

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE
ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE
PERNAMBUCO - ESPPE/SES-PE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE
SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE - PRMSC- REDES**

ROSALINE BEZERRA AGUIAR

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NOS
MUNICÍPIOS DA V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, NO
PERÍODO DE 2006 A 2014**

**GARANHUNS, PE
2016**

ROSALINE BEZERRA AGUIAR

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NOS
MUNICÍPIOS DA V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, NO
PERÍODO DE 2006 A 2014**

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à saúde, da Universidade de Pernambuco e da Escola de Saúde Pública de Pernambuco – PRMSC/UPE/ESPPE/, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Sanitarista.

Orientadora: Gesika Maria da Silva
Co-orientador: Osvaldo Fonseca Rodríguez

**GARANHUNS, PE
2016**

SUMÁRIO

1	Introdução	4
2	Referencial Teórico	6
2.1	Suicídio, definições e evitabilidade	6
2.2	Epidemiologia do suicídio	11
2.3	Mensuração e magnitude do suicídio	16
	Referências	19
	Artigo Original	28
	Introdução	30
	Métodos	31
	Resultados	33
	Discussão	35
	Agradecimentos	41
	Contribuição dos autores	42
	Gráficos e tabelas	43
	Referências	50
	ANEXOS	54
	Anexo – A	55
	Anexo – B	57
	Anexo – C	58
	Anexo – D	60

1 Introdução

O suicídio representa um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e intrigantes, cercado por tabus e mitos; constitui um acontecimento complexo, de natureza delicada e polêmica para a sociedade (MORAIS e SOUSA, 2011).

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) explica o suicídio como sendo uma ação intencional realizada por um indivíduo, o qual tem como objetivo dar cabo de sua própria vida. Dessa forma, é considerado suicídio somente as mortes em que a pessoa cometeu um ato de forma voluntária para provocar a sua morte (CASSORLA, 2004). O que diferencia o suicídio de tentativa de suicídio, é que nesta última o sujeito não obtém êxito em sua ação, as tentativas de suicídio também são chamadas de autoagressão, podendo ou não necessitar de hospitalização (MELLO, 2007).

O suicídio é considerado um problema de saúde pública pela OMS. Calcula-se que até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio. A taxa mundial de suicídio em 2009 foi de 17,3/100.000 habitantes. Entretanto, a sua distribuição não é uniforme entre os países, apresentando maiores valores no leste europeu e os mais baixos na América Latina, países muçulmanos e asiáticos. A Europa ocidental, Estados Unidos e Oceania apresentam taxas intermediárias (WHO, 2009).

Nesse sentido, o suicídio está entre as dez maiores causas de mortalidade no mundo, responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo todo. É considerada uma das três principais causas de morte entre as pessoas com idade entre 15 e 35 anos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (WHO, 2002).

As taxas de mortalidade por suicídio no Brasil apresentaram-se praticamente estáveis de 2006 a 2010, com uma média de 4,5 óbitos/100.000 habitantes, o que é considerada relativamente baixa se for comparada com outros países. No que se refere à tentativa de suicídio, estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram entre 10 e 25 tentativas (BRASIL, 2013). Apesar disso, o problema do suicídio é negligenciado, o que não ocorre com outras causas externas de óbitos, como acidentes de trânsito e homicídios (BOTEGA, 2010).

Para a OMS (2006), muitos são os fatores que podem influenciar uma pessoa a cometer suicídio como, idade, gênero, desemprego, perda de uma pessoa querida, o uso de drogas, disponibilidade dos meios para efetuar o ato, violência física e/ou sexual na

infância, distúrbios psíquicos (depressão, esquizofrenia) entre outros. Assim sendo, por estar relacionado a vários fatores (psicológicos, econômicos, sociais e culturais) o comportamento suicida pode ser prevenido através do monitoramento dos fatores de risco, sendo este um grande desafio para toda a sociedade (BRASIL, 2013).

Da mesma forma que existem os fatores de riscos, há os fatores de proteção, como: apoio da família e de amigos, crenças religiosas, envolvimento na comunidade, vida social satisfatória, integração social através do trabalho e do lazer, acesso a serviços e cuidados de saúde mental, entre outros (OMS, 2006).

Considerando a gravidade do problema, é fundamental desenvolver ações, serviços e programas de saúde direcionados para a população de risco, visando à prevenção do suicídio (LOVISI et al., 2009). Programas e intervenções com o objetivo de prevenir esse agravo vêm sendo propostos no Brasil, incluindo a melhoria da qualidade de vida dos grupos mais atingidos, eliminação do estigma, bem como estratégias de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. O desafio da prevenção consiste em identificar pessoas em situação de vulnerabilidade, compreender os fatores de riscos que influenciam seu comportamento suicida, realizando intervenções eficazes para esse grupo de indivíduos (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que em 2014, por meio da Portaria GM/MS N° 1.271/2014, os casos de tentativa de suicídio passaram a ser de notificação imediata no âmbito municipal, devendo seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS).

É notório em várias publicações da OMS que o suicídio cresceu significativamente nas quatro últimas décadas em todos os países, envolvendo todas as faixas etárias e contextos socioeconômicos. Portanto, pode-se dizer que o tema “Suicídio” é de extrema importância devido a seu impacto social, seja em termos numéricos, econômicos, seja em relação a familiares, amigos ou conhecidos das pessoas que tentam ou cometem o suicídio (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, tendo em vista que existe uma carência de pesquisas realizadas sobre o assunto “suicídio” na V Gerência Regional de Saúde (V Geres), uma vez que, não foram localizadas referências bibliográficas em arquivos eletrônicos e revistas de alcance científico sobre o fenômeno, este trabalho tem como finalidade realizar uma

análise epidemiológica dos óbitos por suicídio na V Geres de Pernambuco, no período de 2006 a 2014, para obter dados que possibilitem posteriormente o desenvolvimento de intervenções preventivas específicas quanto ao suicídio de forma mais eficaz.

2 Referencial teórico

2.1 Suicídio, definições e políticas para enfrentamento do problema

O suicídio é um fenômeno paradoxal que desafia várias ciências, como a Filosofia, Psicologia, Direito, Psiquiatria, assim como as religiões, passando pela Bioética, e não deixando de lado o senso comum (ANGERAMI-CAMON, 1997). O termo "suicídio" é relativamente recente, podendo-se afirmar que é o nome que a modernidade dá à morte voluntária. Segundo consta, o termo teria sido usado como neologismo, em latim, na Inglaterra, no ano de 1630 (WERLANG, 2000).

Contudo, o termo é apontado como utilizado primeiramente, em língua francesa, pelo abade Desfontaines em 1734 ou 1737, para significar "o assassinato ou morte de si mesmo". A palavra suicídio é composta pelo pronome latino sui, que significa "para si", ou "de si", e cidium, que significa "morte". Este, por sua vez, é cognato do verbo latino caedere, que significa "matar". Ou seja: etimologicamente, suicídio significa matar a si próprio (MELEIRO e WANG, 1995).

Falar sobre o suicídio não é uma tarefa fácil, pois muitos significados envolvem este tema. Ao longo do tempo a questão do suicídio tem sido cercada de tabus, mitos e preconceitos, principalmente os de ordem moral e religiosa. As definições a cerca do suicídio se alternam, se complementam e contradizem, permanecendo sem uma resposta definitiva e acabada (DUTRA, 2002).

Assim, segundo Meleiro e Bahls (2004), dependendo da cultura e do momento histórico em que o sujeito está inserido, o ato suicida pode ser visto como um pecado, uma fraqueza e até uma forma de afirmar a sua liberdade, salvar a pátria e de evitar a vergonha. Existem relatos de suicídio ao longo de toda a história da humanidade.

Diante disso, muitos autores conceituam o suicídio, porém um dos conceitos mais divulgados é o de Durkheim (1982): "Chama-se suicídio todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria

vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte". Para Ribeiro (2004), a definição que se parece mais adequada é a proposta por Shneidman (1969): "...o ato humano de cessação auto-infligida, intencional e que pode ser melhor compreendido como um fenômeno multidimensional, num indivíduo carente, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução."

Nesse sentido, o suicídio é comumente classificado em três diferentes categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. O comportamento suicida compreende a ideação suicida, o planejamento do suicídio, a tentativa e o suicídio propriamente dito. Ter pensamentos de morte é comum, mas se torna patológico quando estes se apresentam como única solução possível para o sofrimento. A ideação suicida compreende ideias e pensamentos ligados ao desejo de se matar, podendo evoluir para a tentativa de suicídio e para o suicídio consumado (WERLANG e BOTEGA, 2004).

Além disso, vale ressaltar o termo parassuicídio, que é definido como um ato autodestrutivo premeditado, que se assemelha a um comportamento suicidário, em que o indivíduo não demonstra clara intenção de morrer. Entre os diversos comportamentos parassuicidários, pode-se citar o abuso de substâncias psicoativas, dirigir em excesso de velocidade, conduta sexual de risco e a prática de esportes perigosos (OLIVEIRA, AMÂNCIO e SAMPAIO, 2001; ROTHES, 2006).

Segundo Fisher e Shaffer (1984), apud Sampaio (1991), é possível considerar essencialmente três modelos explicativos do suicídio: o modelo psicológico, nosológico e o sociológico. Dentro do modelo psicológico, Freud, em 1917, observou que o suicídio busca atingir, primitivamente, o objeto de amor perdido e introjetado, naqueles casos extremos em que a perda do objeto não pode ser enfrentada através do luto. Todo suicídio tem o desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa (FREUD, 1980).

A tendência para a autodestruição é muito debatida na obra psicanalítica de Freud, contudo é Karl Menninger quem elabora uma explicação psicológica global do comportamento suicidário. Para Menninger, o ato suicida é impulsionado por três desejos: o desejo de morrer, o desejo de matar e o desejo de ser morto (MENNINGER, 1970). Psicanalistas tradicionais entendem que não só os aspectos agressivos estariam presentes no comportamento suicida, mas também os libidinais. Chegaram a tal

conclusão após observar que muitos pacientes suicidas apresentavam fantasias de reunião ou união com o objeto amado internalizado (WANG e RAMADAM, 2004).

Em contrapartida, o modelo nosológico relaciona o suicídio com alterações psicopatológicas surgidas no decorrer da doença mental, sendo, portanto um sintoma de uma condição secundária (NÚÑEZ et al., 2008). Para Gliatto e Rai (2001), os estudos têm indicado que os suicídios, em todas as faixas etárias, associam-se a transtornos psiquiátricos, principalmente, depressão, esquizofrenia e o abuso de substâncias psicoativas.

A perspectiva sociológica do suicídio desenvolve-se a partir de Durkheim. Émile Durkheim, sociólogo francês, abordou o fenômeno fundamentado em causas sociais e não individuais, e caracterizou três tipos de suicida: O suicida egoísta - a pessoa se mata, por perder o sentido de integração com seu grupo social, isto é, se mata para não sofrer mais; o suicida altruísta - é aquele que sacrifica sua vida, pelo bem do grupo; e o suicida anômico - a pessoa que se mata, por causa dos desequilíbrios de ordem econômica e social. Estando o suicídio associado tanto à falência quanto à súbita aquisição de dinheiro (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Assim, diante da complexidade desse fenômeno, se faz necessário ressaltar que o suicídio é um tipo de morte evitável, e essa evitabilidade ocorre através da implementação de medidas de prevenção eficazes. Prevenir esse tipo de morte é uma tarefa complicada, mas possível com a detecção precoce da intenção suicida e o tratamento apropriado (FAGUNDES, 2010).

As intervenções de prevenção do suicídio baseadas em dados científicos se organizam em um marco teórico dividindo-se em intervenções universais, seletivas e indicadas. Portanto, as estratégias de prevenção universal estão delineadas para alcançar a toda uma população com finalidade de potencializar ao máximo a saúde e reduzir minimamente o risco de suicídio ao eliminar barreiras de atenção e aumentar o acesso à ajuda, fortalecer os fatores protetores como o apoio social e modificar o entorno físico (OMS, 2014).

Diferentemente, as estratégias de prevenção seletiva se dirigem a grupos vulneráveis da população de acordo com características como, a idade, sexo, situação ocupacional ou antecedentes familiares. Alguns indivíduos podem não manifestar

comportamentos suicidas no presente, mas podem correr um elevado risco biológico, psicológico ou socioeconômico.

As estratégias de prevenção indicada se destinam a determinados indivíduos vulneráveis dentro da população, como por exemplo, quem mostre sinal precoce de potencial suicida ou quem já tenha tentado cometer suicídio (OMS, 2014).

Dados os múltiplos fatores que intervêm no comportamento suicida, as atividades de prevenção do suicídio requerem um enfoque multissetorial amplo que aborde os diversos grupos da população e de risco e seus contextos ao longo de todo o ciclo de vida (OMS, 2014). O sucesso de estratégias de prevenção e controle do suicídio implantadas em vários países – como os Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Austrália, Japão e Suécia – mostra que é possível enfrentar o problema, diminuindo o sofrimento de milhões de pessoas (BEAUTRAIS, 2006).

Em termos de prevenção no Brasil, foi elaborado em 2001, o Plano Nacional de Prevenção de Violência e Acidentes, sob a coordenação do MS. Seu objetivo principal consistiu em contribuir para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas de modo a promover a qualidade de vida da população.

Este plano de ação tem como premissas as diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências existente através da Portaria MS/GM 737 de 16/05/2001 (BRASIL, 2002). Ainda, sob a coordenação do MS foram organizadas as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio através da Portaria nº 2542/GM/Dezembro 2005 (BRASIL, 2005).

Em 2006, o MS apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio de acordo com a portaria nº 1.876/06, com o intuito de diminuir os óbitos por suicídio e as tentativas de suicídio, os danos associados e o impacto na família. Nesse mesmo ano, foi lançado o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, com o objetivo de detectar precocemente condições associadas ao fenômeno e realizar medidas de prevenção.

Da mesma forma, essa Portaria estabelece que as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o MS, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, as organizações governamentais e não

governamentais, nacionais e internacionais com o intuito de desenvolver estratégias de sensibilização da sociedade, linha de cuidados integrais, identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e os fatores protetores, contribuindo para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão (PORTARIA nº 1.876/06).

Diante disso, em 2011 o MS, por meio da Portaria GM/MS Nº 104 de 25 de janeiro de 2011, incluiu “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” entre os agravos de notificação obrigatória. Embora essa portaria inclua eventos “contra si” na definição de violência, não especifica a tentativa de suicídio como de notificação obrigatória (BARROS, et al., 2011).

Em contra partida, em 2014 o MS, através da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, determinou que os casos de tentativa de suicídio e violência sexual são de notificação imediata no âmbito municipal, e deve seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido pela Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do MS.

A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento, utilizando como instrumento de coleta a “Ficha de Notificação de Acidentes e Violências” (em anexo). A tentativa de suicídio deve ser notificada e registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, de acordo com as normas e rotinas estabelecidas pela SVS do MS (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, considerando o aspecto multifatorial do fenômeno do suicídio, fica clara a necessidade de desenvolver ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral. Diante disso, uma rede de apoio, como por exemplo, a rede de vigilância, prevenção e controle proposta pelo Manual de Prevenção do Suicídio do MS (2011), é um conjunto de pessoas articuladas que agem para alcançar um objetivo comum (CROSS e PARKER, 2004; FREEMAN, 2006).

Outro aspecto importante é a inter-relação dos atores da rede de apoio com o sujeito em sofrimento psíquico. Esta rede, denominada Rede de Serviços, promove o cuidado no cotidiano de vida e são formados pelos serviços da saúde intersetoriais, pela comunidade, e o próprio movimento político social (PIETRO e TAVARES, 2005).

Logo, esse projeto tem como base a atenção primária à saúde, onde os agentes comunitários de saúde detectam os pacientes de risco e as famílias vulneráveis, dando o encaminhamento inicial ao tratamento na Equipe da Saúde da Família, referenciando para os técnicos da saúde mental, lotados nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e quando necessário encaminhando aos serviços de emergências e urgências (NOGUEIRA, 2013).

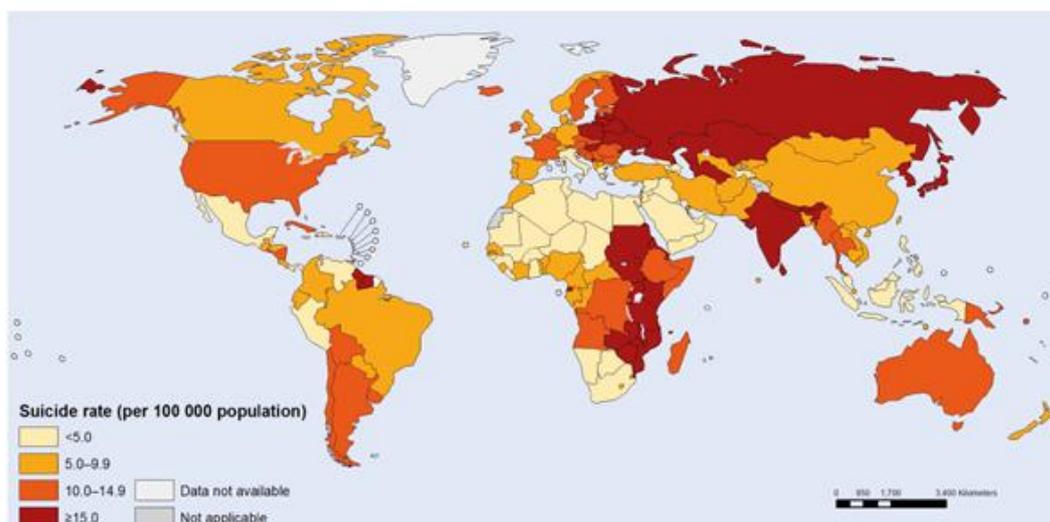
Com a finalidade de prevenir as tentativas de suicídio, é imprescindível que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios. O suicídio é o último ato de um processo de crise (BRASIL, 2014).

O resultado positivo do trabalho de prevenção depende do estabelecimento de contatos e de comunicação em torno dos casos. A troca de informações entre os profissionais pode estabelecer o núcleo de uma rede local de prevenção e controle do suicídio, que poderá se estender para as mais diversas áreas da sociedade (MOURA, 2011).

2.2 Epidemiologia do suicídio

O suicídio é um fenômeno que vem aumentando em muitos países. Segundo a OMS (2014), mais de 800 mil pessoas suicidam todos os anos e esse número deve chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020. Contudo, a OMS acredita que esse número esteja subestimado em 20 vezes por conta da subnotificação ou inexistência de registros de ocorrências, principalmente em países da África e Oriente Médio.

A taxa mundial de suicídio aferida pela OMS (2014), no ano de 2012 foi de 11,4 óbitos por suicídio/100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres). A Figura 1 mostra que as maiores taxas de óbitos por suicídio encontram-se no leste europeu e as mais baixas na América Latina. Europa ocidental, Estados Unidos e Oceania apresentam taxas intermediárias. Porém, os dados dos países africanos são pouco confiáveis ou inexistentes, dificultando o conhecimento fidedigno das taxas de suicídio.

Figura 1: Mapa de taxas de suicídio/100 000 habitantes, ambos os sexos.

Fonte: OMS, 2014

A taxa de mortalidade por suicídio/100.000 habitantes, segundo a OMS, tomando por base dados de 2014, é classificada da seguinte forma: Taxas menores de 5,0 óbitos/100.000 habitantes são consideradas como baixas; entre 5,0 e 9,9 óbitos/100.000 habitantes como médias; entre 10,0 e 14,9 óbitos/100.000 habitantes como altas e igual ou acima de 15,0 óbitos/100.000 habitantes como altíssima. A taxa de mortalidade por suicídio expressa o número de suicídios ocorridos em um país ou região a cada 100 mil habitantes durante o período de um ano (OMS, 2014).

Tabela 1. Países com mais óbitos por suicídio e maiores taxas de suicídio em 2012

ÓBITOS POR SUICÍDIO (MIL)			TAXA DE SUICÍDIO (POR 100)		
MIL PAÍS	TOTAL	PAÍS	HOMEM	MULHER	TODOS
Índia	258	Guiana	70,8	21,1	44,2
China	221	Coreia do Norte	45,04	35,1	38,5
EUA	43	Coreia do Sul	41,7	18	28,9
Rússia	31	Sri Lanka	46,04	12,8	28,8
Japão	29	Lituânia	51	8,4	28,2
Coreia do Sul	17	Suriname	44,5	11,9	27,8
Paquistão	13	Moçambique	34,2	21,1	27,4
Brasil	12	Nepal	30,1	20	24,9

(OMS, 2014).

Outro dado divulgado pela OMS (2014) é que 75% dos casos de suicídio se dão em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, apontando para uma correlação entre situação econômica e taxas de suicídio. Por outro lado o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2014) afirma que não parece existir uma relação entre crise econômica e taxas de suicídio. Um exemplo é a Coreia do Sul, que apesar de ser um dos países mais ricos do mundo, apresenta a segunda maior taxa mundial de suicídios, que aumentou de 8,8 em 1990 para 33,3 em 2011.

Com respeito a idade, as taxas de suicídio são mais baixos entre os menores de 15 anos, e maior entre as pessoas de 70 anos ou mais, em ambos os sexos, em quase todas as regiões do mundo. A taxa global de suicídio entre os homens é de 15,0 por 100 mil habitantes, e entre as mulheres é de 8,0. Apesar disso, as taxas de suicídio variam a depender da região, do país e da idade do indivíduo (OMS, 2014).

Em relação aos métodos utilizados para o suicídio, os dados são insuficientes. Em países de alta renda, os principais métodos para o suicídio são o enforcamento (50% dos casos), e o uso de armas de fogo (18%). Nas zonas rurais e em países de baixa ou média renda, o uso de pesticida se sobressai, responsável por cerca de 30% dos casos de suicídio no mundo (OMS, 2014).

Diante dos dados mundiais, se faz importante expor os dados do Brasil, que em comparação a outros países, apresenta baixas taxas de suicídio e de tentativa de suicídios. A taxa de suicídio no país aferida pela OMS (2014) é de 5,8 por 100 mil habitantes, sendo 2,5 entre as mulheres e 9,4 entre os homens, no período de 2012. Entre os anos 2000 e 2012 o crescimento da taxa de suicídio no Brasil foi de 10,4%.

De 1980 a 2012, o total de suicídio por ano saltou de 3.896 casos para 10.321, um aumento de 62,5%. Entre 2002 e 2012 o crescimento da taxa de suicídio foi de 33,6%, superior ao crescimento das taxas de homicídio (2,1%), de mortalidade nos acidentes de transportes (24,5%) e do crescimento da população brasileira (11,1%) no mesmo período (WAISELFISZ, 2014).

Esse mesmo autor, também observa a ocorrência de suicídios de crianças entre 5 e 9 anos (3 casos) e entre 10 e 14 anos (117 casos) em 2012. No entanto, o suicídio de crianças com idades abaixo de 12 anos é um tema delicado, visto que os especialistas não possuem consenso sobre o grau de consciência da criança em relação a

irreversibilidade da morte e, por consequência, do suicídio (FENSTERSEIFER; WERLANG, 2003; FRIEDRICH, 1989; TORRES, 1979).

Quanto a distribuição das taxas de suicídio em relação ao sexo, o Brasil segue a tendência mundial em que os homens se suicidam mais que as mulheres. Também, entre o período de 1980 a 2012 ocorre um aumento nos óbitos por suicídio em todos os grupos etários, menos entre as mulheres jovens. O maior aumento da taxa de suicídio foi entre os homens jovens, saltando de 5,7 em 1980 para 8,9 em 2012, um incremento de 54,1%. Dessa forma, as taxas de suicídios entre homens tendem a aumentar enquanto entre as mulheres tendem a cair (WAISELFISZ, 2014).

Embora a taxa de suicídio tenha aumentado no Brasil, existem diferenças entre as regiões geográficas. A maior taxa ocorre na região Sul, com um valor de 9,8 suicídio/100.000 habitantes, e no Centro-Oeste, com 7,6 suicídio/100.000 habitantes, seguidas por 5,6 no Sudeste, 5,3 no Norte e 5,2 no Nordeste. Apesar de as regiões Sul e Centro-Oeste apresentarem as maiores taxas entre o período de 2002 a 2012, os óbitos por suicídio tem diminuído nessas duas regiões, enquanto houve acréscimo das taxas nas demais regiões (MACHADO; SANTOS, 2015).

Ainda sobre a distribuição geográfica, no período de 2002 a 2012, na região Norte, a mortalidade por suicídio cresceu 37,2%, passando de 3,8 para 5,3 suicídio/100.000 habitantes no período estudado. O Nordeste foi a região com o maior crescimento percentual na taxa de suicídio nos últimos 13 anos, com um aumento de 72,4%, passando de 3,0 suicídio/100.000 habitantes em 2000 para 5,2 suicídio/100.000 habitantes em 2012. No Sudeste, a mortalidade por suicídio aumentou 34,8%, mudando de 4,2 em 2000 para 5,6 em 2011. Em contra partida, no sul do país, o suicídio decresceu 0,5%. No Centro-Oeste verificou-se a maior queda nacional da mortalidade por suicídio de 2000 para 2011, mais de 13%, e de 2011 para 2012 diminuiu 1,8% (MACHADO; SANTOS, 2015).

Da mesma forma, a pesquisa de Waiselfisz (2014), mostra quais as Unidades da Federação que estão com as maiores taxas de óbitos por suicídio e as que apresentam as menores taxas no ano de 2012. Logo, o Rio Grande do Sul (10,9), Santa Catarina (8,6), Mato Grosso do Sul (8,4), e Roraima (8,1), encabeçam a lista das taxas mais elevadas do país. Por outro lado, Rio de Janeiro, Amapá e Pará apresentam as menores taxas, com 2,9, 3,0 e 3,1 respectivamente.

No que se refere as taxas de suicídio nos estados do Nordeste, na pesquisa de Waiselfisz (2014), é possível observar que os estados do Piauí e Ceará são os que apresentam as maiores taxas de óbitos por suicídio, 7,4 e 5,9 por 100.000 habitantes, respectivamente, no ano de 2012, acima da média nacional. Em terceiro lugar está o Rio Grande do Norte com uma taxa de 5,3 óbitos por 100.000 habitantes, seguido do estado de Sergipe com 5,1 suicídios por 100.000 habitantes. O Estado da Paraíba fica na quinta posição, apresentando uma taxa de 4,9 suicídios por 100.000 habitantes.

Nesse sentido, o estado com menor taxa foi Maranhão com 3,1 suicídios por 100.000 habitantes, seguido pela Bahia e Alagoas, ambos com uma taxa de 3,4 suicídios por 100.000 habitantes. Por fim, Pernambuco apresentou uma taxa de 3,8 casos de suicídio por 100.000 habitantes. Waiselfisz (2014), ainda mostra em seu estudo as taxas por suicídios na população total nos 100 municípios com mais de 20.000 habitantes no ano de 2012. A partir disso, observa-se que o município de Pernambuco que apresentou uma elevada taxa de óbito por suicídio foi Custódia (14,5 óbitos por suicídio/100.000).

Esse estudo também expõe as taxas de suicídios na população jovem nos 100 municípios com mais de 15.000 jovens no ano de 2012. Por conseguinte, os municípios de Pernambuco que apresentaram taxas elevadas foram, na 21ª posição, Gravatá – PE (18,9 suicídio/100.000) e na 22ª, Surubim - PE (18,6 suicídios/100.000). Dando seguimento, na 55ª posição se encontra o município de Bezerros com uma taxa de 13,1 suicídios/100.000; na 66ª o município de Pesqueira (12,1 suicídio/100.000) e na 71ª, Palmares com 11,9 suicídios/100.000 habitantes. Percebe-se que essa pesquisa não encontrou taxas elevadas de óbitos por suicídio nos municípios da V Gerês no ano de 2012.

Nesse contexto, os profissionais da saúde ainda não podem prever exatamente quem irá cometer suicídio, mas podem tentar reduzir os riscos. Com a finalidade de desenvolver estratégias para reduzir o risco das pessoas cometerem suicídio, o reconhecimento dos fatores de risco e dos fatores protetores é fundamental (ABP, 2014). Os fatores de risco são elementos que podem influenciar no desenvolvimento do comportamento suicidário, sem necessariamente, ser o fator causal (ARAÚJO; VIEIRA e COUTINHO 2010).

Segundo Meleiro e Teng (2004), os fatores de risco para o suicídio podem ser definidos através de estudos epidemiológicos, uma vez que, através desses estudos é possível obter informações relacionadas aos casos de morte por suicídios registrados oficialmente, tais como: métodos escolhidos para o suicídio, local, idade, sexo entre outros. Nesse sentido, os fatores de risco relacionados ao suicídio podem ser classificados de diferentes formas, no entanto uma das formas mais tradicional é à divisão entre fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Os fatores modificáveis são aqueles em que se pode realizar intervenção, por exemplo, acesso a arma de fogo, drogas, problema psicológico, etc. Os fatores não modificáveis são aqueles em que não há possibilidade de intervenção, tais como, história pregressa, história familiar, aspectos demográficos como sexo e idade (MELEIRO e TENG, 2004).

Adá mesma forma, a OMS (2012), afirma que os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais, principalmente depressão e dependência de álcool e drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional.

Para a ABP (2014), existem dois principais fatores de risco para o suicídio: tentativa prévia de suicídio e a doença mental. A tentativa de suicídio é o fator preditivo mais importante, visto que, indivíduos que tentaram suicídio previamente têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente. Estima-se que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado anteriormente.

Assim, como há fatores de risco para o suicídio, existem os fatores que podem servir de proteção. A ABP (2014), frisa que estudos sobre os fatores protetores são escassos na literatura, todavia cita como exemplo, o suporte familiar e os laços sociais bem estabelecidos, bem como a autoestima elevada, capacidade de resolução de problemas, presença de filhos, religiosidade e acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

2.3 Mensuração e magnitude do suicídio

O estudo sobre o “Suicídio” é importante devido a seu impacto social, tanto em decorrência das altas taxas de suicídio no mundo, quanto em termos econômicos, além do grande sofrimento vivenciado pelos familiares e amigos das pessoas que tentam ou cometem suicídio (BLANCA WERLANG, 2013). Os familiares e amigos que são afetados, social, emocional e economicamente, pelo suicídio, são chamados de sobreviventes (WHO, 2008).

Com relação ao impacto social, o suicídio contribui para perdas socioeconômicas, pois a maioria das vítimas pertence ao grupo economicamente ativo. Também, o impacto sobre os serviços de saúde é elevado por causa do acréscimo de gastos com atendimentos ambulatoriais, cuidados de emergência e tratamento dos indivíduos sequelados em decorrência da tentativa de suicídio (GAJALAKSHMI; PETO, 2007).

No Brasil, os óbitos por suicídio fazem parte da categoria “causas externas”, que abrangem as lesões intencionais (homicídios, suicídios, agressões etc.) e as não intencionais (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, entre outras) (MASCARENHAS et al., 2009).

A vigilância das causas externas é feita por coletas de dados, produção, disseminação da informação a partir de várias fontes de dados como, por exemplo, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informação de Agravos Notificação (SINAN), inquéritos, boletins de ocorrência. O SUS analisa, produz e difunde informações com o intuito de subsidiar as intervenções de promoção, proteção, prevenção, e reabilitação da saúde, bem como monitoriza e avalia essas ações (SILVA et al., 2013).

Diante disso, vale ressaltar que o estudo da mortalidade por causa de óbitos representa uma estratégia para conhecimento das causas que mais contribuem para a ocorrência de mortes em uma determinada população. Diferentemente, o coeficiente de mortalidade geral indica em quantidade que pessoas morreram, sem determinar a causa dos óbitos e outras variáveis (sexo, idade, etnia, escolaridade) (LIMA; PORDEUS; ROUQUAYROL, 2013).

Logo, o coeficiente de mortalidade por suicídio estima o risco de morte por esse agravo e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública. Assim, o estudo sobre os óbitos por suicídio de uma determinada região pode auxiliar no

processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas que tentaram o suicídio, as que possuem um risco de cometer o suicídio e os familiares e amigos próximos a essas pessoas (LIMA; PORDEUS; ROUQUAYROL, 2013).

Os dados estatísticos em relação ao suicídio são muitas vezes subnotificados, pois, de acordo com o IBGE (2010), aproximadamente 15,6% dos óbitos que ocorrem no Brasil não são registrados, e dos que são registrados 10% são denominados como “causa externa de tipo ignorado”. Sendo assim, fica impossível saber se estes 10% foram por acidente, homicídio ou suicídio.

Vale pontuar que as tentativas de suicídio são de notificação imediata no âmbito municipal, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, devendo seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS do MS.

A tentativa de suicídio é um agravo de notificação imediata, considerando a importância de tomada rápida de decisão, com encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso. O Profissional responsável deve acionar à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) (BRASIL 2014).

Referências

ANGERAMI-CAMON VA. **Suicídio. Fragmentos de Psicoterapia Existencial.** São Paulo: Ed. Pioneira; 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir.** Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014. <http://das.segesp.ufsc.br/files/2015/09/cartilha-suic%C3%ADdio.pdf>. Acessado em: 12/2015

ARAÚJO, L.; VIEIRA, K.; COUTINHO, M. **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.** Psico-USF. Vol. 15, nº1, p. 47-57. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100006. Acessado em: 02/2016.

BERTOLETE, J. M. **O Suicídio e sua prevenção.** São Paulo: Editora Unesp. 2012.

BARROS, D.M, et al. Notificação compulsória de violência – Implicações em saúde mental. **Revista Psiquiatria Clínica.** 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a01v38n4.pdf>. Acessado em: 07/2015.

BLANCA WERLANG. Suicídio: Uma Questão de Saúde Pública e um Desafio para a Psicologia Clínica. In. Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Brasília: CFP, 2013.153 p. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acessado em: 01/2016

BRASIL. Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006. Define diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. **Diário Oficial da União 2006.**

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União 2014.**

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de

notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União 2011.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acessado em: 01/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção da Violência. Portaria nº 2542/GM/Dezembro 2005. **Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html. Acessado em: 02/2016

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Brasília, 1º edição, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acessado em: 02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n° 01,** de 12 de agosto de 2014. Brasília, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.** Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c09.def>. Acessado em 16/ 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito:** documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf. Acessado em: 07/2015

BOTEGA, N. Comportamento suicida em números. **Revista debates em psiquiatria.** Ano 2. Nº1. Jan/Fev, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf. Acessado em: 02/2015

CASSORLA, R.M.S. Suicídio e autodestruição humana. In: Werlang BG, Botega NJ, organizadores. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 21-33.

CROSS, R. L.; PARKER, A. **The hidden power of social networks**: understanding how work really gets done in organizations. Harvard:Harvard Business Press, 2004.

DATASUS - Brasil. Sistema de Informação sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS. In: **Informação de Saúde – Estatísticas Vitais - Óbitos por causas externas**. Ano: 2012. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>, acessado em fevereiro de 2015.

DURKHEIM, Émile. "**O Suicídio - estudo sociológico**". Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1982, p.222-236.

DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto alegre. Ed. Casa do Psicólogo, 2002.

FAGUNDES, G.L.S. **As Tentativas de Suicídio entre Portadores De Hiv/Aids na Região da Amrec**. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, Dezembro, 2010. Disponível em: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004E7D.pdf>. Acessado em: 02/2016

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. **Suicídio na infância**: será a perda da inocência? *Psicologia Argumento*, 21(35), 39–46. 2003.

FREEMAN, L. **The development of social network analysis**. Vancouver: Empirical Press, 2006.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XVIII, Tradução de Jayme Salomão et. al. Rio de Janeiro: Imago, p.275-291, 1980.

FRIEDRICH, S. **Tentativas de suicídio na infância**. Universidade de São Paulo. 1989.

GAJALAKSHMI V; PETO R. **Suicide rates in rural Tamil Nadu, South India:** verbal autopsy of 39000 deaths in 1997-98. *Int J Epidemiol.* 2007; 36(1):203-7. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/content/36/1/203.full.pdf>. Acessado em: 02/2016

GONÇALVES L. R. C.; GONÇALVES E.; JÚNIOR LBO. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional.** Nova econ. vol.21 n°.2 Belo Horizonte, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-63512011000200005&script=sci_arttext. Acessado em: 07/2015

GLIATTO, M.F.; RAI, A.K. Avaliação e tratamento de pacientes com ideias suicidas. In: **Neuropsiconews-Internet.** São Paulo, n. 35, p.10-14, 2001.

GRZANKA, P. R.; MANN, E. S. **Queer youth suicide and the psychopolitics of “It Gets Better.”** *Sexualities*, 17(4), 369–393. Doi: 10.1177/1363460713516785. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264495699_Queer_youth_suicide_and_the_psychopolitics_of_It_Gets_Better. Acessado em: 02/2016

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Vamos conhecer o Brasil/ nosso povo. 2010. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao>. Acessado em: 01/2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acessado em 30/2015.

JUNIOR, A.F. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, 02(01), Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Ferreira-Junior-2015-O-comportamento-suicida-no-Brasil-e-no-mundo.pdf>. Acessado em: 12/2016

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Emergências psiquiátricas: suicídio. In: **Compêndio de Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 757.

LIMA J.R.C.; PORDEUS A.MJ.; ROUQUAYROL M.Z. Medida da saúde coletiva. In ROUQUAYROL M.Z; GURGEL E.M. **Epidemiologia e Saúde - 7ª Edição** - Editora Medbook, 2013.

LOVISI, G.M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>. Acessado em: 02/2015

LOUZÃ NETO. et al. "**Psiquiatria básica**". Porto Alegre. Ed. Artes Médicas, p.378. 1995.

MASCARENHAS M. D. M. et al. **Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes - Brasil, 2006**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5). pp. 1657-1668. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500007&script=sci_arttext. Acessado em: 01/2016

MELEIRO, A. M. A. S. & Teng, C. T. **Fatores de risco de suicídio. Suicídio estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma. 2004.

MELEIRO, A.; WANG, Y. P. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LOUZÃ NETO, M. R. (Org.) **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.389.

MELEIRO, A.; BAHLS, S.C. O comportamento suicida. In: **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Farma editores, 2004.

MELLO M.F. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

MENNINGER, K.; EROS; TÂNATOS: **O homem contra si mesmo**. São Paulo: Ed. Ibrasa, 1970.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf. Acesso em 07 nov.2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação –

MOURA A.T.M.S. et al. **Prevenção do suicídio no nível local: Orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram.** 2011. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>. Acessado em: 01/2016

MORAIS, S.; SOUSA, G. **Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes.** *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31 (1), 160-175. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a14.pdf>. Acessado em: 12/2015

MOURA, A. T. M. S. **Prevenção do suicídio no nível local:** Orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre, 2011. . Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>. Acessado em: 01/2016

NAVASCONI P.V.P. **Psicologia e Direitos Humanos:** formação, Atuação e Compromisso Social. Considerações Sobre O Suicídio Na Realidade Atual. Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá - UEM. 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/rosAline/Downloads/PropostaparaSimposio-Suicidio-Eprecisofalarsobreessefenomeno%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/rosAline/Downloads/PropostaparaSimposio-Suicidio-Eprecisofalarsobreessefenomeno%20(1).pdf). Acessado em: 02/2016

NOGUEIRA, R.C. **Repercussões de Projeto de Implantação de Rede Intersetorial de Prevenção do Suicídio em Municípios do Rio Grande do Sul.** Universidade Estácio de Sá Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://portal.estacio.br/media/4259825/ricardo%20de%20campos%20nogueira%20disserata%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acessado em: 02/2016

NÚÑEZ, A. et al. **Comportamientos suicidarios y su estudio práctico.** 9º Congresso Virtual de Psiquiatria (pp. 1-16). Interpsiquis. 2008.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Society at a Glance: The Crisis and its Aftermath.** OECD Publishing. doi:10.1787/soc_glance-2014-en. 2014. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-SocietyAtAGlance2014.pdf>. Acessado em: 01/2016

OLIVEIRA, A.; AMÂNCIO, L.; SAMPAIO, D. **Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente.** *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 509-521. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a03.pdf>. Acessado em: 01/2016

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf. Acessado em: 01/2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra, 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acessado em: 02/2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**: saúde mental – nova concepção, nova esperança. Genebra. 2002. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em: 02/2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 02/2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: um manual para médicos Clínicos gerais. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf. Acessado em: 02/2015

PIETRO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídios: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, 54(2): 146-54. 2005.

PORTAL SAÚDE. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/v-geres>.

RESMINI, E. **Tentativa de Suicídio**: um Prisma Para Compreensão da Adolescência: São Paulo: Revinter. 2004.

RIBEIRO, D.M. **Suicídio**: critérios científicos e legais de análise. Jus Navigandi, Teresina, 9 (423). 2004. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/5670/suicidio-criterios-cientificos-e-legais-de-analise>. Acessado em: 02/2016

ROTHES, I. (2006). **Suicídio Juvenil. Representações sociais dos médicos e dos psicólogos**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto: Universidade do Porto. Disponível em: file:///C:/Users/rosAline/Downloads/Suicidio_juvenil%20(1).pdf. Acessado em: 01/2016

ROUQUAYROL, M.Z; SILVA, GURGEL M. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAMPAIO, D. **Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio**. (14ª Edição). Lisboa: Caminho. 1991.

SGOBIN, S.M.T. **Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral**. Campinas SP, 2013.

SILVA M.M.A. et al. Violência como um problema de saúde pública. In ROUQUAYROL M.Z; GURGEL E.M. **Epidemiologia e Saúde - 7ª Edição** - Editora Medbook, 2013.

SILVA, M.M. **Trama da comunicação**. Dissertação de Mestrado. Psicologia Social, PUC-SP 1992. Disponível em: < <http://www.avesso.net/suicidio.htm>>Acesso em: 02/2015

SINAN NET BRASÍLIA/DF 2011. Disponível em: http://lproweb.procompa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_dant_2011_instrutivofichaviolencia.pdf. Acessado em: 07/2015.

TORRES, W. C. **O conceito de morte na criança**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, 31 (4): 9-34, out./dez. 1979. Disponível em: file:///C:/Users/rosAline/Downloads/18239-34156-1-PB.pdf. Acessado em: 22/2016

WASELFISZ, J. J. **Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014**. Brasília. Retrieved from. (2014). Disponível em: <http://www.juventude.gov.br/juventudeviva>. Acessado em: 12/2016

WANG, Y. P; RAMADAM, Z. B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C.T.; WANG, Y.P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo. Ed. Segmento Farma, 2004.

WERLANG, B. S. G. "**Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio**". Campinas, SP, s.n., 2000. Tese (Doutorado em ciências médicas na área de saúde mental) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 347p, cit. Disponível em: <file:///C:/Users/rosAline/Downloads/WerlangBlancaSusanaGuevara.pdf>. Acessado em: 12/2015

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, J. N. Introdução. In B. G. Werlang, e J. N. Botega (Orgs.). **Comportamento suicida** (pp. 17-18). Porto Alegre. Ed. Artmed. . 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO.). International Association for Suicide Prevention (IASP). **Preventing suicide**: how to start a survivor's group. Geneva: WHO/IASP, 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf. Acessado em: 02/2016

WHO. (2014). **Preventing suicide**: a global imperative. Retrieved from. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779>. Acessado em: 01/2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World report on violence and health**. Geneva, 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf. Acesso em: 02/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World Health Statistics**, 2009. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf. Acessado em: 07/2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneve: WHO; 2014. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf. Acessado em: 07/2015.

Artigo Original

Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio nos municípios da V Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2006 a 2014

Epidemiological analysis of deaths by suicide in municipalities of the fifth Region Health of Pernambuco, 2006 to 2014

Análisis epidemiológico de las muertes por suicidio en los municipios de la V Región de Salud de Pernambuco, 2006 – 2014

Rosaline Bezerra Aguiar

Terapeuta Ocupacional e Residente de saúde coletiva – Universidade Estadual de Pernambuco/Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco– UPE/ESPPE

Gesika Maria da Silva

Médica veterinária – Mestre em Ciência Animal Tropical pela UFRPE; Apoiadora de Vigilância em Saúde da V Geres.

Oswaldo Fonseca Rodríguez

Médico veterinário – Mestre em Medicina Preventiva Veterinária pela Universidad Agraria de La Habana (UNAH), Pesquisador do Grupo de Epidemiologia do Centro Nacional de Sanidad Agropecuaria (CENSA), Cuba.

Maria Lúcia Xavier Barros

Supervisora dos Sistemas de Informação da Vigilância em Saúde da V Geres.

Resumo

Objetivo: realizar uma análise epidemiológica dos óbitos por suicídio na V Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2006 a 2014. **Métodos:** estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, baseado em dados secundários. **Resultados:** as taxas de mortalidade por suicídio na V Geres variaram de 4,01 suicídio/100 mil habitantes em 2006 a 7,82 em 2013. As maiores taxas de suicídio foram identificadas entre os idosos (7,80/100 mil habitantes) e população masculina (6,83/100 mil habitantes). A proporção foi maior entre as pessoas solteiras (58,07 %). Quanto a escolaridade, (30,61%) tinham entre 5 e 7 anos de estudo, e (29,59%) nenhum ano de estudo. Verificou-se que 79,23% era de cor parda e o grupo ocupacional com maior percentual foi o dos trabalhadores

agropecuários em geral (37,86%). O método mais utilizado foi o enforcamento (56,94%). **Conclusão:** esse estudo revela características que mostram a necessidade de implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio.

Palavras-chave: suicídio, taxa de mortalidade, políticas públicas, prevenção.

Abstract

Objective: To carry out an epidemiological analysis of deaths by suicide of V Regional Health Management of Pernambuco, from 2006 to 2014. **Methods:** epidemiological retrospective descriptive study, based on secondary data. **Results:** The suicide mortality rates in “V Geres” ranged from 4,01 suicide/100,000 inhabitants in 2006 to 7.82 in 2013. The highest suicide rates were found among the elderly (7.80/100,000 inhabitants) and males (6.83/100,000 inhabitants). The proportion of suicide among single people was the highest (58.07%). The analysis of education level shows that 30.61% were between people with 5 to 7 years of study, and 29.59% for people with no studies. It was found that 79.23% were mulatto and the occupational group with the highest percentage was that of agricultural workers in general (37.86%). The most commonly used method was hanging (56.94%). **Conclusion:** This study reveals features that show the need to implement public suicide prevention policies.

Key words: suicide, death rate, public policies, prevention.

Resumen

Objetivo: Realizar un análisis epidemiológico de las muertes por suicidio de V Gerencia Regional de Salud de Pernambuco, de 2006 a 2014. **Métodos:** se realizó un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, basado en datos secundarios. **Resultados:** Las tasas de mortalidad por suicidio en la “V Geres” oscilaron entre 4,01 suicidios / 100.000 habitantes en 2006 a la 7,82 en 2013. Se encontró que las tasas más altas de suicidio corresponden a los ancianos (7,80) y la población masculina (6,83). La proporción de suicidio entre las personas solteras fue mayor (58,07%). En cuanto al nivel educacional, el 30,61% tenían entre 5 y 7 años de estudio, y el 29,59% no poseían estudios. Al analizar la raza, el grupo más afectado fue el de personas mestizas (79,23%) y el grupo ocupacional con el porcentaje más alto fue el de los trabajadores agrícolas en general (37,86%). El método más utilizado fue el ahorcamiento (56,94%). **Conclusión:** Este estudio revela características que muestran la necesidad de implementar políticas de prevención del suicidio público

Palabras clave: suicidio, tasa de mortalidad, políticas públicas, prevención.

*Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à saúde, da Universidade de Pernambuco e da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco– PRSC/ UPE/ESPPE, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Sanitarista.

Endereço para correspondência: Rosaline Bezerra Aguiar – A v. Sul Governador Cid Sampaio, nº 5095, APTO 109. Edf. Shopping Park Residence – CEP: 51210-060, Recife-PE
rosaline-rosa@hotmail.com

Introdução

Diante disso, muitos autores conceituam o suicídio, porém um dos conceitos mais divulgados é o de Durkheim: “Chama-se suicídio todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte.”³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 800 mil pessoas suicidam todos os anos e esse número deve chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020. Contudo, a OMS acredita que esse número esteja subestimado em 20 vezes por conta da subnotificação ou inexistência de registros de ocorrências, principalmente em países da África e Oriente Médio.⁵

A taxa mundial de suicídio aferida pela OMS é de 11,4 óbitos por 100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres). As maiores taxas de óbitos por suicídio encontram-se no leste europeu e as mais baixas na América Latina.⁵

Em números absolutos, no ano de 2012, os países com mais mortes por suicídio são Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul, Paquistão e Brasil. Todavia, no que se refere as taxas de suicídio, os países que se destacam são Guiana, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Sri Lanka, Lituânia, Suriname, Moçambique e Nepal. A Guiana, com menos de um milhão de habitantes apresenta a maior taxa mundial, 44,0 por 100 mil habitantes.⁵

Em comparação a outros países, o Brasil apresenta baixas taxas de suicídio e de tentativa de suicídios. A taxa de suicídio no país aferida pela OMS é de 5,8 por 100 mil habitantes, sendo 2,5 entre as mulheres e 9,4 entre os homens. Entre os anos 2000 e 2012 o crescimento da taxa de suicídio no Brasil foi de 10,4%.⁵

As Unidades da Federação com as maiores taxas de óbitos por suicídio são o Rio Grande do Sul (10,9/100.000 habitantes), Santa Catarina (8,6/100.000 habitantes), Mato Grosso do Sul (8,4/100.000 habitantes), e Roraima (8,1/100.000 habitantes). Por outro lado, Rio de Janeiro, Amapá e Pará apresentam as menores taxas, com 2,9, 3,0 e 3,1/100.000 habitantes respectivamente.⁶

No Nordeste, os estados de Piauí e Ceará são os que apresentam as maiores taxas de óbitos por suicídio, 7,4 e 5,9 por 100.000 habitantes, respectivamente, no ano de 2012, acima da média nacional. Em terceiro lugar está o Rio Grande do norte com uma taxa de 5,3 óbitos por 100.000 habitantes, seguido do estado de Sergipe com 5,1 suicídios por 100.000 habitantes.⁶

Assim, o estudo sobre os óbitos por suicídio de uma determinada região pode auxiliar no processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas que tentaram o suicídio, as que possuem um risco de cometer o suicídio e os familiares e amigos próximos a essas pessoas.⁷

Dessa forma, tendo em vista que existe uma carência de pesquisas realizadas sobre o assunto “suicídio” na V Região de Saúde (V Geres), essa pesquisa tem como finalidade realizar uma análise epidemiológica dos óbitos por suicídio na V Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2006 a 2014.

Métodos

Trata - se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, baseado em dados secundários.⁹ Essa pesquisa foi realizada com os dados de residentes nos municípios que compõem a V Geres do estado de Pernambuco, que é composta por 21

municípios. Sua sede está localizada no município de Garanhuns, no Agreste Meridional do Estado.

Juntos, esses 21 municípios, possuem uma população de 513.660 habitantes, com área total de 7.330 Km² e densidade populacional de aproximadamente 70,1 habitantes por Km² (IBGE, 2010). Compõe a II Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco em conjunto com a IV Geres, cuja sede é no município de Caruaru.

A população de estudo compreendeu todos os óbitos por suicídio de residentes nos 21 municípios que compõem a V Geres, durante o período de 2006 a 2014, analisados segundo as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, raça/cor, métodos utilizados e município de residência. Este período foi selecionado, devido a disponibilidade de informações no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da V Geres.

Para a caracterização dos óbitos foram utilizados todos os dados com causa básica do suicídio codificada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a qual compreende as categorias X60 a X84: lesão autoprovoada voluntariamente. Para análise dos dados foi considerada a população maior de 5 anos, visto que não há consenso entre os pesquisadores acerca da noção de morte definitiva em crianças menores de 5 cinco anos.¹⁰

Foi realizado o cálculo da taxa de mortalidade por suicídio e das frequências de suicídios segundo variáveis sociodemográficas como: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, raça/cor, ocupação e métodos utilizados para cometer o suicídio. Para isso, utilizou-se o programa Excel, assim como o programa estatístico SPSS 21. Posteriormente se compararam as proporções utilizando o método Qui Quadrado,

determinando-se a existência de diferenças significativas para $p < 0,05$. A comparação das proporções foi realizada no programa EPIDAT 3.0.

Os resultados obtidos foram apresentados através de gráficos e tabelas, os quais foram construídos através do programa Excel. A taxa de mortalidade por suicídio nos municípios de residência da V Geres foi representada geograficamente mediante a criação de um mapa temático, para o qual utilizou o Sistema de informação geográfico ArcGIS 10.2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE), através do parecer de ética: 1.400934 (Anexo C).

Resultados

Na região da V Geres do estado de Pernambuco, no período estudado, ocorreram 216 óbitos por suicídio, sendo 155 do sexo masculino e 61 do sexo feminino. As taxas de mortalidade por suicídio oscilaram entre 4,01/100 mil habitantes em 2006 a 7,82/100 mil habitantes em 2013. No mencionado período, a taxa média anual foi de 5,07 suicídios/100.000 habitantes (Figura 1).

Dentre os 21 municípios da V Geres, destaca-se o município de Terezinha que apresentou as maiores taxas de mortalidade por suicídio no ano de 2007, 2008, 2009 e 2010 (Tabela 1). Em contra partida, São João e Palmeirina foram os municípios que registraram óbitos por suicídio apenas em dois anos, dos nove anos estudados (Figura 1; Figura 2).

Também foi possível observar que 2011 foi o ano em que ocorreu a menor taxa de mortalidade por suicídio na V Geres, 3,17suicídios/100.000 habitantes, em contraste

com o acontecido em 2013 no qual aconteceram 7,82 suicídios/100.000 habitantes (Figura 1; Gráfico 1).

Na análise dos óbitos por faixa etária, a proporção de suicídio entre a faixa etária de 20 a 29 anos (22,79%) é significativamente superior as demais faixas etárias analisadas. Porém, não houve diferença significativa entre as faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, no que se refere proporção de suicídio (Figura 3). As maiores taxas de mortalidade por suicídio, foram detectadas na população com idade acima de 80 anos, com uma taxa média de 7,80 suicídios/100.000 habitantes, seguida da população com idade entre 30 a 39 anos (7,73 suicídios/100.000 habitantes) (Figura 4).

Ao analisar as características dos óbitos por suicídios segundo o sexo, o masculino apresentou uma frequência de suicídio significativamente maior que os que ocorreram no sexo feminino, assim como uma maior taxa de mortalidade por suicídio durante todo o período estudado (Figura 6). A razão entre a quantidade de óbitos por suicídio segundo o sexo indica uma proporção de 2,5 homens: 1 mulher , o que revela que os óbitos por suicídio representaram o dobro nos indivíduos do sexo masculino quando comparado ao sexo feminino.

No que se refere ao estado civil, evidenciou-se que a frequência de óbitos por suicídio foi significativamente maior entre as pessoas solteiras (58,07 %), do que entre as casadas (33,97%), viúvas (3,21%) e aquelas em união estável (3,85%) (Gráfico 2).

Com relação a escolaridade, a frequência mais elevada de óbitos por suicídio ficou entre a população com 5 a 7 anos de estudos (30,61%), seguida daquelas com nenhum ano (29,59%) e com 1 a 4 anos de estudos (26,53%), porém não foram identificadas diferenças significativas na frequência de suicídios entre pessoas com nenhum grau de escolaridade, com 1 a 4 anos e 5 a 7 anos de estudo. Assim, as pessoas

com 12 anos ou mais de estudos mostraram uma frequência menor (2,04%) de óbitos por suicídios (Gráfico 3).

Outra variável analisada foi raça/cor, sendo que os caracterizados pardos apresentaram uma frequência de óbitos por suicídio expressivamente maior (79,23%) do que os brancos (17,87%), pretos (2,42%) e indígenas (0,48%). Assim, os óbitos por suicídio em pretos e indígenas apresentaram uma menor frequência de suicídio, não evidenciando diferença significativa entre elas (Figura 4).

Quanto a variável ocupação, na (Figura 7) é possível observar que os trabalhadores agropecuários cometeram suicídio com uma frequência consideravelmente maior (37,86%) do que as pessoas com outras ocupações, seguido de trabalhadores volante de agricultura (19,42%) e estudantes (11,65%), não mostrando diferenças significativas entre os dois últimos.

Tendo em consideração o método para cometer o suicídio, a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) foi a que apresentou maior frequência (56,94%), seguido da autointoxicação por exposição intencional a pesticidas (X68), disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (X74) e autointoxicação por exposição intencional a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas (X69), com uma frequência de (12,50%), (7,87%) e (5,09%) respectivamente. Estes três últimos não apresentaram estatisticamente diferenças significativas (Figura 8).

Discussão

Ao realizar uma pesquisa sobre suicídio, deve-se levar em consideração a subnotificação dos dados a respeito desse fenômeno. Vários fatores podem causar essa

subnotificação, como por exemplo, o preenchimento incorreto da declaração de óbito no caso de suicídio, cemitérios clandestinos e pedidos da família para mudar a causa da morte.¹¹

A respeito da taxa média de mortalidade por suicídio durante o período 2006 a 2014, a V Geres registrou uma taxa de óbitos por suicídio de 5,07 por 100.000 habitantes. Todavia, alguns municípios apresentaram altas taxas, como Terezinha, que registrou 32,23 suicídios/100.000 habitantes nos anos de 2007 e 2010, uma taxa considerada altíssima pela OMS.¹² Da mesma forma, o município de Brejão, que registrou 37,11 suicídios/100.000 habitantes no ano de 2009 (Figura 2).

De tal moldo, os resultados desta pesquisa mostram que o maior número de óbitos por suicídio ocorreu entre os trabalhadores agropecuários em geral (37,86%). Logo, 59,70% da população de Brejão e 57,54% da população de Terezinha vivem na zona rural⁴¹.

Assim, uma explicação possível para esse fato é o difícil acesso à rede de saúde, o declínio econômico, o aumento do desemprego e o êxodo rural pelo qual essa população está sujeita.³⁹ O fácil acesso a armas de fogo também pode estar associado ao grande número de suicídio.

De acordo com a OMS (2014), taxas de mortalidade por suicídio menores de 5,0 suicídios/100.000 habitantes são consideradas como baixas; entre 5,0 e 9,9 óbitos/100.000 habitantes como médias; entre 10,0 e 14,9 suicídios/100.000 habitantes como altas e igual ou acima de 15,0 óbitos/100.000 habitantes como altíssimas.¹²

Dessa forma, a taxa de mortalidade por suicídio na V Geres no período estudado demonstrou-se semelhante às taxas do Recife –PE (4,9 suicídio/100.000 habitantes), e do Brasil (4,6 suicídio/100.000 habitantes) no período entre 2006 e 2012.⁶

A V Geres apresentou uma tendência temporal crescente entre 2006 e 2009, com uma queda acentuada em 2011. No entanto, essa taxa se elevou consideravelmente no ano de 2013 e ocorreu discreto declínio em 2014.

Portanto, quanto a este aumento das taxas de suicídio, a V Geres segue a tendência do Nordeste, visto que esta foi a região com o maior crescimento percentual na taxa de suicídio nos últimos 13 anos, com um aumento de 72,4%, passando de 3,0 suicídios/100.000 habitantes em 2000 para 5,2 em 2012.¹³ Os achados desta pesquisa também corroboram com os dados da OMS,¹² a qual afirma que entre os anos 2000 e 2012 ocorreu um crescimento da taxa de suicídio no Brasil (10,4%).

Em relação à faixa etária, esse estudo está de acordo com as descobertas de pesquisas realizadas no Brasil, no período entre 1980 e 2006¹⁴, e no estado de Santa Catarina, no período entre 1980 e 2005¹⁵, de que a taxa de mortalidade por suicídio é mais alta entre os mais velhos.

Segundo Zanin,³⁵ a aposentadoria, a falta de ocupação, a perda do companheiro, doenças clínicas e mentais podem influenciar as ideias e tentativas de suicídio nessa faixa etária. Gawryszewski, Jorge e Koizumi³⁶ também concordam com tal afirmação ao declarem que a solidão, perdas financeiras, doenças crônicas e a proximidade da morte também podem influenciar as ideias e tentativas de suicídio na população idosa.

Quanto a variável sexo, observa-se que os resultados encontrados estão em consenso com os dados de pesquisas realizadas no estado do Ceará, no período 1997-2007¹⁶, no município de Teresina-PI, no período de 2000-2005¹⁸ e no Brasil, no período de 1980-2012⁶, em que se verificam taxas mais elevadas de suicídios entre o sexo masculino com uma taxa média de 6,83 suicídio/100.000 habitantes.

Sendo assim, as mulheres são mais propensas a tentar o suicídio, porém os homens têm êxito mais frequente. Isto pode estar relacionado com os métodos mais letais usados pela população masculina para cometer o suicídio.¹⁴

No que concerne ao estado civil, considerando o total de suicídios entre os anos de 2006 e 2014, observou-se uma maior predominância para o grupo de solteiros (58,97%) em relação aos outros grupos. Do mesmo modo, uma pesquisa feita no estado Ceará, no período 1997-2007, revelou uma frequência de 54,9% óbitos por suicídio entre os solteiros.¹⁶

Os dados desta pesquisa ainda concordam com um estudo realizado em Santa Catarina, no período de 2001-2005.¹⁷ O maior número de óbitos por suicídio entre os solteiros pode estar relacionado a falta de suporte social,³⁷ além disso, Solomon e Patch afirmam que quanto menos as pessoas se relacionam entre si, maior a probabilidade de cometer suicídio.³⁸

Os dados encontrados referente a escolaridade mostra que a maior parte dos sujeitos que cometeram suicídio possuíam nível fundamental incompleto, uma outra parte não tinha nenhuma escolaridade (analfabeto), o que nos remete a uma baixa escolaridade entre as vítimas.

Tais resultados concordam com outros estudos desenvolvidos no estado do Amazonas – AM, no período de 2007 a 2011²⁰, na cidade de Macapá - PA, entre os anos de 2001 a 2005¹⁹, bem como, no estado do Ceará – CE, no período de 2011 a 2012³⁰ e no Brasil, em um período de quinze anos (1997 a 2011)²¹, os quais demonstram que a maioria das pessoas que cometeram suicídio tinha baixo nível de escolaridade.

De acordo com Neves¹⁹ a baixa escolaridade dificulta a inclusão do indivíduo no mercado formal de trabalho, o que leva muitos a trabalhar de forma clandestina e em condições desumanas com baixa remuneração. Para Émile Durkheim, o suicídio está fundamentado em desequilíbrios de ordem econômica e social.³⁴ O trabalhador frente à precárias condições de trabalho e ao medo do desemprego, fica perturbado, perdido e desvinculado do meio social; o que pode favorecer para que o indivíduo tire sua própria vida com mais facilidade.³²

No que diz respeito a variável raça/cor, verifica-se que houve maior frequência de suicídios em indivíduos de cor parda, corroborando com a pesquisa realizada no estado do Amazonas no período de 2007 a 2011.²⁰ É importante ressaltar que uma vez que o morto não pode autodeclarar sua raça/cor, cabe ao médico definir esse atributo da vítima.⁴²

Outro fato que pode estar relacionado com maior frequência de suicídios em indivíduos de raça/cor parda é que, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 45,0% da população brasileira são pardos (88,6 milhões).³³ Igualmente, 62,5% da população do Nordeste se declaram pardos. Pernambuco segue essa mesma tendência, com 58,8% de pardos e 34,3% de brancos.³⁴

Diferentemente, outros estudos feitos na cidade de Sorocaba-SP, nos anos de 2005 a 2007, e no município de Campo Mourão (PR) no período de 2001 a 2010, mostram a prevalência do suicídio em pessoas que se declararam brancas.^{22,23} Esses dados também estão diferentes dos observados em pesquisas feitas no Brasil, no período de 2000 a 2012, que mostram uma predominância do suicídio na população indígena.^{13,24}

Nesse contexto, a ocupação foi outro fator verificado, sendo que o maior número de óbitos por suicídio ocorreu entre os trabalhadores agropecuários em geral. Esse resultado é semelhante ao que foi relatado em outras análises realizadas no Rio Grande do Sul - RS, no período de 1980 a 1999²⁵, nos estados brasileiros, no período de 2006 a 2008²⁶ e nas mesorregiões oeste sudeste do Paraná - PR, no período de 1990 a 2005.²⁷

Na opinião de Souza²⁷, o elevado número de suicídio entre os trabalhadores rurais se deve as precárias condições de sobrevivência como, endividamento, concentração da terra, êxodo rural e exposição intensa aos agrotóxicos. Essa exposição pode levar a transtornos depressivos, que são disparados por mecanismos neurológicos ou endócrinos.^{28,29} Esses fatores estão relacionados a quadros depressivos, levando muitos trabalhadores cometer suicídio.

Como apresentado nesta pesquisa, o método de suicídio mais usado no período do estudo foi a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70). Os resultados deste estudo assemelham-se aos resultados encontrados em pesquisas feitas no município de Teresina-PI, no período de 2000-2005¹⁸, no extremo oeste catarinense, no período entre 1980 e 2005¹⁵, além das pesquisas feitas no Rio Grande do Sul - RS, período 1980 a 1999²⁵ e em Campinas - SP, no período 1976-2001¹¹, as quais registram o enforcamento como o meio mais utilizado.

Os métodos usados para cometer suicídio dependem de costumes específicos do lugar, valores sociais, acesso aos instrumentos, como também dos diferentes contextos históricos.^{23,27}

Desse modo, através desse estudo foi possível detectar um grande número de óbitos por suicídio com registros ignorados/não informado, relacionados a algumas

variáveis como, ocupação e escolaridade. Assim, (52,31%) dos óbitos por suicídio não tinham a informação referente a ocupação (não informado), enquanto que, o fator escolaridade foi ignorado em (43,51%) dos óbitos por suicídios.

Isso mostra a falta de comprometimento dos profissionais que preenchem a Declaração de Óbito (DO). A subnotificação dos dados, quando se analisa um estudo sobre suicídio, é um dos aspectos mais preocupantes, demonstrando a necessidade de melhor preparação dos profissionais para diagnosticar, notificar e codificar a causa básica de morte para os eventos de suicídio.

Diante da complexidade desse fenômeno, se faz necessário ressaltar que o suicídio é um tipo de morte evitável, e essa evitabilidade ocorre através da implementação de medidas de prevenção eficazes. Prevenir esse tipo de morte é uma tarefa complicada, mas possível com a detecção precoce da intenção suicida e o tratamento apropriado.⁴⁰

A partir disso, considera-se necessário implantar ações de prevenção efetivas e direcionadas para os grupos de maior vulnerabilidade (homens, trabalhadores rurais, pessoas com menor escolaridade, população em idade produtiva (30-39 anos) e maiores de 60 anos). Da mesma forma, se faz importante o desenvolvimento de estratégias direcionadas a minimizar as situações desfavoráveis que estão relacionadas com a prática do suicídio nesta região.

Agradecimentos

Agradeço ao coordenador, Reginaldo dos Santos, do setor de Vigilância Epidemiológica da V Geres de Pernambuco pela liberação dos dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), necessários à realização dessa pesquisa.

Contribuição dos autores

Aguiar RB participou na elaboração do delineamento da pesquisa, análise dos resultados, redação e aprovação final do manuscrito.

Silva GM participou do delineamento e orientação da pesquisa, revisão crítica do texto e aprovação final do manuscrito.

Fonseca O executou as análises estatísticas dos dados e aprovação final do manuscrito.

Xavier L forneceu os dados relacionados aos óbitos por suicídio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e aprovação final do manuscrito.

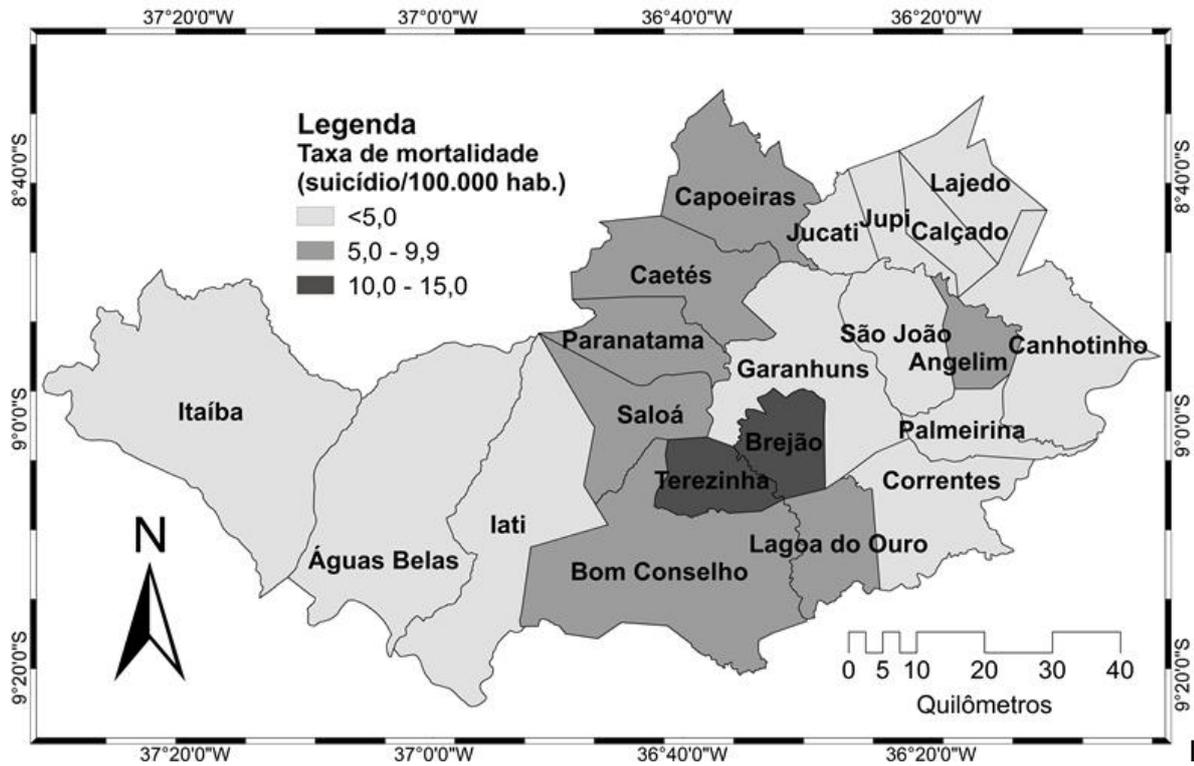
Gráficos e figuras

Figura 1. Taxa de mortalidade por suicídio/100.000 habitantes por ano e por município de residência da V Geres entre 2006 e 2014.

MUNICÍPIO	ANO								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Águas Belas	5,46	2,73	8,19	2,73	2,73	-	10,93	2,73	2,73
Angelim	-	10,71	10,71	-	-	-	10,71	10,71	10,71
Bom Conselho	-	-	4,77	4,77	7,16	7,16	9,55	7,16	9,55
Brejão	12,37	12,37	12,37	37,11	12,37	-	12,37	-	-
Caetés	4,09	4,09	8,17	4,09	4,09	-	-	16,35	16,35
Calçado	-	-	-	-	-	9,96	-	9,96	19,91
Canhotinho	4,45	-	13,34	8,90	4,45	4,45	-	4,45	4,45
Capoeiras	-	5,58	0,00	5,58	16,74	5,58	-	11,16	11,16
Correntes	6,28	-	6,28	6,28	6,28	-	-	6,28	-
Garanhuns	4,99	6,65	3,33	6,65	3,33	3,33	3,33	5,82	4,99
Iati	11,98	-	-	5,99	5,99	5,99	-	5,99	-
Itaíba	-	-	-	16,80	-	4,20	4,20	4,20	8,40
Jucati	10,27	10,27	-	-	-	10,27	-	-	-
Jupi	-	7,84	-	-	-	-	15,68	-	7,84
Lagoa do Ouro	26,64	-	-	-	8,88	-	8,88	17,76	8,88
Lajedo	2,91	-	11,66	-	2,91	-	5,83	11,66	2,91
Palmeirina	-	13,35	-	13,35	-	-	-	-	-
Paranatama	-	9,89	9,89	9,89	-	-	9,89	19,78	9,89
Saloá	-	7,12	-	7,12	-	-	-	21,37	14,25
São João	-	-	-	-	25,36	5,07	-	-	-
Terezinha	-	32,23	16,11	-	32,23	16,11	-	16,11	-
TOTAL	4,01	4,23	4,86	5,70	5,28	3,17	4,44	7,82	6,13

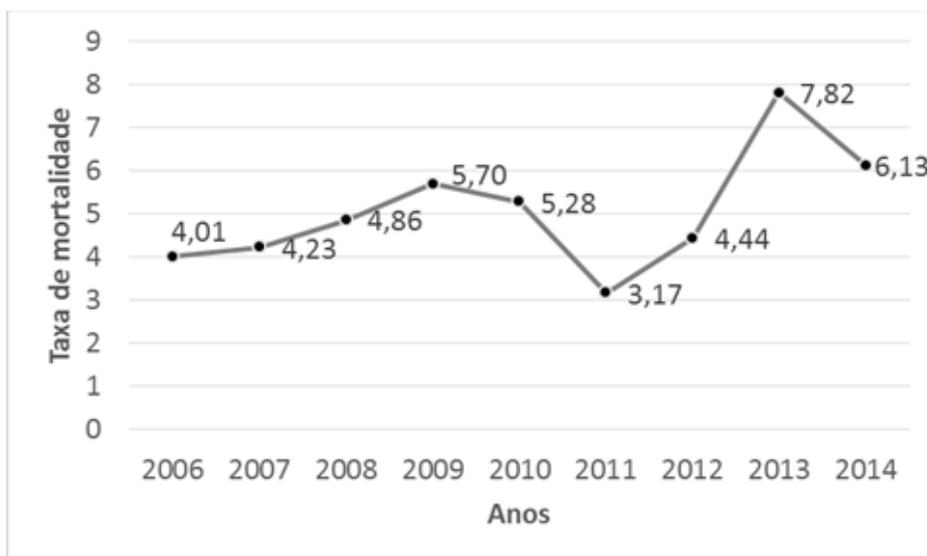
Taxa/100.000 habitantes padronizada pela população/DATASUS.

Fonte: SIM/V Geres



Fonte: SIM/V Geres

Figura 2. Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes) por município de residência da V Geres entre 2006 e 2014.



Fonte: SIM/V Geres

Gráfico 1. Taxa de mortalidade por suicídio/100.000 habitantes por ano nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

Figura 3. Frequência relativa da mortalidade por suicídio segundo faixa etária nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)	
05-10	-	
10-14	2.33	d
15-19	12.09	b
20-29	20.00	a
30-39	22.79	a
40-49	14.88	b
50-59	12.09	b
60-69	8.37	c
70-79	4.19	d
80 e+	3.26	d

Fonte: SIM/V Geres - (Letras diferentes representam diferença significativa)

Figura 4. Taxa de mortalidade por suicídio segundo faixa etária nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

FAIXA ETÁRIA	ANO								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
10-14a	1,80	1,80	1,80	-	-	-	1,80	-	1,80
15-19a	3,92	1,96	0,007	5,88	11,77	11,77	5,88	9,80	3,92
20-29a	6,67	4,45	7,79	5,56	7,79	2,22	3,33	3,33	6,67
30-39a	8,51	5,67	7,09	7,09	4,25	4,25	9,93	12,77	9,93
40-49a	3,63	3,63	5,45	7,27	7,27	7,27	3,63	10,91	9,09
50-59a	2,42	7,28	2,42	12,13	7,28	7,28	7,28	7,28	9,71
60-69a	-	6,18	3,09	9,27	6,18	-	6,18	21,64	6,18
70-79a	-	5,17	-	10,34	5,17	-	5,17	15,51	5,17
80 e+	10,03	20,06	10,03	-	-	10,03	10,03	10,03	-

Fonte: SIM/V Geres

Figura 5. Frequência da mortalidade por suicídio segundo sexo nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

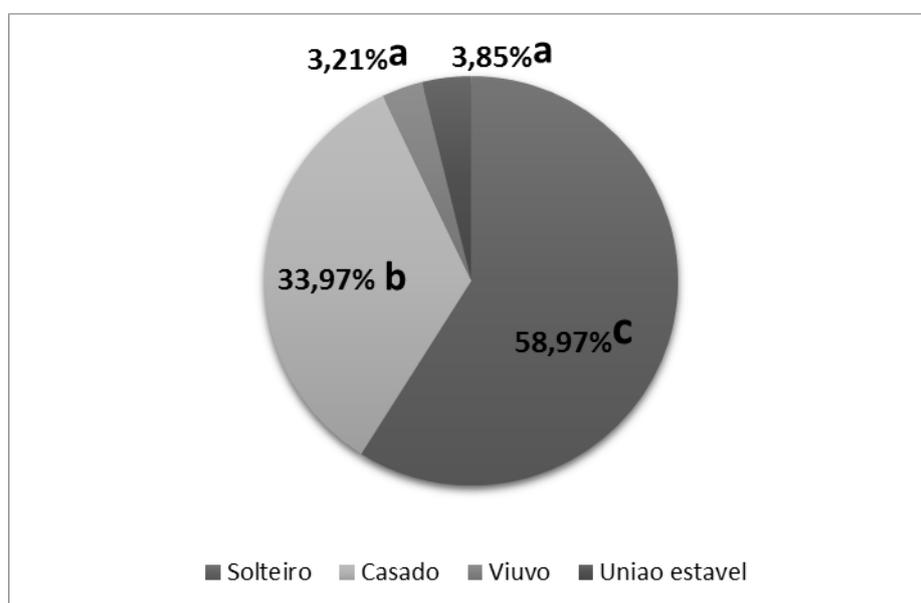
SEXO	%	
Homens	71,76	a
Mulheres	28,24	b

Fonte: SIM/V Geres

Figura 6. Taxa de mortalidade por suicídio segundo sexo nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

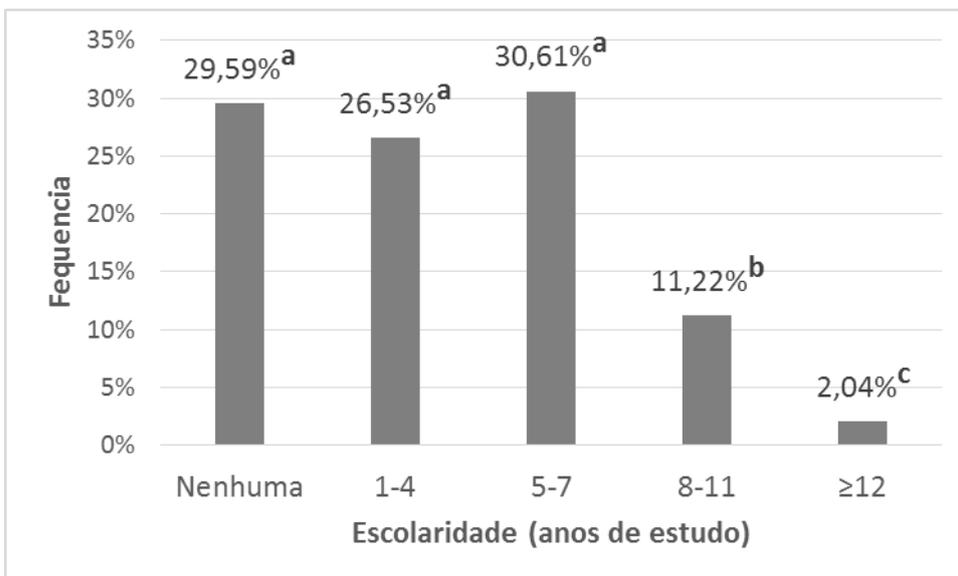
SEXO	ANO									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Homens	5,9	5,1	4,8	8,3	6,7	4,4	4,8	12,3	9,1	
Mulheres	1,5	2,6	4,1	2,2	3,0	1,5	3,4	2,2	2,2	

Fonte: SIM/V Geres



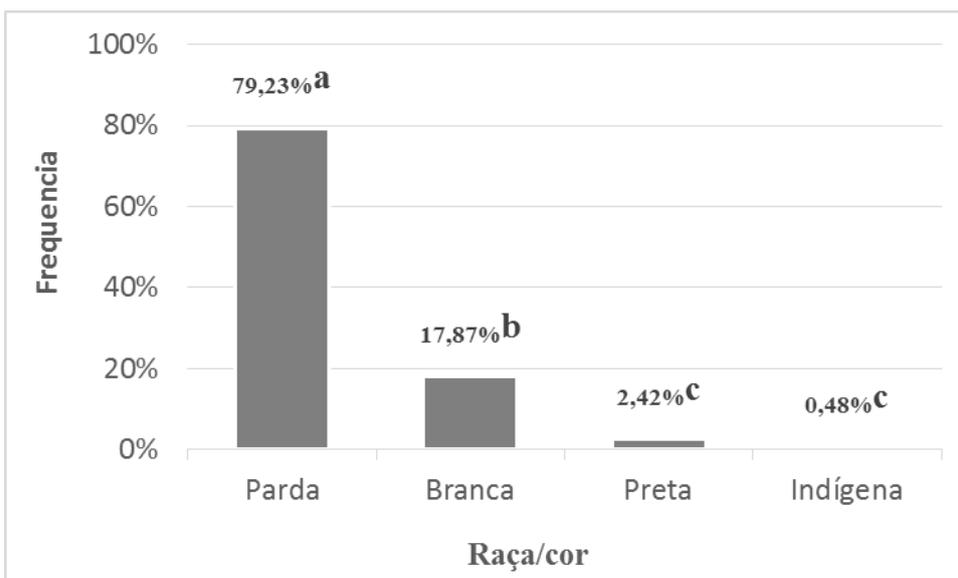
Fonte: SIM/V Geres

Gráfico 2. Proporções dos óbitos por suicídio segundo o estado civil nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.



Fonte: SIM/V Geres

Gráfico 3. Proporções dos óbitos por suicídio segundo a escolaridade nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.



Fonte: SIM/V Geres

Gráfico 4. Proporções dos óbitos por suicídio segundo raça/cor nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

Figura 7. Frequência de casos de suicídio segundo tipo de ocupação nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

OCUPAÇÃO	FREQUÊNCIA	
	%	
Trabalhador agropecuário em geral (*)	37,86%	a
Trabalhador volante da agricultura (**)	19,42%	b
Estudante	11,65%	b
Produtor agrícola polivalente	4,85%	c
Dona de Casa	4,85%	c
Aposentado/Pensionista	3,88%	c
Representante comercial autônomo	1,94%	c
Empregado doméstico nos serviços gerais	1,94%	c
Vendedor de comércio varejista	1,94%	c
Trabalhador da cultura de milho e sorgo (***)	1,94%	c
Pedreiro	1,94%	C
Engenheiro eletricista	0,97%	C
Secretária executiva	0,97%	C
Auxiliar de enfermagem	0,97%	C
Vigilante	0,97%	C
Motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais)	0,97%	C
Magarefe	0,97%	c
Mecânico de veículos automotores a diesel	0,97%	c
Desempregado crónico ou cuja habitação habitual	0,97%	c

Fonte: SIM/V Geres

Figura 8. Frequência de casos de suicídio segundo tipo de método utilizado nos municípios da V Geres entre 2006 e 2014.

SUICÍDIOS	FREQUÊNCIA	
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento estrangulamento e sufocação.	56,94%	a
X68 Autointoxicação intencional a pesticidas.	12,50%	b
X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo NE.	7,87%	b
X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas NE.	5,09%	b
X64 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às NE.	2,78%	c
X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.	2,78%	c
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios NE.	2,78%	c
X73 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre.	2,31%	c
X78 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante penetrante.	1,85%	c
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.	1,39%	c
X65 Autointoxicação voluntaria por álcool.	0,93%	c
X72 Lesão autoprovocada intencional por disparo de arma fogo de mão.	0,93%	c
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.	0,93%	c
X63 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo.	0,46%	c
X83 Lesão autoprovocada intencional por outros meios específicos.	0,46%	c

Fonte: SIM/V Geres

Referências

1. Werlang BSG. "Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio". Campinas, SP, s.n., 2000. Tese (Doutorado em ciências médicas na área de saúde mental) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 347p, cit. [citado 2015 dez 12]; Disponível em: <file:///C:/Users/rosAline/Downloads/WerlangBlancaSusanaGuevara.pdf>.
2. Meleiro A, Wang YP. Suicídio e tentativa de suicídio. In: Louzã Neto, M. R. (Org.) *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.389.
3. Durkheim Émile. "O Suicídio - estudo sociológico". Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1982, p.222-236.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, 26 de janeiro de 2011, seção 1.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 9 de junho de 2014, seção 1.
6. Waiselfisz JJ. Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014. Brasília. Retrieved from. (2014). [citado 2015 dez 15] Disponível em: <http://www.juventude.gov.br/juventudeviva>.
7. Lima JRC, Pordeus AMJ, Rouquayrol MZ. Medida da saúde coletiva. In Rouquayrol MZ, Gurgel EM. *Epidemiologia e Saúde - 7ª Edição* - Editora Medbook, 2013.
8. Fagundes GLS. As Tentativas de Suicídio entre Portadores De Hiv/Aids na Região da Amrec. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, Dezembro, 2010. [citado 2016 jan 12] Disponível em: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004E7D.pdf>.

9. Rouquayrol MZ, Silva Gurgel M. Epidemiologia e saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
10. Rosenthal PA, Rosenthal S. Suicide among Preschoolers: Fact or Fallacy? *Children Today* 6 (12), 21-24. 1993. [citado 2016 jan. 10] Disponível: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/6653175/Suicide_among_preschoolers:_fact_or_fallacy.
11. Marín-León L, Barros M.B. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Publica*. 2003; 37(3):357-63.
12. Organización Mundial De La Salud (OMS). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. [citado 2016 fev. 02]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf.
13. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), 2015. [citado 2015 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>.
14. Lovisi, GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009.
15. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista de Psiquiatria, RS*. 2008; 30(2):115-123, 2008.
16. Oliveira MIV, Filho JGB, Feitosa RFG. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará, no período 1997-2007. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.36, n.1, p.159-173. jan./mar. 2012.
17. Viana GN, Zenkne FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2008; 57 (1):38-43.
18. Parente ACM. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2007.

19. Neves SRS. Suicídio e alienação: a vivência cotidiana da desigualdade e exclusão social. Dissertação [Pós-graduação em Serviço Social]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2007.
20. Coelho CC, Gutierrez MD. Um estudo epidemiológico no estado do Amazonas: Suicídio – Período de 2007 a 2011. Rev. Amzônica, LAPESAM/GMPEPE/UFAM/CNPq/EDUA – ISSN 1983-3415 85 Ano 6, Vol XI, número 1, 2013, Pág. 85-97. [citado 2015 dez 20]. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4709992>.
21. Mota AA. Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental. Presidente Prudente - Universidade Estadual Paulista - Programa De Pós-Graduação em Geografia. [s.n], 2014, 208 f. [citado 2016 jan. 20] Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/pos/geo/dis_teses/14/dr/adeir_mota.pdf.
22. Marafon RGC, Vieira AS, Cracco SC. Perfil dos suicídios por causas externas no município de Campo Mourão (PR) no período de 2001/2010. Anais do VI CONCCEPAR: Congresso Científico da Região Centro-Ocidental do Paraná / Faculdade Integrado de Campo Mourão. - Campo Mourão, PR, 2015. [citado 2015 dez 20]. Disponível em: <http://conccepar.grupointegrado.br/resumo/perfil-dos-suicidios-por-causas-externas-no-municipio-de-campo-mourao-pr-no-periodo-de-20012010/272>.
23. Freitas MNV, Seiwald MCN, Parada RA, Hubner CVK . Suicídio consumado na cidade de Sorocaba-SP: um estudo epidemiológico. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 3, p. 53 - 58, 2013.
24. Machado DB. Impacto da desigualdade de renda e de outros determinantes sociais na mortalidade por suicídio no Brasil. Universidade Federal da Bahia – UFBA Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Dissertação [Pós-Graduação em Saúde Coletiva], 2014.
25. Meneghela SN, Victora CG, Faria MNX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Rev. de Saúde Pública. 2004.
26. Pereira TGS, Cano I, Miranda D. Suicídio e ocupação no Brasil: um estudo comparado. 2011. [citado 2015 dez 25]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:c3pm5nmbFXgJ:www.sbsociologia.com.br/portal/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D3797%26Itemid%3D170+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.

27. Souza, KR. Suicídio e desenvolvimento regional: um estudo sócio-econômico da incidência da auto-violência nas mesorregiões oeste e sudoeste do paraná - PR(1990 a 2005). TOLEDO, 2007. Disserta o [Pós-Gradua o em Desenvolvimento Regional e Agronegócio]
28. Stallones L, Beseler C. Pesticide poisoning and depressive symptoms among farm residents. *Ann Epidemiol.* 2002; 12(6): 389-94. [citado 2016 fev. 25]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12160597>.
29. Neto MGF, Fortes FAM. Intoxica o por agrotóxicos e surgimento de depressão: um estudo de Caso. Faculdade Sul-Americana/FASAM – Goiânia-GO, 2014. [citado 2015 dez 25]. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/21/47_-_IntoxicaYYo_por_agrotYxicos_e_surgimento_de_depressYo_um_estudo_de_caso.pdf
30. Veríssimo OMI. Suicídio, Tentativa e Ideaq o Suicida: Estudo Epidemiológico. 2013. 157 F. Tese [Pós-Gradua o em Saúde Coletiva] - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013.
31. Kaplan H I, Sadock B J, Grebb JA. Emergências psiquiátricas: suicídio. In: *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 757.
32. Orellano MH. Trabajo, Desocupaci n y Suicídio. Efectos psicosociales del desempleo. 1  ed. Buenos aires: Lumem Humanitas, 2005. 152 p.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores, 2012. Rio de Janeiro – RJ, Brasil. [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: <file:///C:/Users/rosAline/Downloads/PNAD%20-%202012.pdf>
34. Brasil. Instituto de Pesquisa Econ mica Aplicada. Retrato das desigualdades de g nero e raça. 4  edi o, 2011. [citado 2016 mar.12]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html>.
35. Zanin A. Suicídio em idosos no Brasil de 2005 a 2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de especializa o em Saúde Pública. Porto Alegre – RS, 20013. [citado 2016 mar. 15]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/78449/000899681.pdf?sequence=1>.

36. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004; 50(1): 97-103.

37. Baptista, MN, Carneiro A M, Gomes JO, Cardoso H F. Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do Estado de São Paulo entre 2004 e 2008. *Psicologia em Pesquisa | UFJF | 6(01) | 02-12 | Janeiro-Junho de 2012.* [citado 2016 abr. 02]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2012/09/v6n1a02.pdf>.

38. Solomon P, Patch VD. *Manual de Psiquiatria.* São Paulo: Atheneu, 1975.

39. Middleton N, Gunnell D, Frankel S, Whitley E, Dorling D. Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998. *Social Science & Medicine*, v. 57, p. 1183-1194, 2003. [citado 2016 mar. 25]. Disponível em: http://www.dannydorling.org/wp-content/files/dannydorling_publication_id0898.pdf.

40. Fagundes GLS. *As Tentativas de Suicídio entre Portadores De Hiv/Aids na Região da Amrec. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, Dezembro, 2010.* [citado 2016 mar. 20] Disponível em: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004E7D.pdf>. Acessado em: 02/2016

41. DATASUS. *Informações de Saúde. População Residente, Censo Demográfico 2010, IBGE.* . [citado 2016 mar. 02]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poppe.def>.

42. Rodrigues LC, Coelho TCB, Santos ABC, Peixoto MT, Góes SC. Desimportância da raça/cor e responsabilidade médico-legal no preenchimento da Declaração de Óbito. *Revista Baiana de Saúde Pública.* v. 35, n.4, p.884-897 out./dez. 2011. [citado 2016 maio 08]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2815.pdf>.

ANEXOS

Anexo – A

Ficha de Notificação de Agravos e Violências

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09		Data da notificação	
Dados de Residência	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7	
	Data da ocorrência da violência					
Notificação Individual	8	Nome do paciente		9		
	Data de nascimento					
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	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	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	
	19		Distrito			
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
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)				
Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atendida	31		Nome Social		32	
	Ocupação					
	33		Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
34		Orientação Sexual		35		
1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica)		3 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		Identidade de gênero: 1 - Travesti 2 - Mulher Transexual 3 - Homem Transexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
36		Possui algum tipo de deficiência/transorno?		37		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
38		UF		39		
Município de ocorrência		Código (IBGE)		40		
41		Bairro		42		
Logradouro (rua, avenida,...)						
43		Número		44		
Complemento (apto., casa, ...)		45		Geo campo 3		
46		Geo campo 4				
47		Ponto de Referência		48		
Zona		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
49		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
50		Local de ocorrência		51		
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado				Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
52		A lesão foi autoprovocada?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Violência	53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	54 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	55 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente
Violência Sexual	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro		
	56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da agressão	57 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"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	58 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	60 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"/>
Evolução e encaminhamento	61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	62 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> 1-Criança 2-Adolescente 3-Jovem 4-Pessoa adulta 5-Pessoa idosa 9-Ignorado		
Violência	63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar		
	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública		
Evolução e encaminhamento	64 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
67 Data de encerramento			
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		Assinatura	
Função			

Anexo – B

Declaração de Óbito (DO)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		Declaração de Óbito Nº 8049898	
I	Cartório	<input type="checkbox"/> Cartório <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Data	
		<input type="checkbox"/> Município <input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> Cemitério	
II	Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Óbito Data Hora <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Naturalidade	
		<input type="checkbox"/> Nome do falecido	
		<input type="checkbox"/> Nome do pai <input type="checkbox"/> Nome da mãe	
		<input type="checkbox"/> Data de Nascimento <input type="checkbox"/> Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Raça/cor	
III	Residência	<input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior)	
		<input type="checkbox"/> Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> Número <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> CEP	
		<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> Município da residência <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> UF	
IV	Ocorrência	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Estabelecimento <input type="checkbox"/> Código	
		<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc) <input type="checkbox"/> Número <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> CEP	
		<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> Município de ocorrência <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> UF	
V	Mãe ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	
		<input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe <input type="checkbox"/> Número de filhos tidos (Obs.: Utilizar 99 para ignorados)	
		<input type="checkbox"/> Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> Tipo de parto <input type="checkbox"/> Morfe em relação ao parto	
		<input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	
VI	Condições e causas de óbito	<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado por: <input type="checkbox"/> Cirurgia? <input type="checkbox"/> Necropsia?	
		CAUSAS DA MORTE <input type="checkbox"/> PARTE I <input type="checkbox"/> PARTE II	
		<input type="checkbox"/> Nome do médico <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> O médico que assinou atendeu ao falecido?	
		<input type="checkbox"/> Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) <input type="checkbox"/> Data do atestado <input type="checkbox"/> Assinatura	
VII	Médico	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL. (Informações de caráter exclusivamente epidemiológico.)	
		<input type="checkbox"/> Tipo <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Fonte de informação	
VIII	Causas externas	<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	
		<input type="checkbox"/> Local de ocorrência (Rua, praça, avenida, etc.) <input type="checkbox"/> Código	
IX	Lugar e data	<input type="checkbox"/> Declarante <input type="checkbox"/> Testemunhas	

Anexo – C
Parecer de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO/ PROPEGE/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO DOS MUNICÍPIOS DA V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, NO PERÍODO DE 2006 A 2014.

Pesquisador: Rosaline Bezerra Agular

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49630715.0.0000.5207

Instituição Proponente: FACULDADE DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES DE GARANHUNS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.400.934

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, quantitativo, baseado em dados secundários que pretende realizar uma análise sobre os casos de óbitos por suicídio. Os dados serão obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o estudo será realizada na V GERES do estado de Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Esse trabalho tem como finalidade realizar uma análise epidemiológica dos óbitos por suicídio da V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, no período de 2006 a 2014.

Objetivo Secundário:

Analisar as taxas de mortalidade por suicídio e identificar a distribuição dos óbitos por suicídio segundo características sociodemográficas: sexo, faixa etária, estado civil, nível educacional, raça, município de residência e métodos utilizados para cometer o suicídio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Contempla de forma adequada a avaliação de riscos e benefícios.

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizada na V GERES do estado de Pernambuco, composta por 21 municípios: Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupí, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha. A população de estudo compreenderá todos os casos de óbitos por suicídio ocorridos nos 21 municípios que compõem a V GERES, durante o período de 2004 a 2014, analisados segundo as variáveis: sexo, idade, estado civil, nível educacional, renda familiar, raça, métodos utilizados e município de residência. Os autores afirmam que "os dados desse estudo serão obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), publicados pelo Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (DATASUS) e do SIM da V GERES. Os dados sobre os óbitos por suicídio são coletados da Declaração de Óbito (DO)"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos de apresentação obrigatória em conformidade.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto relevante, não apresenta agravo ético, teve as pendências emitidas pelo CEP atendidas, sendo recomendada a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Pleno acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_588819.pdf	14/12/2015 13:11:38		Aceito
Outros	Rosaline_Bezerra_Aguiar_curriculo_lattes.pdf	29/09/2015 09:30:33	Rosaline Bezerra Aguiar	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_CURRICULO_LATTES_PESQUISADORA.pdf	28/09/2015 12:58:58	Rosaline Bezerra Aguiar	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_CURRICULO_LATTES_ORIENTADORA.pdf	28/09/2015 12:57:48	Rosaline Bezerra Aguiar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_DA_NAO_APRESENTACAO_DO_TCLÉ.pdf	28/09/2015 12:48:42	Rosaline Bezerra Aguiar	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_DETALHADO_BROCHURA	18/09/2015	Rosaline Bezerra	Aceito
/ Brochura Investigador	NVESTIGADOR.pdf	20:14:55	Aguiar	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	18/09/2015 20:08:18	Rosaline Bezerra Aguiar	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	18/09/2015 20:03:48	Rosaline Bezerra Aguiar	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PARA_PESQUISA_ENVOLVENDO SERES HUMANOS.	18/09/2015 19:55:16	Rosaline Bezerra Aguiar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 02 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Jael Maria de Aquino
(Coordenador)

Anexo – D

Normas para publicação

Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde

Escopo e política

A Epidemiologia e Serviços de Saúde é um periódico trimestral de caráter científico e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). A sua principal missão é a de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das modalidades de manuscritos aceitos para publicação, a revista divulga Portarias, Regimentos e Resoluções do Ministério da Saúde, bem como Notas Técnicas relativas aos programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, consensos, relatórios e recomendações de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de interesse do SUS. É prevista a republicação de textos originalmente editados por outras fontes de divulgação científica e que sejam considerados pelos editores da revista como relevantes para os serviços de saúde.

A Epidemiologia e Serviços de Saúde segue as orientações do documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), conhecido como Normas de Vancouver.

A Epidemiologia e Serviços de Saúde segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) Artigo original – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) Artigo de revisão

b.1) Artigo de revisão sistemática – apresentação de uma síntese de resultados de estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos

resultados, no formato de metanálise (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

b.2) Artigo de revisão narrativa – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a Saúde Pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

c) Nota de pesquisa – relato conciso de resultados finais ou parciais (notas prévias) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

d) Artigo de opinião – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores (limite: 1.500 palavras);

e) Debate – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá críticas/comentários por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados. (limite: 3.500 palavras para o artigo, 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

f) Relato de experiência – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a Saúde Pública; deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

g) Carta – críticas ou comentários breves sobre temas de interesse dos leitores, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista (limite: 400 palavras; sempre que possível, uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta (limite: 400 palavras).

Eventualmente, a critério dos editores, serão aceitos outros formatos, a exemplo de Entrevista com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras) e Resenha de obra contemporânea (limite: 800 palavras).

Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. O manuscrito submetido deve ser acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, em que afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Declaração de Responsabilidade

Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, declaram que:

1. Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico;

2. Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado;

3. A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;

4. Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou) existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever, nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(registrar o local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito).

Crítérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, a responsabilidade por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

A versão original – em inglês – das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, fazendo menção ao

número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais, por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

Direito de reprodução

Os manuscritos publicados pela Epidemiologia e Serviços de Saúde são de sua propriedade. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Após a decisão final de “Aceito” do manuscrito para publicação, os autores deverão enviar, em formato PDF, o Termo de Cessão de Direitos assinado por todos os autores, cujo modelo se encontra a seguir.

Termo de Cessão de Direitos: modelo

Declaro que, uma vez aceito o manuscrito (título do manuscrito) e autorizada a sua publicação pela Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, concordo que os respectivos direitos autorais serão de propriedade exclusiva da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Qualquer reprodução de seu conteúdo, total ou parcial, deverá atender aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC.

(registrar o local, data e nome; o Termo de Cessão de Direitos deve ser assinado por todos os autores do manuscrito).

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE –, conhecido como Normas de Vancouver, disponível, no idioma inglês, em <http://www.icmje.org> e, em sua tradução para o português, em <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a02.pdf> (edição da Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006;15(1):7-34).

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias; a relação completa encontra-se no website da iniciativa EQUATOR network (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/>

Ensaaios clínicos: CONSORT statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (incluindo departamento), cidade, estado e país;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

Key words

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.

Palabras-clave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Não deverá conter subitens. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos)

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para a epidemiologia nos serviços de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Lima IP, Mota ELA. Avaliação do impacto de uma intervenção para a melhoria da notificação da causa básica de óbitos no estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 set;20(3):297-305.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

- Número com suplemento.

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo.

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de

Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e Leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum software para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as mesmas referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso

em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, preferencialmente, no formato padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem ser apresentados nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) ou em escala de cinza.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. O uso de siglas ou acrônimos só deve ser empregado quando estes forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.).

Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de o estudo envolver seres humanos, assim como seu potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores ad hoc), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito e que tenham aceitado realizar sua revisão. Nessa etapa, espera-se que os revisores ad hoc avaliem o mérito científico e o

conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores ad hoc não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores ad hoc devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo Committee on Publication Ethics (COPE), disponíveis em: http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o núcleo editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores ad hoc, bem como, quando pertinente, indica aspectos que podem ser aprimorados na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas a observação de padrões de apresentação adotados para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo núcleo editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

Em todas as etapas do processo editorial, as considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada dentro do prazo determinado, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda for identificada a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo.

Prova de prelo

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à secretária executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: revista.svs@saude.gov.br

Endereço para correspondência

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde
SCS, Quadra 4, Bloco A, Ed. Principal, 5º andar, Asa Sul, Brasília-DF, Brasil. CEP:
70304-000
Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8531
Telefax: (61) 3213-8404

Envio de manuscritos

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via e-mail, para o seguinte endereço eletrônico: submissao.ress@saude.gov.br. Caso os autores não recebam qualquer comunicação da Secretaria da RESS confirmando a submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: ress.svs@gmail.com.

Juntamente com o arquivo do manuscrito, os autores devem providenciar o envio da Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.
2. Folha-de-rosto:
 - a. Modalidade do manuscrito;
 - b. Título do manuscrito, em português e inglês;
 - c. Título resumido, em português;
 - d. Nomes e instituição de afiliação e e-mail de cada um dos autores;
 - e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;
 - f. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; e
 - g. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do nome da instituição de ensino e do ano de defesa.

3. Resumo em português, Abstract em inglês e Resumen em espanhol, para todos os tipos de manuscritos, exceto cartas; e, especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado – Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

4. Palavras-chave/Key words/Palabras clave, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.

5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.

6. Parágrafo contendo a contribuição de cada autor.

7. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três.

8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJ (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Anuência das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.