

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
CURSO DE ENFERMAGEM

EVELLYN KALIENNE SOARES
NILÂINE DE JESUS MÁXIMO
THAYS PEREIRA DE JESUS

PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO NO ESPÍRITO SANTO

SÃO MATEUS

2019

EVELLYN KALIENNE SOARES
NILÂINE DE JESUS MÁXIMO
THAYS PEREIRA DE JESUS

PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO NO ESPÍRITO SANTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a Mrs Wena Dantas Marcarini.

SÃO MATEUS

2019

EVELLYN KALIENNE SOARES

NILÂINE DE JESUS MÁXIMO

THAYS PEREIRA DE JESUS

PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO NO ESPÍRITO SANTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

**PROF. MSC WENA DANTAS
MARCARINI**

FACULDADE VALE DO CRICARÉ

ORIENTADOR

PROF. MSC MILÂNIA EFFGEN CARAN

FACULDADE VALE DO CRICARÉ

**PROF. MSC VINICIUS MENGAL
FRANSKOWIAKI**

FACULDADE VALE DO CRICARÉ

SÃO MATEUS

2019

AGRADECIMENTOS

É com muita alegria e lágrima que escrevo esses agradecimentos, pois foram dias de muito vigor e dedicação, ansiedade por ter concluído esse trabalho.

Primeiramente agradeço a Deus, por ter nos sustentado e por fazer isso possível em nossas vidas nesses 5 anos de faculdade nos manteve de pé e ter nos dando sabedoria.

Agradeço as nossas famílias, por serem a nossa base, e por não nos deixar desistir

E sempre nos dando apoio em todos momentos. Quero agradecer a orientadora Wena Marcarini pelo empenho e dedicação e todo apoio na elaboração da nossa monografia.

Aos professores e mestres por proporcionar o conhecimento e mostra que somos capazes, basta nos dedicar e correr atrás dos nossos objetivos.

Aos amigos de “tcc.” que do começo ao fim tivemos fazes de brigas, desentendimentos, mas enfim superamos.

Obrigada por toda a paciência e carinho desde de já quero agradecer a todos que direto ou indiretamente fizeram parte da nossa formação.

MUITO OBRIGADA!

“Até aqui nos ajudou o Senhor”.

Em tudo daí graças,
porque esta é a Vontade de Deus em Cristo Jesus para convosco.
1 Tessalonicenses 5:18

RESUMO

Introdução: O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo. O termo deriva da palavra em latim “autoassassínio”, porém há uma diferença entre pensar em suicídio e traduzi-lo em ação, o sentimento de impotência pode se fazer presente, fazendo-os acreditar que não há como intervir, uma vez que a pessoa parece já ter decidido encerrar a própria vida. **Objetivo:** Analisar o perfil dos casos de suicídio, no ano de 2010 à 2016. **Materiais e Métodos:** Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e pesquisa retrospectiva. Tem como objetivo primordial à descrição das características do paciente que cometeram suicídio e a relação entre as variáveis (sexo, faixa etária, estado civil, causas básicas). **Resultados:** o maior índice de suicídio foi em homens, solteiro, de faixa etária entre 30 e 40 anos e acima de 50 anos. **Conclusão:** Devido ao estigma, muitas declarações de óbito omitem a informação sobre suicídio, corroborando para o não conhecimento dos números absolutos.

Palavras-chave: Suicídio, Perfil Epidemiológico, Causas Básicas.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is one of the leading causes of death in the world. The term derives from the Latin word "self-assay", but there is a difference between thinking about suicide and translating it into action, the feeling of powerlessness can be present, making them believe that there is no way to intervene, since the person seems to have decided to close his life. **Objective:** To analyze the profile of suicide cases, from 2010 to 2016. **Materials and Methods:** Descriptive research with quantitative approach and retrospective research. Its main objective is to describe the characteristics of the patient who committed suicide and the relationship between the variables (gender, age group, marital status, basic causes). **Results:** the highest suicide rate was in men, single, aged between 30 and 40 years and over 50 years. **Conclusion:** Due to stigma, many death certificates omit information about suicide, corroborating the lack of knowledge of absolute numbers.

Keywords: Suicide, Epidemiological Profile, Basic Causes.

LISTAS DE SIGLAS

ES- Espírito Santo

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

OMS - Organização Mundial de Saúde

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de mortalidade por suicídio segundo sexo

Gráfico 2: Número dos óbitos por suicídio segundo raça/cor

Gráfico 3: Número dos óbitos por suicídio segundo faixa etária

Gráfico 4: Número dos óbitos por suicídio segundo o estado civil

Gráfico 5: Número dos óbitos por suicídio segundo a causa básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
PROBLEMA DE PESQUISA	14
DELIMITAÇÃO DO TEMA	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 JUSTIFICATIVA	16
4 REFERÊNCIAL TEÓRICO	18
4.1 HISTÓRIA DO SUICÍDIO	18
4.2 CONCEPÇÕES EM TORNO AO SUICÍDIO	19
4.3 FICHAS DE NOTIFICAÇÃO	20
5 MATERIAIS E MÉTODOS	23
5.1 TIPOS DE PESQUISA	23
5.2 COLETAS DE DADOS	23
5.3 TRATAMENTOS DE DADOS	23
6 CRONOGRAMA	24
7 RESULTADOS	25
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
8 REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	36

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo. O termo deriva da palavra em latim “autoassassinio”, porém há uma diferença entre pensar em suicídio e traduzi-lo em ação, o sentimento de impotência pode se fazer presente, fazendo-os acreditar que não há como intervir, uma vez que a pessoa parece já ter decidido encerrar a própria vida (FREITAS, 2014).

Dados mostram que mais de 1 milhão de pessoas tentam contra a própria vida todos os anos no mundo. Trata-se de um problema social de grande relevância para a saúde pública, e que pode ser evitado (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em 2020, mais de um milhão e meio de pessoas no mundo morrerão por suicídio, e um número de 10 a 20 vezes maior de pessoas tentará suicídio, esses dados alarmantes representa 1 caso de morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa de suicídio a cada 1 a 2 segundos (BERTOLOTE E FLEISHNANN, 2002).

Ainda, a OMS revelou que no ano de 2016 quase 800 mil pessoas em todo o mundo cometeram suicídio, sendo a segunda maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos de idade em 2012. Ainda, a cada 40 segundos, uma pessoa se suicida no planeta, todos os países, sejam eles ricos ou pobres, registram casos de suicídio, mas quase 80% desses óbitos são identificados em países de baixa e média renda.

Porém, os dados sobre os países no ano de 2015 e divulgados em 2018 mostram que a média global da taxa de suicídios por 100m foi de 10,7. Segundo as grandes regiões, há grande diferença, desde o Mediterrâneo Leste (3,8), passando por África (8,8), as Américas (9,6) e Ásia (12,9) até a maior prevalência observada na Europa (14,1). Neste aspecto, a taxa brasileira de 6,3 situa-se bem abaixo da média global e das grandes regiões (WHO, 2018)

Um aspecto importante é que a taxa bruta de mortalidade por lesões autoprovocadas global caiu de 12,2 por 100m em 2000 para 10,7. Esta redução

deve ser atribuída à importante diminuição das taxas observadas em países de baixa e média renda que foi acompanhada de um pequeno aumento para os países de alta renda (WHO, 2018)

Segundo estes dados, o Brasil possui taxas bem menores que outros importantes países sul-americanos, como a Argentina e o Chile. Igualmente, com relação ao México e aos demais países da América do Norte (RIBEIRO, MOREIRA, 2018).

Referente à América do Norte, uma análise dos suicídios nos Estados Unidos revelou que Nova Jérsei tem o índice mais baixo para ambos os sexos e que Montana tem o índice mais elevado para homens. O local de maior destaque de suicídios no mundo é aponte Golden Gate, em São Francisco, onde desde sua inauguração, em 1937, já foram cometidos 1.600 suicídios (SADOCK, 2017).

Apesar de como referido que o Brasil possui taxas menores, o suicídio aumentou gradativamente, entre 2000 e 2016 foram registrados de 6.780 para 11.736 mortes, um aumento de 73% nesse período. O maior aumento dessas taxas ocorreu em 2015, sendo à quarta causa de mortes registradas entre jovens e idosos neste ano, de acordo com o Ministério da Saúde (GIANINNI & LISBOA, 2017).

Isso se dá por sermos um país populoso assim, foram 11.821 suicídios oficialmente registrados em 2012, o que representa, em média, 32 mortes por dia. Ressalta-se que para cada caso de suicídio consumado existam várias tentativas, o que reforça a tese da importância da detecção precoce dos riscos presentes nos casos dos deprimidos suicidas (WHO, 2012)

Os dados oficiais relativos a tentativas de suicídio são mais falhos do que os de mortalidade por suicídio. As informações disponibilizadas pela OMS estão subestimadas, pois nem todos os países enviam seus dados de atualização (MELEIRO, 2004).

Por exemplo, no ano de 2008 no Brasil estimaram que 24 pessoas morreram/dia por suicídio, sendo que esta informação acaba por não ser divulgada. Assim, o impacto do suicídio é obscurecido pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que

excedem em 6 e 4 vezes, em média, e respectivamente, o número de suicídios (BRASIL, 2008).

Além disso, a literatura mostra associação do suicídio com transtornos mentais sendo em torno de 90%. Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, a depressão maior se destaca (MCGIRR, A. et al, 2007). Os outros transtornos mentais que aparecem na literatura associados ao suicídio são esquizofrenia, os transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, e transtornos de personalidade (MELEIRO, 2004).

Portanto, uma grande questão vinculada ao suicídio é a subnotificação, e a busca incessante pela prevenção, que de forma global, é possível. Logo, os comportamentos suicidas podem ser contextualizados como um processo complexo, que pode variar desde a ideia de retirar a própria vida, que pode ser comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa e, no pior dos casos, a morte (BARROS, 2013)

PROBLEMA DE PESQUISA

O problema em questão surge que o suicídio esta crescendo cada vez mais no cenário mundial, sendo esse uma responsabilidade da saúde pública, a qual muitas vezes está sendo subnotificado. Daí surge alguns questionamentos, em São Mateus existe muitos casos de Suicídio? Será que no município estudado existem casos de subnotificação?

DELIMITAÇÃO DO TEMA

Esta pesquisa delimita-se a descrever o perfil dos pacientes que cometeram suicídio no município de São Mateus ES, identificar suas características mais persistentes e as principais causas básicas, para ter uma visão ampla do problema estudado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil dos casos de suicídio, no ano de 2010 a 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar sexo, faixa etária, raça, estado civil dos pacientes que cometeram suicídio;
- Descrever a causa básica da morte mais prevalente;
- Obter maior conscientização sobre o problema e a disponibilidade de estratégias eficazes de prevenção.

3 JUSTIFICATIVA

Justifica-se esse trabalho pelo grande número de subnotificação do suicídio. Sabemos que algumas causas de morte como afogamentos, acidentes de carro, pode ter sido desencadeado por uma ideia suicida, porém esses mesmos dados não foram registrados como violência interpessoal autoprovocada.

Outro grande problema que encontramos ao estudar o suicídio é o da sua própria definição. A aplicação do termo a vários comportamentos e a consideração do fenômeno sob diferentes pontos de vista são algumas das razões para essa dispersão.

O estudo sobre suicídio é um tabu e uma preocupação, a falta de informações, referências e especialistas leva uma pesquisa bibliográfica de média complexidade, vendo que os poucos dados encontrados apontam que, quanto mais estudado e analisado mais próximo de combater se torna.

Portanto, a falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande descompasso entre as necessidades daquele que apresenta a ideação suicida e a tomada de atitudes das pessoas de seu convívio, fator que ampliaria as possibilidades de se evitar o ato suicida.

Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida, e comportamentos de risco podem sinalizar um pedido de ajuda, até porque o comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como resposta de fuga da situação estressante. Detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio.

Porém, não se trata de afirmar que todo suicídio relaciona-se a uma doença mental, nem que toda pessoa acometida por uma doença mental vá se suicidar, mas não se pode fugir da constatação de uma doença mental é um importante fator de risco para o suicídio. A causa de um suicídio (fator predisponente) em particular é

invariavelmente mais complexa do que um acontecimento recente, como a perda do emprego ou um rompimento amoroso (fatores precipitantes).

Em relação a essa situação, o suicídio não deveria ser enaltecido nem tomado como ato de coragem, num processo de “romantização” do ato, ou de “heroicização” do falecido. Assim, é importante estar atento aos fatores de risco, conhecê-los e saber como lidar com eles para que os índices de suicídios possam reduzir significativamente.

Portanto, considerando a importância da pesquisa para enfermagem a partir da estruturação desses conhecimentos podemos contribuir para uma visão dos profissionais que tratam de pessoas com risco de suicídio tanto a nível hospitalar quanto de atenção básica, local este que prioriza a prevenção e promoção da saúde.

4 REFERÊNCIAL TEÓRICO

4.1 HISTÓRIA DO SUICÍDIO

O comportamento suicida sempre existiu e registros sobre o tema são encontrados em todos os povos desde os tempos d antigos da humanidade. A forma de encarar o ato é que vem mudando ao longo do tempo: em algumas culturas ele vai ser incentivado, em outras, condenado como se fosse crime, em outras, tratado com indulgência, dependendo das circunstâncias (RIBEIRO, 2018).

No Ocidente, até o Século XVIII, o suicídio foi tratado, principalmente, por um viés filosófico-moral-religioso. Enquanto os filósofos romanos e gregos questionavam se o suicídio seria honroso, aceitável ou prejudicial à sociedade, nos primórdios do Cristianismo o suicídio exercia uma certa atração: era visto como indistinguível do martírio e uma forma de alcançar o Paraíso (RIBEIRO, 2018).

As primeiras gerações de cristãos, para fugirem das perseguições, entregaram-se voluntariamente ao martírio, no que são incentivados através de várias passagens do Novo Testamento, onde os fiéis são convidados a detestar a vida terrena e a fazer o sacrifício da própria vida para assim se aproximar de Deus e da vida eterna. Mesmo que o sexto mandamento diga que “Não mataras”, ele não especifica que isso se aplica a própria vida (SILVA, 2009).

Assim, a história grega está cheia de suicídios impressionantes, autênticos ou lendários, pelos motivos mais variados. O pensamento grego sempre colocou a questão fundamental do suicídio filosófico, com os cínicos, os epicuristas e os estóicos reconhecendo o valor supremo do indivíduo e sua liberdade para decidir por si mesmo sobre a sua vida e a sua morte (SILVA, 2009).

A vida só merece ser conservada se for um bem, se proporciona mais satisfação do que males e se está de acordo com a razão e com a dignidade humana. Do contrário, conservá-la seria uma loucura. Por outro lado, os pitagóricos eram contrários ao suicídio por dois motivos: primeiro, porque a alma deve realizar a sua expiação até o fim em virtude de estar mergulhada num corpo oriundo de um pecado

original; segundo, alma e corpo, associados, são regidos por relações numéricas e o suicídio poderia quebrar esta harmonia (SILVA, 2009).

4.2 CONCEPÇÕES EM TORNO AO SUICÍDIO

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em um conceito mais primitivo, segundo Moliner (1983) o suicídio é definido como "ação para matar a si mesmo". A palavra é formada pelo pronome latino "sui" e o final de "homicídio". Suicida é entendido, portanto, como "voluntariamente se mate". Em suma, o que distingue o suicídio do homicídio é que a ação recai sobre o próprio ator e o que o distingue de outro tipo de morte é que, no suicídio, a morte é o resultado de um ato voluntário. Precisamente esse caráter de voluntariedade ou intenção é o que torna difícil a distinção do suicídio como causa da morte.

Essa concepção do suicídio como um ato voluntário de matar a si mesmo pressupõe, por parte do suicida, uma concepção da morte e a combinação do desejo consciente pela morte com a ação para realizar esse desejo. Também assume que o fim da ação está relacionado com a morte (SHNEIDMAN, 1973).

No entanto, como já foi dito, o adjetivo "suicídio" se aplica a uma série de comportamentos, além da morte pelo próprio suicídio. Assim, o problema da conceituação do suicídio torna-se maior no momento em que se faz referência a uma série de comportamentos que não terminam em morte e que são provocados voluntariamente pelo próprio sujeito. Eles são, em suma, comportamentos suicidas que, no entanto, não produzem a morte do sujeito (ABREUI, LIMA, KOHLRAUSCH & SOARES, 2010).

Em dados, as taxas oficiais de morte por suicídio variam muito de um país para outro. Tradicionalmente, as taxas mais altas de suicídio vêm de pessoas mais velhas e do sexo masculino (CURRAN, 1987). Entretanto, nos últimos vinte anos, tem

havido uma tendência geral de aumento das mortes auto induzidos entre os jovens, mesmo entre os adolescentes (HAWTON, 1989) e entre as mulheres (DIEKSTRA E HAWTON, 1987).

4.3 FICHAS DE NOTIFICAÇÃO

Várias portarias, normas técnicas e a ficha de notificação referente à forma de gerenciar agravos específicos ou à notificação de violências e acidentes vêm sendo publicadas nos últimos anos (BOTEGA, 2014).

Pondo em prática o Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes, em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.356 e implantou a Rede de Serviços Sentinela de Acidentes e Violências em alguns serviços de saúde do país, com um duplo objetivo: (a) conhecer a dimensão e o perfil desses agravos nas emergências hospitalares; e (b) captar o perfil das agressões que demandam os serviços ambulatoriais (WASSERMAN, 2001).

Para isso, destinou incentivo financeiro com vistas à implantação e implementação da proposta. No primeiro caso, uma ficha de notificação obrigatória de acidentes e violências está sendo implantada em unidades de urgência e emergência, envolvendo hospitais aos quais se atribui o papel de sentinelas, em vários municípios (CAIS, 2006).

Concomitantemente, o Ministério da Saúde pretende promover uma vigilância contínua e cuidadosa desses eventos – frequentemente subdimensionados – por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais. A notificação deverá ser feita pelo profissional da saúde que atendeu a vítima (NJAINÉ, ASSIS & CONSTANTINO, 2013).

No caso de violência, o instrumento de coleta de dados é a ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violências. Essa ficha deve ser utilizada para a notificação de qualquer caso de violência, independentemente do gênero ou da faixa etária, em conformidade com seu manual instrutivo (RODOVIDA & GARBIN, 2013).

A impressão, a distribuição e o controle da ficha numerada para os municípios são de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde, podendo ser delegadas

aos municípios conforme normas operacionais do SINAN. Já a distribuição das fichas para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras participantes da vigilância de violência é de responsabilidade dos municípios (RODOVIDA & GARBIN).

A ficha atual conta com 71 questões que envolvem a identificação da vítima e do agressor, bem como as características e as consequências da violência. Seu preenchimento e encaminhamento corretos possibilitam alimentar o sistema de informação, importante base de dados para subsidiar as ações de combate à violência (RODOVIDA & GARBIN, 2013).

As tentativas de suicídio também deverão ser notificadas visto que levam importantes e graves consequências na saúde física do indivíduo, e que, potencialmente, requerem cuidados médicos (STEFANELLO, 2007).

Considerando que lesões ou traumas é a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação física no mundo, as tentativas de suicídio são agravos que afetam as atividades laborais e sociais, requerendo maiores cuidados e custos em saúde do que o ato consumado, já que uma vítima que não logrou a consumação da morte requer os cuidados hospitalares, gerando um impacto financeiro, por vezes prolongado, em tratamento de hospitais públicos (STEFANELLO, 2007).

Por outro lado, é provável ainda que algumas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar devido à pequena gravidade. Ainda na possibilidade de as vítimas chegarem às unidades de assistência, os registros escritos nos serviços de emergência e urgência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos (MINAYOU, 2009; MINAYO, CAVALCANTE, 2010).

Assim, a Portaria MS nº 1.271/2014, inova em sua lista, elencando a tentativa de suicídio como sendo de natureza de notificação compulsória imediata, devendo ser realizada em menos de vinte e quatro horas. Esse é um importante avanço para reduzir a subnotificação de casos de tentativas de suicídio no país (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014).

Tal medida em relação às tentativas vem convergir ao escopo da presente pesquisa indicando que a política nacional de saúde está interessada em acompanhar o perfil dos pacientes de suicídio e tentativas de suicídio (BOTEGA, 2009).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPOS DE PESQUISA

Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e pesquisa retrospectiva. Tem como objetivo primordial à descrição das características do paciente que cometeram suicídio e a relação entre as variáveis.

A pesquisa quantitativa utiliza de métodos científicos usado na coleta de dados estatísticos para mensurar, analisar e quantificar as informações opiniões de um estudo, podendo ser aplicado por questionário e ou entrevista (SANTOS et al., 2017).

5.2 COLETAS DE DADOS

Os dados foram coletados no sistema Tabwin 3.0. O aplicativo TABWIN é um tabulador de dados de uso geral, foi desenvolvido pelo DATASUS/MS, é usado localmente e permite aos profissionais da área da saúde a realização de tabulações rápidas a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS.

As variáveis coletadas por esse sistema serão aquelas disponíveis na ficha de notificação como: sexo, raça, faixa etária, causa básica entre o ano de 2010 a 2016.

5.3 TRATAMENTOS DE DADOS

Os dados quantificados foram categorizados através de gráficos em barra no programa Microsoft Office Excel.

6 CRONOGRAMA

Descrição	Agosto 2018	Setembro 2018	Outubro 2018	Novembro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	Março 2019	Abril 2019	Mai 2019	Junho 2019	Junho 2019
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados									X	X		
Análise de dados										X		
Redação TCC											X	X
Revisão nas normas do manual da FVC				X	X							X
Entrega TCC					X							X
Apresentação do trabalho da banca					X							X

Quadro 1: Cronograma de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso.

7 RESULTADOS

No estudo obtivemos 22 óbitos registrados no TABWIN entre o ano de 2010 a 2016, dentre esses dados podemos observar que pessoas de todas as raças, status socioeconômicos, níveis educacionais podem se envolver em condutas auto lesivas, sendo difícil estimar a prevalência real, já que o diagnóstico é dependente muitas vezes do relato do indivíduo e muitas vezes ocorre a subnotificação.

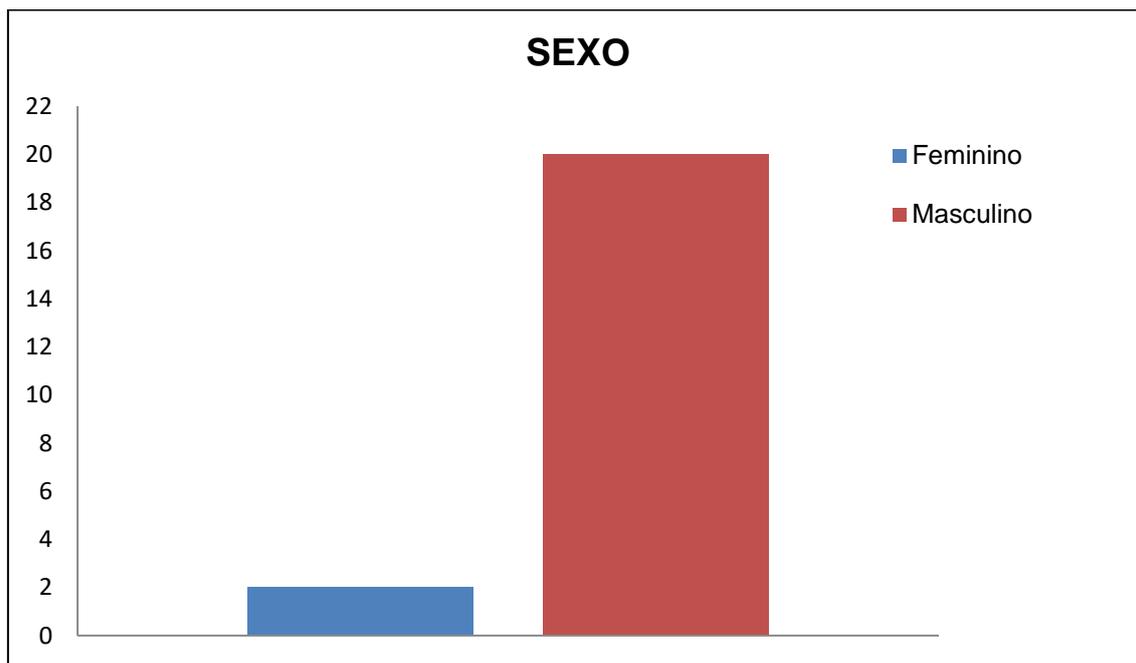


Gráfico 1: Número de mortalidade por suicídio segundo sexo.

Ao analisar os resultados do gráfico 1 podemos constatar que o suicídio teve maior prevalência no sexo masculino com 20 casos (90%) e no sexo feminino apenas 2 (10%).

Corroborando com os achados, Junior e Rodrigues em 2019 mostrou em seu estudo um percentual maior de mortes por suicídio na população masculina. Nock et al. 2008 também demonstraram a predominância do sexo masculino no suicídio, variando de 3 a 7,5 entre os sexos no mundo, assim como Marín-León, Oliveira, Botega 2012 encontraram o coeficiente médio de mortalidade por suicídio de 5,7% N° de Caso 2004-2010, sendo 7,3% no sexo masculino e 1,9% no feminino.

Corroborando Moreira et al. 2017, em sua pesquisa relata que o maior predomínio de suicídio também foi no sexo masculino, totalizando um valor de 115 óbitos e

apenas 22 no sexo feminino. Inclusive no ano de 2013, os óbitos registrados foram predominantemente do sexo masculino.

Embora as mulheres sejam propensas a tentar o suicídio mais vezes, os homens têm êxito mais frequente. Isso também demonstra a expressividade da ocorrência do suicídio em homens no Brasil, confirmando a tendência mundial de que são três vezes mais propensos do que as mulheres a cometer suicídio, até pelo motivo de utilizarem métodos mais letais (MACHADO, 2015).

O desprovento em cumprir os tradicionais papéis de gênero, que para o homem significa se constituir como provedor econômico da família é um motivo de estresse. Agregados em uma cultura patriarcal, os homens são mais sensíveis a dificuldades econômicas, como desemprego e empobrecimento, e mais propensos ao suicídio (MOREIRA et al., 2017)

Em contrapartida as mulheres apresentam mais fatores protetores, como a prática religiosa, o reconhecimento precoce dos fatores de risco e a busca por ajuda e/ou suporte mental (BOTEGA, 2014)

Contraditoriamente, no período de 2011 a 2016, foram notificados no Sinan 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Desse total, 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) casos em homens (BRASIL, 2017).

Portanto notamos que hoje os homens cometem mais suicídio, porém ainda temos altos índices de óbitos por suicídio em mulheres, assim ambos os sexos podem tomar atitudes drásticas como chegar ao autolesão, independente do sexo e até mesmo de raça como vamos ver adiante.

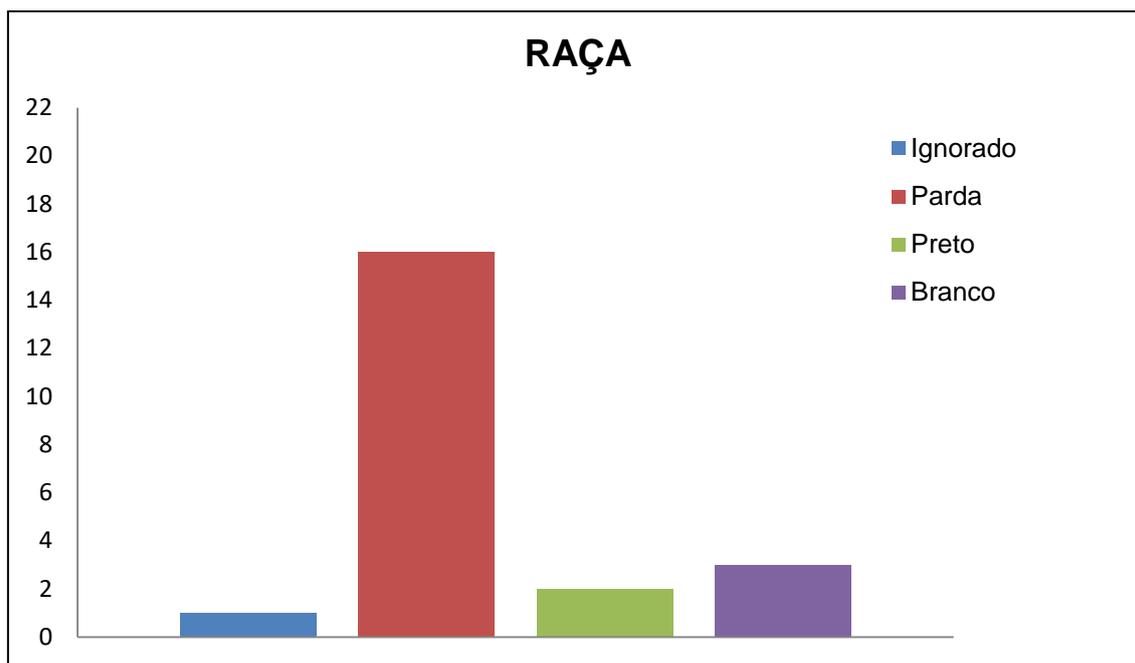


Gráfico 2: Número dos óbitos por suicídio segundo raça/cor.

Na análise do gráfico 2 podemos observar dados sobre raça, onde alcançamos um resultado de 16 indivíduos de cor parda, seguido de 3 casos de indivíduo de cor branca, 2 indivíduos de cor preta e um indivíduo teve a cor ignorada.

Na literatura a maioria dos suicídios atinge mais pessoas negras e pardas do que em pessoas brancas, acreditamos que os impactos que os racismos causam pode afetar significativamente os níveis psicológicos e psicossociais, além da rejeição, discriminação o que pode aumentar o índice de suicídio.

Segundo o Ministério da Saúde em 2018 a predisposição da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros apresentou um crescimento minuciosamente significativo no período de 2012 à 2016. Logo que em 2012 a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,88 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros e aumentou 12%, atingindo 5,88 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros em 2016. No entanto, a taxa de mortalidade por suicídio entre os brancos permaneceu estável, isto é, a mudança não foi significativa estatisticamente (BRASIL, 2018.)

Em 2012 a taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens brancos foi de 3,65 óbitos por 100 mil, e em 2016 esse índice foi de 3,76 óbitos por 100 mil. Pesquisando esses dois grupos em 2016, nota-se que a cada 10 suicídios em

adolescentes e jovens, em torno de seis ocorreram em negros e quatro em brancos (BRASIL, 2018).

Já na análise entre o ano de 2011 e 2016 das notificações das lesões autoprovocadas no sexo feminino, segundo raça/ cor, mostrou que 49,6% das mulheres eram brancas e 35,7%, negras (pardas + pretas), já entre os homens, 49,0% eram brancos e 37,2% negros (pardos + pretos) (BRASIL, 2017)

Em outro estudo à proporção de óbitos segundo raça/cor da pele e faixa etária, observou-se que 44,8% dos suicídios ocorridos na população indígena foram cometidos por adolescentes (10 a 19 anos), valor oito vezes maior que o observado entre brancos e negros (5,7% em cada) nessa mesma faixa etária (BRASIL 2017)

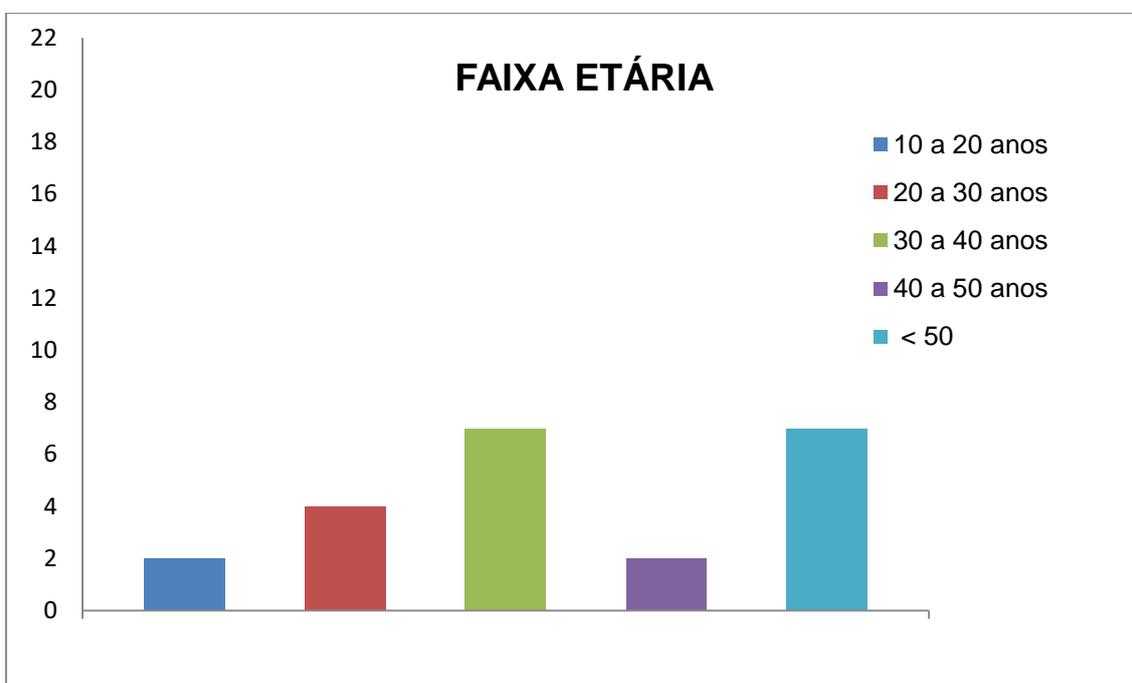


Gráfico 3: Número dos óbitos por suicídio segundo faixa etária.

Referente à faixa etária o gráfico 3 mostra que o houve o mesmo número de óbitos na faixa etária entre 30 e 40 e maiores de 50 anos (7 casos em ambos), seguido de pessoas com 20 a 30 anos (4 casos).

O aumento das taxas de mortalidade por suicídio para a população geral é acompanhado de evoluções específicas por faixa etária e segundo grupos sociais específicos.

Segundo a literatura, apesar dos fatores que contribuem para o suicídio variarem entre grupos democráticos e populações específicas, os mais vulneráveis de forma geral são os jovens, os mais idosos e os socialmente isolados, como a população indígena.

A mortalidade em termos globais por suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos, especialmente entre adultos jovens. Em 2007 suicídio ocupava a terceira causa de morte entre pessoas de 15 a 44 anos (MCGIRR A, et al., 2007).

Já um estudo realizado na UNICAMP revelou taxa de 150 tentativas de suicídio para cada 100.000 habitantes. Em 75% dos casos a tentativa ocorreu em menores de 27 anos, principalmente do sexo feminino (CHACHAMOVICH, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde em 2017 a ocorrência de lesão autoprovocada se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 70,1% dos casos (BRASIL, 2017).

Embora o maior número de casos seja em pacientes com uma faixa etária entre 30 e 40 anos, não podemos esquecer que esses dados remetem entre o ano de 2010 e 2016. Portanto, é importante relatar que no ano de 2018 um jogo conhecido como Baleia Azul criado na Rússia virou uma febre por lá – e seus efeitos também foram bem reais no Brasil.

No início de abril, uma menina de 16 anos foi encontrada sem vida em uma represa no interior do Mato Grosso, com sinais que remetiam ao Baleia Azul: cortes nos braços e pernas – além de uma lista de tarefas com cronograma e regras do desafio. Ainda não existe um número preciso de vítimas no Brasil, mas os Estados de Goiás, Mato Grosso, Bahia, Minas Gerais e Paraná estão investigando mortes de jovens para descobrir se há ligações com a “brincadeira” (SZLARZ, 2018).

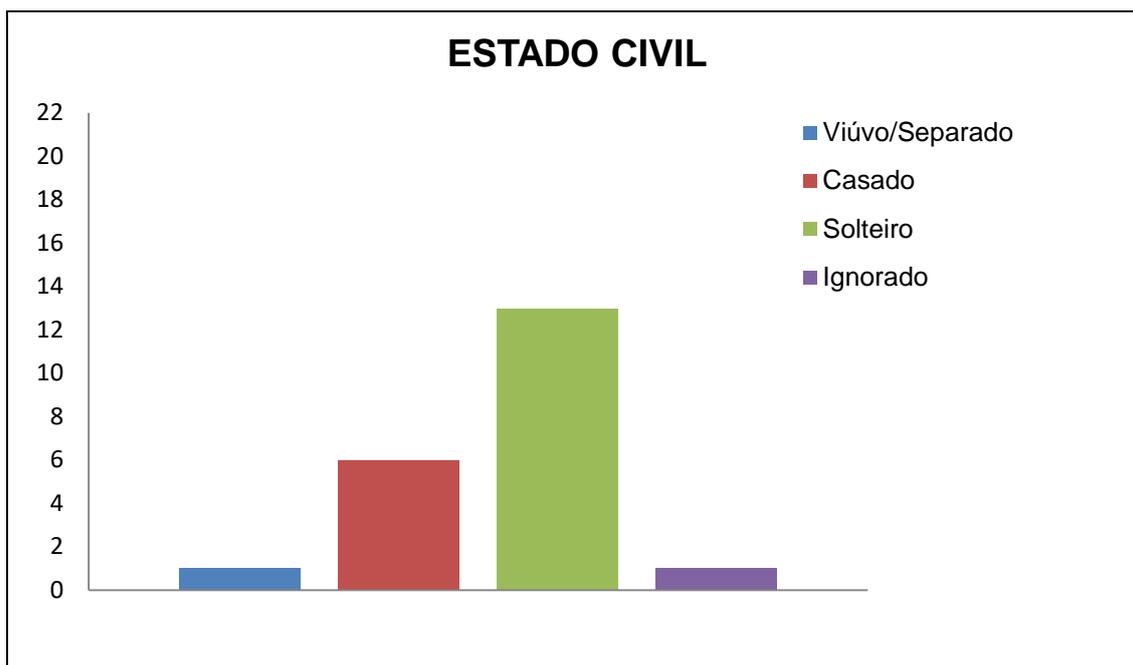


Gráfico 4: Número dos óbitos por suicídio segundo o estado civil.

Ao analisar os resultados obtidos, podemos observar que os maiores números de óbitos foram em pacientes solteiros com 14 óbitos, seguido do número de casado com 6 casos, uma pessoa era 1 viúva e 1 ignorado.

Conforme falamos anteriormente a maioria dos casos de suicídio costumam estar associados a problemas de saúde mental (diagnosticados ou não), como depressão, ansiedade, e muitos estudos como mencionamos associam que o paciente que vive só tem uma probabilidade maior de desenvolver esses transtornos, assim podendo evoluir para um suicídio.

Os dados encontrados na nossa pesquisa corroboram com o estudo de Falcão em 2015, onde em relação ao estado civil, a maioria dos casos eram solteiros 80 indivíduos, 39 estavam casados, 2 viúvos, 1 separado. Em 15 casos não havia informações da situação matrimonial (ignorado). Dentre os fatores de risco para o suicídio, encontra-se a condição de solteiro, divórcio ou viuvez.

Em uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, sobre a mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI, no período de 2001 a 2011, constituída a partir de dados oficiais e secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, também mostrou que as características sociodemográficas mais reveladas foram estado civil solteiro (71,74%), depois, casado (21,89%), corroborando com os achados em nossa pesquisa.

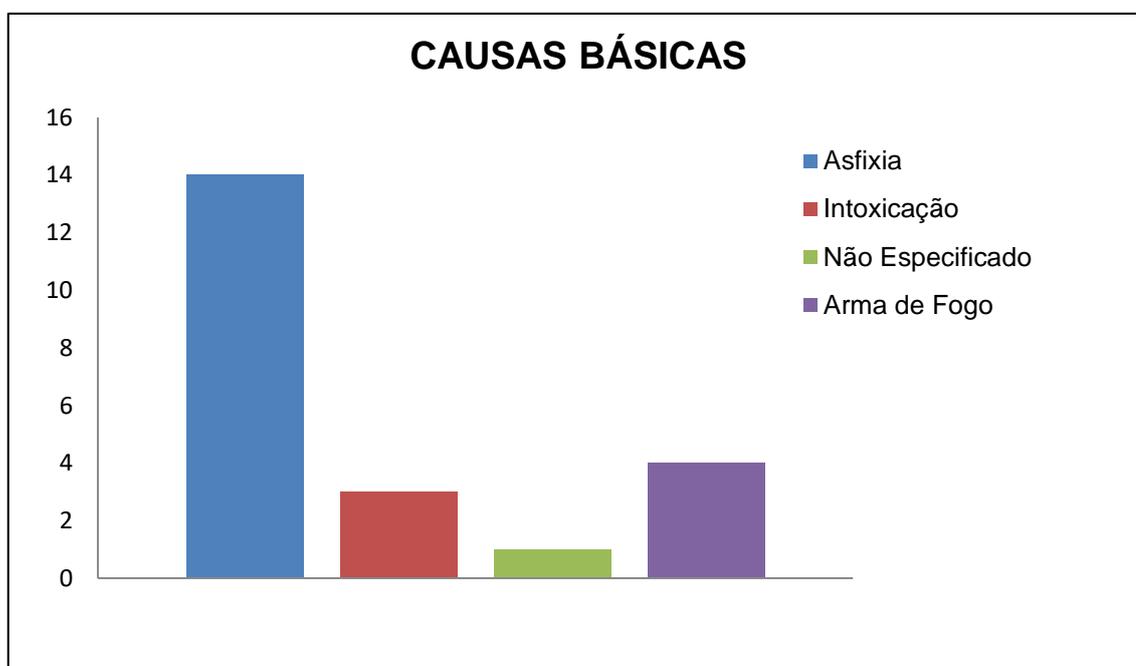


Gráfico 5: Número dos óbitos por suicídio segundo a causa básica.

Ao observar os resultados o que teve o maior número de registro foi devido asfixia (14), depois arma de fogo (4), seguido por intoxicação (3) e 1 caso não especificado.

Para a causa da morte, são disponibilizadas quatro linhas em que são descritas por sequência os eventos que resultaram no óbito, partindo-se da causa mais imediata na 'linha a' até o evento primário apresentado na última linha preenchida. No presente trabalho, foram observadas grandes discrepâncias na completitude do preenchimento das DO. Alguns campos apresentaram nível de preenchimento excelente, ao passo que em muitos outros o nível da completitude foi ruim ou muito ruim.

No estudo de Moreira em 2017 foram registrados 137 óbitos por suicídio entre 2006 e 2016, em torno de 30,7% ocorreram de autointoxicação e 69,3% de lesão autoprovocada, dentre essas 87,3% foram por enforcamento, 4,2% por arma de fogo, 3,1% precipitação de locais elevados e 5,2% por afogamentos ou objetos cortantes ou ainda por chamas.

Em relação ao sexo e causa, 63,4% das mulheres que cumpriram o suicídio usaram a autointoxicação, tendo um predomínio de tal método por esse sexo, principalmente no uso de drogas medicamentosas; quanto aos homens prevaleceu os métodos mais fatais, como o enforcamento (MOREIRA et al., 2017)

Esse número tem grande significado, pois atualmente todos conhecem alguém que possui uma arma, e o acesso está cada vez maior e mais fácil, portanto, mesmo não ocorrendo a morte pode obter alguma sequela, podendo acarretar a vários problemas familiares.

Segundo OMS em 2017, foram registrados 4.823 casos de suicídio por arma de fogo e a intoxicação exógena foi cerca de 9.845. A intoxicação exógena se caracteriza pela ingestão de vários medicamentos, produtos de uso domiciliar (ex. gás de cozinha, querosene e álcool), os agrotóxicos e os raticidas e infelizmente como é sabido as pessoas tem acesso a esses produtos levando eles a execução do ato suicida (BRASIL, 2012)

Além disso o uso de pesticidas, muitos comercializados ilegalmente, evidencia-se que há um controle e fiscalização inadequado, assim como a quantidade de óbitos por arma de fogo indicam um fácil acesso a esse meio, mesmo sendo também, na maioria das vezes, de comercialização ilegal (MACHADO 2015)

Em relação ao dado mais prevalente, existem várias formas de asfixia tais como: enforcamento, estrangulamento, esganadura, afogamento. Em vários casos de asfixia podem ser encontradas manchas de Tardieu, no coração, pulmão e outros órgãos internos, outros achados podem apresentar uma ruptura das vértebras cervicais, a seção da medula espinal o que vai levar a parada respiratória levando a asfixia o que vai levar a pessoa a óbito (SOUZA, 2005).

Portanto notamos que é uma maneira rápida, com baixo custo e “eficaz” o que faz com que as pessoas cometam cada vez mais o suicídio. A lógica desse conceito fundamenta-se na necessidade de informações adequadas para o planejamento das

políticas públicas. Não se previne um traumatismo, uma perfuração, uma asfixia ou uma hemorragia, mas sim o homicídio, o suicídio.

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, os dados epidemiológicos indicam um importante avanço para mapear a gravidade do problema, através de inúmeras pesquisas que indicam as populações com maior risco suicida, avaliadas segundo gênero, idade, sexo, presença de transtornos mentais, características psicopatológicas e modalidades dos atos suicidas.

Porém a produção de conhecimento e a discussão a respeito do tema ainda são escassas, a sociedade apresenta grande resistência em trazer o assunto à tona. Os profissionais de saúde no geral têm pouca informação sobre formas de detecção de casos de depressão com risco suicida e da própria abordagem feita no atendimento às pessoas com tentativas de suicídio.

Assim, estima-se que o número de suicídios seja ainda maior do que o registrado. Devido ao estigma, muitas declarações de óbito omitem a informação sobre suicídio, corroborando para o não conhecimento dos números absolutos.

Portanto, fica claro a necessidade de desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental e das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização para que assim os números obscuro do suicídio se reduza significativamente.

8 REFERÊNCIAS

- ABREU K.P.; KOHLRAUSCH, E.R.; LIMA, M.A.D.S. **Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos agentes comunitários de saúde**. Biblioteca Virtual em Saúde. 2008.
- ANFIP, Associação Nacional dos Auditores-fiscais da Receita Federal do Brasil e FENAFISCO – Federação Nacional do Fisco Estadual e Distrital. Brasília: ANFIP, São Paulo: Plataforma Política Social, 2018.
- ABP, Associação Brasileira De Psiquiatria. **Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir**. Rio De Janeiro 2012.
- BERTOLETE, J. M., FLEISCHMANN, A., BUTCHART, A., & BESBELLI, N. (2002). **Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem** Bulletin of the World Health Organization, 84(4), 260.
- BOLDT, M (1988). **The meaning of suicide implications for research**. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 9 (2), 93 -108
- BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol.24, n.2, p.335-355, 2002.
- BOTEGA NJ. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicologia USP 2014; 25(3): 231-36.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- CAIS, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus Editora, 2006.
- CFP, Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. 1. ed. Brasília: CFP, 2013.
- IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico de 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.
- BRASIL. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.9, p.2821-2834, 2018.
- FALCAO CM, OLIVEIRA BKF. **Perfil epidemiológico de mortes por suicídio no município de Coari entre os anos de 2010 e 2013**. Rev LEVS/UNESP-Marília 2015; 15: 44-55.)
- MACHADO DB, SANTOS DN. **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012**. J bras psiquiatr [online]. 2015 [cited 2017 12 mar]; 64(1): 45-54.
- MANN JJ. **A current perspective of suicide and attempted suicide**. Ann Intern Med. 2002;136(4):302-11.
- MELEIRO AMAS, BAHLS SC. **O comportamento suicida**. In: Meleiro A, Teng CT, Wang YP, organizadores. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma Editores; 2004. p. 13-36.

MCGIRR, A., PARIS, J., LESAGE, A., RENAUD, J., & TURECKI, G. (2007). **Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression.** *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 721-729.

MORETT AE, LÓPEZ BA. **Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes.** *Revista médica del Hospital General de México.* 1999; 62(3):183-190.

NOCK MK, BORGES G, BROMET EJ, CHA CB, KESSLER RC, LEE S. **Suicide and suicide behavior.** *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-

54.

OMS, Organização Mundial Da Saúde. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária;** tradução de Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Sthefanello e Neury José Botega. Campinas Departamento De Saúde Mental; Ministério da Saúde, 2000.

PARENTE, A.C.M.; *et al.* **Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro.** *Rev. Bras. Enferm.* v.60, n.4, p.377-381, 2007.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. **Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil.** *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.9, p.2821-2834, 2018.

SAINI AK, *et al.* (2010) **Regulatory elements in eIF1A control the fidelity of start codon selection by modulating tRNA(i)(Met) binding to the ribosome.** *Genes Dev* 24(1):97-110

Shneidman, E. (1973). *Deaths of man.* New York: Quadrangle.

SILVA, M.C.M. **Renúncia a Vida Pela Morte Voluntária: O Suicídio Aos Olhos da Imprensa no Recife dos Anos 1950.** 2009. 141f. Dissertação (Mestre em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **ICD-11: Classifying disease to map how we live and die.** [acessado 2018 Fev 23]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>

WASSERMAN, D. (2001). **Suicide - an unnecessary death.** Martin Dunitz: Stockholm.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide, Attempted.** National Health Programs. 2014.

ANEXOS

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

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, 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 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros	
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	
Notificação Individual	10 Nome do paciente		9 Data da ocorrência da violência	
	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	16 Escolaridade		14 Gestante	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados de Residência	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	
	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil		37 Identidade de gênero:	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	
Dados da Pessoa Atendida	40 UF		41 Município de ocorrência	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	49 Ponto de Referência		50 Zona	
	52 Local de ocorrência		51 Hora da ocorrência	
	53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?	

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/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		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 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 violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Encaminhamento	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Dados finais	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Dados finais	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136			
TELEFONES ÚTEIS			
Central de Atendimento à Mulher 180		Disque Direitos Humanos 100	
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015