocorrendo dois casos para cada um dos seguintes: X70.0 (lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação na residência), X70.4 (lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação na rua e estrada), X83.9 (lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios específicos em local não especificado). Os demais casos, corresponderam a 1 caso para cada CID a seguir: X63.9 (autointoxicação por exposição intencional a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo em local não especificado), X68.9 (autointoxicação por exposição intencional a pesticidas em local não especificado), X70.9 (lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação em local não especificado), X72.0 (lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão na residência) e X80.0 (lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de lugar elevado na residência) (TABELA 5).

TABELA 5 – Distribuição do perfil epidemiológico dos casos de suicídios das Declarações de Óbito, Uberaba/MG

	N= 11	%
Faixa etária		
20 a 29 anos	1	9,1
30 a 39 anos	2	18,1
40 a 49 anos	3	27,3
50 a 59 anos	3	27,3
60 a 69 anos	1	9,1
70 a 79 anos	1	9,1
Sexo		
Masculino	6	54,5
Feminino	5	45,5
Raça/Cor		
Branca	5	45,4
Preta	2	18,2
Parda	3	27,3
Ausente	1	9,1

(Continuação)

	N= 11	%
Estado civil		
Solteiro	4	36,4
Casado	6	54,5
Ignorado	1	9,1
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	2	18,2
Ensino médio completo	1	9,1
Educação superior incompleto	1	9,1
Educação superior completo	3	27,2
Ignorado	4	36,4
Local da ocorrência do óbito		
Hospital	5	45,4
Domicílio	3	27,3
Via pública	3	27,3
Causa básica – CID 10		
X63.9	1	9,1
X68.9	1	9,1
X70.0	2	18,2
X70.4	2	18,2
X70.9	1	9,1
X72.0	1	9,1
X80.0	1	9,1
X83.9	2	18,1

Fonte: SIM, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Cálculos realizados pela autora. . * Relação nominal da CID-10 no anexo D.

5.3 Coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade dos casos de suicídio, segundo sexo e faixa etária

No ano de 2014, o coeficiente de mortalidade para o sexo masculino foi ligeiramente maior do que para o sexo feminino em relação aos óbitos registrados nos formulários das DOs, sendo um total de 4,1 óbitos (100.000 hab./ano) e 3,2 óbitos (100.000 hab./ano), respectivamente (TABELA 6).

Em números absolutos entre os homens ocorreram 6 casos, destacando a faixa etária de 50 a 59 anos com 2 casos e entre as mulheres ocorreram 5 casos, destacando a faixa etária de 40 a 49 anos com 3 casos de suicídio. Já em relação à taxa de mortalidade por faixa etária foram maiores para os homens, com exceção da idade entre 40 e 49 anos (TABELA 6).

A razão da mortalidade por sexo revela que os homens são mais sujeitos de provocar o suicídio em relação às mulheres. Sendo a mortalidade 1,0 vez maior para a faixa etária de 30 a 39 anos e 2,2 vezes maior para a faixa etária de 50 a 59 anos (Tabela 06).

TABELA 6 – Distribuição dos coeficientes de mortalidade (100.000 hab./ano) por suicídio, segundo sexo, faixa etária e razão de sexo de acordo com o SIM, Uberaba/MG

Faixa etária	Masculino		Feminino		Razão de Sexo para mortalidade (M/F)
	Óbitos	Taxa de Mortalidade	Óbitos	Taxa de Mortalidade	
10 a 14 anos	0	0	0	0	-
15 a 19 anos	0	0	0	0	-
20 a 29 anos	01	3,5	0	0	0
30 a 39 anos	01	4,2	01	4,2	1,0
40 a 49 anos	0	0	03	13,3	-
50 a 59 anos	02	12,4	01	5,5	2,2
60 a 69 anos	01	10,8	0	0	0
70 a 79 anos	01	19,6	0	0	0
80 anos ou >	0	0	0	0	-
Total	06	4,1	05	3,2	1,3

Fonte: SIM, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Indicadores calculados pela autora.

Quanto às notificações de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, em relação ao gênero observou-se um número consideravelmente maior de tentativas para mulheres (60 casos) em relação aos homens (20 casos), num total de 3 casos para 1. Para o sexo feminino a ocorrência maior foi nas faixas etárias 15 a 19 anos (14 casos) e 20 a 29 anos (17 casos), já para os homens foi a faixa etária de 30 a 39 anos (9 casos) (TABELA 7).

Em consequência do maior número de casos de tentativas no sexo feminino, observou-se também maior taxa de mortalidade, sendo 2,6 óbitos (100.000 hab./ano) (distribuído em 4 casos nas faixas etárias 15 a 19, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos) e 0,7 óbitos (100.000 hab./ano), um caso para a faixa etária de 30 a 39 anos para o sexo masculino (TABELA 7).

A letalidade foi maior para a faixa etária de 50 a 59 anos, com 16,7%, para o sexo feminino e 11,1% para a faixa etária de 30 a 39 anos para o sexo masculino. A letalidade total, relativa a todas as faixas etárias foi de 6,7% para o sexo feminino e 5,0% para o sexo masculino (TABELA 7).

Em relação à incidência para o sexo feminino a faixa etária que mais se destacou foi de 15 a 19 anos com 115,8 casos (100.000 hab./ano), demonstrando que as jovens tentam mais em relação aos jovens do sexo masculino (40,1) da mesma faixa etária. Para o sexo masculino

a faixa etária de maior incidência foi de 30 a 39 anos com 38,1 casos (100.000 hab./ano), e 33,3 casos (100.000 hab./ano) para o sexo feminino na mesma faixa etária, sendo que esta foi à única faixa etária para o sexo feminino que ficou inferior ao masculino para a incidência. A razão de sexo para a incidência foi de 2,9 vezes maiores o risco das mulheres tentarem o suicídio do que os homens, destacando-se na faixa etária entre 40 e 49 anos onde as mulheres apresentam um risco de 7,2 vezes maior de tentar suicídio que os homens (TABELA 7).

TABELA 7 – Distribuição dos coeficientes de incidência de tentativa de suicídio, mortalidade (100.000 hab./ano) e letalidade por suicídio, das notificações de Violência com finalidade suicida segundo sexo e faixa etária, Uberaba/MG

Faixa etária	Masculino					Feminino					Razão de sexo para incidência (F/M)
	Nº de Casos	Óbitos	Mortalidade	Letalidade	Incidência	Nº de Casos	Óbitos	Mortalidade	Letalidade	Incidência	
10 a 14 anos	0	0	0	0	0	03	0	0	0	27,9	-
15 a 19 anos	05	0	0	0	40,1	14	01	8,3	7,1	115,8	2,9
20 a 29 anos	04	0	0	0	14,2	17	0	0	0	62,4	4,4
30 a 39 anos	09	01	4,2	11,1	38,1	08	01	4,2	12,5	33,3	0,9
40 a 49 anos	01	0	0	0	4,9	08	01	4,4	12,5	35,5	7,2
50 a 59 anos	01	0	0	0	6,2	06	01	5,5	16,7	32,9	5,3
60 a 69 anos	0	0	0	0	0	04	0	0	0	34,8	-
70 a 79 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
≥ 80 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Total	20	01	0,7	5,0	13,5	60	04	2,6	6,7	38,7	2,9

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Indicadores calculados pela autora

Quanto às notificações de Intoxicação Exógena, cuja finalidade era a tentativa de suicídio, em relação ao sexo observou-se resultados parecidos com as notificações de Violência por tentativa de autoextermínio, apresentando um número muito maior de tentativas para mulheres (68 casos) em relação aos homens (21 casos). Os dados apresentam uma população jovem tentando suicídio, onde no sexo feminino a maior ocorrência foi nas faixas etárias de 15 a 19 anos (16 casos) e de 20 a 29 anos (20 casos), já para os homens foram as faixas etárias de 20 a 29 e 30 a 39 anos com cinco casos cada. Não houve casos abaixo de 10

anos e nem acima de 80 anos. A partir dos 60 anos a tentativa de suicídio nesta ficha diminuiu consideravelmente (TABELA 8).

No sexo feminino, observou-se também maior taxa de mortalidade por tentativa de suicídio por intoxicação exógena, sendo 2,6 óbitos (100.000 hab./ano) e 0,7 óbitos (100.000 hab./ano) para o sexo masculino (TABELA 8).

A letalidade foi maior para a faixa etária de 60 a 69 anos no sexo feminino (100%), em que o único caso que ocorreu a tentativa de suicídio foi a óbito e para o sexo masculino foi a faixa etária de 30 a 39 (20%) (TABELA 8).

E relação à incidência para o sexo feminino a faixa etária que mais se destacou foi de 15 a 19 anos com 132,4 casos (100.000 hab./ano), demonstrando que as jovens tentam mais suicídio em relação aos jovens do sexo masculino 8,0 casos (100.000 hab./ano) da mesma faixa etária, o que foi constatado também na ficha de Violência. Para o sexo masculino a faixa etária de maior incidência foi de 10 a 14 anos com 26,4 casos (100.000 hab./ano), e 37,2 casos (100.000 hab./ano) para o sexo feminino na mesma faixa etária. A única faixa etária em que houve maior ocorrência nos homens foi 70 a 79 anos, sendo 19,6 casos (100.000 hab./ano) e nenhum caso para mulheres. A razão de sexo para a incidência total foi de 3,1 vezes maior o risco das mulheres tentarem o suicídio do que os homens (TABELA 8).

Após análise minuciosa do banco de dados constatou-se que nas especificações do campo “outros” continham muitas informações com a palavra “medicamento” ou “automedicação”. No total foram 19 classificações ditas como “outros” realocadas para o campo “medicação”. Com isto, verificou-se que o risco do sexo feminino provocar o autoextermínio por esse método foi 5,1 vezes maior que no sexo masculino. A faixa etária de maior preocupação foi de 15 a 19 anos para o sexo feminino, apresentando uma incidência de 49,1 casos (100.000 hab./ano). Dados não apresentados em tabela.

TABELA 8 – Distribuição dos coeficientes de incidência de tentativa de suicídio, mortalidade (100.000 hab./ano) e letalidade por suicídio, das notificações de Intoxicação Exógena com a finalidade suicida, segundo sexo e faixa, Uberaba/MG

	Masculino	Feminino	

Faixa etária	Nº de Casos	Óbitos	Taxa de Mortalidade	Letalidade	Incidência	Nº de Casos	Óbitos	Mortalidade	Letalidade	Incidência	Razão de sexo p/ incidência
10 a 14 anos	03	0	0	0	26,4	04	0	0	0	37,2	1,4
15 a 19 anos	01	0	0	0	8,0	16	01	8,3	6,3	132,4	16,5
20 a 29 anos	05	0	0	0	17,7	20	0	0	0	73,4	4,1
30 a 39 anos	05	01	4,2	20,0	21,1	10	01	4,2	10,0	41,6	1,9
40 a 49 anos	04	0	0	0	19,5	11	01	4,4	9,1	48,8	2,5
50 a 59 anos	02	0	0	0	12,4	06	0	0	0	32,9	2,6
60 a 69 anos	0	0	0	0	0	01	01	8,7	100,0	8,7	-
70 a 79 anos	01	0	0	0	19,6	0	0	0	0	0	0
80 ou >	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Total	21	01	0,7	4,8	14,2	68	04	2,6	5,9	43,9	3,1

Fonte: SIM, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Indicadores calculados pela autora. Nº Casos = Número de Casos.

5.4 Razão de incidência por sexo e faixa etária para os casos de suicídio e tentativa de suicídio no SINAN

A razão de incidência para os casos de suicídio e tentativa de suicídio, das fichas de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências para o ano de 2014, apresentou taxas superiores nas mulheres em relação aos homens para ambos os casos (TABELA 09).

Para os casos de tentativa de suicídio constatou-se que a faixa etária de maior incidência na população feminina foi 15 a 19 anos com 115,8 casos (100.000 hab./ano), enquanto a masculina para a mesma faixa etária foi de 40,1 casos (100.000 hab./ano). A população masculina obteve taxas maiores de incidência que a feminina somente na faixa etária de 30 a 39 anos com 38,1 casos (100.000 hab./ano). A razão total de incidência das mulheres tentarem suicídio em relação aos homens foi de 2,9 vezes (TABELA 09).

Dentre os 60 casos femininos de tentativa de suicídio, a incidência foi de 38,7 casos (100.000 hab./ano). No sexo masculino 20 pessoas tentaram o suicídio, sendo 13,5 casos (100.000 hab./ano). A razão de incidência foi de 2,9 vezes maior o risco de mulheres concretizarem o suicídio em relação aos homens (TABELA 09).

TABELA 09 – Distribuição do número de casos, incidência (por 100.000 hab.) e razão de incidência para os casos de tentativa de suicídio das notificações de Violência segundo sexo e faixa etária, Uberaba/MG

Tentativas de Suicídio					
Faixa etária	Número de Casos Masculinos	Incidência Sexo Masculino	Número de Casos Femininos	Incidência Sexo Feminino	Razão de Sexo para incidência (F/M)
10 a 14 anos	0	0	3	27,9	-
15 a 19 anos	5	40,1	14	115,8	2,9
20 a 29 anos	4	14,2	17	62,4	4,4
30 a 39 anos	9	38,1	8	33,3	0,9
40 a 49 anos	1	4,9	8	35,5	7,3
50 a 59 anos	1	6,2	6	32,9	5,3
60 a 69 anos	0	0	4	34,8	-
Total	20	13,5	60	38,73	2,9

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Indicadores calculados pela autora.

Para os casos de tentativa de suicídio constatou-se maior incidência na população feminina entre 15 e 19 anos, sendo 132,4 casos (100.000 hab./ano), enquanto que na população masculina para a mesma faixa etária foi de 8,0 casos (100.000 hab./ano). Sendo que há 16,5 vezes maior o risco do sexo feminino tentar o suicídio em relação ao sexo masculino para esta faixa etária. A população masculina obteve taxas maiores de incidência que a feminina somente na faixa etária de 70 a 79 anos com 19,6 casos (100.000 hab./ano). As mulheres possuem 3,8 vezes mais risco de suicidar em relação aos homens (TABELA 10).

Dentre os 68 casos femininos de tentativa de suicídio, quatro foram a óbito, apresentando incidência total de 2,6 casos (100.000 hab./ano). No sexo masculino 21 pessoas tentaram o suicídio, destes um foi a óbito. As mulheres possuem 3,8 vezes mais risco de concretizar o suicídio em relação aos homens (TABELA 10).

TABELA 10 – Distribuição do número de casos, incidência (por 100.000 hab.) e razão de incidência para os casos de suicídios e tentativas de suicídios das notificações de Intoxicação Exógena, segundo sexo e faixa etária, Uberaba/MG

Tentativa de Suicídio	Suicídio
------------------------------	-----------------

Faixa etária	Número de casos masculino	Incidência Masculina	Número de casos Feminino	Incidência Feminina	Razão de Incidência para sexo (F/M)	Número de casos Masculino	Incidência Masculina	Número de casos Femininos	Incidência Feminina	Razão de sexo para Incidência (F/M)
10 a 14 anos	3	26,4	4	37,2	1,4	0	0	0	0	-
15 a 19 anos	1	8,0	16	132,4	16,5	0	0	1	8,3	-
20 a 29 anos	5	17,7	20	73,4	4,1	0	0	0	0	-
30 a 39 anos	5	21,1	10	41,6	2,0	1	4,2	1	4,2	1,0
40 a 49 anos	4	19,5	11	48,8	2,5	0	0	1	4,4	-
50 a 59 anos	2	12,4	6	32,9	2,7	0	0	0	0	-
60 a 69 anos	0	0	1	8,7	-	0	0	1	8,7	-
70 a 79 anos	1	19,6	0	0	0	0	0	0	0	-
Total	21	14,2	68	43,9	3,1	1	0,7	4	2,6	3,8

Fonte: SINAN, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Indicadores calculados pela autora.

5.5 Cobertura dos óbitos por suicídio no SIM comparado com o SINAN

Para a comparação de cobertura dos óbitos por suicídio nas fichas do SINAN e do SIM para o ano de 2014, verificou-se que nas fichas do SINAN registraram-se sete óbitos, enquanto na ficha do SIM foram 11 óbitos (causa básica). Dos 11 óbitos, 7 (63,6%), foram registrados nos dois sistemas. Além disso, foram encontrados 4 óbitos que não estão dentro da causa básica (X60 a X84), porém constam nas fichas de Violência e Intoxicação Exógena como tentativa de suicídio (QUADRO 07).

No quadro 7 os pacientes foram identificados através de letras, seguido do código da 10ª CID especificado no formulário, verificou-se controvérsias em relação a alguns casos entre os bancos de dados (QUADRO 07).

O paciente “A”, foi cadastrado nas fichas de Violência e Intoxicação Exógena por suicídio devido a envenenamento (Y19.9), mas na DO consta o CID R99.0, que corresponde a outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade, sendo assim este CID não está dentro da causa básica para suicídio em nenhum dos bancos (QUADRO 07).

O paciente denominado “B” foi cadastrado nas fichas de Violência e Intoxicação Exógena devido ao suicídio através de intoxicação (T50.9), porém na DO não foi encontrado com a causa básica codificada de X60 a X84, que trata de lesões autoprovocadas intencionalmente e sim com o CID Y19.9 (envenenamento por exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada).

Novamente o CID não está dentro da causa básica para suicídio em nenhum dos bancos (QUADRO 07).

O único paciente que se repetiu nas três fichas com o CID classificado como lesão autoprovocada intencionalmente foi o paciente “C” (X68.9): autointoxicação por exposição intencional a pesticidas em local não especificado.

Em relação ao paciente “D”, notificado apenas na ficha de Intoxicação Exógena devido à intoxicação (T44.9), o CID na DO consta J69.0 (pneumonite devida a alimento ou vômito) (QUADRO 07).

O paciente “E”, notificado apenas na ficha de Intoxicação Exógena devido a autointoxicação (X61.0) com finalidade suicida, o CID na DO consta R57.9 (choque não especificado) (QUADRO 07).

Ainda foi encontrado o paciente “F” na ficha de Violência com CID X80.0 (lesão autoprovocada por precipitação de local elevado) e mesmo diagnóstico na DO, além do paciente “G” com CID X70.9 (enforcamento) também com o mesmo diagnóstico na DO.

QUADRO 07 – Distribuição dos óbitos identificados como suicídio nos Sistemas de Informação SIM e SINAN segundo a codificação da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID), Uberaba/MG

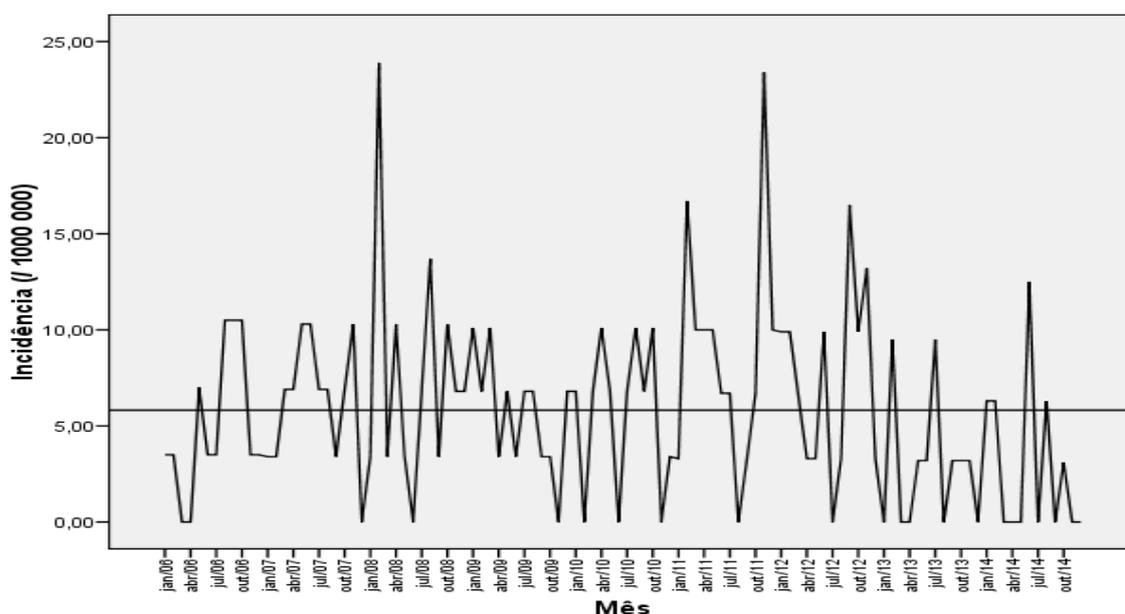
Óbitos por Suicídio		
DO (SIM)	Intoxicação Exógena (SINAN)	Violência (SINAN)
A (R9.90)	A (Y1.99)	A (Y1.99)
B (Y1.99)	B (T5.09)	B (T5.09)
C (X68.9)	C (X68.9)	C (X68.9)
D (J69.0)	D (T44.9)	-
E (R57.9)	E (X61.0)	-
F (X80.0)	-	F (X80.0)
G (X70.9)	-	G (X70.9)
H (X63.9)	-	-
I (X70.0)	-	-
J (X70.0)	-	-
K (X70.4)	-	-
L (X70.4)	-	-
M (X72.0)	-	-
N (X83.9)	-	-
O (X83.9)	-	-

Fonte: SINAN; SIM, 2015 – SMS de Uberaba/MG. Obs: Descrição do CID vide anexo D.

5.6 Tendência temporal do suicídio entre 2006 e 2014 por meio dos indicadores de mortalidade

A figura 1 apresenta a evolução temporal mensal da incidência (1.000.000 hab.) de óbitos por suicídio. As incidências de óbitos variaram entre 0,0 e 23,9 óbitos por milhão, com média de 5,8 e mediana de 6,3 óbitos por milhão de habitantes no período. Como se pode perceber na figura abaixo, não há tendência evidente de crescimento ou diminuição de casos ao longo do tempo (FIGURA 1).

Figura 1 - Evolução temporal (mensal) da incidência de óbitos (por 1.000.000 habitantes) por suicídio no município de Uberaba/MG, de 2006 a 2014

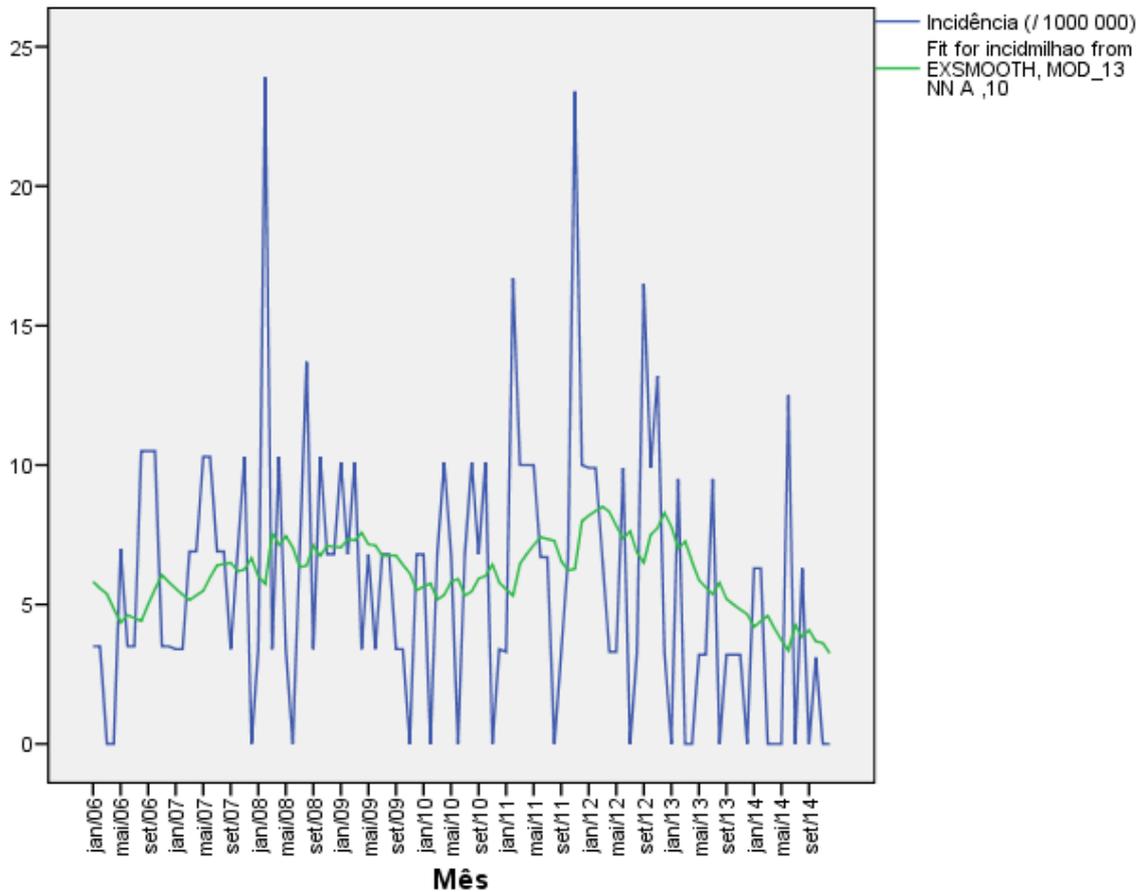


Fonte: Do Autor, 2015.

Como não se detectou a presença de tendência, sazonalidade ou quaisquer processos autoregressivos ou médias móveis, optou-se apenas por suavizar a série, empregando-se, para tanto, o procedimento de alisamento ou suavização exponencial, como indicado na Figura 2. O gráfico apresenta a evolução temporal por mês da incidência de óbitos (1.000.000 hab.) e valores obtidos por modelo de alisamento exponencial de óbitos por suicídio com curva oscilando em torno do valor médio. O parâmetro de alisamento utilizado foi $\alpha = 0,1$ (FIGURA 2).

Com efeito, dada à natureza intrinsecamente errática e aleatória da ocorrência de suicídio, não se esperava *a priori* qualquer comportamento sazonal, como acontece em doenças infecciosas de transmissão dependente de contato entre as pessoas (FIGURA 2).

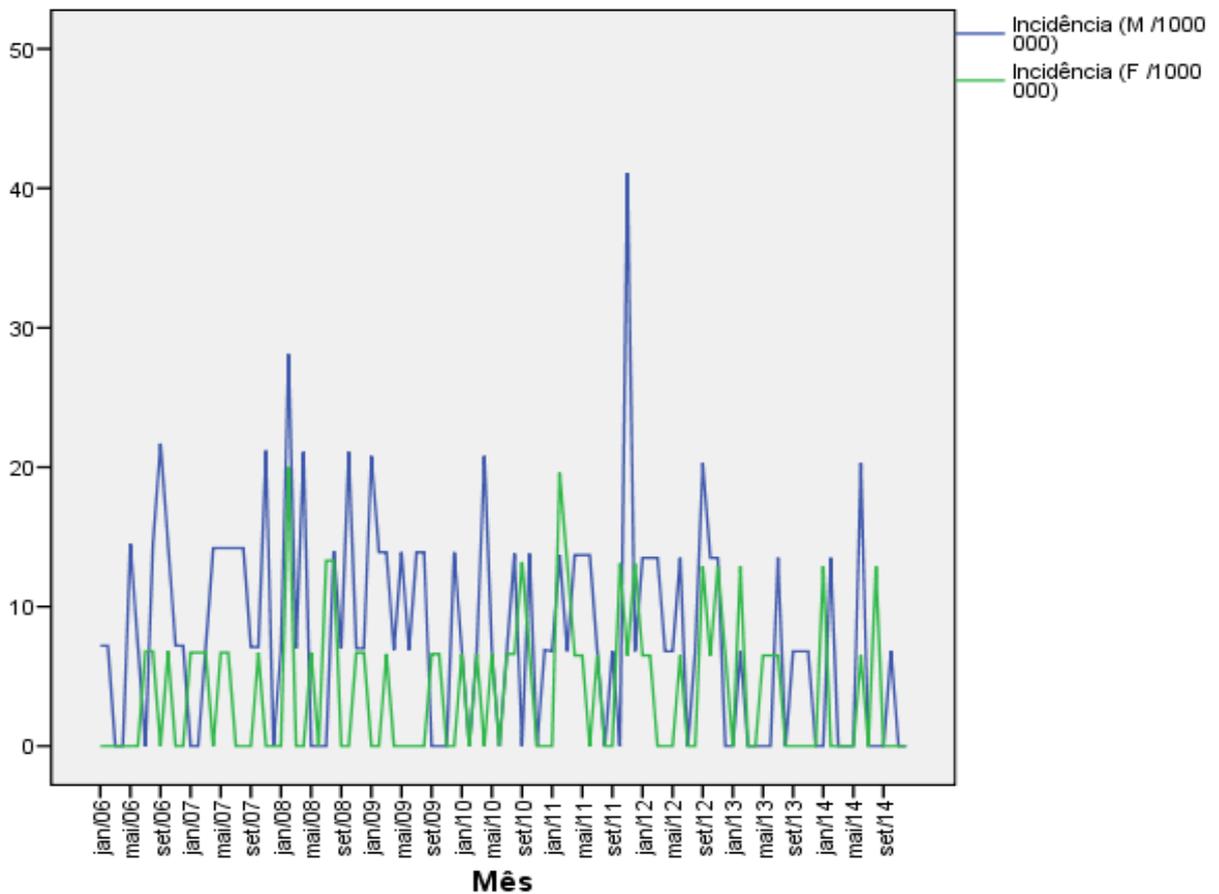
Figura 2 - Evolução temporal (mensal) da incidência de óbitos (por 1.000.000 habitantes) e do valor obtido por alisamento exponencial dos óbitos por suicídio em Uberaba/MG, entre 2006 e 2014



Fonte: Do Autor, 2015.

As incidências, para os homens, variaram entre 0,0 e 41,1 casos por milhão, com média de 8,0 e mediana de 6,9 casos por milhão de habitantes no período. Para as mulheres, a incidência variou entre 0,0 e 20,0 óbitos por milhão, com média de 3,8, mediana e moda de 0,0. De acordo com a análise da evolução temporal mensal entre 2006 e 2014 não houve tendência evidente de crescimento ou diminuição de óbitos por suicídio segundo sexo no período de estudo (FIGURA 3).

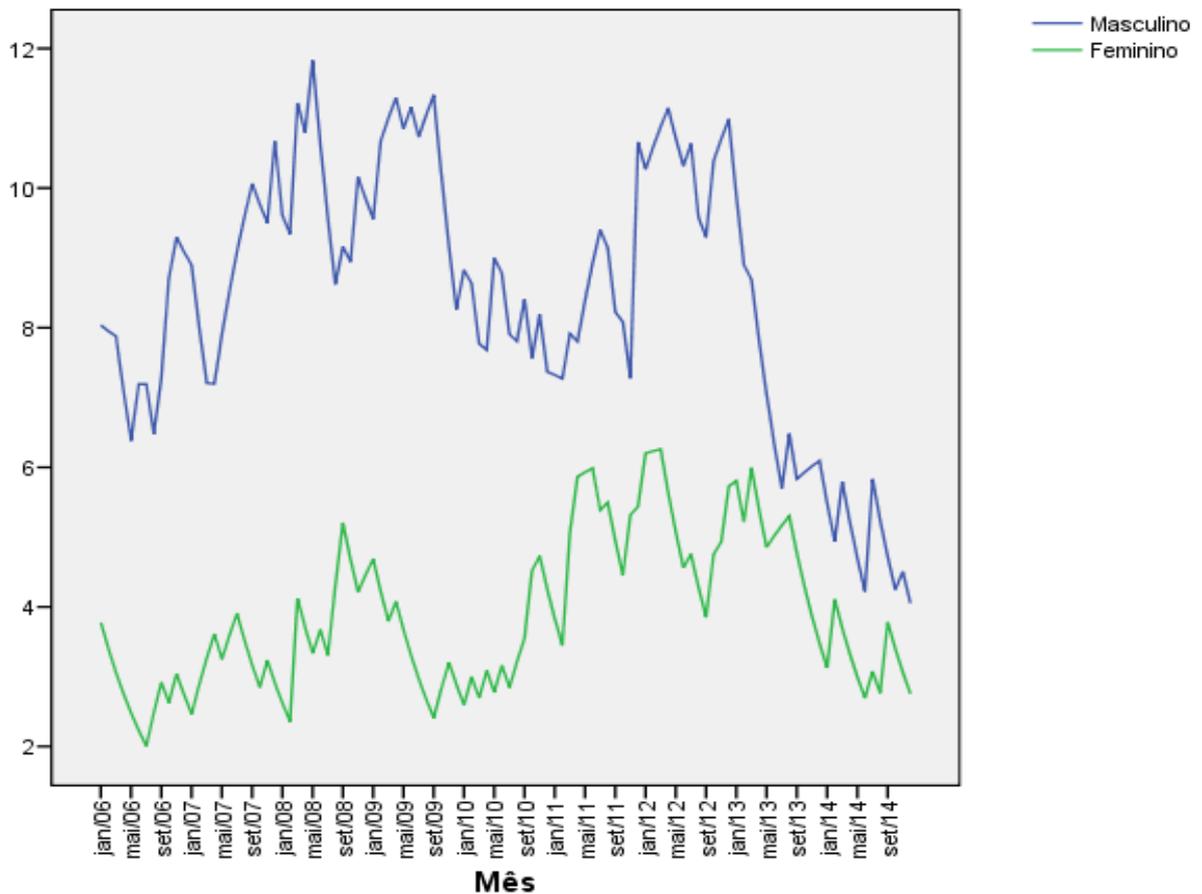
Figura 3 - Evolução temporal (mensal) da incidência (por 1.000.000 habitantes) de óbitos por suicídio, para sexo masculino (M) e feminino (F) em Uberaba/MG, no período entre 2006 e 2014



Fonte: Do Autor, 2015.

Como não se detectou a presença de tendência, sazonalidade ou quaisquer processos autoregressivos ou médias móveis, optou-se apenas por suavizar a série, empregando-se, para tanto, o procedimento de alisamento ou suavização exponencial, como indicado na Figura 4 seguinte. O gráfico apresenta a evolução temporal mensal da incidência de óbitos, por sexo (1.000.000 hab.) obtidos por modelo de alisamento exponencial de óbitos por suicídio. O parâmetro de alisamento utilizado foi $\alpha = 0,1$ (FIGURA 4).

Figura 4 - Evolução temporal (mensal) da incidência ajustada por alisamento exponencial (por 1.000.000 habitantes) de óbitos por suicídio do sexo masculino e feminino em Uberaba/MG, entre 2006 e 2014.



Fonte: Do Autor, 2015.

Analisou-se também a tendência anual de taxa de mortalidade por suicídio entre 1996 e 2014 (FIGURA 5).

A série temporal (anual) da taxa de mortalidade (100.000 hab./ano) por suicídio, no período de 2006 a 2014, apresentou mortalidade após suavização exponencial alfa 0,1 entre 5,80 óbitos para o ano de 1997 e 7,18 óbitos para o ano de 2012 (FIGURA 5).

O modelo matemático da equação apresentou $R^2 = 72,73\%$ que é ajustável ao modelo do gráfico, conforme equação abaixo:

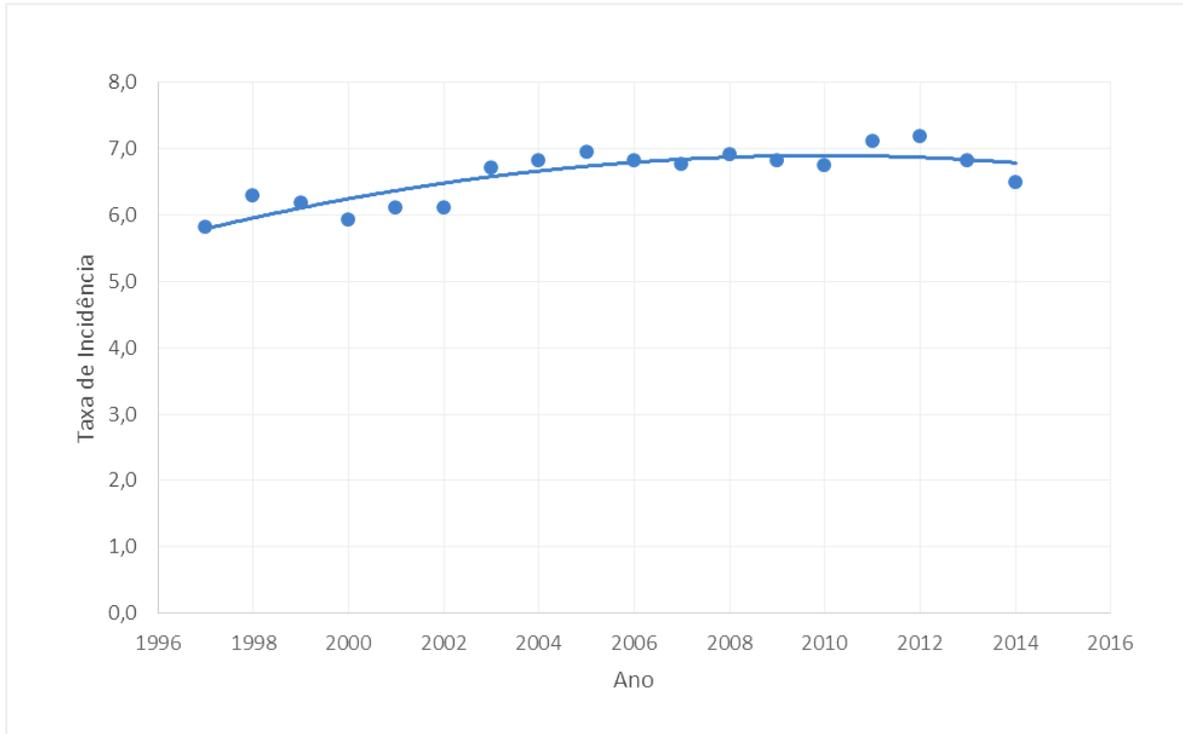
$$Y = 6,733 + 0,065 (X - 2005) - 0,007 (X - 2005)^2$$

$$R^2 = 72,73\%$$

A equação indica que taxa de mortalidade foi de 6,733 por 100.000 hab./ano com tendência crescente de 0,065 ao ano e aceleração negativa de 0,007 ao ano (FIGURA 5).

Figura 5 – Série temporal (anual) da taxa da mortalidade (100.000 hab./ano) por suicídio ajustada pelo modelo de regressão polinomial em Uberaba/MG, no período entre 1996 e

2014



Fonte: Do Autor, 2015.

6. DISCUSSÃO

Na análise da incompletude das informações sobre as notificações realizadas no ano de 2014 das fichas de Violência, Intoxicação Exógena e nas Declarações de Óbito constatou-se que houve muitos campos com registro ignorado/branco para algumas variáveis, dificultando uma avaliação mais detalhada do perfil epidemiológico das tentativas de suicídio e suicídio. A qualidade das informações auxilia na identificação do perfil da população suicida, e no desenvolvimento de estratégias para enfrentamento na saúde pública. Dessa forma o SINAN e o SIM ficam prejudicados na sua função principal de gerar informações para o planejamento e reorganização da assistência à saúde. A avaliação do perfil epidemiológico através de formulários padronizados a nível nacional pode não retratar a realidade de todas as informações necessárias devido à incompletude no preenchimento das informações.

Na ficha de Intoxicação Exógena, verificou-se que as perguntas relativas à identificação do paciente, como nome, data de nascimento, nome da mãe, idade, sexo, dados da residência e via de exposição apresentaram completude excelente. Já as variáveis como escolaridade e raça/cor para esta ficha, que poderiam indicar desigualdades sociais, tiveram completude muito ruim. Barbosa (2013) relata que o preenchimento inadequado dos campos que compõem a ficha de notificação/investigação epidemiológica pode gerar um grande quantitativo de dados ignorados/branco, assim como o preenchimento incorreto, que pode levar a incoerências com outros campos adjacentes. A capacidade de cálculo de indicadores epidemiológicos específicos fica ameaçada devido à incompletude de determinados campos, mascarando informações que verificam a qualidade da assistência prestada. São os casos das variáveis raça e escolaridade, que geralmente apresentam preenchimentos menores do que 20% em muitos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, prevalecendo a realidade de uma completude qualificada como ruim a muito ruim em diversas regiões do país para essa informação.

Na ficha de Violência ocorreu também a classificação excelente para completude dos dados de identificação do paciente, além da identificação de deficiências e/ou transtornos (deficiências física, mental, visual e auditiva; transtornos mentais e de comportamento), o tipo de violência sofrida e data do óbito. As variáveis: se o caso ocorreu outras vezes, natureza da lesão, suspeita de uso de álcool, classificação final e evolução do caso tiveram classificação de preenchimento ruim. Para a classificação muito ruim, ficou a raça/cor, escolaridade,

ocupação, dados do local da ocorrência; sendo que muitas dessas variáveis poderiam indicar possíveis desigualdades sociais.

Também para as Declarações de Óbito verificou-se que apenas dados de identificação pessoal (nome, data de nascimento, filiação, endereço de residência) possuem completude excelente. Nesta classificação também constava a data do óbito, local de ocorrência, causa básica e linha A para identificação do CID. As linhas B, C, D e linha II tiveram classificação muito ruim, o que impossibilita identificar as causas antecedentes que levaram ao óbito da linha A. Outra vez a escolaridade apresentou classificação ruim, não permitindo avaliação confiável em nenhum dos três bancos de dados.

Essa realidade de incompletude de campos dos SIS também foi vista no estudo de Alvares et al. (2015) onde uma pesquisa sobre a qualidade dos dados de diversos SIS, realizados no Brasil, observou-se uma distribuição heterogênea do grau de completude das variáveis contidas nas fichas do SINAN, com melhores índices de preenchimentos no bloco de identificação do paciente e regular para o de acompanhamento do caso.

Verificou-se uma dificuldade de um modo geral nas duas fichas do SINAN e na Declaração de óbito do SIM, na descrição melhor dos casos, principalmente quando se trata de dados mais abrangentes do perfil como descrição do evento (SIM), raça/cor e escolaridade (SINAN), os dados estavam mais completos para os campos de identificação pessoal. Pode-se levantar algumas hipóteses do porque do não preenchimento de todos os campos das fichas, como por exemplo, o não preenchimento no exato momento em que o paciente se encontra na unidade de saúde e sim após a saída do mesmo; ou nos casos que vão a óbito, as informações forem colhidas por familiares e não com o próprio paciente. Sendo assim, o profissional não terá todos os dados de acordo com as questões levantadas pelos formulários, reforçando o melhor preenchimento de dados de identificação pessoal, as quais apresentam-se como obrigatórias no momento da admissão e má qualidade nos demais dados que exigem entrevista do paciente e seguimento do caso.

Outro questionamento a ser levantado é a capacidade dos profissionais para preenchimento e entendimento da importância da notificação para os sistemas de saúde. Provavelmente são incipientes as capacitações e conscientização para o desenvolvimento de um trabalho adequado relativo às notificações e registros.

Há que se considerar também o tempo gasto pelos profissionais da saúde para o preenchimento dos formulários, que geralmente são extensos e requerem seguimento dos casos para conclusão do evento, concorrendo com a demanda de atendimento de pacientes nas

unidades de saúde que geralmente é grande. A realidade são unidades de saúde lotadas de pacientes a espera de atendimento e com poucos profissionais, além de más condições de trabalho, o que complica ainda mais o preenchimento das notificações, pois muitos pacientes podem passar pelos serviços de assistência à saúde sem serem notificados, ou quando o são, apresentam má qualidade nos dados coletados, pois o profissional acaba fazendo o preenchimento pela obrigatoriedade e não pela importância deste para a saúde pública.

De acordo com Alvares et al. (2015) é visto que as fichas de notificação e investigação do SINAN apresentam um quantitativo expressivo de campos. No entanto, apesar da prerrogativa de que todos os campos devam ser preenchidos, os mecanismos do sistema que reforçam essa obrigatoriedade atingem apenas os campos chave e obrigatórios. Sendo assim a maioria das variáveis são campos essenciais, ou seja, o seu preenchimento, apesar de importante para cálculos de indicadores epidemiológicos, não são obrigatórios para a entrada no sistema. Essa característica, somada ao volume de campos e à falta de critérios predefinidos para a inclusão de variáveis nas fichas, concorrem para a falta de preenchimento ou pela opção de informação ignorada por parte dos notificadores. Ademais, o fato das fichas utilizadas no SINAN serem muitas vezes abrangentes para várias facetas do mesmo agravo, como no caso dos diversos tipos de violência e de intoxicações, pode contribuir para a falta de estímulo ao preenchimento, devido a muitas questões não serem pertinentes ao caso em específico, tomando tempo desnecessário do profissional que deve ler toda a ficha de investigação individual para preenchê-la.

Em um estudo realizado Souza et al. (2015) verificou-se que em 291 serviços de saúde (SS) no estado de São Paulo a maioria referiu preencher a ficha de notificação compulsória, porém mencionaram várias dificuldades para fazê-lo, especialmente relacionadas à sobrecarga de trabalho dos profissionais e à incompreensão acerca da importância dessa notificação no contexto da atenção integral. Há a necessidade de estratégias para melhorarem a formação continuada dos profissionais, para que possam utilizar a ficha de notificação como parte do atendimento, bem como a devida valorização desse atendimento dentre as várias atribuições dos SS.

É necessário lembrar que ao realizar uma análise de dados secundários dos SIS deve-se ressaltar de acordo com Kuczynski (2014), quando dados sobre suicídio são analisados, deve-se considerar as altas taxas de subnotificação, decorrente de diversos fatores, que vão desde o pedido da família para que a causa da morte seja adulterada na certidão de óbito até a existência de cemitérios clandestinos.

Quanto ao perfil epidemiológico das notificações ocorreram 89 casos registrados de tentativa de suicídio por intoxicação exógena e destes 5 foram a óbito. A população que tenta suicídio foi predominantemente de adolescentes e adultos jovens e que mulheres tentaram mais suicídio que homens. Segundo Vidal et al. (2013), na Europa observaram-se taxas médias de 160 tentativas de suicídio por 100 mil homens e de mais de 200 tentativas de suicídio por 100 mil mulheres, corroborando com os resultados desse estudo.

Constatou-se também que as mulheres, por tentarem mais suicídio por intoxicação exógena, conseguiram concretizar o suicídio mais que homens, apresentando letalidade de 5,9% no sexo feminino e 4,8% no sexo masculino, segundo dados do SINAN. De acordo com Vieira, Santana, Suchara (2015) a letalidade está diretamente relacionada à preferência do gênero na escolha do método suicida. O predomínio do sexo feminino para os casos de autoenvenenamento é constantemente relatado na literatura.

Segundo Vidal et al. (2013), os homens cometem mais suicídio do que as mulheres e os métodos utilizados são de alto grau de letalidade, como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de locais elevados. Em relação às mulheres, apresentaram maior número de tentativas de suicídio através de ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas, o que também foi observado neste estudo.

Cardoso et al. (2012), relatam que no Brasil, os homens se suicidam mais que as mulheres e a faixa etária mais acometida é de 15 a 34 anos, sendo o meio mais utilizado o enforcamento tanto em homens quanto em mulheres.

De acordo com Braga, Dell'Aglio (2013) para as mulheres, as tentativas de suicídio geralmente ocorrem por ingestão excessiva de medicamentos ou venenos, o que vai de encontro aos dados deste estudo. Nesse estudo, houve maior destaque para a incidência devido ao uso de medicação, o qual foi inserido após análise do campo "outros" conter descrições sobre uso abusivo de medicações para tentativa de suicídio. Verificou-se alta incidência principalmente na população feminina de 15 a 19 anos com 49,6 casos/100.000 hab.ano, provavelmente devido à facilidade de acesso aos medicamentos em casa. A incidência total para esse meio de agressão foi de 10,3 tentativas de autoextermínio/100.000 hab.ano para o sexo feminino e 2,0 tentativas de autoextermínio/100.000 hab.ano para o sexo masculino. O sexo feminino tentou mais suicídio do que homens por esse meio de agressão, a razão de incidência entre sexo foi de 5,1 vezes maior.

Verificou-se a necessidade de ser inserido um campo contendo a descrição "uso de medicação" para os meios de agressão da ficha de violência, pois atualmente são informados

no campo “outros” que somente após análise individual das descrições é que consegue realizar um levantamento do número de casos acometidos por esse tipo de agressão. Sendo um meio de utilização muito relevante para a descrição do evento, sugere-se que esse dado seja incluído nesta ficha de notificação como opção de campo de preenchimento, pois atualmente a análise sobre os meios de agressão preferenciais fica prejudicada.

A intoxicação exógena com finalidade suicida devido ao uso de medicamentos principalmente para o sexo feminino também foi verificada em um estudo realizado por Costa et al. (2015) onde identificaram uma maioria dos óbitos por enforcamentos (51,4%) e de internações por intoxicações exógenas (69,0%) para tentativas de suicídio. Além disso, os métodos utilizados por quem pensa em suicidar-se dependem muitas vezes da disponibilidade dos meios, a ingestão de medicamentos em excesso representa uma das formas mais frequentes de tentativas de suicídio, especialmente entre mulheres e idosos pela facilidade de acesso.

De acordo com Mota et al. (2012) características e variações na mortalidade por intoxicação devido ao uso de medicamentos no Brasil com finalidade suicida pode ser um reflexo do padrão de consumo dos medicamentos no país, atrelado à necessidade de aprimoramento das políticas de vigilância sanitária. A maioria dos óbitos foi por intoxicação intencional por anticonvulsivantes, sedativos, antiparkinsonianos e psicotrópicos.

De acordo com Braga, Dell’Aglío (2013) o nível socioeconômico e o nível de escolaridade baixos constituem fatores que influenciam nas tentativas de suicídio. Porém nesse estudo essa análise não foi possível, pois em relação à escolaridade dos casos de tentativa de suicídio por intoxicação exógena, 65 (73,0%), apresentaram campos branco/ignorados destacando uma grande limitação dos SIS.

O local de exposição por intoxicação exógena, geralmente foi a residência, devido à facilidade em acesso aos meios para a realização de tentativa de suicídio, correspondendo a 65 (73%) através de medicamentos, seguida de raticidas com 17 (19,2%). Isto não significa que é a principal via causadora de óbitos, mas sim que demanda maior atendimento nos serviços de saúde. A via de exposição predominante neste estudo foi a digestiva, 86 (96,6%) e geralmente única com 76 (85,4%). De acordo com Seleglim et al. (2012), o local de residência está associado à tentativa de suicídio, principalmente através do uso de agrotóxicos em regiões menos urbanizadas, por apresentarem mais facilidade de contato com estes agentes.

Nas fichas de Violência, registraram-se 80 casos para o ano de 2014 por tentativa de autoextermínio e destes 5 foram a óbito, sendo que a proporção de mulheres que tentaram o

suicídio foi maior que homens, respectivamente 61 casos (76,2%) e 19 casos (23,8%). A faixa etária de maior ocorrência foi de 20 a 29 anos (26,2%), seguida de 15 a 19 anos (23,8%), o que confirma que a faixa etária que tenta suicídio é predominantemente jovem. Em relação à escolaridade dos casos de Violência por autoextermínio, a maioria desta informação 55 casos (68,6%), também foi de ignorados/branco.

A maioria das ocorrências de violência autoprovocada foi na própria residência da vítima com 68 casos (85%), envolvendo pessoas solteiras com 40 casos (50%), viúvos (6,3%) e separados (1,3%), totalizando 46 casos (57,6%) sem envolvimento conjugal declarado. Isso demonstra que pessoas que estão sem um parceiro possuem maior chance para tentativa de suicídio/suicídio, pois os casados correspondem a uma parcela bem inferior, sendo 19 casos (23,7%) notificados. Esses dados vão de encontro à pesquisa feita por Vidal, Gontijo, Lima (2013) realizado em Barbacena/MG em que as tentativas de suicídio foram mais frequentes entre os solteiros e pessoas mais jovens. Em outro estudo realizado por Baptista (2012) também apresentou maior probabilidade de solteiros cometerem o suicídio. Em um estudo realizado na região sul do Brasil no ano de 2009, as principais características sociodemográficas das pessoas que cometeram suicídio foram baixo nível educacional e estado civil solteiro (SILVEIRA, SANTOS, FERREIRA, 2012). Em relação ao nível educacional em nosso estudo não pode ser verificado devido à incompletude desta informação.

A natureza da lesão mais informada, nas fichas de Violência foi a intoxicação com 26 (32,4%), seguida de corte/perfuração com 10 (12,5%). Em relação ao meio de agressão, o envenenamento ficou com 21 (26,2%), seguido de medicamento com 19 (23,8%). Isto reforça que o acesso fácil a esses métodos influencia para a tentativa de suicídio e a restrição com medidas de vigilância sanitária e ambiental poderiam ser passíveis de prevenção. Esses dados são confirmados no estudo de Vieira, Santana, Suchara (2015) em que os principais agentes de autoextermínio são os agrotóxicos e medicamentos. Em outro estudo realizado por Oliveira et al. (2015) relata que a maioria das tentativas de suicídio foram através de medicamentos e agentes tóxicos como o “chumbinho”.

No estudo realizado por Costa et al. (2015), nos EUA, os medicamentos mais frequentemente utilizados na consumação do suicídio foram os analgésicos opióides e os psicofármacos. Costa et al. (2015) ainda refere que em Portugal foram os psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos), sobretudo pelas mulheres. No Brasil, um estudo realizado no Paraná, com pacientes que tentaram suicídio com uso de medicações também foi observada

maior incidência em mulheres (71,9%) na faixa etária de 20 a 25 anos e com maior prevalência de utilização de tranquilizantes (25,5%), antidepressivos (17%) e anticonvulsivantes (15%).

Nesse estudo, para os casos notificados de tentativa de suicídio da ficha de Violência em 2014 verificou-se 2,9 vezes mais risco de mulheres suicidarem do que homens. Os dados apresentados podem ser devido às mulheres tentarem suicídio por meios de agressão que necessitam mais de atendimento hospitalar do que homens, já que alguns estudos demonstram que os homens preferem métodos que levam a consumação do ato de forma mais rápida e precisa (CARDOSO et al., 2012). Esses dados corroboram com o estudo de Moreira et al. (2015) onde as mulheres apresentaram número mais significativo através de métodos menos agressivos, como o envenenamento caracterizado de grau moderado, em que foi necessário lavagem gástrica com administração de carvão ativado, sendo que 75,1% do total de pacientes atendidos devido a tentativa de suicídio foram internados para realização de tratamento.

Em relação ao perfil epidemiológico dos óbitos por meio da avaliação das DOs para o ano de 2014, verificou-se que ocorreram 11 óbitos, atingindo principalmente a faixa etária de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, indicando que a faixa etária com desfecho de óbito possuía idade mais avançada do que as tentativas de suicídio notificados no SINAN.

Em relação ao suicídio por sexo ocorreram 6 em homens e 5 em mulheres, indicando no ano de 2014 pouca diferença de óbitos entre os sexos em Uberaba/MG. Em um estudo realizado por Oliveira, Filho, Feitosa (2012) no extremo Oeste de Santa Catarina, no período de 1980 a 2005, a razão de suicídios foi de 4 homens para 1 mulher. Em outro estudo realizado por Pinto, Assis, Pires (2012) apresentou predominância de óbitos masculinos em relação ao feminino, sendo de 2 a 4 vezes mais frequente na vida adulta, aumentando com a idade.

Verifica-se que dos 11 CID's apresentados, os que mais prevaleceram foram 5 por enforcamento, estrangulamento e sufocação seguido por 2 casos de autointoxicação. De acordo com Souza et al. (2011) em um município do interior da Bahia os meios mais utilizados para o suicídio foram o enforcamento, que também foi visto neste estudo, seguido de arma de fogo, envenenamento e queda de local elevado.

O meio para realização da agressão pode variar de comunidade ou país, devido a acessibilidade para determinados agentes agressores, como cita Minayo et al. (2012) nos Estados Unidos os meios mais usados por homens idosos foram as armas de fogo e, na China,

as intoxicações por pesticidas. Mulheres idosas tendem a utilizar meios mais suaves, ou seja, menos contundentes em todo o mundo.

Nota-se que em alguns casos, como por exemplo, o afogamento é complexo classificar como intencional, onde havia o objetivo de vir a óbito por suicídio, em outras situações existiu grande número de óbitos por causa indeterminada, que só é amenizada com os comitês de mortalidade. De acordo com Botega (2014) tais situações costumam mascarar consideravelmente os números de óbitos por suicídio, principalmente entre adultos jovens do sexo masculino. Em países da América Latina, mortes por evento com intenção indeterminada superam o número de suicídios.

Pode haver suicídios não declarados nas DOs para o ano de 2014 em Uberaba e a literatura confirma isto, de acordo com Botega (2014) para a determinação de um suicídio é preciso estabelecer se houve a intenção de morrer, e isso nem sempre pode ser definido inequivocamente. Para determinar se uma morte provém de um suicídio varia de acordo com cada país. Pode-se dizer que em alguns países há elevada proporção de mortes não examinadas por um serviço de verificação de óbitos e em outros casos pode haver pressão de familiares para que se omita a natureza da morte na Declaração de Óbito.

O local de ocorrência dos óbitos corresponderam a 5 casos (45,4%) no hospital, 3 em domicílio (27,3%) e 3 (27,3%) em via pública, o que caracterizou que nem sempre os óbitos passam pelo hospital, não ocorrendo, portanto, a notificação no SINAN. Os óbitos por suicídios ocorridos em ambiente externo ao hospital são encaminhados para o IML ou SVO, não passando por hospitais, por isso, não são notificados no SINAN e somente no SIM.

Em 2014, o coeficiente de mortalidade oriundos das DOs foi ligeiramente maior para o sexo masculino em relação ao feminino, sendo respectivamente 4,1 óbitos/100.000 hab.ano) e 3,2 óbitos/100.000 hab.ano. Em relação à faixa etária para o sexo masculino de 70 a 79 anos foi de 19,6 óbitos/100.000 hab.ano, correspondendo a maior taxa e no sexo feminino de 40 a 49 anos foi de 13,3 óbitos/100.000 hab.ano. Com estes resultados observou-se que o homem morre mais que a mulher em relação ao suicídio e também que a faixa etária de ocorrência entre os sexos se divergem.

Em outros estudos como o de Moura et al. (2010), realizado no Brasil, os homens morreram mais que mulheres por suicídio, sendo 10,7 e 3,4 óbitos (100.000 hab./ano) respectivamente. No geral, entre os homens as taxas diminuem gradativamente com o aumento da idade, mas para as mulheres aumentam. A mortalidade por suicídio entre os homens estava abaixo da média nacional e o feminino acima, de acordo com um levantamento

realizado por Botega (2014), no Brasil, o coeficiente médio de mortalidade por suicídio no período 2004-2010 foi de 5,7% (7,3% no sexo masculino e 1,9% no feminino).

Nesse estudo, nas fichas de Violência destaca-se a incidência de tentativa de suicídio principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos em ambos os sexos é maior quando comparado às outras faixas etárias, indicando que os jovens tentam mais suicídio, correspondendo 115,8 tentativas para 1 óbito feminino e 40,1 tentativas para nenhum óbito masculino para o ano de 2014.

De acordo com Magalhães et al. (2014) as mulheres, adultas jovens, cometeram mais tentativas de suicídio que os homens. Estudos relacionam o comportamento suicida ao grupo de mulheres que não trabalham fora de casa, indicando que a realização de atividades laborais fora do ambiente doméstico promove benefícios à saúde mental desse grupo.

A preocupação por Intoxicação Exógena foi para a população feminina que teve maior taxa de incidência para tentativas de suicídio na população de 10 a 29 anos, onde somou-se 40 casos femininos para 9 masculinos, alertando que cada vez mais cedo à população tem tentado suicídio. A participação de pacientes do sexo feminino para a tentativa de suicídio foi bastante representativa no estudo de Neto et al. (2010) realizado com adolescentes, sendo que mais da metade (64,2%) eram do sexo feminino. Dentre essas adolescentes de 15 a 19 anos 78,6% se intoxicaram através de uso de medicamentos com finalidade suicida, sendo que a escolha do método provavelmente está ligada à facilidade de acesso.

Os dados apresentados na ficha de Intoxicação Exógena na população de 15 a 19 anos demonstraram que há muitos casos que tentam e que inclusive obtiveram o óbito. A taxa de letalidade para essa faixa etária foi de 6,3%, com incidência de 132,4 tentativas de autoextermínio (100.000 hab./ano) no sexo feminino, sendo a maior entre as faixas etárias. O maior número de casos de tentativas de suicídio em jovens também é visto no estudo de Moreira et al. (2015) onde relatam que em Fortaleza/Ceará para o ano de 2010, o segmento populacional mais afetado foi o de adolescentes e adultos jovens.

De acordo com Braga, Dell'Aglio (2013) alguns estudos destacam os seguintes fatores que podem constituir-se como risco para as tentativas de suicídio em adolescentes: isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, doença mental, impulsividade, estresse, uso de drogas, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde

desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente, dentre outros. Porém esses fatores não são possíveis de serem identificados em estudos de base de dados secundários.

Analisando o banco de dados do SINAN, verificou-se uma necessidade de ações voltadas para a população jovem e adulta jovem por apresentarem altas taxas de tentativa de suicídio. O comprometimento psicológico que causa atitudes suicidas mostra uma necessidade de acompanhamento individual dos casos, que podem se repetir até a consumação do suicídio. Parte principalmente dos Programas Saúde da Família (PSF) identificar o paciente de risco e realizar o devido encaminhamento.

Partindo para análise do banco de dados do SIM verificou-se uma melhor captação do óbito por suicídio do que o SINAN, pois os casos que são encontrados no SINAN foram devido a tentativas de suicídio que necessitaram de atendimento em unidades de saúde/hospitais, trazendo como conclusão o óbito ou alta hospitalar. Muitos casos também podem ter passado pela unidade de saúde/hospitais, porém não foram notificados no SINAN por algum motivo, como por exemplo, excesso de demanda de serviço, desconhecimento do agravo como sendo de notificação, despreparo para a realização da notificação ou até mesmo falta de conhecimento sobre a importância do preenchimento adequado para o sistema de vigilância em saúde.

Mesmo diante do fato de que o SIM apresente número maior de notificações de óbitos por suicídio, tem-se que levar em conta a dificuldade para identificar se o óbito realmente foi suicídio, pois em certas situações fica difícil para o médico identificar o real motivo, podendo informar somente como causa indeterminada. Em outras situações, deve-se levar em consideração que a família por motivos de tabu, ou até mesmo devido a interesses de resgate de seguros de vida, solicitem que a causa do óbito não seja informada como suicídio. Esse pode ser um motivo que durante a pesquisa foram encontrados dois casos notificados no SINAN e que vieram a óbito, porém não foram registrados no SIM dentro das causas básicas de suicídio, CIDs X60 a X84, mesmo sendo ingestão de medicamentos com finalidade suicida, os CIDs informados nos formulários de DO foram pneumonite devida a alimento ou vômito (J69.0) e choque não especificado (R57.9).

Portanto, podemos constatar que no SIM pode haver muitos outros casos de suicídio além dos 11 informados no ano de 2014, devido a problemas na identificação do CID. Já nas fichas do SINAN, muitos casos de tentativa de suicídio podem ter ficado sem registro. Pois, em ambos os bancos de dados, a alimentação precisa é muito importante para desenvolver ações baseadas nos eventos que mais acontecem na comunidade, procurando meios para

redução de agravos à saúde. Ainda em relação às notificações no SINAN referentes às violências autoprovocadas sugere-se que a ficha de notificação seja específica para as tentativas de suicídio e outra para violência sexual, devido às peculiaridades de informações pertinentes a cada caso que poderiam contribuir para o perfil epidemiológico desse agravo e consequentemente no melhor entendimento da situação de saúde e proposição de estratégias de prevenção.

De acordo com Martin et al. (2013) na Europa e na China a principal causa que levou ao suicídio foram os transtornos afetivos, enquanto na América do Norte e Austrália foi o abuso de substâncias. Na Espanha de acordo com Costillas et al. (2015) a média nacional de suicídio documentada é de 7,6 óbitos/100.000 hab.ano, chegando até 24,0 óbitos/100.000 hab.ano na região rural do país chamada Antequera, que pode ser explicado por condições socioculturais como menores taxas de utilização de serviços de saúde mental, isolamento geográfico e interpessoal.

Para Costillas et al. (2015) as medidas de prevenção para redução das taxas de suicídio são muito importantes para controle desse agravo através da identificação dos indivíduos em risco (por exemplo, aqueles com história de tentativa de suicídio anterior), a identificação de indivíduos mais vulneráveis (ou seja, indivíduos que compartilham características suicidas) e redução da angústia emocional dentro das comunidades.

Verifica-se ainda, que além das questões emocionais que influenciam toda a família do paciente suicida, tem-se que levar em consideração todos os gastos gerados com pacientes que tentam o suicídio. Isso é verificado por Costa et al. (2015) que relataram em um estudo que analisou as internações hospitalares e óbitos por suicídio, no Brasil, entre 1998 e 2007, identificaram-se 77.648 óbitos e 102.031 hospitalizações, além de gastos superiores a 35 milhões de reais por essas causas. Costa et al. (2015) também apresentam um estudo realizado entre 1998 e 2012, que um hospital público de ensino na cidade de Uberaba/MG, que neste período houve um gasto de 574.922,60 reais, principalmente devido a intoxicação exógena com finalidade suicida.

O suicídio representa um grave problema de saúde pública que geralmente ocorre em uma população economicamente ativa, gerando gastos com atendimento hospitalar e encerrando abruptamente uma vida que poderia estar ativa na sociedade. Os registros de suicídio estão presentes desde quando os SIS iniciaram uma preocupação sobre o assunto, pois além dos transtornos sociais e gastos no sistema de saúde são frequentes e multicausais,

urgindo a necessidade de compreensão sobre o assunto e de implementação de estratégias para redução desse agravo.

Na análise dos gráficos da série temporal indicaram que não houve tendência clara do evento suicídio entre os anos de 2006 a 2014, com 186 óbitos por suicídio, não ocorrendo nem aumento e nem diminuição do número de óbitos por suicídio no período. No entanto, percebe-se claramente a presença de incidência mais elevada de casos de suicídios entre os homens do que mulheres (61 suicídios no sexo feminino e 124 no sexo masculino), indo de encontro às informações fornecidas dentre muitos pesquisadores do assunto, como por exemplo, Costa et al. (2015) que evidenciaram que na série histórica de suicídio há predomínio de adultos do sexo masculino. Nesse estudo, ocorreram 356 óbitos por suicídio no período de 1996 a 2014, sendo 254 casos de suicídios no sexo masculino e 101 casos de suicídios no sexo feminino. Analisando a série temporal dos óbitos por suicídio referentes ao SIM em um intervalo de tempo maior (1996 a 2014) verificou-se após suavização exponencial com alfa 0,1 uma taxa de mortalidade de 6,7 óbitos (100.000 hab./ano) com tendência crescente de 0,065 ao ano e aceleração negativa de 0,007 ao ano.

Em um estudo realizado na região de Andaluzia, Espanha, de acordo com Palacios, Ramos, Robredo (2015) verificou-se 7,58 suicídios (100.000 hab./ano) entre 2007 e 2011, permanecendo estável ao longo do tempo. E outro estudo feito por Minayo et al. (2012) revelou que ocorreu aumento de suicídio na população brasileira, principalmente do sexo masculino em todas as idades de acordo com dados do SIM.

7. CONCLUSÕES

O desenvolvimento de ações de saúde pública é realizado através de dados confiáveis notificados através dos Sistemas de Informação em Saúde devidamente analisados. O estudo realizado sobre o perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio e suicídio apresentou grande proporção de campos ignorados e/ou em branco comprometendo a qualidade das informações sobre vários aspectos desse agravo. Por isso, muitos dados tornaram-se inconsistentes para algumas informações essenciais de identificação do perfil da pessoa suicida como a influência de determinantes sociais como escolaridade e raça. Sendo assim, diante do exposto, para a análise dos dados foi realizado uma seleção dos registros através da porcentagem de completude das informações acima de 80%.

Verificou-se no ano de 2014 em relação às tentativas de suicídio, para as fichas de Intoxicação Exógena (89 casos) e de Violência (80 casos) o maior número de tentativas ficou para a faixa etária de 20 a 29 anos, seguida de 15 a 19 anos, indicando que a população que tenta suicídio é jovem. Em ambos os bancos do SINAN houve predomínio de tentativas de suicídio por mulheres. Os dados reforçam a importância de ações de prevenção de suicídio voltadas principalmente para o sexo feminino e para a população jovem.

Na ficha de Intoxicação Exógena, ocorreram 68 casos femininos de tentativa de suicídio, apresentando incidência total de 43,9 casos (100.000 hab./ano). No sexo masculino 21 pessoas tentaram o suicídio, apresentando incidência de 14,2 casos (100.000 hab./ano). As mulheres possuem 3,1 vezes mais risco de concretizarem o suicídio em relação aos homens para as tentativas de suicídio por Intoxicação Exógena. Ainda para as Intoxicações Exógenas o agente tóxico de maior ocorrência foi o uso de medicamentos (73,0%), seguido de uso de raticidas (19,2%).

Já na ficha de Violência ocorreram 60 casos femininos de tentativa de suicídio, a incidência foi de 38,7 casos (100.000 hab./ano). No sexo masculino 20 pessoas tentaram o suicídio, sendo 13,5 casos (100.000 hab./ano). A razão de incidência foi de 2,9 vezes maior o risco de mulheres concretizarem o suicídio em relação aos homens. A natureza da lesão mais informada nas fichas de Violência foi à intoxicação exógena (32,4%), seguida de corte/perfuração (12,5%). Sobre o meio de agressão predominou o envenenamento (26,2%), seguido de uso de medicamentos (23,8%). Deste modo verificou-se que as mulheres tentaram mais suicídio do que homens em ambos os bancos de dados do SINAN.

Para a tentativa de suicídio os métodos foram mais brandos para as pessoas mais jovens de 15 a 29 anos, já a mortalidade por suicídio foi maior para a faixa etária de 30 a 49 anos, onde 45,45% dos casos utilizaram do enforcamento para dar fim à vida de acordo com os dados do SIM, constatando que são métodos mais agressivos, apesar da pouca diferença entre sexos, o masculino ainda prevalece. Diversos estudos foram de encontro a esses dados, o que faz concluir que existe uma necessidade de se trabalhar com ações diferentes de acordo com a faixa etária e gênero, pois as mulheres jovens tentam mais e os homens adultos concluem mais o suicídio. É necessário estudos mais aprofundados, talvez de caráter qualitativo, que vão além dos dados fornecidos nos formulários de notificação sobre o porquê dessa diferença de comportamento entre sexo e faixa etária.

Em relação aos óbitos registrados no SIM em 2014, o coeficiente de mortalidade foi ligeiramente maior para o sexo masculino em relação ao feminino, sendo respectivamente 4,1 óbitos (100.000 hab./ano) e 3,2 óbitos (100.000 hab./ano). Durante a realização da pesquisa foram encontrados dois casos notificados no SINAN e que vieram a óbito, porém não foram registrados no SIM dentro das causas básicas de suicídio, CIDs X60 a X84, mesmo sendo ingestão de medicamentos com finalidade suicida, os CIDs informados nos formulários da DO foram pneumonite devida a alimento ou vômito (J69.0) e choque não especificado (R57.9).

O SIM capta melhor o óbito por suicídio em relação ao SINAN, pois os casos que são encontrados no SINAN nem sempre são notificados, ao contrário do SIM, que para todos os óbitos deve ser preenchido a DO. A DO é uma ficha específica para o registro do óbito, de preenchimento obrigatório apenas por médicos, salvo raríssimas exceções, logo após a constatação do óbito. Apesar de existirem possibilidades de CIDs não direcionados para o suicídio propriamente dito, devido, por exemplo, a pedido da família, para a realização de resgate de seguros de vida, ou ainda devido à ausência de fatores concretos de diagnóstico dos óbitos como suicídio, simplesmente informando causa indeterminada, ainda assim existe uma segurança maior para questões epidemiológicas em relação ao número total de suicídios, pois, mesmo que o caso não passe por hospitais, este formulário é preenchido nos SVO/IML. Não se pode dizer o mesmo das fichas do SINAN, que são próprias de preenchimento para casos de tentativas de suicídio que necessitaram de atendimento médico, apesar de serem de preenchimento obrigatório, podem passar despercebidas e devido à ausência de capacitações para o adequado preenchimento, não ser dada a devida importância por profissionais, sendo assim, captando menos o evento suicídio. Ademais o não preenchimento dos formulários do

SINAN não traz implicações para a família, como por exemplo, o impedimento do registro do óbito do familiar no cartório de registro civil.

A série temporal indicou, de uma forma geral, que houve tendência errática do evento suicídio entre os anos de 2006 a 2014, não ocorrendo nem aumento e nem diminuição do número de óbitos por suicídio, ou seja, uma série sem sazonalidade. Houve incidência mais elevada de suicídios entre os homens do que entre mulheres.

A série temporal ampliada para 1996 a 2014 dos óbitos por suicídio referentes ao SIM indicou, após suavização, uma média de suicídio de 6,7 óbitos (100.000 hab./ano) apresentando uma tendência crescente de 0,06, porém com aceleração negativa de 0,007. Foram 356 óbitos por suicídio neste período, sendo a maioria em homens (254 casos) e inferior em mulheres (101 casos).

A série temporal indicou também uma incidência mais elevada para casos de suicídio masculino, apesar de existir uma aceleração negativa é crescente o número de casos de suicídio em ambos os sexos, o que gera enormes gastos públicos anualmente. Por isso é importante estratégias de definição para tratamento e suporte necessário aos indivíduos vulneráveis e seus familiares, pois muitos passaram por unidades de saúde/hospitais devido à tentativa de suicídio diversas vezes antes de chegarem ao óbito por suicídio, gerando desgastes emocionais em amigos e familiares e gastos com atendimento que poderiam ser evitados se tivessem acompanhamento adequado por uma equipe multiprofissional qualificada e uma rede assistencial organizada.

Espera-se que os resultados possam servir como debate sobre a realidade atual das notificações e a conscientização da importância dos Sistemas de Informação em Saúde, como fonte segura de informação epidemiológica. E, ainda para as ações de promoção da saúde para prevenção do suicídio, pois sabe-se que é um agravo à saúde que pode ser prevenido, mas que ainda os sistemas de saúde do Brasil são pouco efetivos na captação e acompanhamento dos casos com potencial para tentativa de suicídio e suicídio.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado analisou dados das fichas de SINAN (Intoxicação Exógena e Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências) e do SIM (Declaração de Óbito), por meio de banco de dados secundários, com consistência de registros que devem ser melhorados, necessitando de implementação de melhorias através da conscientização e capacitação dos profissionais de saúde das unidades de saúde notificadoras sobre a importância do preenchimento adequado dos formulários como base de fonte epidemiológica para planejamento de ações de prevenção e redução dos danos à saúde.

A confiabilidade dos dados é importante para gerar informações pertinentes para realizar intervenções adequadas na comunidade, por isso é necessário treinamento específico para os profissionais de saúde para o preenchimento dos formulários de notificação compulsória e das fichas de investigação, pois percebe-se pelos dados apresentados que há muitos campos ignorados, e outros sem o devido preenchimento. As DOs também merecem destaque quanto a necessidade de melhora no seu preenchimento, o que poderia ser sugerido nos cursos de graduação em medicina.

As ações de prevenção para redução das taxas de suicídio são uma importante tarefa para redução da mortalidade por causas externas. A identificação dos indivíduos em risco para suicídio, que possuem história de tentativa de suicídio anterior é um grande passo para acompanhamento de grupos vulneráveis. Para isto, é necessário o adequado preenchimento das fichas de notificação do SINAN e do SIM, para identificar corretamente o perfil epidemiológico desse agravo à saúde na população para melhor compreensão e enfrentamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARES, J.K; et al. Avaliação da Completude das Notificações Compulsórias Relacionadas ao Trabalho Registradas por Município Polo Industrial no Brasil, 2007-2011. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.18, nº 1, p. 123-36, jan-mar, 2015.
- ANDRADE, A.D., et al. Prevalência de Internação por Intoxicação Exógena em Hospital de Alta Complexidade no Município de Teófilo Otoni-MG nos Anos de 2001 a 2005 e 2007. **Revista Eletrônica Multidisciplinar Pindorama do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia – IFBA Nº 02 – Ano 3 – jun. 2012.**
- AZEVEDO, M.E.A.; et al. Fatores e Métodos Utilizados na Prática e na Tentativa de Suicídio: uma revisão de literatura. **Rev. de Enfermagem da UFPI**, v. 1, nº 3, p. 211-6, set-dez, 2012.
- BARBOSA, D.A.; BARBOSA, A.M.F. Avaliação da Completude e Consistência do Banco de Dados das Hepatites Virais no Estado de Pernambuco, Brasil, no Período de 2007 a 2010. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, nº 1, p. 49-58, jan-mar, 2013.
- BRAGA, L.L.; DELL’AGLIO, D.D. Suicídio na Adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 6, nº 1, São Leopoldo, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Inclui Violência Doméstica e Sexual na Lista de Agravos de Notificação Obrigatória**. 2011d. Acesso em: 09 de setembro, 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/01/saude-inclui-violencia-domestica-e-sexual-na-lista-de-agravos-de-notificacao-obrigatoria>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Agravos de Notificação**. Acesso em: 10 de setembro, 2014a. Disponível em: <http://www.renastonline.org/temas/sistema-nacional-agravos-notifica%C3%A7%C3%A3o-sinan>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação: SINAN**. Acesso em: 10 de setembro, 2014b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrutivo Para Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Brasília, 2014c.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde, nº34, 1º ed., Brasília, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014**. Acesso em: 27 de outubro, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações Sobre Mortalidade**. Brasília, 1 ed., 2001.

BAPTISTA, M.N, et al. Análise Epidemiológica do Suicídio em Duas Regiões do Estado de São Paulo entre 2004 e 2008. **Psicologia em Pesquisa**, v6, nº 1, p. 02-12, Juiz de Fora, jan-jun, 2012.

BRITISH BROADCASTING CORPORATION BRASIL. **OMS: Brasil é o 4º em crescimento de suicídios na América Latina**. Acesso em: 11 de fevereiro, 2015. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/09/140904_suicidios_brasilrg

BOTEGA, N.J. Comportamento Suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, v. 25, nº 3, p. 231-236, Campinas, 2014.

CAPRON, D.W.; et al. The depression distress amplification model in adolescents: A longitudinal examination of anxiety sensitivity cognitive concerns, depression and suicidal ideation. **Journal of Adolescence**, nº 41, p.17-24, Flórida, 2015.

CARDOSO, H.F.; et al. Suicídio no Brasil e na América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, nº 12, v. 2, ago/dez. p.42-48, 2012.

COSTA, S.P.; et al. Internações e Gastos Relacionados ao Suicídio em um Hospital Público de Ensino. **Rev. de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, nº 2, p. 15-27, 2015.

CAVALCANTE, F.G.; MINAYO, M.C.S.; MANGAS, R.M.N. Diferentes Faces da Depressão no Suicídio em Idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 18, v. 10, 2013.

CONWELL, Y. Desafios para Prevenção do Suicídio na Idade Avançada. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, nº 6, Rio de Janeiro, junho, 2015.

COSTILLAS, L.P. et al. Space-time Suicide Clustering in the Community of Antequera (Spain). **Revista de Psiquiatria y Salud Mental**, v.08, nº 1, jan/mar. p. 26-34, mar. 2015.

FILHO, A.N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação**. Acesso em: 10 de setembro, 2014a. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Acesso em: 10 de setembro, 2014b. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-mortalidade-sim>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas da População Residente nos Municípios Brasileiros com Data de Referência em 1º de Julho de 2013**. Acesso em 05 de agosto, 2015a. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas da População Residente nos Municípios do Brasil e Unidade de Federação com Data de Referência em 1º de Julho de 2014**. Acesso em 05 de agosto, 2015b. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativas_2014_TCU.pdf
- KUCZYNSKI, E. Suicídio na Infância e na Adolescência. **Psicologia USP**, v 25, nº 3, p. 246-52, 2014.
- MAGALHÃES, A.P.N., et al. Atendimento a Tentativas de Suicídio por Serviço de Atenção Pré-Hospitalar. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 63, nº 1, p. 16-22, 2014.
- MARTIN, J.M.A.S. et al. Risk And Protective Factors In Suicide: a case-control study using the psychological autopsy. **Anales de Psicología**, p. 810-15, v. 29, n.3, oct. 2013.
- MALASPINA, F.G.; ZINILISE, M.L.; BUENO, P.C. Perfil Epidemiológico das Notificações por Agrotóxicos no Brasil, no Período de 1995 a 2010. **Cad. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, nº4, p.425-34, 2011.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. Suicídio Entre Pessoas Idosas: revisão de literatura. **Rev. de Saúde Pública**, nº 44, v.4, 2010.
- MINAYO, M.C.S. et al. Tendência de Mortalidade por Suicídio na População Brasileira e Idosa, 1980-2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, nº 2, p. 300-9, Rio de Janeiro, 2012.
- MOREIRA, D.L.; et al. Perfil de Paciente Atendidos por Tentativa de Suicídio em um Centro de Assistência Toxicológica. **Ciência y Enfermería**, v. 21, nº 2, p. 63-75, 2015.
- MOTA, D.M.; et al. Perfil da Mortalidade por Intoxicação com Medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, nº 1, p. 61-70, 2012.
- MOURA, E.C. et al. Desigualdades de Gênero na Mortalidade por Causas Externas no Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, nº 7, p. 779-88, 2015.
- NETO, A.M.V. et al. Aspectos Epidemiológicos da Intoxicação por Medicamentos em Crianças e Adolescentes Atendidos no Centro de Assistência Toxicológica do Estado do Ceará. **Rev. Baiana**, v. 33, nº 3, p. 388-401, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Suicídio**. Ficha nº 398, setembro, 2014. Acesso em: 15 de setembro, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas à Agrotóxicos**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- OLIVEIRA, M.E.P. et al. Avaliação da Completude dos Registros de Febre Tifóide Notificados no SINAN pela Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 219-26, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, C.S. **Vigilância das Intoxicações por Agrotóxicos no Estado do Mato Grosso do Sul: uma proposta de relacionamento entre banco de dados**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, M.I.V.; FILHO, J.G.B.; FEITOSA, R.F.G. Estudo Epidemiológico da Mortalidade por Suicídio no Estado do Ceará, no Período de 1997-2007. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 36, nº 1, p.159-73, jan-mar, 2012.

OLIVEIRA, E.N. et al. Tentativa de Suicídio por Intoxicação Exógena: contexto de notificações compulsórias. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 6, nº 3, p. 2497-11, 2015.

PALACIOS, RAMOS, ROBREDO. Mortalidad por Suicidio en Andalucía: distribución geográfica y relación con el uso de antidepresivos, la altitud y desigualdades socioeconómicas. **Revista Esp. Salud Pública**, nº 3, v. 89, p. 283-93, mai-jun, 2015.

PINTO, L.W. *et al.* Fatores Associados Com a Mortalidade por Suicídio de Idosos nos Municípios Brasileiros no Período de 2005-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 17, v. 8, 2012.

PINTO, L.W.; ASSIS, S.G.; PIRES, T.O. Mortalidade por Suicídio em Pessoas com 60 Anos ou Mais nos Municípios Brasileiros no Período de 1996 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, nº 8, p. 1963-72, 2012.

PIRES, M.C.C. *et al.* Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. **Trends Psychiatry Psychother**, nº 17, v. 2, p. 63-74, Recife, 2014.

RIVARA, F.P. Youth Suicide and Access to Guns. **JAMA Pediatrics**, mar. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Intoxicações**: manual de vigilância. Acesso em: 09 de setembro, 2014a. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/manual_pmpci_1348855965.pdf.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Acesso em: 09 de setembro, 2014b. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/mortalidade/index.php?p=5786.

QUIÑONES, V. et al. Active and Passive Problem Solving: Moderating Role in the Relation between Depressive Symptoms and Future Suicidal Ideation Varies by Suicide Attempt History. **J. Clin. Psychol**, Nova York, v. 71, n. 4, p. 402-12, mar. 2015.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da Qualidade das Variáveis Epidemiológicas e Demográficas do Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, mar. 2007.

SANTOS, S.A., et al. Tentativas e Suicídios por Intoxicação Exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.5, p.1057-66, mai. 2014.

SANTOS, S.A.; LEGAY, L.F.; LOVISI, G.M. Substâncias Tóxicas e Tentativas e Suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 53-61, 2013.

SCHLOSSER, A.; ROSA, G.F.C.; MORE, C.L.O.O. **Revisão:** Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas em Psicologia*, Vol. 22, nº 133, 2014.

SELEGHIM, M.R.; et al. Caracterização das Tentativas de Suicídio entre Idosos. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, nº 2, abr/jun, p. 277-83, 2012.

SILVA, J.M. *et al.* Agrotóxico e Trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. V.10, n.4, p. 891-903, 2005.

SILVEIRA, R.E; SANTOS, A.S; FERREIRA, L.A. Impacto da Morbi-Mortalidade e Gastos com Suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental On-Line**, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, v. 4, nº 4, out/dez, 2012.

SISTEMA INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN. **O que é SINAN**. Acesso em: 09 de setembro, 2014. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>.

SOUZA, V.S. et al. Tentativas de Suicídio e Mortalidade por Suicídio em um Município no Interior da Bahia. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 60, nº 4, p. 294-300, 2011.

SOUSA, G.S. *et al.* **Circunstâncias que Envolvem o Suicídio de Pessoas Idosas**. *Interface – Comunica, Saúde, Educação*, v.18, nº49, p.1-13, 2014.

SOUSA, M.H. et al. Preenchimento da Notificação Compulsória em Serviços de Saúde que Atendem Mulheres que Sofrem de Violência Sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 18, n. 1, p. 94-107, 2015.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.C.D.M.; LIMA, L.A. Tentativas de Suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.175-87, jan. 2013.

VIEIRA, L.P; SANTANA, V.T.P; SUCHARA, E.A. Caracterização de Tentativas de Suicídio por Substâncias Exógenas. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 23, nº 02, p. 118-23, Rio de Janeiro, abr-jun, 2015.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Investigação Individual de Intoxicação Exógena

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
		FICHA DE INVESTIGAÇÃO		INTOXICAÇÃO EXÓGENA	
Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2	Agravado/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		3 Data da Notificação Código (CID10) T 65.9	
	4	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas Código	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14	Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17	18	Município de Residência	19 Distrito Código (IBGE)	
	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...) Código	
	22	23	Número Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27	CEP		28 (DDD) Telefone	
	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32 Ocupação	
	33	Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/ conta própria 04 - Servidor público estatutário 05 - Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 11 - Empregador 12 - Outros 99 - Ignorado			
Dados da Exposição	34	Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado		36 Atividade Econômica (CNAE)	
	35	Nome do local/estabelecimento de ocorrência		37 UF	
	38	Município do estabelecimento		39 Distrito Código (IBGE)	
	40	Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	
	42	43	Número Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento	
	45	CEP		46 (DDD) Telefone	
47	Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)		
Intoxicação Exógena		Sinan NET		SVS 09/06/2005	

Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	01. Medicamento 05. Raticida 09. Produto químico de uso industrial 13. Alimento e bebida	02. Agrotóxico; uso agrícola 06. Produto veterinário 10. metal 14. Outro	03. Agrotóxico/uso doméstico 07. Produto de uso Domiciliar 11. Drogas de abuso 99. Ignorado	04. Agrotóxico/uso saúde pública 08. Cosmético/higiene pessoal 12. Planta tóxica
	50 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular		Princípio Ativo	
	1 - _____		1 - _____	
	2 - _____		2 - _____	
	3 - _____		3 - _____	
	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização <input type="checkbox"/>			
1. Inseticida 6. Preservante para madeira	2. Herbicida 7. Outro	3. Carrapaticida 8. Não se aplica	4. Raticida 9. Ignorado	
52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual				
01- Diluição 02- Pulverização 03- Tratamento de sementes 04- Armazenagem	05- Colheita 06- Transporte 07- Desinsetização 08- Produção/formulação	09- Outros 10- Não se aplica 99- Ignorado	1ª Opção: <input type="checkbox"/> 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 3ª Opção: <input type="checkbox"/>	
53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura				
54 Via de exposição/contaminação				
1- Digestiva 2- Cutânea 3- Respiratória	4- Ocular 5- Parenteral 6- Vaginal	7- Transplacentária 8- Outra 9- Ignorada	1ª Opção: <input type="checkbox"/> 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 3ª Opção: <input type="checkbox"/>	
55 Circunstância da exposição/contaminação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
01- Uso Habitual 06- Erro de administração 11- Tentativa de aborto	02- Acidental 07- Automedicação 12- Violência/homicídio	03- Ambiental 08- Abuso 13- Outra: _____	04- Uso terapêutico 09- Ingestão de alimento ou bebida 99- Ignorado	
56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <input type="checkbox"/>		57 Tipo de Exposição <input type="checkbox"/>		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Aguda - única 2 - Aguda - repetida 3 - Crônica 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado		
Dados do Atendimento	58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="checkbox"/>			
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado			
	59 Tipo de atendimento <input type="checkbox"/>		60 Houve hospitalização? <input type="checkbox"/>	
1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
61 Data da internação		62 UF		
63 Município de hospitalização		64 Unidade de saúde		
Código (IBGE)		Código		
Conclusão do Caso	65 Classificação final <input type="checkbox"/>			
	1 - Intoxicação confirmada 4 - Outro Diagnóstico		2 - Só Exposição 5 - Síndrome de abstinência	
	3 - Reação Adversa 9 - Ignorado			
	66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico CID - 10 <input type="checkbox"/>			
67 Critério de confirmação <input type="checkbox"/>		68 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>		
1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado		
69 Data do óbito		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/>		
_____		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
71 Data do Encerramento				

Informações complementares e observações				
Observações:				

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função		_____	
Intoxicação Exógena		Sinan NET		
		SVS 09/06/2005		

ANEXO B – Ficha de Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravo/doença		Código (CID10)	
	3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Y09	
	3 Data da notificação		Código (IBGE)	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de notificação		6 Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	
	7 Data da ocorrência da violência			
	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		19 Código (IBGE)
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	31 Ocupação			
Dados da Pessoa Atendida	32 Situação conjugal / Estado civil		33 Relações sexuais	
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	
	36 UF		37 Município de ocorrência	
	38 Distrito			
Dados da Ocorrência	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)	
	43 Geo campo 3		44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	48 Local de ocorrência		49 Ocorreu outras vezes?	
50 A lesão foi autoprovocada?				

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____		54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____			
Dados do provável autor da agressão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	
61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				
63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____				
65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado				
67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____				
68 Classificação final <input type="checkbox"/> 69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 70 Se óbito por violência, data _____ 71 Data de encerramento _____ 1 - Confirmado 1 - Alta 3 - Óbito por Violência _____ 2 - Descartado 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas _____ 3 - Provável 9 - Ignorado _____ 8 - Inconclusivo				
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone
Observações Adicionais:				
TELEFONES ÚTEIS				
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
Nome		Função	Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET	SVS 10/07/2008	

ANEXO C – Formulário da Declaração de Óbito

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito							
I	Cartório	1 Cartório		Código		2 Registro		3 Data	
		4 Município		5 UF		6 Cemitério			
II	Identificação	7 Tipo de Óbito		8 Óbito		9 Cartão SUS		10 Naturalidade	
		11 Nome do falecido		12 Nome do pai		13 Nome da mãe			
		14 Data do Nascimento		15 Idade		16 Sexo		17 Raça/cor	
		18 Estado civil		19 Escolaridade		20 Ocupação habitual e ramo de atividade		Código	
III	Residência	21 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)		Código		Número		22 CEP	
		23 Bairro/Distrito		Código		24 Município de residência		Código	
IV	Ocorrência	25 Local de ocorrência do óbito		27 Estabelecimento				Código	
		26 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc)		Número		Complemento		29 CEP	
V	Fetal ou menor que 1 ano	33 Idade		34 Escolaridade		35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe		36 Número de filhos tidos	
		37 Duração da gestação (Em semanas)		38 Tipo de Gravidez		39 Tipo de parto		40 Morte em relação ao parto	
VI	Condições e causas do óbito	43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?		44 A morte ocorreu durante o puerpério?		ASSISTÊNCIA MÉDICA		45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	
		46 Exame complementar?		47 Cirurgia?		48 Necropsia?			
		49 CAUSAS DA MORTE		50 Nome do médico		51 CRM		52 O médico que assina atendeu ao falecido?	
		53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)		54 Data do atestado		55 Assinatura			
VIII	Causas externas	56 Tipo		57 Acidente do trabalho		58 Fonte da informação			
		59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)		Código			
IX	Localid. S/ Médico	61 Declarante		62 Testemunhas					

ANEXO D – Relação de CID's

J69.0: Pneumonite devido a alimento ou vômito;

R57.9: Choque não especificado;

R99.0: Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade;

T50.9: Intoxicação por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas;

T44.9: Intoxicação por outras drogas que afetam principalmente o sistema nervoso autônomo e as não especificadas;

X61.0: Autointoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte –residência;

X63.9: Autointoxicação por exposição intencional a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo – local não especificado (1(um) caso);

X68.9: Autointoxicação por exposição intencional a pesticidas – local não especificado (1 (um) caso);

X70.0: Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação – residência (1 (um) caso);

X70.4: Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação – rua e estrada;

X70.9: Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação – local não especificado;

X72.0: Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão – residência;

X80.0: Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado – residência;

X83.9: Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados – local não especificado;

Y19.9: Envenenamento (intoxicação) por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada – local não especificado.