UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NÁGELLA THAYSA BIER DE SOUSA

**Autointoxicações intencionais por medicamentos no estado de
Mato Grosso: ocorrência, recorrência e óbitos por suicídio**

RIBEIRÃO PRETO
2019

NÁGELLA THAYSA BIER DE SOUSA

**Autointoxicações intencionais por medicamentos no estado de
Mato Grosso: ocorrência, recorrência e óbitos por suicídio**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica –
políticas, saberes e práticas

Orientador: Prof.^a Dr.^a Adriana Inocenti Miasso

Coorientador: Prof.^a Dr.^a Kelly Graziani Giaccherro
Vedana

RIBEIRÃO PRETO
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sousa, Nágella Thaysa Bier de

Autointoxicações intencionais por medicamentos no estado de Mato Grosso: ocorrência, recorrência e óbitos por suicídio. Ribeirão Preto, 2019.

96 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Adriana Inocenti Miasso

Coorientador: Prof.^a Dr.^a Kelly Graziani Giaccherro Vedana

1. Autointoxicação Intencional por Medicamento. 2. Lesão Autoprovocada. 3. Óbito por Suicídio 4. Notificação 5. Tentativa de Suicídio.

SOUSA, Nágella Thaysa Bier de

Autointoxicações intencionais por medicamentos no estado de Mato Grosso:
ocorrência, recorrência e óbitos por suicídio

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu **pai**, Jonson Oliveira de Sousa, por ser luz e força em minha vida
(In memoriam).*

*Aos melhores **avôs** desse mundo, Almiro Octávio Bier e Benjamim Francisco de Sousa
(In memoriam).*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar em cada um dos momentos da minha vida.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Adriana Inocenti Miasso, por acreditar em mim desde o início. Agradeço pela oportunidade, pela prontidão em abraçar e apoiar minhas ideias, por partilhar seus conhecimentos, pela disponibilidade em atender-me sempre que precisei, pela compreensão e pelo incentivo. Sou extremamente grata por todo o apoio que recebi.

À Prof.^a Dr.^a Kelly Graziani Giaccherro Vedana, pelas oportunidades proporcionadas, pelas contribuições e sugestões para o aprimoramento deste estudo. Obrigada por enriquecer ainda mais este trabalho.

À minha mãe, Mariliza Bier de Sousa, sua garra e coragem sempre servirão de inspiração em minha vida.

Ao meu pai, João dos Reis Ribeiro Barros, pelo apoio e carinho.

À toda minha família, pelo incentivo, cuidado e apoio. Em especial aos meus pais, irmãos e avós.

Aos queridos amigos que tive o privilégio de conhecer durante a vida acadêmica.

Aos professores que passaram ao longo da minha vida, por contribuírem com a minha formação e me fazerem acreditar na força transformadora da educação.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em especial ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica, pela oportunidade de cursar o mestrado.

*Aos professores e funcionários do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP,
pelo acolhimento e orientações nas questões acadêmicas.*

*Aos meus colegas de pós-graduação, principalmente os orientandos da Prof.^a Dr.^a Adriana
Inocenti Miasso, por compartilharem experiências e conquistas.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio
financeiro para o desenvolvimento deste estudo.*

*À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, por ter autorizado a realização deste
estudo.*

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar. Só assim é possível mudar a realidade.”

(Nise da Silveira)

RESUMO

SOUSA, N. T. B. **Autointoxicações intencionais por medicamentos no estado de Mato Grosso: ocorrência, recorrência e óbitos por suicídio.** 2019. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (AIM) e óbitos por suicídio são passíveis de prevenção e representam grave problema de saúde pública mundial. Este estudo investigou lesões autoprovocadas e suas recorrências por AIM e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados, bem como óbitos por suicídio por AIM e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados. Trata-se de estudo quantitativo, transversal, analítico e documental. Foi realizado a partir de dados secundários de bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e do Sistema de Informação sobre Mortalidade da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Brasil. Foram incluídos no estudo todos os casos registrados de lesões autoprovocadas e os óbitos por suicídio de pessoas acima de nove anos de idade, no período de 1º de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2017, em todos os municípios do estado de Mato Grosso. Para análise dos dados foram elaborados modelos de regressão logística com efeitos aleatórios, pertencentes à classe dos modelos *Generalized Estimating Equations*, utilizando-se o *software Statistical Analysis System* 9.2. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Constatou-se que, no período em estudo, foram notificadas 1.507 lesões autoprovocadas, sendo 27,34% delas por AIM, com destaque para utilização de medicamentos que atuam no Sistema Nervoso. O modelo de regressão logística constatou maior chance de lesão autoprovocada por AIM entre pessoas com idade de 10 a 19 anos e de 20 a 59 anos, quando comparadas àquelas com mais de 60 anos, mulheres comparadas aos homens, de raça branca em relação às de outras raças, ocorrência em zona urbana comparada a não urbana e ocorrência em residência comparada a outros locais. Observou-se menor chance de lesão autoprovocada por AIM entre pessoas com suspeita de uso de álcool quando comparadas àquelas sem tal suspeita. Das 381 pessoas com lesões autoprovocadas por AIM na primeira notificação, nove pessoas tiveram mais de uma lesão autoprovocada por esse método, com destaque para utilização de medicamentos que atuam no Sistema Nervoso. No modelo de regressão logística para analisar os fatores associados às recorrências de lesões autoprovocadas por AIM, nenhuma das variáveis contribuiu significativamente. Dos 412 casos de lesões autoprovocadas por AIM, 13 pessoas foram a óbito por suicídio por AIM. Em 11 desses casos não havia informações sobre o medicamento e em dois casos foram utilizados medicamentos que atuam no Sistema Nervoso. No modelo de regressão logística, para analisar os fatores associados aos óbitos por suicídio por AIM, houve menor chance de óbito por suicídio por AIM entre pessoas com idade de 10 a 19 anos e de 20 a 59 anos, quando comparadas àquelas com mais de 60 anos. Os achados deste estudo fornecem importantes subsídios para estratégias direcionadas à prevenção do suicídio e de lesões autoprovocadas por AIM, bem como para a qualificação da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Autointoxicação Intencional por Medicamento. Lesão Autoprovocada. Óbito por Suicídio. Notificação. Tentativa de Suicídio.

ABSTRACT

SOUSA, N. T. B. **Intentional self-poisoning by drugs in the state of Mato Grosso: occurrence, recurrence and suicide deaths**. 2019. 96 p. Thesis (Master in Psychiatric Nursing) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Self-injuries by intentional drug self-poisoning and suicide deaths are preventable and represent a serious public health problem worldwide. This study investigated self-injuries and their recurrences by intentional drug self-poisoning and associated sociodemographic, clinical and pharmacological factors, as well as suicide deaths by intentional drug self-poisoning and associated sociodemographic, clinical and pharmacological factors. It is a quantitative, cross-sectional, analytical and documentary study. It was carried out from secondary databases of the Notification of Injury Information System and Mortality Information System of the Health Secretariat of the state of Mato Grosso, Brazil. This study included all registered cases of self-injuries and suicide deaths of people aged above nine years, from July 1, 2015 to December 31, 2017, in all municipalities of the state of Mato Grosso. For data analysis, logistic regression models with random effects, based on Generalized Estimating Equations models, were developed using the software Statistical Analysis System 9.2. The study was approved by the Research Ethics Committee. It was found that, during the study period, 1,507 self-injuries were reported, of which 27.34% were by intentional drug self-poisoning, with emphasis on the use of drugs that act on the Nervous System. The logistic regression model found a greater chance of self-injuries by intentional drug self-poisoning among people aged from 10 to 19 years and from 20 to 59 years, when compared to those over 60 years, women compared to men, white category compared to all other race categories, occurrence in urban areas compared to non-urban areas and occurrence at home compared to other places. It was observed a lower chance of self-injury by intentional drug self-poisoning among people suspected of using alcohol when compared to those without such suspicion. Of the 381 people with self-injuries by intentional drug self-poisoning in the first notification, nine of them had more than one self-injury by this method, with emphasis on the use of drugs that act on the Nervous System. In the logistic regression model to analyze the factors associated with recurrences of self-injury by intentional drug self-poisoning, none of the variables contributed significantly. Of the 412 cases of self-injury by intentional drug self-poisoning, 13 people died by suicide by intentional drug self-poisoning. In 11 of these cases, there was no information about the drug and, in two cases were used drugs that act on the Nervous System. In the logistic regression model, to analyze the factors associated with death by suicide by intentional drug self-poisoning, there was a lower chance of death by suicide by intentional drug self-poisoning among people aged from 10 to 19 years and from 20 to 59 years, when compared to those over 60 years old. These findings provide important subsidies for strategies aimed at suicide prevention and self-injuries by intentional drug self-poisoning, as well as for the qualification of nursing care.

Keywords: Intentional self-poisoning by drug. Self-injury. Suicide Death. Notification. Suicide attempt.

RESUMEN

SOUSA, N. T. B. **Auto envenenamientos intencionales por medicamentos en el estado de Mato Grosso: ocurrencia, recurrencia y muertes por suicidio.** 2019. 96 h. Disertación (Maestría en Enfermería Psiquiátrica) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Las lesiones autoprovocadas por auto-envenenamiento intencional por medicamento (AIM) y muertes por suicidio son susceptibles de prevención y representan un grave problema de salud pública mundial. Este estudio investigó lesiones autoprovocadas y sus recurrencias por AIM y factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos asociados, así como muertes por suicidio por AIM y factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos asociados. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, analítico y documental. Fue realizado a partir de datos secundarios de bancos de datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación y del Sistema de Información sobre Mortalidad de la Secretaría de Salud del estado de Mato Grosso, Brasil. Se incluyeron todos los casos registrados de lesiones autoprovocadas y las muertes por suicidio de personas mayores de nueve años de edad, en el período del 1 de julio de 2015 al 31 de diciembre de 2017, en todos los municipios del estado de Mato Grosso. Para el análisis de datos se elaboraron modelos de regresión logística con efectos aleatorios, pertenecientes a clase de modelos *Generalized Estimating Equations*, utilizando el software *Statistical Analysis System* 9.2. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Se constató que en el período del estudio se notificaron 1.507 lesiones autoprovocadas, siendo el 27,34% de ellas por AIM, con destaque para la utilización de medicamentos que actúan en el Sistema Nervioso. El modelo de regresión logística constató mayor probabilidad de lesión autoprovocada por AIM entre personas de 10 a 19 años y de 20 a 59 años, cuando comparadas a aquellas con más de 60 años, mujeres comparadas a hombres, de raza blanca con relación a las de otras razas, ocurrencia en zona urbana comparada a no urbana y ocurrencia en residencia comparada a otros locales. Se observó una menor probabilidad de lesión autoprovocada por AIM entre personas con sospechas de uso de alcohol cuando comparadas a aquellas sin tal sospecha. De las 381 personas con lesiones autoprovocadas por AIM en la primera notificación, nueve de ellas tuvieron más de una lesión autoprovocada por ese método, con destaque para la utilización de medicamentos que actúan en el Sistema Nervioso. En el modelo de regresión logística para analizar los factores asociados a las recurrencias de lesiones autoprovocadas por AIM, ninguna de las variables contribuyó significativamente. De los 412 casos de lesiones autoprovocadas por AIM, 13 personas murieron por suicidio por AIM. En 11 de esos casos no había informaciones sobre el medicamento y en dos casos fueron utilizados medicamentos que actúan en el Sistema Nervioso. En el modelo de regresión logística, para analizar los factores asociados a las muertes por suicidio por AIM, hubo menor probabilidad de muerte por suicidio por AIM entre personas de 10 a 19 años y de 20 a 59 años, cuando comparadas a aquellas con más de 60 años. Los hallazgos proporcionan importantes subsidios para estrategias dirigidas a la prevención del suicidio y de lesiones autoprovocadas por AIM, así como para la calificación de la asistencia de enfermería.

Palabras clave: Auto-envenenamiento intencional por medicamento. Lesión autoprovocada. Muerte por Suicidio. Notificación. Tentativa de Suicidio.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Grupos anatômicos e terapêuticos, de acordo com o primeiro nível de <i>Anatomical Therapeutical Chemical</i> (ATC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).....	37
----------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma do processo de seleção dos participantes para o estudo. Mato Grosso, MT, 2015-2017	31
Figura 2	Distribuição dos casos de lesões autoprovocadas (n=1.507) de acordo com o método utilizado: autointoxicação intencional por medicamento ou outros métodos. Mato Grosso, MT, 2015-2017	40
Figura 3	Distribuição dos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento em relação às demais lesões autoprovocadas, de acordo com o semestre da ocorrência (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017	41
Figura 4	Distribuição dos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento em relação às demais lesões autoprovocadas, de acordo com a região de saúde de notificação (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017	42
Figura 5	Distribuição de pessoas de acordo com a recorrência ou não de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017	49
Figura 6	Distribuição de pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento em relação às demais pessoas com lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o semestre da ocorrência (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017	49
Figura 7	Distribuição de óbitos por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento em relação aos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017	56
Figura 8	Percentual de ocorrência de óbito por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento em relação aos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o semestre da ocorrência (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento de acordo com as características sociodemográficas e clínicas dos participantes (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017	43
Tabela 2	Distribuição das lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o código <i>Anatomical Therapeutical Chemical</i> dos medicamentos utilizados nos casos em que o medicamento tenha sido o agente tóxico da primeira, segunda ou terceira lesão autoprovocada (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017	46
Tabela 3	Modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017	47
Tabela 4	Características sociodemográficas e clínicas de pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017	51
Tabela 5	Distribuição das pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o código <i>Anatomical Therapeutical Chemical</i> dos medicamentos utilizados na primeira lesão autoprovocada (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017	53
Tabela 6	Modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às recorrências de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017	55
Tabela 7	Características sociodemográficas e clínicas de pessoas que foram a óbito por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017.....	58
Tabela 8	Modelo de regressão logística para análise dos fatores associados aos óbitos por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017.....	60

LISTA DE SIGLAS

AIM	Autointoxicação Intencional por Medicamento
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutical Chemical</i>
CCI/HUM	Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DO	Declaração de Óbito
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete Ministerial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de Odds)
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Lesões autoprovocadas: aspectos gerais sobre tentativas de suicídio e óbitos por suicídio	16
1.2	Autointoxicações intencionais por medicamento: ocorrência, recorrência e óbitos	19
2	QUESTÃO DO ESTUDO E HIPÓTESE DO ESTUDO	23
2.1	Questão do estudo	24
2.2	Hipótese do estudo	24
3	OBJETIVOS	25
4	MÉTODO	27
4.1	Delineamento do estudo	28
4.2	Local do estudo	28
4.3	Participantes do estudo	29
4.4	Variáveis do estudo	32
4.4.1	Variáveis dependentes (resposta ou desfecho)	32
4.4.2	Variáveis independentes (explanatórias ou explicativas)	33
4.5	Coleta de dados	34
4.5.1	Procedimentos para coleta dos dados	34
4.5.2	Instrumentos para coleta dos dados	35
4.6	Análise dos dados	37
4.7	Considerações éticas	38
5	RESULTADOS	39
5.1	Lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados	40
5.2	Recorrência de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados	48
5.3	Óbitos por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados	56
6	DISCUSSÃO	61
7	CONCLUSÕES	74
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE	88
	ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Lesões autoprovocadas: aspectos gerais sobre tentativas de suicídio e óbitos por suicídio

O comportamento suicida passa por um contínuo que compreende desde a ideação suicida ao suicídio consumado (GANZ et al., 2010). Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o suicídio pode ser definido como ato deliberado executado pelo próprio indivíduo cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, utilizando um meio que acredita ser letal (ABP, 2014). A tentativa de suicídio é definida como comportamento autolesivo com resultado não fatal, acompanhado de evidência explícita ou implícita de que a pessoa pretendia morrer (JACOBS et al., 2003).

A violência autoprovocada é aquela que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser subdividida em comportamento suicida e autoagressão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS ou, do inglês World Health Organization, WHO), o primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas e suicídio; enquanto a autoagressão, em contraste, inclui atos como automutilação (WHO, 2002).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera Lesões Autoprovocadas Intencionalmente as lesões e as autointoxicações intencionalmente desferidas pela própria pessoa a si mesma, bem como as tentativas de suicídio (OMS, 2008).

A literatura tem utilizado o termo comportamento suicida para se referir a um tipo de conduta da pessoa que busca se ferir ou se matar. Em geral, as fronteiras entre autonegligência, lesão autoprovocada, ideação suicida, comportamento suicida e suicídio consumado são tênues, visto que uma tentativa pode ser interrompida e fixar-se como ideia ou intenção, enquanto um pensamento pode eclodir com angústias e ansiedades avassaladoras e explodir em forma de ato contra a vida. Por outro lado, nem todo pensamento acerca de morte ou desejo de morrer é evidência de algum risco (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2005).

A OMS recomenda que o suicídio seja prioridade nas políticas públicas (WHO, 2012), uma vez que esse consiste na segunda principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos e a quinta principal causa de morte entre pessoas de 30 a 49 anos. Mais de 800 mil pessoas morrem a cada ano por suicídio, ainda que esse evento seja subnotificado. As tentativas de suicídio atingem taxas elevadas, podendo

chegar a 20 vezes o número de suicídios concluídos (WHO, 2014).

O coeficiente de mortalidade por suicídio representa o número de suicídios para cada 100 mil habitantes ao longo de um ano (BOTEGA, 2014). Segundo documento da OMS, calculado em 2015 e divulgado em 2018, a taxa mundial de suicídio por 100 mil habitantes é de 10,7 (WHO, 2018). Há variações entre as grandes regiões como, por exemplo, nas Américas (9,6); sudeste da Ásia (12,9); África (8,8) e taxas maiores observadas na Europa (14,1) (RIBEIRO; MOREIRA, 2018; WHO, 2018).

No Brasil, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes foi de 6,3, ou seja, o dado está abaixo da média global e das grandes regiões (RIBEIRO; MOREIRA, 2018; WHO, 2018). No entanto, há crescimento da mortalidade por suicídio no país (MACHADO; SANTOS, 2015; BRASIL, 2017b) e, entre outras ocorrências, é necessário explorar os principais fatores associados (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que a mortalidade por suicídio no Brasil esconde importantes variações regionais, pois, além de dificuldades com o mapeamento dos dados de tentativa e mortalidade por suicídio, as taxas observadas divergem entre as regiões brasileiras. Quando se trata da distribuição de índices de suicídio, as Regiões brasileiras Sul e Centro-Oeste são as que possuem as maiores taxas (CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016). As taxas nas referidas regiões são de 9,8 por 100 mil habitantes no Sul e 7,6 por 100 mil habitantes no Centro-Oeste (MACHADO; SANTOS, 2015). Em contraste, as Regiões Norte (5,3), Nordeste (5,2) e Sudeste (5,6) apresentam índices menores (MACHADO; SANTOS, 2015; CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016).

O Boletim Epidemiológico, redigido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, descreveu o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil no período de 2011 a 2016. Quanto à distribuição dos casos notificados de lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, observou-se aumento no sexo feminino e masculino de 209,5 e 194,7%, respectivamente. Na análise das notificações de lesões autoprovocadas, chamou atenção o fato de 33,1% das lesões terem caráter repetitivo no sexo feminino, enquanto 25,3% das lesões têm caráter repetitivo no sexo masculino (BRASIL, 2017b).

Considerando o suicídio como problema de saúde pública e a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2006, a Portaria MS/GM nº 1.876, de

14 de agosto, que instituiu as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, ressaltando a importância do desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, a fim de permitir a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos. O documento destaca, ainda, a necessidade de estudos voltados a essa temática (BRASIL, 2006).

No Brasil, dados epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio são disponibilizados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e os dados epidemiológicos sobre óbitos por suicídio, por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). No entanto, apesar das tentativas de suicídio serem de notificação compulsória e imediata (BRASIL, 2016), ainda há barreiras a se superar, de forma a ser ampliada a abrangência da notificação por parte dos profissionais de estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2017a). Observa-se que há a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Apesar da tentativa de suicídio se tratar de uma notificação compulsória pelos municípios, conforme a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016), estima-se que cerca de 80% das tentativas de suicídio não sejam documentadas (VIDAL; GONTIJO, 2013). Desse modo, calcula-se que para cada tentativa documentada há outras quatro não documentadas. Assim, é provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade (VIDAL; GONTIJO, 2013). Em muitos casos, também, quando os pacientes chegam às unidades de tratamento, nos serviços de emergência os profissionais podem assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos e, com isso, o dado não estaria adequadamente categorizado (VIDAL; GONTIJO, 2013; MINAYO, 2005).

Apesar da existência de bancos de dados como o SIM e o Sinan no Brasil, é necessário estudar e mapear a taxa de suicídio e tentativa de suicídio, a fim de se observar a qualidade desses sistemas quanto à documentação, à metodologia para coleta de dados e à consistência de dados (RIBEIRO et al., 2018). Nessa direção, entre as estratégias de prevenção do suicídio estão aquelas relacionadas aos sistemas de informação em saúde, envolvendo os procedimentos de coleta e análise de dados sobre tentativa de suicídio e óbito por suicídio (WHO, 2014; OPS/OMS, 2016; WHO, 2012).

Assim, quando devidamente construídos, os sistemas de dados e a

adequada coleta de dados podem ser ferramentas para mensurar a real problemática do suicídio no Brasil, além de gerar informações que auxiliem na tomada de decisões em programas de saúde pública como forma de intervenção e prevenção de novas ocorrências (RIBEIRO et al., 2018; BRASIL, 2015).

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde deve estimular cada vez mais a utilização dos sistemas e bases de dados disponíveis. As deficiências próprias desses sistemas tendem a ser superadas à medida que se intensificam a crítica e o uso dos dados produzidos. Dados de má qualidade, isto é, aqueles oriundos de fichas de notificação ou investigação com campos essenciais em branco, incongruências entre dados, duplicidades de registros, entre outros problemas, apontam a necessidade de avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada em todas as esferas do sistema (BRASIL, 2013b).

Além dos fatores idade e sexo, as variáveis sociodemográficas de estado civil, nível de escolaridade, ocupação, renda, *status* de emprego, religião e orientação sexual também são relatadas como fatores para o comportamento suicida (CONEJERO et al., 2016). O conhecimento de fatores relacionados às tentativas de suicídio é útil para orientar e projetar estratégias de prevenção do suicídio para grupos vulneráveis, uma vez que a tentativa de suicídio anterior é considerada o principal preditor de suicídio futuro (AYEHU; SOLOMON; LEMMA, 2017; MACHADO; SANTOS, 2015). Estima-se, ainda, que pessoas que já apresentaram tentativa de suicídio tenham risco de suicídio cerca de 100 vezes superior ao da população em geral (OWENS; HORROCKS; HOUSE, 2002).

1.2 Autointoxicações intencionais por medicamento: ocorrência, recorrência e óbitos

Constatou-se em estudos que, entre os diferentes meios utilizados na ideação suicida, a intoxicação por medicamentos foi o método mais utilizado, sendo mais prevalente entre as mulheres e jovens (CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016; MAGALHÃES et al., 2014).

Em estudo que caracterizou a população de doentes adultos observados na primeira consulta, em uma unidade de atendimento a pessoas com comportamento suicida de um serviço de psiquiatria do Hospital de Braga, na cidade de Braga, em

Portugal, entre 2014 e 2015, a ingestão de medicamentos foi o método mais observado – 70% dos casos (RAMÔA et al., 2017).

O estudo do perfil de múltiplos tentadores de suicídio pode ser útil para prevenir futuras tentativas e reduzir a mortalidade por suicídio, no entanto, as características da população-alvo de múltiplas tentativas de suicídio são pouco estudadas (LIU; ZHANG; SUN, 2017). Em razão disso, ainda há poucas evidências concentradas nesse grupo de alto risco para o suicídio concluído (CHEN et al., 2016).

Considerando um estudo desenvolvido em serviços de emergência em saúde mental da Turquia, no qual foram examinados métodos de tentativa de suicídio, constatou-se que 90,3% dos casos envolvidos ingeriram medicamento ou substâncias tóxicas. Na análise dos 101 casos com história anterior de tentativa de suicídio, 44,6% tiveram história de transtorno psiquiátrico, enquanto essa taxa foi de 12,7% para casos sem histórico de tentativa de suicídio anterior. Houve relação estatisticamente significativa entre a tentativa de suicídio e o histórico prévio de transtorno psiquiátrico (SIMSEK et al., 2013).

No Brasil, Santos, Legay e Lovisi (2013), ao estudarem a frequência do uso de substâncias tóxicas como meio para tentativas de suicídio e suicídio por intoxicação exógena, utilizando o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e o SIM, no período de 1999 a 2009, constataram, no que se refere às categorias de substâncias causadoras das intoxicações, que o uso de medicamentos esteve presente em 46,2% das internações, seguido do uso de álcool (29,8%) e pesticidas (15,1%).

Outros estudos brasileiros mostraram que entre os agentes envolvidos com maior frequência nos casos de tentativa de suicídio por exposição a agentes tóxicos estão os medicamentos, com destaque para os antipsicóticos, antidepressivos, antiepiléticos e ansiolíticos (GONDIM et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2015). Em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, foram reveladas maiores frequências de tentativa de suicídio entre o sexo feminino, especialmente na faixa etária de 12 a 29 anos (62,9%), sendo que a letalidade associada aos medicamentos (0,5%) foi menor quando comparada à de outros grupos de agentes tóxicos, como os raticidas (1,97%) e demais praguicidas (4,9%) (GONDIM et al., 2017).

Dados diferentes com relação à taxa de suicídio, conforme gênero e idade, foram obtidos na cidade de Londrina, Paraná. Em estudo com utilização de registros do Centro de Controle de Intoxicações (CCI) mostrou-se que as tentativas de suicídio

foram significativas entre homens desempregados e mulheres donas de casa/aposentadas. No referido estudo foi possível observar que houve associação de medicamento com outras substâncias em 51,5% dos casos de tentativa de suicídio, sendo que o uso concomitante de bebida alcoólica foi mais significativo entre os homens. Entre as mulheres, 84,8% das associações se referiram a medicamentos, ou seja, foi usado mais de um tipo de substância medicamentosa (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010).

Também no estado do Paraná, em estudo realizado no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), no caso de mulheres notificadas em 2008 como intoxicadas em tentativa de suicídio por um ou mais agentes tóxicos, revelou-se que os medicamentos foram os agentes tóxicos mais utilizados (250 casos; 81,7%), havendo, também, associação desses com outros grupos de agentes (TREVISAN; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Em investigação sobre as tentativas e efetivações de autoextermínio em um município de Minas Gerais, no período de 2013 a 2015, constatou-se que o método mais utilizado foi o medicamentoso. Nas notificações de tentativa e efetivação de suicídio, os seguintes métodos foram encontrados: medicamentos (70,9%), pesticidas (3,2%), raticidas (3,2%), carrapaticidas (3,2%), inseticidas (6,5%), solventes (3,2%), álcoois (3,2%) e não informados (6,5%) (VIEIRA et al., 2017).

Em estudo epidemiológico realizado em um serviço de urgência e emergência do município de Teresina, Piauí, foram analisados todos os casos de violência autoinfligida por intoxicação exógena notificados no Sinan, no período de 2009 a 2014. Identificou-se que tiveram destaque os medicamentos (59,5%) e os raticidas (18,4%) (VELOSO et al., 2017).

Quanto ao coeficiente de mortalidade causada por intoxicação medicamentosa por 1 milhão de habitantes, segundo a região de registro, destacam-se com os maiores índices calculados as Regiões Centro-Oeste, com coeficiente de 1,25, e Sul, com coeficiente de 0,73. Analisando-se a frequência absoluta apenas dos óbitos, a Região Centro-Oeste obteve elevada taxa de incidência de número de mortes por intoxicação medicamentosa (MENDES; PEREIRA, 2017).

No estudo de Vieira, Santana e Suchara (2015), em Barra do Garças, município do interior do estado de Mato Grosso, realizou-se a caracterização das tentativas de suicídio por intoxicações exógenas. No referido estudo, em todo período, foram frequentes as tentativas de suicídio por medicamentos (50%), seguidas de

agrotóxicos (26,2%). Quanto às classes de medicamentos utilizadas nas tentativas de suicídio, as vítimas preferiram os fármacos com ação no sistema nervoso em 60,8% das notificações. Os autores apontaram a carência de estudos relacionados às tentativas de suicídio, principalmente no estado de Mato Grosso, onde as informações ainda são escassas e necessitam ser compiladas e avaliadas, sobretudo no que se refere ao estado como um todo (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015). Tal aspecto é relevante em face da necessidade de se mapear a problemática da tentativa de suicídio e do suicídio, visando à implementação de novas ferramentas e programas que envolvam melhorias nos procedimentos e condutas por parte dos profissionais da saúde, bem como conscientização da população e programas de saúde pública.

Dessa forma, constata-se a oportunidade de explorar os fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados às lesões autoprovocadas por Autointoxicação Intencional por Medicamento (AIM), bem como suas recorrências e óbitos por tais lesões, no estado de Mato Grosso. Acredita-se que este estudo possa promover o conhecimento mais detalhado desse agravo, características e fatores associados, fornecendo subsídios para gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações integradas em saúde e na definição das intervenções voltadas para a prevenção de lesões autoprovocadas por AIM.

2 QUESTÃO DO ESTUDO E HIPÓTESE DO ESTUDO

2.1 Questão do estudo

- Quais os fatores associados às lesões autoprovoçadas por AIM, às suas recorrências e aos óbitos por suicídio por tais lesões?

2.2 Hipótese do estudo

- Há fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados às lesões autoprovoçadas por AIM, bem como às suas recorrências e aos óbitos por suicídio por tais lesões.

- Investigar as lesões autoprovocadas por AIM e os fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados.
- Investigar recorrências de lesões autoprovocadas por AIM e os fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados.
- Investigar óbitos por suicídio por AIM e os fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo transversal, do tipo analítico, documental, de abordagem quantitativa.

O delineamento da pesquisa com abordagem quantitativa apresenta estratégias que o pesquisador planeja utilizar para desenvolver informações numéricas precisas e interpretáveis sob condições controladas, sendo especialmente projetadas para gerar medidas mensuráveis e confiáveis que permitem uma análise estatística (POLIT; BECK, 2014).

Os estudos observacionais analíticos buscam caracterizar as associações entre variáveis preditoras e de desfecho em uma população (HULLEY, 2015).

No estudo transversal, as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo. Os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição (HULLEY, 2015).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado a partir de dados secundários contidos em bancos de dados do Sinan e do SIM da Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

O estado de Mato Grosso é dividido em 16 regiões de saúde, cada qual com seus municípios de abrangência. As 16 regiões de saúde correspondentes são: Alto Tapajós; Araguaia Xingú; Baixada Cuiabana; Centro Norte; Garças Araguaia; Médio Araguaia; Médio Norte; Noroeste Matogrossense; Norte Araguaia Karajá; Norte Matogrossense; Oeste Matogrossense; Sudoeste Matogrossense; Sul Matogrossense; Teles Pires; Vale Do Arinos e Vale Do Peixoto, segundo informações do *site* oficial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (2019).

O estado de Mato Grosso localiza-se no Centro-Oeste brasileiro, faz limite com os estados de Amazonas, Pará, Tocantins, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rondônia e a Bolívia, país vizinho, além de possuir 141 municípios. Segundo dados do censo demográfico de 2010, o estado de Mato Grosso tem população estimada em 3.035.122 pessoas, sendo 2.482.801 da zona urbana e 552.321 da zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,725 e, quando comparado a outros

estados, ocupa o 11º lugar no *ranking* de IDH do país. A área dessa unidade territorial, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010b), é de 903.206,997 km².

De acordo com dados do Governo de Mato Grosso (2019), o referido estado possui população miscigenada desde o período colonial, entre índios, negros, espanhóis e portugueses. Dados do censo demográfico de 2010 revelam que o estado de Mato Grosso tem população estimada em: amarela (35.834); branca (1.128.086); indígena (43.226); parda (1.601.177); preta (225.627) e sem declaração (1.172) (IBGE, 2010a).

4.3 Participantes do estudo

Foram incluídos neste estudo todos os casos registrados como lesões autoprovocadas e os óbitos por suicídio no período de 1º de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2017, em todos os municípios do estado de Mato Grosso, Brasil. Após a inclusão de todos os casos de lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio, cada caso foi classificado como lesão autoprovocada por AIM ou não, sendo que foram priorizadas as informações do primeiro registro de lesões autoprovocadas, em ordem cronológica.

A escolha por casos registrados como lesões autoprovocadas e os óbitos por suicídio no período de 1º de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2017 justifica-se pelo fato de um dos instrumentos utilizados na pesquisa, qual seja, a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, ter sido modificado em junho de 2015.

Vale destacar que em muitos casos há percentual elevado de opções “ignorado” assinaladas, sendo que essa opção corresponde a um dos quadrículos presentes nos campos da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada e da Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicação Exógena.

O Sinan e o SIM foram selecionados por serem os sistemas oficiais que concentram informações específicas acerca dos casos de lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio, respectivamente.

O Sinan é alimentado principalmente pela notificação e investigação de

casos de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2016). Consideraram-se, para este estudo, os dados da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada e da Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicação Exógena.

O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos ocorridos no país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O SIM é alimentado pelas informações contidas nas Declarações de Óbitos (DO), as quais são padronizadas em todo o território nacional, sendo seu preenchimento realizado pelo médico ou perito legista (BRASIL, 2001). Consideraram-se, para este estudo, os dados da DO.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos participantes para o estudo. Mato Grosso, MT, 2015-2017

CrITÉRIOS de inclusão

Foram incluídos no estudo:

- casos notificados como lesões autoprovocadas e os óbitos por suicídio, no período de 1º de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2017, em todos os municípios do estado de Mato Grosso, Brasil.

CrITÉRIOS de exclusão

Foram excluídos do estudo:

- casos de lesões autoprovocadas com data de notificação de óbito por suicídio fora do período de 1º de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2017;
- casos com informações de uma mesma lesão autoprovocada que estivesse duplicada no banco de dados;
- casos detectados por meio de informações contidas no campo “observações adicionais” da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada que não caracterizam lesão autoprovocada devido à incongruência de informações;
- casos com informações sobre lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio referentes a crianças menores de 10 anos.

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina a faixa etária de 0 a 11 anos para crianças e de 12 a 18 anos para adolescentes, o MS adota a faixa etária definida pela OMS, a qual considera criança toda pessoa de 0 a 9 anos e adolescente de 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 2016). Adotou-se para este estudo a referência de idade para crianças padronizada pela OMS.

4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Variáveis dependentes (resposta ou desfecho)

Para alcançar os objetivos propostos, foram consideradas variáveis

dependentes: lesão autoprovocada por AIM, recorrência de lesão autoprovocada por AIM e óbito por suicídio por AIM.

4.4.2 Variáveis independentes (explanatórias ou explicativas)

São variáveis independentes aquelas relacionadas ao perfil sociodemográfico, clínico e farmacológico: faixa etária (de 10 a 19 anos, de 20 a 59 anos e 60 anos ou mais); sexo (feminino e masculino); raça/cor (amarela, branca, indígena, parda, preta); escolaridade (analfabeto; até oito anos de estudo – da 1ª série incompleta do ensino fundamental ao ensino fundamental completo; mais de oito anos de estudo – do ensino médio incompleto à educação superior completa); semestre da ocorrência (2º semestre de 2015, 1º semestre de 2016, 2º semestre de 2016, 1º semestre de 2017, 2º semestre de 2017); região de saúde da notificação (os municípios de notificação presentes nas fichas foram agrupados de acordo com cada região de saúde a qual pertencem); zona de ocorrência (zona urbana, zona rural, zona periurbana); local de ocorrência (residência e outros locais); situação no mercado de trabalho (ativo, inativo e outra); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); orientação sexual (heterossexual, homossexual e não se aplica); se possui algum tipo de deficiência e/ou transtorno; tipo de deficiência (deficiência física, deficiência intelectual, deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência mental) e/ou transtorno (transtorno mental e transtorno de comportamento); suspeita de uso de álcool; medicamentos utilizados na AIM – os medicamentos foram categorizados nos grupos anatômicos e terapêuticos de acordo com o primeiro nível de *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC).

As variáveis presentes no instrumento Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada foram: faixa etária; sexo; raça/cor; escolaridade; semestre da ocorrência; região de saúde da notificação; zona de ocorrência; local de ocorrência; situação conjugal; orientação sexual; se possui algum tipo de deficiência e/ou transtorno; tipo de deficiência e/ou transtorno; suspeita de uso de álcool.

As variáveis presentes no instrumento Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicação Exógena foram: faixa etária; sexo; raça/cor; escolaridade; semestre da ocorrência; região de saúde da notificação; zona de ocorrência; local de ocorrência;

situação no mercado de trabalho.

As variáveis presentes na DO foram: faixa etária; sexo; raça/cor; escolaridade; semestre da ocorrência; local de ocorrência; situação conjugal.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Procedimentos para coleta dos dados

Foram coletados dados de todos os casos de lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio, no período de 1º de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2017, por meio dos instrumentos Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicação Exógena e DO.

Inicialmente foi realizada a união de três bases de dados, sendo duas do Sinan da Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (dados da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada e Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicação Exógena) e uma do SIM da Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (dados da DO).

Foi utilizado o método de *linkage* probabilístico, uma vez que não havia um campo identificador único entre as bases de dados. Esse método é baseado na utilização de combinações de campos comuns (no caso deste estudo, nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento e sexo) presentes nas bases a serem relacionadas. Esses campos são utilizados conjuntamente para o cálculo de um escore, o qual traduz o grau de concordância entre os registros de cada *link* formado. Adicionalmente, todos os valores de escores limiares acima de 0,97 foram considerados pares verdadeiros. No caso de valores entre 0,70 e 0,97 optou-se por observar detalhadamente cada caso para, manualmente, classificar em par verdadeiro ou falso (CAMARGO JR.; COELI, 2000; JARO, 1995).

4.5.2 Instrumentos para coleta dos dados

A – Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO A)

As lesões autoprovocadas foram identificadas pelos dados da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Foram considerados casos de lesões autoprovocadas aqueles que apresentavam o campo “lesão autoprovocada” assinalado. Para selecionar os casos de AIM foi analisado se no item “meio de agressão” estava assinalada a opção “envenenamento/intoxicação”, bem como se no campo “observações adicionais” constavam informações sobre os medicamentos utilizados.

B – Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicação Exógena (ANEXO B)

As lesões autoprovocadas foram também identificadas a partir dos dados da Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicação Exógena. Foram consideradas lesões autoprovocadas todos os casos referentes às fichas em que a “circunstância da exposição/contaminação” correspondia à “tentativa de suicídio”. Para selecionar as AIM foi analisado se no item “grupo de agente tóxico” estava assinalada a opção “medicamento”.

C – Declaração de óbito (ANEXO C)

Os óbitos foram identificados pelos dados da DO, por meio do campo “causas da morte”, e classificados como óbitos por AIM de acordo com a CID-10, a qual fornece códigos que classificam doenças, sinais, sintomas e causas externas para doenças. O suicídio não possui classificação específica na CID-10, no entanto, os fatores que envolvem as lesões autoprovocadas e o risco de suicídio são abordados em categorias diagnósticas que tratam de Lesões Autoprovocadas Intencionalmente. No presente estudo foram utilizadas as categorias diagnósticas que tratam de Lesões Autoprovocadas Intencionalmente, compreendidas entre X60 e X84, da CID-10 (OMS, 2008):

- de X60 a X69: autointoxicações por químicos, medicamentos, drogas e outras substâncias;
- de X70 a X84: lesões autoprovocadas intencionalmente por enforcamento, armas de fogo, armas brancas, fogo, objeto cortante, fumaça, objetos quentes, precipitação de lugares elevados ou em frente a objetos em movimento, entre outros atos intencionais.

O enfoque dos óbitos registrados neste estudo foi voltado para as categorias diagnósticas que tratam das Lesões Autoprovocadas Intencionalmente relacionadas às “autointoxicações por medicamentos”:

- X60: autointoxicação por e exposição intencional a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não opiáceos;
- X61: autointoxicação por e exposição intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte;
- X63: autointoxicação por e exposição intencional a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo;
- X64: autointoxicação por e exposição intencional a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas.

D – Instrumento para categorização dos medicamentos (APÊNDICE A)

Os medicamentos utilizados nas AIM foram categorizados de acordo com a classificação ATC (WHO, 2009). Para tanto, os nomes dos fármacos foram identificados por meio de consulta ao banco de dados de medicamentos disponível no *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A tabela de classificação dos medicamentos foi elaborada com variável categórica politômica, ou seja, que se refere aos grupos anatômicos e terapêuticos da classificação ATC (WHO, 2009), a qual pode ser visualizada no Quadro 1.

Quadro 1 – Grupos anatômicos e terapêuticos de acordo com o primeiro nível de *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC) (WHO, 2009)

Grupos anatômicos e terapêuticos	
A	Aparelho digestivo e metabolismo
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos
C	Aparelho cardiovascular
D	Medicamentos dermatológicos
G	Aparelho geniturinário e hormônios sexuais
H	Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico
L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
M	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
R	Aparelho respiratório
S	Órgãos dos sentidos
V	Vários

4.6 Análise dos dados

Inicialmente foi realizado o *linkage* probabilístico utilizando-se o *software* STATA e a análise descritiva dos dados. A análise dos fatores associados às lesões autoprovocadas por AIM foi feita por meio de um modelo de regressão logística com efeitos aleatórios pertencentes à classe dos modelos *Generalized Estimating Equations* (GEE), escolhido por ter a possibilidade de uma mesma pessoa ter apresentado lesão autoprovocada mais de uma vez. Esse modelo representa a relação não linear entre a variável resposta e as covariáveis (DAVIDIAN; GILTINAN, 1995). As probabilidades condicionais de uma determinada resposta de cada indivíduo foram estimadas por meio de regressão logística.

Para analisar os fatores associados aos óbitos por AIM e à recorrência de lesão autoprovocada por AIM foram calculados *Odds Ratio* (OR) por meio da regressão logística. Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o *software Statistical Analysis System* (SAS), versão 9.2.

4.7 Considerações éticas

O estudo foi desenvolvido após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob o CAAE 80001917.1.0000.5393 (ANEXO D), e da instituição coparticipante - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, sob o CAAE 80001917.1.3001.5164. Seguiram-se as recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013a).

Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido à inviabilidade de sua obtenção, considerando que foi realizada a análise de dados secundários contidos em bancos de dados de sistemas de informação em saúde, com elevada quantidade de dados, difícil localização dos casos notificados e, também, por terem sido incluídos no estudo casos de óbitos.

5.1 Lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados

Ao todo foram contabilizados 1.507 casos de lesões autoprovocadas no período estudado (considerando pessoas com idade acima de 9 anos), sendo que 412 casos foram lesões autoprovocadas por AIM.

Na Figura 2 estão dispostos os percentuais de casos de lesões autoprovocadas de acordo com uso ou não de medicamento. Observou-se que, dentre os 1.507 casos de lesões autoprovocadas, 412 (27,34%) corresponderam a lesões autoprovocadas por AIM e 1.095 (72,66%) corresponderam a lesões autoprovocadas por outros métodos.

Figura 2 – Distribuição dos casos de lesões autoprovocadas (n=1.507) de acordo com o método utilizado: autointoxicação intencional por medicamento ou outros métodos. Mato Grosso, MT, 2015-2017

Na Figura 3 consta a ocorrência das lesões autoprovocadas por AIM a cada semestre. Observa-se que o percentual apresentou declínio no segundo semestre de 2016 e voltou a elevar-se no semestre seguinte.

Figura 3 – Distribuição dos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento em relação às demais lesões autoprovocadas, de acordo com o semestre da ocorrência (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Na Figura 4 mostra-se a distribuição dos casos de lesões autoprovocadas por AIM considerando-se as 16 regiões de saúde do estado de Mato Grosso. Verifica-se elevado percentual de notificações de lesões autoprovocadas por AIM nas regiões de saúde de Barra do Garças, Diamantino, Tangará da Serra e Sinop, pois, do total de lesões autoprovocadas em cada região de saúde, os percentuais daquelas por AIM notificados foram, respectivamente, 53,2% (76 pessoas); 50% (uma pessoa); 46,4% (13 pessoas) e 41,4% (139 pessoas). Apesar do elevado percentual de lesões autoprovocas por AIM na região de saúde de Diamantino (50%), é importante destacar que foram notificados apenas dois casos de lesões autoprovocadas nessa região de saúde, ou seja, do total de dois casos de lesões autoprovocadas notificados, um caso foi por AIM.

Observou-se também que, entre as notificações de lesões autoprovocadas por AIM em que a informação “município de notificação” foi ignorado (não permitindo agrupar os municípios de acordo com a região de saúde a qual pertencem), houve 2,6% de casos de lesão autoprovocada por AIM notificados. Nas regiões de saúde de Porto Alegre do Norte e São Felix do Araguaia não houve notificações de lesões autoprovocadas por AIM.

Figura 4 – Distribuição dos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento em relação às demais lesões autoprovocadas, de acordo com a região de saúde de notificação (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Na Tabela 1 constata-se que, em relação aos casos de lesões autoprovocadas por AIM, houve maior percentual do sexo feminino (79,13%), na faixa etária de 20 a 59 anos (69,66%), raça/cor parda (47,33%), com mais de oito anos de estudo (43,69%), com algum tipo de transtorno mental (68,75%), sendo que a lesão autoprovocada por AIM ocorreu na região urbana (89,08%), na residência (91,02%). Destaca-se que houve maior frequência de informação “ignorada” para as variáveis situação conjugal (66,26%), suspeita de uso de álcool (76,94%), orientação sexual (73,79%) e situação no mercado de trabalho (52,18%).

Tabela 1 – Casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento de acordo com as características sociodemográficas e clínicas dos participantes (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Variável	Autointoxicação intencional por medicamento	
	Não (n=1.095) N (%)	Sim (n=412) N (%)
Faixa etária		
10 a 19	240 (21,92%)	123 (29,85%)
20 a 59	763 (69,68%)	287 (69,66%)
60 ou mais	87 (7,95%)	2 (0,49%)
Ignorado	5 (0,46%)	0 (0%)
Sexo		
Feminino	460 (42,01%)	326 (79,13%)
Masculino	634 (57,9%)	86 (20,87%)
Ignorado	1 (0,09%)	0 (0%)
Raça/cor		
Amarela	8 (0,73%)	2 (0,49%)
Branca	311 (28,4%)	155 (37,62%)
Indígena	14 (1,28%)	1 (0,24%)
Parda	626 (57,17%)	195 (47,33%)
Preta	63 (5,75%)	16 (3,88%)
Ignorado	73 (6,67%)	43 (10,44%)
Escolaridade		
Analfabeto	28 (2,56%)	3 (0,73%)
Até 8 anos	333 (30,41%)	96 (23,3%)
Mais de 8 anos	480 (43,84%)	180 (43,69%)
Ignorado	254 (23,2%)	133 (32,28%)
Situação conjugal		
Com companheiro	270 (24,66%)	50 (12,14%)
Sem companheiro	540 (49,32%)	89 (21,60%)
Ignorado	280 (25,57%)	273 (66,26%)
Não se aplica	5 (0,46%)	0 (0%)
Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?		
Sim	127 (11,6%)	48 (11,65%)
Não	304 (27,76%)	90 (21,84%)
Ignorado	664 (60,64%)	274 (66,5%)
Presença de deficiência e/ou transtorno		
Deficiência	11 (8,66%)	1 (2,08%)
Deficiência e transtorno	8 (6,3%)	3 (6,25%)
Transtorno	90 (70,87%)	43 (89,58%)
Ignorado	18 (14,17%)	1 (2,08%)

continua...

Variável	Autointoxicação intencional por medicamento	
	Não (n=1.095) N (%)	Sim (n=412) N (%)
<i>Tipo de deficiência e/ou transtorno*</i>		
Deficiência física	5 (3,94%)	0 (0%)
Deficiência intelectual	11 (8,66%)	4 (8,33%)
Deficiência visual	4 (3,15%)	0 (0%)
Deficiência auditiva	4 (3,15%)	0 (0%)
Transtorno mental	68 (53,54%)	33 (68,75%)
Transtorno de comportamento	51 (40,16%)	19 (39,58%)
Outra deficiência	11 (8,66%)	1 (2,08%)
<i>Zona de ocorrência</i>		
Urbana	591 (53,97%)	367 (89,08%)
Rural	78 (7,12%)	18 (4,37%)
Periurbana	7 (0,64%)	1 (0,24%)
Ignorado	419 (38,26%)	26 (6,31%)
<i>Local da ocorrência</i>		
Outros locais	113 (10,32%)	8 (1,94%)
Residência	564 (51,51%)	375 (91,02%)
Ignorado	418 (38,17%)	29 (7,04%)
<i>Suspeita de uso de álcool</i>		
Sim	114 (10,41%)	9 (2,18%)
Não	247 (22,56%)	86 (20,87%)
Ignorado	734 (67,03%)	317 (76,94%)
<i>Orientação sexual</i>		
Heterossexual	313 (28,58%)	95 (23,06%)
Homossexual	20 (1,83%)	4 (0,97%)
Não se aplica	51 (4,66%)	9 (2,18%)
Ignorado	711 (64,93%)	304 (73,79%)
<i>Situação no mercado de trabalho</i>		
Inativo	42 (3,84%)	62 (15,05%)
Ativo	72 (6,58%)	76 (18,45%)
Outra situação	26 (2,37%)	59 (14,32%)
Ignorado	955 (87,21%)	215 (52,18%)

conclusão.

*A pessoa pode ter mais de uma deficiência e/ou transtorno, por isso a soma dos tipos de deficiência e/ou transtorno não é 100%.

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição dos casos de lesões autoprovocadas por AIM, segundo variáveis farmacológicas. Para tanto, considerou-se a classificação dos medicamentos nos grupos anatômicos e terapêuticos, de acordo com o primeiro nível de ATC dos medicamentos utilizados na primeira lesão autoprovocada por AIM e, também, nos casos de segunda e terceira lesão autoprovocada por AIM.

Constatou-se que, nas primeiras lesões autoprovocadas, 394 foram por AIM. Nas segundas lesões autoprovocadas, 18 foram por AIM sem, necessariamente, a primeira lesão autoprovocada ter sido por AIM (pode ter sido por outro método). Nos casos de terceira lesão autoprovocada, nenhuma foi por AIM.

Entre os medicamentos utilizados nas lesões autoprovocadas por AIM, destacam-se aqueles do grupo ATC N-Sistema Nervoso, tendo sido usados em 64,47% dos casos de primeira lesão autoprovocada por AIM e em 72,22% dos casos em que a segunda lesão autoprovocada foi por AIM.

Considerando o segundo nível ATC, dentre os medicamentos do Sistema Nervoso, destacam-se na primeira lesão autoprovocada os medicamentos N03 (antiepiléticos), N05 (psicolépticos) e N06 (psicoanalépticos), apresentando ocorrência de 25,63% (n=101), 23,6% (n=93) e 22,34% (n=88) dos casos, respectivamente. Na segunda lesão autoprovocada destacaram-se os mesmos medicamentos, com prevalências de 50% (n=9), 22,22% (n=4) e 22,22% (n=4), respectivamente.

Os antiepiléticos incluem medicamentos antiepiléticos, os psicolépticos abarcam os antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. Os psicoanalépticos, por sua vez, referem-se aos antidepressivos, psicoestimulantes, psicolépticos e psicoanalépticos em associação (WHO, 2009).

Do total de medicamentos (135) utilizados nas lesões autoprovocadas por AIM, identificou-se que os mais frequentes foram: clonazepam (15,63% dos casos), diazepam (6,61% dos casos), amitriptilina (5% dos casos) e carbamazepina (3,61% dos casos) (os referidos dados não se encontram expressos em tabela).

Dos 267 casos de lesões autoprovocadas por AIM de ATC N, constatou-se que em 41 (15,36%) houve algum tipo de deficiência ou transtorno envolvido. Dos 41 em que se verificou algum tipo de deficiência “ou” transtorno, em três (7,32%) houve alguma deficiência “e” transtorno; em 37 (90,24%), somente transtorno; em um (2,44%) houve especificação ignorada. Especificamente, dos 41, em três (7,32%)

verificou-se deficiência intelectual; em 28 (68,29%), transtorno mental; em 17 (41,46%), transtorno de comportamento; em um (2,44%), outra deficiência não descrita.

Tabela 2 – Distribuição das lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o código *Anatomical Therapeutic Chemical* dos medicamentos utilizados nos casos em que o medicamento tenha sido o agente tóxico da primeira, segunda ou terceira lesão autoprovocada (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017

ATC	Lesão autoprovocada			Total (n=412)*
	Primeira lesão autoprovocada foi por AIM (n=394)	Segunda lesão autoprovocada foi por AIM (n=18)	Terceira lesão autoprovocada foi por AIM (n=0)	
ATC A	31 (7,87%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (7,52%)
ATC B	6 (1,52%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (1,46%)
ATC C	13 (3,3%)	2 (11,11%)	0 (0%)	15 (3,64%)
ATC G	8 (2,03%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (1,94%)
ATC H	3 (0,76%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,73%)
ATC J	16 (4,06%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (3,88%)
ATC M	42 (10,66%)	1 (5,56%)	0 (0%)	43 (10,44%)
ATC N	254 (64,47%)	13 (72,22%)	0 (0%)	267 (64,81%)
ATC P	2 (0,51%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,49%)
ATC R	21 (5,33%)	1 (5,56%)	0 (0%)	22 (5,34%)
ATC S	2 (0,51%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,49%)

*Referente aos participantes com lesão autoprovocada por AIM. Como pode ter ocorrido a ingestão de mais de um medicamento, a soma não é 100%.

Foi elaborado modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às lesões autoprovocadas que tiveram como opção de método a AIM. Dessa maneira, fizeram parte do modelo as variáveis independentes faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, se possui algum tipo de deficiência ou transtorno, tipo de deficiência e/ou transtorno, zona de ocorrência da lesão autoprovocada por AIM, local de ocorrência da lesão autoprovocada por AIM, orientação sexual, situação no mercado de trabalho e suspeita de uso de álcool (Tabela 3).

Foram analisados os fatores associados às lesões autoprovocadas por AIM, calculando-se os correspondentes OR. Observa-se que houve diferenças em relação a faixa etária, sexo, raça/cor, zona de ocorrência da lesão autoprovocada, local de ocorrência e suspeita de uso de álcool.

Constatou-se maior chance de lesão autoprovocada por AIM entre pessoas

com idade de 10 a 19 anos e de 20 a 59 anos quando comparadas àquelas com mais de 60 anos (OR 22,28 e 16,35, respectivamente). O mesmo ocorreu com mulheres quando comparadas aos homens (OR 5,22), raça branca quando comparada a outras raças (OR 1,63), ocorrência em zona urbana quando comparada à zona não urbana (OR 2,78), ocorrência em residência quando comparada a outros locais (OR 9,39). Observou-se, ainda, menor chance de lesão autoprovocada por AIM entre os casos com suspeita de uso de álcool quando comparados àqueles em que não há suspeita de uso (OR 0,23).

Tabela 3 – Modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=1.507). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Comparações	Odds Ratio	IC 95%		Valor p
Faixa etária				
Faixa etária (10 a 19 v. 20 a 59)	1,36	1,04	1,78	0,02
Faixa etária (10 a 19 v. 60+)	22,28	5,11	97,08	<0,01
Faixa etária (20 a 59 v. 60+)	16,35	3,79	70,50	<0,01
Sexo				
(F v. M)	5,22	3,96	6,88	<0,01
Raça/cor				
Raça (Branca v. Indígena)	6,99	0,83	59,10	0,07
Raça (Branca v. Outra)	1,63	1,26	2,11	<0,01
Raça (Indígena v. Outra)	0,23	0,03	1,97	0,17
Escolaridade				
(Analfabeto v. Até 8 anos)	0,37	0,10	1,37	0,13
(Analfabeto v. Mais de 8 anos)	0,29	0,08	1,04	0,06
(Até 8 anos v. Mais de 8 anos)	0,77	0,57	1,04	0,09
Situação conjugal				
(Com companheiro v. Sem companheiro)	1,13	0,75	1,70	0,55
Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?				
(Sim v. Não)	1,28	0,81	2,01	0,27
Tipo de deficiência e/ou transtorno (Deficiência v. Transtorno)	0,19	0,01	3,02	0,18
Tipo de deficiência e/ou transtorno (Deficiência v. Deficiência e transtorno)	0,24	0,01	6,31	0,31
Tipo de deficiência e/ou transtorno (Transtorno v. Deficiência e transtorno)	1,27	0,20	8,20	0,75
Zona de ocorrência				
(Urbana v. Não urbana)	2,78	1,62	4,76	<0,01
Local da ocorrência				
(Residência v. Outros locais)	9,39	4,38	20,11	<0,01
continua.				

continua...

Comparações	Odds Ratio	IC 95%	Valor p	
Orientação sexual (Heterossexual v. Homossexual)	1,51	0,41	5,56	0,48
Situação no mercado de trabalho (Inativo v. Ativo)	1,40	0,74	2,63	0,24
Situação no mercado de trabalho (Inativo v. Outra situação)	0,65	0,31	1,38	0,21
Situação no mercado de trabalho (Ativo v. Outra situação)	0,47	0,23	0,94	0,04
Suspeita de uso de álcool (Sim v. Não)	0,23	0,09	0,54	<0,01
conclusão				

conclusão.

5.2 Recorrência de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados

Das 394 pessoas com lesão autoprovocada por AIM na primeira notificação, 13 foram a óbito, resultando em 381 pessoas para análise da recorrência de lesões autoprovocadas por AIM.

Na Figura 5 estão dispostos os percentuais de recorrência de lesões autoprovocadas por AIM, ou seja, o percentual de pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por AIM. Observou-se que, das 381 pessoas com lesões autoprovocadas por AIM na sua primeira notificação, 2,36% (n=9) tiveram ao menos outra lesão autoprovocada por esse método.

Figura 5 – Distribuição de pessoas de acordo com a recorrência ou não de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Na Figura 6 consta a distribuição percentual de pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por AIM em relação às demais pessoas com lesão autoprovocada por AIM, de acordo com o semestre de ocorrência. Observa-se que a maior prevalência ocorreu no primeiro semestre de 2016.

Figura 6 – Distribuição de pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento em relação às demais pessoas com lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o semestre da ocorrência (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Na Tabela 4 constata-se que, em relação às pessoas que tiveram recorrência de lesão autoprovocada por AIM, houve maior percentual daquelas na faixa etária de 10 a 19 anos (55,56%), com algum tipo de transtorno de comportamento (100%) e algum tipo de transtorno mental (50%). Constata-se que todas as pessoas com recorrência de lesão autoprovocada por AIM eram do sexo feminino (100%) e as lesões autoprovocadas por AIM ocorreram na região urbana (100%) e na residência (100%). O percentual de pessoas da raça/cor branca com recorrência de lesão autoprovocada por AIM foi o mesmo observado na raça/cor parda (44,44%). Destaca-se que houve maior frequência de informação “ignorada” para as variáveis escolaridade (66,67%), situação conjugal (55,56%), suspeita de uso de álcool (88,89%), orientação sexual (66,67%) e situação no mercado de trabalho (44,44%).

Tabela 4 – Características sociodemográficas e clínicas de pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Variável	Mais de uma lesão autoprovocada por AIM	
	Não (n=372)	Sim (n=9)
<i>Faixa etária</i>		
10 a 19	107 (28,76%)	5 (55,56%)
20 a 59	264 (70,97%)	4 (44,44%)
60 ou mais	1 (0,27%)	0 (0%)
Ignorado	0 (0%)	0 (0%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	293 (78,76%)	9 (100%)
Masculino	79 (21,24%)	0 (0%)
Ignorado	0 (0%)	0 (0%)
<i>Raça/cor</i>		
Amarela	2 (0,54%)	0 (0%)
Branca	139 (37,37%)	4 (44,44%)
Indígena	1 (0,27%)	0 (0%)
Parda	175 (47,04%)	4 (44,44%)
Preta	15 (4,03%)	0 (0%)
Ignorado	40 (10,75%)	1 (11,11%)
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	3 (0,81%)	0 (0%)
Até 8 anos	88 (23,66%)	1 (11,11%)
Mais de 8 anos	159 (42,74%)	2 (22,22%)
Ignorado	122 (32,8%)	6 (66,67%)
<i>Situação conjugal</i>		
Com companheiro	43 (11,56%)	1 (11,11%)
Sem companheiro	72 (19,35%)	3 (33,33%)
Ignorado	257 (69,09%)	5 (55,56%)
<i>Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?</i>		
Sim	42 (11,29%)	2 (22,22%)
Não	82 (22,04%)	2 (22,22%)
Ignorado	248 (66,67%)	5 (55,56%)
<i>Presença de deficiência e/ou transtorno</i>		
Transtorno	37 (88,1%)	2 (100%)
Deficiência	1 (2,38%)	0 (0%)
Deficiência e transtorno	3 (7,14%)	0 (0%)
Ignorado	1 (2,38%)	0 (0%)

continua...

Variável	Mais de uma lesão autoprovocada por AIM	
	Não (n=372)	Sim (n=9)
<i>Tipo de deficiência e/ou transtorno*</i>		
Deficiência física	0 (0%)	0 (0%)
Deficiência intelectual	4 (9,52%)	0 (0%)
Deficiência visual	0 (0%)	0 (0%)
Deficiência auditiva	0 (0%)	0 (0%)
Transtorno mental	29 (69,05%)	1 (50%)
Transtorno de comportamento	15 (35,71%)	2 (100%)
Outra deficiência	1 (2,38%)	0 (0%)
Ignorado	1 (2,38%)	0 (0%)
<i>Zona de ocorrência</i>		
Urbana	340 (91,4%)	9 (100%)
Rural	15 (4,03%)	0 (0%)
Periurbana	1 (0,27%)	0 (0%)
Ignorado	16 (4,3%)	0 (0%)
<i>Local da ocorrência</i>		
Outros locais	8 (2,15%)	0 (0%)
Residência	345 (92,74%)	9 (100%)
Ignorado	19 (5,11%)	0 (0%)
<i>Suspeita de uso de álcool</i>		
Sim	8 (2,15%)	0 (0%)
Não	80 (21,51%)	1 (11,11%)
Ignorado	284 (76,34%)	8 (88,89%)
<i>Orientação sexual</i>		
Heterossexual	84 (22,58%)	3 (33,33%)
Homossexual	3 (0,81%)	0 (0%)
Não se aplica	7 (1,88%)	0 (0%)
Ignorado	278 (74,73%)	6 (66,67%)
<i>Situação no mercado de trabalho</i>		
Inativo	60 (16,13%)	0 (0%)
Ativo	73 (19,62%)	3 (33,33%)
Outra situação	51 (13,71%)	2 (22,22%)
Ignorado	188 (50,54%)	4 (44,44%)

conclusão.

*A pessoa pode ter mais de uma deficiência e/ou transtorno, por isso a soma dos tipos de deficiência e/ou transtorno não é 100%.

Na Tabela 5 encontra-se disponível a distribuição das pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por AIM, segundo os medicamentos utilizados na primeira lesão autoprovocada e de acordo com a classificação dos medicamentos nos grupos anatômicos e terapêuticos no primeiro nível de ATC. Observou-se que nenhuma pessoa teve mais que duas lesões autoprovocadas por AIM.

Entre os medicamentos utilizados na lesão autoprovocada por AIM, destacam-se aqueles do grupo ATC N-Sistema Nervoso, os quais foram usados em 77,78% dos casos com mais de uma lesão autoprovocada por AIM e em 65,86% dos casos com apenas uma lesão autoprovocada por AIM.

Considerando o segundo nível de ATC, dentre os medicamentos do Sistema Nervoso destacam-se, na primeira lesão autoprovocada, os medicamentos N03 (antiepiléticos), N05 (psicolépticos) e N06 (psicoanalépticos).

Tabela 5 – Distribuição das pessoas com mais de uma lesão autoprovocada por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o código *Anatomical Therapeutic Chemical* dos medicamentos utilizados na primeira lesão autoprovocada (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017

ATC (na primeira lesão autoprovocada)	Mais de uma lesão autoprovocada por AIM	
	Não (n=372)	Sim (n=9)*
ATC A	30 (8,06%)	1 (11,11%)
ATC B	6 (1,61%)	0 (0%)
ATC C	12 (3,23%)	1 (11,11%)
ATC G	8 (2,15%)	0 (0%)
ATC H	3 (0,81%)	0 (0%)
ATC J	16 (4,3%)	0 (0%)
ATC M	42 (11,29%)	0 (0%)
ATC N	245 (65,86%)	7 (77,78%)
ATC P	2 (0,54%)	0 (0%)
ATC R	20 (5,38%)	1 (11,11%)
ATC S	2 (0,54%)	0 (0%)

*Referente aos participantes com lesão autoprovocada por AIM. Como pode ter ocorrido ingestão de mais de um medicamento, a soma não é 100%.

Foi elaborado modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às recorrências de lesões autoprovocadas por AIM. Fizeram parte do modelo as variáveis independentes faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, se possui algum tipo de deficiência ou transtorno, zona de ocorrência da primeira lesão autoprovocada por AIM, local de ocorrência da primeira lesão autoprovocada por AIM, suspeita de uso de álcool, orientação sexual e situação no mercado de trabalho. Observa-se que nenhuma das variáveis contribuiu significativamente para o modelo (Tabela 6).

Devido à baixa frequência de pessoas com recorrência de lesão autoprovocada por AIM, o cálculo dos OR foi prejudicado, sendo impossível estimá-los em muitos casos. Foi possível apenas analisar a associação envolvendo faixa etária, situação conjugal e presença de algum tipo de deficiência e/ou transtorno. Observa-se que não houve evidências de associação de tais variáveis com a recorrência de lesão autoprovocada por AIM.

Tabela 6 – Modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às recorrências de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=381). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Comparações	Odds Ratio	IC 95%		Valor p
Faixa etária				
Faixa etária (10 a 19 v. 20 a 59)	3,08	0,81	11,71	0,10
Faixa etária (10 a 19 v. 60+)				
Faixa etária (20 a 59 v. 60+)		Não estimado		
Sexo				
(F v. M)			Não estimado	
Raça/cor				
Raça (Branca v. Indígena)			Não estimado	
Raça (Branca v. Outra)				
Raça (Indígena v. Outra)				
Escolaridade				
(Analfabeto v. Até 8 anos)				
Escolaridade			Não estimado	
(Analfabeto v. Mais de 8 anos)				
Escolaridade				
(Até 8 anos v. Mais de 8 anos)				
Situação conjugal				
(Com companheiro v. Sem companheiro)	0,75	0,24	2,35	0,62
Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?				
(Sim v. Não)	1,40	0,52	3,79	0,51
Zona de ocorrência				
(Urbana v. Não urbana)			Não estimado	
Local da ocorrência				
(Residência v. Outros locais)			Não estimado	
Suspeita de uso de álcool				
(Sim v. Não)			Não estimado	
Orientação sexual				
(Heterossexual v. Homossexual)			Não estimado	
Situação no mercado de trabalho				
(Inativo v. Ativo)				
Situação no mercado de trabalho (Inativo v. Outra situação)			Não estimado	
Situação no mercado de trabalho (Ativo v. Outra situação)				

5.3 Óbitos por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados

Na Figura 7 encontram-se distribuídos os percentuais de óbitos por suicídio por AIM e de lesões autoprovocadas por AIM sem ocorrência de óbito. Observou-se que, dos 412 casos de lesões autoprovocadas por AIM, 13 pessoas (3,16%) foram a óbito por suicídio por AIM em comparação aos 399 casos de lesões autoprovocadas por AIM sem ocorrência de óbito (96,84%).

Figura 7 – Distribuição de óbitos por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento em relação aos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Na Figura 8 consta o período de ocorrência dos óbitos por suicídio por AIM. Observa-se maior percentual de ocorrência de óbito por suicídio por AIM no segundo semestre de 2016.

Figura 8 – Percentual de ocorrência de óbito por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento em relação aos casos de lesões autoprovocadas por autointoxicação intencional por medicamento, de acordo com o semestre da ocorrência (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Na Tabela 7 é possível constatar que, em relação às pessoas que foram a óbito por suicídio por AIM, houve maior percentual daquelas do sexo feminino (61,54%), na faixa etária de 20 a 59 anos (84,62%), da raça/cor parda (46,15%), com mais de oito anos de estudo (76,92%) e sem companheiro (53,85%). Destaca-se que houve maior frequência de informação “ignorada” para as variáveis algum tipo de deficiência ou transtorno (84,62%), zona de ocorrência do óbito (76,92%), local de ocorrência do óbito (76,92%), suspeita de uso de álcool (92,31%) e orientação sexual (84,62%). A informação acerca da situação no mercado de trabalho foi ignorada em todos os casos (100%). Ressalta-se que os 13 óbitos por suicídio por AIM ocorreram na primeira lesão autoprovocada por AIM.

Tabela 7 – Características sociodemográficas e clínicas de pessoas que foram a óbito por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Variável	Óbito por suicídio por AIM	
	Não (n=399)	Sim (n=13)
Faixa etária		
10 a 19	122 (30,58%)	1 (7,69%)
20 a 59	276 (69,17%)	11 (84,62%)
60 ou mais	1 (0,25%)	1 (7,69%)
Ignorado	0 (0%)	0 (0%)
Sexo		
Feminino	318 (79,7%)	8 (61,54%)
Masculino	81 (20,3%)	5 (38,46%)
Ignorado	0 (0%)	0 (0%)
Raça/cor		
Amarela	2 (0,5%)	0 (0%)
Branca	150 (37,59%)	5 (38,46%)
Indígena	1 (0,25%)	0 (0%)
Parda	189 (47,37%)	6 (46,15%)
Preta	15 (3,76%)	1 (7,69%)
Ignorado	42 (10,53%)	1 (7,69%)
Escolaridade		
Analfabeto	3 (0,75%)	0 (0%)
Até 8 anos	94 (23,56%)	2 (15,38%)
Mais de 8 anos	170 (42,61%)	10 (76,92%)
Ignorado	132 (33,08%)	1 (7,69%)
Situação conjugal		
Com companheiro	45 (11,28%)	5 (38,46%)
Sem companheiro	82 (20,55%)	7 (53,85%)
Ignorado	272 (68,17%)	1 (7,69%)
Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?		
Sim	48 (12,03%)	0 (0%)
Não	88 (22,06%)	2 (15,38%)
Ignorado	263 (65,91%)	11 (84,62%)
Presença de deficiência e/ou transtorno*		
Deficiência	1 (2,08%)	0 (0%)
Deficiência e transtorno	3 (6,25%)	0 (0%)
Transtorno	1 (2,08%)	0 (0%)
Ignorado	43 (89,58%)	0 (0%)
Zona de ocorrência		
Urbana	365 (91,48%)	2 (15,38%)
Rural	17 (4,26%)	1 (7,69%)
Periurbana	1 (0,25%)	0 (0%)
Ignorado	16 (4,01%)	10 (76,92%)

continua...

Variável	Óbito por suicídio por AIM	
	Não (n=399)	Sim (n=13)
Local da ocorrência		
Outros locais	8 (2,01%)	0 (0%)
Residência	372 (93,23%)	3 (23,08%)
Ignorado	19 (4,76%)	10 (76,92%)
Suspeita de uso de álcool		
Sim	9 (2,26%)	0 (0%)
Não	85 (21,3%)	1 (7,69%)
Ignorado	305 (76,44%)	12 (92,31%)
Orientação sexual		
Heterossexual	93 (23,31%)	2 (15,38%)
Homossexual	4 (1%)	0 (0%)
Não se aplica	9 (2,26%)	0 (0%)
Ignorado	293 (73,43%)	11 (84,62%)
Situação no mercado de trabalho		
Inativo	62 (15,54%)	0 (0%)
Ativo	76 (19,05%)	0 (0%)
Outra situação	59 (14,79%)	0 (0%)
Ignorado	202 (50,63%)	13 (100%)
Mais de uma lesão autoprovocada		
Não	366 (91,73%)	13 (100%)
Sim	33 (8,27%)	0 (0%)

conclusão.

*A pessoa pode ter mais de uma deficiência e/ou transtorno, por isso a soma dos tipos de deficiência e/ou transtorno não é 100%.

Com relação às pessoas que foram a óbito por suicídio por AIM, segundo variáveis farmacológicas, considerando a classificação dos medicamentos nos grupos anatômicos e terapêuticos de acordo com o primeiro nível de ATC, dos 13 casos de óbito por suicídio por AIM, em 11 casos (84,61%) não havia informações acerca do medicamento e em dois casos (15,38%) foram utilizados medicamentos para o sistema nervoso (ATC N).

Foi elaborado modelo de regressão logística para análise dos fatores associados aos óbitos por suicídio por AIM. Dessa maneira, fizeram parte do modelo as variáveis independentes faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, se possui algum tipo de deficiência ou transtorno, zona de ocorrência do óbito por suicídio por AIM, local de ocorrência do óbito por suicídio por AIM e suspeita de uso de álcool (Tabela 8).

Devido à baixa frequência de pessoas que foram a óbito por suicídio por

AIM, o cálculo dos OR foi prejudicado, sendo impossível estimá-los em muitos casos. Foi possível apenas analisar a associação envolvendo faixa etária, sexo, situação conjugal e zona de ocorrência do óbito por suicídio por AIM.

Houve evidências de menor chance de óbito por suicídio por AIM entre pessoas com idade de 10 a 19 anos e 20 a 59 anos em comparação às pessoas com mais de 60 anos (OR 0,01 e 0,04, respectivamente). Em relação a sexo, situação conjugal e zona de ocorrência não houve diferenças. Observa-se que não houve evidências de associação de tais variáveis com o óbito por suicídio por AIM.

Tabela 8 – Modelo de regressão logística para análise dos fatores associados aos óbitos por suicídio por autointoxicação intencional por medicamento (n=412). Mato Grosso, MT, 2015-2017

Comparações	Odds Ratio	IC 95%		Valor p
Faixa etária				
(10 a 19 v. 20 a 59)	0,21	0,03	1,61	0,13
Faixa etária (10 a 19 v. 60+)	0,01	0,00	0,25	0,01
Faixa etária (20 a 59 v. 60+)	0,04	0,00	0,68	0,03
Sexo (F v. M)	0,41	0,13	1,28	0,12
Raça/cor				
Raça (Branca v. Indígena)				
Raça (Branca v. Outra)			Não estimado	
Raça (Indígena v. Outra)				
Escolaridade				
(Analfabeto v. Até 8 anos)				
Escolaridade (Analfabeto v. Mais de 8 anos)			Não estimado	
Escolaridade (Até 8 anos v. Mais de 8 anos)				
Situação conjugal				
(Com companheiro v. Sem companheiro)	1,14	0,62	2,08	0,67
Possui algum tipo de deficiência ou transtorno? (Sim v. Não)				
			Não estimado	
Zona de ocorrência				
(Urbana v. Não urbana)	0,31	0,09	1,07	0,06
Local da ocorrência				
(Residência v. Outros locais)			Não estimado	
Suspeita de uso de álcool				
(Sim v. Não)			Não estimado	

O comportamento suicida resulta de uma combinação de fatores biopsicossociais (KAFADAR et al., 2014) que merecem ser investigados, a fim de viabilizar o delineamento de ações preventivas. Além disso, pode haver variações entre o perfil de pessoas que apresentaram tentativas de suicídio isoladas ou múltiplas, bem como diferenças na manifestação do comportamento suicida letal ou não letal (CHEN et al., 2016). O conhecimento acerca do perfil do comportamento suicida auxilia no planejamento de estratégias para prevenção do suicídio e de tentativas de suicídio na população (KAFADAR et al., 2014; MACHADO; SANTOS, 2015).

Neste estudo foram analisadas 1.507 notificações de lesões autoprovocadas, das quais 27,34% ocorreram por AIM, enquanto as demais, por outros métodos (72,66%). Entretanto, estudos indicam que, em casos de tentativas de suicídio, o percentual de ocorrência de AIM tende a ser mais alto do que o encontrado na presente pesquisa (MAGALHÃES et al., 2014; SIMSECK et al., 2013; FOUNTOULAKIS et al., 2015; RAMÔA et al., 2017).

Em relação à AIM houve predomínio de mulheres adultas, de raça/cor parda, com mais de oito anos de escolaridade, com situação conjugal ignorada, que se autointoxicaram intencionalmente com medicamentos em residências, na zona urbana e sobreviveram à AIM. Além disso, no modelo de regressão foi possível identificar que as chances de preferência pela AIM como método de lesão autoprovocada foram mais elevadas entre pessoas mais jovens, mulheres, pessoas de raça/cor branca, da zona urbana, sendo a ocorrência em residências.

Na literatura verifica-se que a exposição a agentes tóxicos foi observada com frequência como método utilizado para efetuar a lesão autoprovocada; há, também, predominância de pessoas do sexo feminino, adolescentes, jovens ou adultos jovens, sendo que os agentes tóxicos mais utilizados foram os medicamentos e o local de ocorrência, na maioria das tentativas de suicídio, foi na residência (WIECZORKIEWICZ et al., 2016; VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; GONDIM et al., 2017; VELOSO et al., 2017), na zona urbana (GONDIM et al., 2017) e, em relação à raça/cor das vítimas, as tentativas de suicídio por intoxicação exógena foram mais comuns entre indivíduos pertencentes à raça/cor branca (46,3%) (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015). No entanto, na presente pesquisa houve maior percentual de lesões autoprovocadas entre indivíduos da cor parda, tanto por AIM (47,33%) quanto por outros meios (57,17%).

Neste estudo, a zona de ocorrência da maioria das lesões autoprovocadas foi a urbana, tanto para os casos de AIM (89,08%) quanto para outros métodos utilizados (53,97%). De acordo com o Governo de Mato Grosso (2019), no referido estado, 81,9% da população vive na zona urbana e 18,1%, na zona rural, o que pode, em parte, explicar o predomínio de ocorrências de AIM na zona urbana, evidenciado nos achados desta pesquisa.

Estudo nacional indicados resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa em relação às principais variáveis predominantes: mulheres, autointoxicação por medicamentos e que se autolesionaram nas próprias casas (FERREIRA et al., 2019).

Em pesquisa realizada por Trevisan, Santos e Oliveira (2013), em um centro de informação e assistência toxicológica do Paraná, com mulheres que tentaram suicídio, identificou-se que os medicamentos foram os agentes tóxicos mais encontrados e o local da ocorrência da maioria das tentativas de suicídio foi a residência da mulher. Outros estudos mostram que tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos comumente ocorrem nas residências das pessoas com comportamento suicida (OLIVEIRA et al., 2015; GONDIM et al., 2017).

No ambiente residencial é frequente o acesso e a disponibilidade de agentes tóxicos para o próprio uso da vítima (MOREIRA et al., 2015), o que merece ser considerado em planos de gestão de crises.

Estudos indicam que, em tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos, as mulheres adultas jovens são mais propensas a tentar suicídio (OLIVEIRA et al., 2015; GONDIM et al., 2017). É necessário ter cautela com esse grupo etário do sexo feminino, pois estão incluídos entre os fatores de risco para tentativa de suicídio: idade mais jovem, sexo feminino, distúrbios físicos e mentais coexistentes (SIMSEK et al., 2013).

Os programas de prevenção de suicídio devem incorporar estratégias específicas voltadas às mulheres, pois há entre elas maior vulnerabilidade ao comportamento suicida. No sexo feminino, podem ser fatores de risco: a alta prevalência de transtornos psiquiátricos, como depressão e transtornos alimentares, ciclo menstrual, gravidez; e fatores socioculturais: abuso físico, emocional e sexual, além de problemas conjugais (VIJAYAKUMAR, 2015).

Tendo em vista esses dados, é possível, no campo de atuação da enfermagem, pensar no planejamento de estratégias de promoção da saúde e/ou

prevenção de agravos para o público feminino, especialmente entre quem faz uso regular de medicamentos.

Estudo realizado em um hospital de referência da macrorregião norte do Ceará identificou que a maioria das notificações de intoxicações exógenas estavam relacionadas a medicamentos, sendo mais elevado o percentual de notificações de pessoas com baixa escolaridade (com ensino fundamental incompleto: 39%) (OLIVEIRA et al., 2015).

No presente estudo, a situação conjugal ignorada foi predominante para os casos de lesões autoprovocadas por AIM (66,26%). Todavia, levanta-se a questão de problemas conjugais como razões imediatas para tentativas de suicídio (AYEHU et al., 2017). A situação conjugal e os rompimentos de relacionamento recentes merecem ser investigados entre pessoas com provável risco de suicídio.

A chance de lesão autoprovocada ocorrer por AIM foi menor em casos com suspeita de uso de álcool. Esse achado merece ser investigado em outros estudos. Embora a informação sobre suspeita de álcool fosse ignorada na maioria dos casos analisados neste estudo, é possível que pessoas com suspeita de uso de álcool tenham optado por outros métodos mais letais. Fudalej et al. (2009) constataram que indivíduos sob a influência de álcool e utilizando diferentes meios para o suicídio, apresentaram chance 4,63 vezes maior de morrer por suicídio do que aqueles que não beberam, isto é, a dependência alcoólica está entre os fatores clínicos para o suicídio em indivíduos sob a influência do álcool.

Estudo transversal que investigou as características das vítimas de tentativa de suicídio atendidas em serviço pré-hospitalar, apontou que o uso de álcool esteve relacionado a 18,7% das tentativas de suicídio. Entretanto, 65% das fichas de atendimento pré-hospitalar não apresentaram registros referentes a essa informação. Destacou-se que o uso abusivo de álcool seja maior do que o constatado e a não associação encontrada entre essa variável e a tentativa de suicídio possa estar relacionada à falta de informação. Diante disso, é necessário conscientizar os profissionais da saúde quanto ao registro do uso nocivo de álcool para o melhor planejamento de estratégias de cuidado e prevenção (MAGALHÃES et al., 2014).

Cabe destacar que outro estudo realizado nas unidades de emergência da Grande Cuiabá – conglomerado urbano composto pelos dois maiores municípios de Mato Grosso, quais sejam, Cuiabá e Várzea Grande, foram identificadas limitações relativas ao preenchimento de campos específicos da ficha utilizada para notificação,

destacando-se o campo “suspeita de uso de álcool/droga”, o qual é de difícil avaliação por agregar condições distintas tanto na sua percepção quanto na eventual mensuração (SOARES; SCATENA; GALVÃO, 2009).

Neste estudo foram identificadas diferenças nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso quanto ao percentual de lesões autoprovocadas por AIM em relação ao total de autolesões. Considerando as regiões de saúde de notificação, cada uma com os respectivos municípios, de acordo com o *site* oficial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (2019), verificou-se baixo percentual de casos notificados de lesões autoprovocadas por AIM na região de saúde de Alta Floresta (7,7%) e percentual mais elevado de casos notificados de lesões autoprovocadas por AIM na região de saúde Baixada Cuiabana (30,5%), sendo que a região de saúde de Barra do Garças foi a que apresentou maior percentual de notificações de lesões autoprovocadas por AIM de todo o estado de Mato Grosso (53,2%).

Em estudo conduzido no serviço de emergência do município de Alta Floresta, em Mato Grosso, registrou-se a ocorrência de tentativas de suicídio, sendo que durante os três meses de estudo ocorreram oito tentativas de suicídio, todas por envenenamento/intoxicação (MARCHESE; SCATENA; IGNOTTI, 2008).

Pesquisa envolvendo os atendimentos ocorridos durante um mês nas unidades de emergência da Grande Cuiabá, em Mato Grosso, identificou 23 lesões autoprovocadas, a maioria (78,3%) por envenenamento/intoxicação (SOARES; SCATENA; GALVÃO, 2009).

Nota-se, nos dois estudos referidos (MARCHESE; SCATENA; IGNOTTI, 2008; SOARES; SCATENA; GALVÃO, 2009), ambos realizados no estado de Mato Grosso, a ausência de informações precisas acerca dos agentes tóxicos utilizados nas lesões autoprovocadas por intoxicação e/ou envenenamento, não explicitando a frequência de casos em que o medicamento foi o agente tóxico utilizado.

Já em estudo dos casos de tentativas de suicídio por intoxicações exógenas registrados pelo Sinan, no município de Barra do Garças, em Mato Grosso, apontou-se que os agentes tóxicos mais frequentes foram os medicamentos (50%); quanto às classes de medicamentos utilizadas nas tentativas de suicídio, as vítimas preferiram os fármacos com ação no sistema nervoso em 60,8% das notificações (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015).

Vieira, Santana e Suchara (2015) apontaram em sua pesquisa a carência de estudos relacionados às tentativas de suicídio, sobretudo no estado de Mato

Grosso, e verificaram que o fácil acesso aos agentes tóxicos favorece o impulso de tentar suicídio. Para os autores, medidas restritivas ao acesso a esses produtos são importantes por meio de campanhas de conscientização para o uso racional de medicamentos, bem como programas sociais que promovam assistência aos suicidas. Os autores indicam ainda que, com tais programas, seria possível identificar e intervir em situações de risco para o suicídio, contribuindo para a diminuição dos casos.

A maioria das notificações de lesões autoprovocadas por AIM não possuía informações sobre orientação sexual, situação no mercado de trabalho, se possui algum tipo de deficiência ou transtorno e suspeita de uso de álcool. Tais informações também foram ignoradas em grande parte das recorrências de lesões autoprovocadas por AIM e óbitos por suicídio por AIM. Na maioria das recorrências de lesões autoprovocadas por AIM, dados relativos à escolaridade e à situação conjugal também foram ignorados. Nos óbitos suicídio por AIM, a zona de ocorrência e o local da ocorrência foram ignorados na maior parte dos casos.

Assim como neste estudo, em outras pesquisas foram apontados problemas quanto ao preenchimento da notificação de lesões autoprovocadas em razão da incompletude dos dados (VIANA NETO et al., 2009; WIECZORKIEWICZ et al., 2016; CARVALHO et al., 2017; ROSA et al., 2015; TELES et al., 2013; ROSA et al., 2016), o que indica a necessidade de ações que promovam a notificação adequada desses casos.

Nas notificações de tentativas de suicídio atendidas em um pronto atendimento de um município do norte catarinense, muitas fichas de notificação possuíam campos sem preenchimento, principalmente no que diz respeito ao estado civil e à especificidade da substância utilizada (WIECZORKIEWICZ et al., 2016). O registro dessas variáveis forneceria informações relevantes para viabilizar um conhecimento mais amplo do fenômeno suicídio e, com isso, subsidiar o planejamento de políticas e ações preventivas direcionadas a grupos de risco.

Além das informações ignoradas nas notificações preenchidas, a literatura indica a existência de subnotificação de tentativas de suicídio (CARVALHO et al., 2017; ROSA et al., 2015; TELES et al., 2013; ROSA et al., 2016).

O suicídio ainda é um assunto permeado de estigma social à pessoa e a seus familiares, o que normalmente ocasiona dificuldades no acesso aos dados, comprometimento na fidedignidade das informações e, conseqüentemente, a subnotificação dos casos (ROSA et al., 2016).

Tais aspectos revelam a necessidade de planejamento e implementação de estratégias que debatam o assunto e proponham melhorias no sistema de saúde pública (ROSA et al., 2015).

A dificuldade de preenchimento do instrumento para notificação de lesão autoprovocada no ambiente de emergência foi relatada em serviços de emergência, com a justificativa de que o tempo é escasso e as necessidades das vítimas, na maioria das vezes, sobrepõem-se às da notificação (SOARES; SCATENA; GALVÃO, 2009).

Nessa direção, ressalta-se a importância da realização de estudos nos quais sejam utilizados como fonte de dados os sistemas de informação em saúde disponíveis, como o SIM e o SIH/SUS, ambos de abrangência nacional e notificação compulsória (SANTOS; BOING, 2018). Destaca-se, ainda, a necessidade de aprimorar o registro das notificações de lesões autoprovocadas, bem como o registro de óbitos por lesões autoprovocadas.

Entre os medicamentos utilizados nas lesões autoprovocadas por AIM, destacaram-se aqueles do grupo ATC-N Sistema Nervoso. Embora na maioria dos casos de óbitos por suicídio por AIM (84,61%) não houvesse informações sobre os fármacos utilizados, em todos os 15,38% de óbitos por suicídio por AIM que continham tal informação, verificou-se a utilização de medicamentos que agem no sistema nervoso.

Em consonância com os dados da presente pesquisa, outro estudo indicou que os medicamentos mais utilizados nas tentativas de suicídio por intoxicação exógena por medicamento, foram aqueles de atuação sobre o sistema nervoso (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015). Neste estudo, entre os medicamentos do Sistema Nervoso utilizados, destacaram-se os antiepiléticos, psicodélicos e psicoanalépticos.

Em estudo no qual se avaliou as intoxicações por psicofármacos com motivação suicida, os antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos foram descritos como os mais utilizados (CARVALHO et al., 2017). Em outro estudo, em que foram caracterizadas as tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos, em Fortaleza, no Ceará, revelou-se que a maioria das notificações esteve relacionada a medicamentos com diversas finalidades, principalmente os ansiolíticos e antidepressivos (OLIVEIRA et al., 2015).

Gondim et al. (2017), ao caracterizarem o contexto do registro das

tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos, apontaram quanto à ingestão de medicamentos, que as classes terapêuticas com maior frequência corresponderam aos antipsicóticos, antidepressivos, antiepiléticos e ansiolíticos derivados de benzodiazepínicos.

Outro estudo que analisou o perfil das exposições a medicamentos por mulheres em idade reprodutiva atendidas por um Centro de Informações Toxicológicas, sinalizou que os medicamentos com atuação no Sistema Nervoso Central (SNC) foram responsáveis por 59,9% das ocorrências, destacando-se os antiepiléticos e antidepressivos na maioria das ocorrências, sendo que as exposições a esses fármacos estão entre os principais fatores associados à hospitalização dos pacientes (TAKAHAMA et al., 2014).

É importante avaliar aspectos como a taxa de adesão ao tratamento farmacológico, o conhecimento sobre o esquema terapêutico e a existência de possíveis dificuldades de administração medicamentosa em pessoas que não possuem supervisão para executar tais atividades (MIASSO et al., 2015). Ressalta-se que a automedicação e a disponibilidade de medicamentos, aliadas a fatores de risco relacionados ao quadro clínico dos pacientes que possuem patologias do sistema nervoso, podem facilitar ocorrências de lesões autoprovocadas por AIM com medicamentos da categoria ATC-N.

Entre as pessoas com lesões autoprovocadas por AIM, 2,36% tiveram recorrência de lesão autoprovocada por AIM no período deste estudo. Em relação àquelas com lesão autoprovocada por AIM recorrente, houve maior percentual de jovens entre 10 e 19 anos, brancos ou pardos. Destaca-se, ainda, que todas as pessoas com recorrência de lesão autoprovocada por AIM foram mulheres e os casos ocorreram em residências situadas em zonas urbanas.

No modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às recorrências lesão autoprovocada por AIM, nenhuma das variáveis contribuiu significativamente, o que pode estar relacionado à baixa frequência de pessoas com recorrência de AIM tanto no período quanto na amostra estudados.

Neste estudo foram investigadas apenas as recorrências de lesões autoprovocadas de um curto período de tempo e com um método específico. Cabe ressaltar que as pessoas incluídas neste estudo podem ter tido outra lesão autoprovocada em um intervalo de tempo maior ou valendo-se de outros métodos. Segundo Chen et al. (2016), na recorrência de lesões autoprovocadas pode haver

alteração no tipo de método.

Em estudo no qual se procurou determinar o risco de suicídio e outras causas de mortalidade após um primeiro episódio de autointoxicação, em uma província populosa do Canadá, durante uma década, apontou-se que um primeiro episódio de autointoxicação é um forte preditor de suicídio subsequente e morte por suicídio, além de o risco de suicídio persistir muito tempo após o episódio inicial de autointoxicação, enfatizando a necessidade de vigilância e a importância de iniciativas de prevenção secundária (FINKELSTEIN et al., 2015).

Pouco se sabe sobre os fatores de risco de mortalidade por suicídio entre múltiplos tentadores de suicídio. Em estudo no qual se investigou a mortalidade por suicídio entre múltiplos tentadores, de uma amostra prospectiva nacional de Taiwan, foram identificados como preditores: sexo masculino, idade avançada, intervalos de tempo menores entre as duas últimas tentativas de suicídio e a não manutenção de métodos de baixa letalidade nas duas últimas tentativas de suicídio (CHEN et al., 2016).

Outro aspecto preocupante neste estudo é referente aos jovens, em maior proporção do que adultos e idosos com lesões autoprovocadas por AIM, em um curto período de tempo. Entre os fatores de risco para suicídio, a tentativa de suicídio anterior é considerada o melhor preditor de suicídio futuro. A presença de eventos estressantes e a impulsividade por trás do comportamento suicida da geração mais jovem implica o fato de o planejamento de estratégias de prevenção do suicídio para esse grupo ser crucial (AYEHU; SOLOMON; LEMMA, 2017).

Nos dez anos de acompanhamento do comportamento suicida após a tentativa inicial de suicídio de indivíduos admitidos em um hospital na Nova Zelândia, os fatores associados à repetição foram sexo feminino, idade mais jovem e uso de método de suicídio de baixa letalidade (GIBB; BEAUTRAIS; FERGUSON, 2005). Em estudo no qual foram identificadas 446 tentativas de suicídio revelou-se que mulheres jovens com distúrbios graves de personalidade eram propensas a repetir tentativas de suicídio (BLASCO-FONTECILLA et al., 2009).

Já em uma pesquisa realizada na Espanha, na qual foram incluídos pacientes que tentaram suicídio pela primeira vez e, após, recrutados em um período de cinco anos, apontou-se que uso de álcool, transtornos de personalidade e idade mais jovem são fatores de risco para novas tentativas de suicídio, enquanto o uso de álcool e idade avançada são fatores de risco para o suicídio (PARRA-URIBE et al.,

2017).

A procura por um serviço médico, após tentativa de suicídio, depende de vários fatores, entre os quais figuram o nível de gravidade (ou o potencial de risco de morte) da autoagressão, o acesso e a confiança no sistema de saúde, o estigma da população em relação ao comportamento suicida e o medo da criminalização do ato (BOTEGA et al., 2009). Além disso, nos casos de atendimento em serviços de saúde após a tentativa de suicídio, o primeiro contato com a vítima é uma oportunidade para que profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco para nova tentativa e possam intervir para reduzi-lo. Porém, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe de saúde, seja pelas características do serviço, seja pelo despreparo e dificuldade em lidar com pacientes suicidas (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Estudo realizado no município de Barra do Garças, no estado de Mato Grosso, acerca de casos de tentativas de suicídio por intoxicações exógenas, revelou predominância no atendimento às vítimas até 12 horas após a exposição (64%), além de a maioria das vítimas de tentativa de suicídio não ter sido hospitalizadas (62,2%) (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015).

Em outro estudo referente às exposições a medicamentos nos casos de mulheres em idade reprodutiva, atendidas em um Centro de Informações Toxicológicas, em Londrina, no estado do Paraná, houve a necessidade de internação de 35,6% das pacientes, com média de permanência hospitalar de 2,5 dias. A maioria das hospitalizações foi decorrente de tentativas de suicídio e uso de psicofármacos, supondo-se, nesses casos, que as pacientes foram acometidas por intoxicações mais graves e/ou houve demora no atendimento após a ocorrência (TAKAHAMA et al., 2014).

Na presente pesquisa, entre as os casos de lesões autoprovocadas por AIM, 3,16% foram a óbito. Entre aquelas que morreram em decorrência de óbito por suicídio por AIM, houve maior percentual de pessoas do sexo feminino, adultas, da cor parda, com mais de oito anos de escolaridade, sem companheiro e sem recorrência de tentativas no período estudado.

Com relação ao número de óbitos por suicídio, estima-se que o Brasil esteja entre os dez países que possuem maiores números absolutos de suicídio no mundo (WHO, 2014). Nesse aspecto, é preciso atentar ao fato de que suicídios são subnotificados no registro de mortalidade devido ao alto percentual de causas mal definidas (GOTSSENS et al., 2011). Por esse motivo é importante haver melhora na

sistematização das notificações, para que os dados se aproximem cada vez mais dos valores reais.

A literatura indica que homens tendem a morrer mais em decorrência de suicídio do que mulheres (PINTO et al., 2012; PARRA-URIBE et al., 2013; KARBEYAZ et al., 2016; KHELIL et al., 2016; CHOI et al., 2017), valendo-se de métodos variados, o que contraria os achados deste estudo, pois, além do maior percentual de óbito por suicídio por AIM entre mulheres (61,54%), também foi encontrado no presente estudo maior percentual de óbito por suicídio por outros métodos entre mulheres (79,7%).

Os homens tendem a utilizar métodos mais letais por possuírem maior intenção suicida, além disso, a diferença de disponibilidade de acesso aos métodos, de acordo com o sexo, também deve ser considerada (FOX et al., 2018).

Quanto à mortalidade por suicídio, em estudo no qual foram descritos os aspectos demográficos e a série temporal da mortalidade por suicídio em idosos, no estado da Bahia, de 1996 a 2013, observou-se que a maioria dos indivíduos (54%) era da raça/cor parda (CARMO et al., 2018).

A literatura revela baixo nível de escolaridade de pessoas que morreram por suicídio (MACHADO; SANTOS, 2015; CONEJERO et al., 2016). Com relação à situação conjugal, observou-se que solteiros ou pessoas que vivem sozinhas estão mais propensas a efetivar o suicídio (CONEJERO et al., 2016).

O modelo de regressão logística para analisar os fatores associados aos óbitos por suicídio por AIM revelou menor chance de óbito por suicídio por AIM entre pessoas com idade de 10 a 19 anos e 20 a 59 anos, em comparação àquelas com mais de 60 anos. Esses achados condizem com as informações constantes na literatura, onde se indica que as taxas de suicídio entre idosos são elevadas e envolvem maior letalidade, em comparação a pessoas de outras faixas etárias (LUTZ; FISKE, 2018).

Em relação ao planejamento suicida, os idosos não comunicam a intenção e eventualmente, quando comunicam, são menos ouvidos. A primeira tentativa é em geral efetivada, pois, além de planejarem mais, utilizam métodos mais letais, especialmente os homens. Portanto, entre idosos, a história de tentativas prévias é incomum (FRANK; RODRIGUES, 2013).

No Brasil, o aumento progressivo das taxas de suicídio entre idosos vem sendo observado desde a década de 1980 (MINAYO; CAVALCANTE, 2012). A mortalidade por suicídio entre idosos apresenta distribuição desigual pelo país nessa

população, com a influência do contexto social e de fatores econômicos. É necessário abordar o envelhecimento de forma abrangente e sistêmica, visando ao bem-estar e ao atendimento cuidadoso e eficaz, aspectos esses que conspiram a favor da vida (SANTOS et al., 2017).

O comportamento suicida em idosos pode estar associado ao comprometimento funcional, com a consequente perda de autonomia (LUTZ; FISKE, 2018), à presença de doenças crônicas e transtornos psiquiátricos, a não adaptação às mudanças e múltiplas perdas, aos estressores gerais acumulados ao longo da vida e a traços de personalidade de baixa abertura à experiência (CONWELL et al., 2011), à perda de referências de identidade, ao isolamento social com relação à aposentadoria e à falta de suporte familiar e problemas financeiros (SOUSA et al., 2014).

As mortes por suicídio, em sua maioria, podem ser evitadas; no entanto, o suicídio é muitas vezes questão de baixa prioridade para governos e formuladores de políticas em todo o mundo. É preciso priorizar a prevenção do suicídio nas agendas globais de saúde pública e de políticas públicas, bem como aumentar a consciência geral acerca do suicídio enquanto questão de saúde pública (WHO, 2014). De acordo com Vedana (2018), algumas iniciativas desenvolvidas pela enfermagem podem ser estratégicas para a redução do comportamento suicida em diferentes contextos assistenciais e para o alcance de diversos objetivos relacionados à promoção da vida, como qualidade, plenitude, dignidade e sentido.

Com relação às ações mais diretas da enfermagem sobre a prevenção do suicídio, Robinson e Pirks (2014) destacaram a realização e disseminação de pesquisas direcionadas às intervenções como fonte de amparo científico ao embasamento de políticas públicas. Pinto et al. (2012) também apontam que o suicídio pode ser prevenido, pois há um conjunto de fatores de risco potencialmente modificáveis.

Diante disso, o conhecimento de características locais que impactam a mortalidade por suicídio torna-se importante para estabelecer programas de proteção e prevenção da ocorrência de suicídio (MACHADO; SANTOS, 2015).

Os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando-se suas várias limitações. A primeira diz respeito à sua natureza de coorte transversal, assim, é impossível estabelecer as relações de causa e efeito entre as variáveis. Outra limitação refere-se ao fato da amostra em estudo ser limitada e relacionada a um curto

período de tempo – devido à última data de alteração de um dos instrumentos utilizados, em junho de 2015 – e abordar dados secundários de sistemas de informação em saúde com escassez de informações, além do percentual elevado de opções “ignorados”.

Deve-se considerar também que os dados do presente estudo são referentes a casos registrados no estado de Mato Grosso. É preciso considerar a possibilidade de subnotificações de casos, o que pode subestimar o número de casos reais. No entanto, os referidos instrumentos são amplamente utilizados em estudos epidemiológicos e em todo o território nacional para notificação compulsória.

7 CONCLUSÕES

Neste estudo investigaram-se as lesões autoprovoçadas e suas recorrências por AIM, os fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados, bem como óbitos por suicídio e fatores sociodemográficos, clínicos e farmacológicos associados, no estado de Mato Grosso, Brasil. A partir dos resultados, concluiu-se que:

Em relação às lesões autoprovoçadas por AIM e os fatores associados:

- no período em estudo, foram notificadas 1.507 lesões autoprovoçadas, sendo 27,34% dessas por AIM;
- nas lesões autoprovoçadas por AIM, os medicamentos do grupo ATC N-Sistema Nervoso foram os mais utilizados (64,47% dos casos de primeira lesão autoprovoçada e 72,22% dos casos de segunda), com destaque para os antiepiléticos, psicodélicos e psicoanalépticos;
- houve evidências de maior chance de lesão autoprovoçada por AIM entre pessoas com idade de 10 a 19 anos e de 20 a 59 anos quando comparadas àquelas com mais de 60 anos, em mulheres comparadas aos homens, na raça/cor branca em relação às de outras raças, ocorrência em zona urbana quando comparada à não urbana e ocorrência em residência comparada a outros locais;
- houve evidências de menor chance de lesão autoprovoçada por AIM entre casos com suspeita de uso de álcool quando comparados àqueles sem tal suspeita;
- foram identificadas diferenças nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso quanto ao percentual de lesões autoprovoçadas por AIM em relação ao total de lesões autoprovoçadas;
- houve percentual elevado da opção “ignorado” assinalada nas Fichas de Notificação utilizadas nesta pesquisa.

Já em relação à recorrência de lesões autoprovoçadas por AIM e os fatores associados:

- das 394 pessoas com lesões autoprovoçadas por AIM na primeira notificação, 13 foram a óbito, resultando em 381 pessoas para análise da

recorrência por lesão autoprovocada por AIM;

- das 381 pessoas com lesão autoprovocada por AIM na sua primeira notificação, 2,36% tiveram mais de uma lesão autoprovocada por esse método;
- Observou-se que nenhuma pessoa teve mais que duas lesões autoprovocadas por AIM;
- nos casos de recorrência de lesão autoprovocada por AIM, os medicamentos do grupo ATC N-Sistema Nervoso foram os mais utilizados (77,78% dos casos com mais de uma lesão autoprovocada por AIM), com destaque para os antiepiléticos, psicolépticos e psicoanalépticos;
- a recorrência de lesão autoprovocada por AIM foi mais frequente entre jovens de 10 a 19 anos, brancos ou pardos;
- todas as pessoas com recorrência de lesão autoprovocada por AIM foram mulheres e os casos ocorreram em residências situadas em zona urbana;
- no modelo de regressão logística para análise dos fatores associados às recorrências de lesões autoprovocadas por AIM, nenhuma das variáveis contribuiu significativamente.

Em relação aos óbitos por suicídio por AIM e os fatores associados:

- dos 412 casos de lesões autoprovocadas por AIM, 13 pessoas foram a óbito por suicídio por AIM. Em 11 desses casos não havia informações sobre o medicamento e em dois casos foram utilizados medicamentos que atuam no Sistema Nervoso;
- entre as pessoas que morreram por suicídio por AIM, houve maior percentual daquelas do sexo feminino, adultas, da cor parda, com mais de oito anos de escolaridade, sem companheiro e sem recorrência de tentativas no período estudado;
- houve evidências de menor chance de óbito por suicídio por AIM entre pessoas com idade de 10 a 19 anos e de 20 a 59 anos quando comparadas àquelas com mais de 60 anos.

A maioria das notificações de lesão autoprovocada por AIM não possuía informações sobre orientação sexual, situação no mercado de trabalho, se possui

algum tipo de deficiência ou transtorno e suspeita de uso de álcool. Essas informações também eram ignoradas em grande parte das recorrências de lesão autoprovocada por AIM e óbitos por suicídio por AIM. Na maioria das recorrências de AIM, a escolaridade e a situação conjugal também eram ignoradas. Nos óbitos por suicídio por AIM, a zona de ocorrência e o local da ocorrência foram ignorados na maior parte dos casos. Destaca-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o registro completo e fidedigno dos instrumentos de notificação de lesões autoprovocadas e de óbitos por suicídio, pois tal aspecto é imprescindível para que os dados possam efetivamente subsidiar análises epidemiológicas e a tomada de decisão.

Os achados deste estudo fornecem importantes subsídios para estratégias direcionadas à prevenção do suicídio e de lesões autoprovocadas por AIM, bem como para a qualificação da assistência de enfermagem em relação às ações voltadas à redução do comportamento suicida em diferentes contextos assistenciais.

Os achados apontam, ainda, a necessidade de avanço acerca do conhecimento relacionado ao comportamento suicida, a importância do envolvimento de gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações integradas em saúde e na definição de intervenções voltadas à prevenção de lesões autoprovocadas por AIM, bem como a necessidade de psicoeducação, medidas restritivas de acesso aos medicamentos por meio de campanhas de conscientização e outras estratégias para promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Esta pesquisa traz importantes contribuições para o conhecimento nessa área. É a primeira no estado de Mato Grosso a analisar simultaneamente fatores associados às lesões autoprovocadas e as suas recorrências por AIM, bem como aos óbitos por suicídio por AIM.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina/ABP, 2014.

AYEHU, M.; SOLOMON, T.; LEMMA, K. Socio-demographic characteristics, clinical profile and prevalence of existing mental illness among suicide attempters attending emergency services at two hospitals in Hawassa city, South Ethiopia: a cross-sectional study. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, p. 1-9, 20 April 2017. Disponível em: <<https://ijmhs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13033-017-0136-4>>. Acesso em: nov. 2018.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/15.pdf>>. Acesso em: nov. 2018.

BLASCO-FONTECILLA, H. Severity of personality disorders and suicide attempt. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 119, n. 2, p. 149-155, Jan./Feb. 2009. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0447.2008.01284.x>>. Acesso em: mar. 2019.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>>. Acesso em: mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/para-conhecimento/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>>. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações Sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V – Capítulo I. **Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>. Acesso em: mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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**, Brasília, DF, 17 fev. 2016a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/25/Portaria-n---2014-de-17--Fevereiro-2016.pdf>>. Acesso em: mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico** – perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 30, v. 48, 2017b. 14 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Documento orientador para a implementação da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 21, n. 2, p. 45-51, 19 dez. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/134006/129825>>. Acesso em: nov. 2018.

CAMARGO JR., K. R.; COELI, C. M. Reclink: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método probabilistic record linkage. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 439-447, jun. 2000.

CARMO, E. A. et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e20171971.pdf>>. Acesso em: mar. 2019.

CARVALHO, I. L. N. et al. A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 134-142, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n1/pt_1809-9823-rbagg-20-01-00129.pdf>. Acesso em: abr. 2019.

CHEN, I-M. et al. Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: A national registry study in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 115, n. 5, p. 364-371, May 2016. Disponível em:

<<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0929664615002466?token=69C5EA252AB015B10990AD4CA31BDA4CA4FE1AD9B9AC7CCF617734B6F0DE3900CCB912B08F9DE298CD4CBC29D671BFB1>>. Acesso em: nov. 2018.

CHOI, N. G. et al. Suicide Means among Decedents Aged 50+ Years, 2005-2014: Trends and Associations with Sociodemographic and Precipitating Factors. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 25, n. 12, p. 1404-1414, Dec. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748117303457?via%3Dihub>>. Acesso em: mar. 2019.

CONEJERO, I. et al. Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. **Current Psychiatry Reports**, v. 18, n. 10, 2016.

CONWELL, Y.; VAN ORDEN, K.; CAINE, E. D. Suicide in Older Adults. **Psychiatr. Clin. North Am.**, v. 34, n. 2, p. 451-468, June 2011.

DAVIDIAN, M.; GILTINAN, D. M. **Nonlinear models for repeated measurement data**. London: Chapman and Hall, 1995. 359 p.

FERREIRA, T. D. G. et al. Assistance related to suicidal behavior at a mobile emergency service: Sociodemographic and clinical associated factors. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 33, n. 2, p. 136-142, Apr. 2019.

FINKELSTEIN, Y. et al. Risk of Suicide Following Deliberate Self-poisoning. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 6, p. 570-575, June 2015. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2211890>>. Acesso em: nov. 2018.

FOUNTOULAKIS, K. N. et al. Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment In Thessaloniki Greece (2000-2012). **Journal of Affective Disorders**, v. 174, p. 131-136, 15 Marc. 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714007575?via%3Dihub>>. Acesso em: abr. 2019.

FOX, K. R. et al. Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. **Clinical Psychology Review**, v. 66, p. 3–11, Dec. 2018.

FRANK, M. H; RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 477-495.

FUDALEJ, S. et al. Clinical and Genetic Risk Factors for Suicide under the Influence of Alcohol in a Polish Sample. **Alcohol & Alcoholism**, v. 44, n. 5, p. 437-442, Sept./Oct. 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/alcalc/article/44/5/437/182472>>. Acesso em: mar. 2019.

GANZ, D.; BRAQUEHAIS, M. D.; SHER, L. Secondary Prevention of Suicide. **PLoS Med.** v. 7, n. 6, June 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879412/>>. Acesso em: nov. 2018.

- GIBB, S. J.; BEAUTRAIS, A. L.; FERGUSSON, D. M. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 39, n. 1-2, p. 95-100, Jan./Feb. 2005.
- GONDIM, A. P. S. et al. Tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Ceará, v. 26, n. 1, p. 109-119, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00109.pdf>>. Acesso em: nov. 2018.
- GOTSENS, M. et al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención médico-legal. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 85, n. 2, p.163-174, abr. 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/05_original2.pdf>. Acesso em: abr. 2019.
- HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2010. 2010a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/pesquisa/23/22107>>. Acesso em nov. 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mato Grosso**: panorama. 2010b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/panorama>>. Acesso em: abr. 2019.
- JACOBS, D. G. et al. **Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. APA Practice Guidelines/Psychiatry Online: 2003. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf>. Acesso em: abr. 2019.
- JARO, M. A. Probabilistic linkage of large public health data files. **Statistics in Medicine**, v. 14, n. 5-7, p. 491-498, mar. 1995.
- KAFADAR, H. et al. Suicides in adolescence: A twelve-year study from Eastern Turkey. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 27, p. 6-8, Oct. 2014.
- KARBEYAZ, K. et al. Completed suicide among University student in Eskisehir, Turkey. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 44, p. 111-115, Nov. 2016.
- KHELIL, M. B. et al. Suicide by self-immolation in Tunisia: A 10-year study (2005-2014). **Burns**, v. 42, n. 7, p. 1593-1599, Nov. 2016.
- KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: OMS, 2002.
- LIU, Y.; ZHANG, J.; SUN, L. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. **Comprehensive Psychiatry**, v. 78, p. 54-60, Oct. 2017. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X17301104?via%3Dihub>>. Acesso em: nov. 2018.

LUTZ, J.; FISKE, A. Functional disability and suicidal behavior in middle-aged and older adults: A systematic critical review. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 260–271, 2018.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>>. Acesso em: nov. 2018.

MAGALHÃES, A. P. N. et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 16-22, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0016.pdf>>. Acesso em: nov. 2018.

MARCHESE, V. S.; SCATENA, J. H. G.; IGNOTTI, E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: Município de Alta Floresta, MT (Brasil). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 648-659, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/11.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

MATO GROSSO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Regiões de saúde de MT** – municípios de abrangência. 2019b. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/cib/arquivos/605/regioes-de-saude>>. Acesso em: abr. 2019.

MENDES, L. A.; PEREIRA, B. B. Intoxicações por medicamentos no Brasil registradas pelo SINITOX entre 2007 e 2011. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 2, p. 165-170, abr./jun. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1234/425>>. Acesso em: nov. 2018.

MIASSO, A. I. et al. Adesão, conhecimento e dificuldades relacionados ao tratamento farmacológico entre pessoas com esquizofrenia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 186-195, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a03.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto-infligida. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 205-239.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Antecipação do fim: suicídio de idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1940, ago. 2012. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/01.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

MOREIRA, D. L. et al. Perfil de los pacientes tratados por intento de suicidio en un centro de atención toxicológica. **Cienc enferm.**, Concepción, v. 21, n. 2, p. 63-75,

agosto 2015. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_07.pdf>. Acesso em: abr. 2019.

OLIVEIRA, E. N. et al. Tentativa de suicídio por intoxicação exógena: contexto de notificações compulsórias. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2497-2511, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3125/2811>>. Acesso em: nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Promoción de la salud mental em las poblaciones indígenas** – Experiencias de países. Washington: OPS, 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28416/9789275318973_spa.pdf>. Acesso em: nov. 2018.

OWENS, D.; HORROCKS, J.; HOUSE, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 181, n. 3, p. 193-199, Sept. 2002. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/721FD68B3030C46E2070CC08CA869523/S000712500002715Xa.pdf/fatal_and_nonfatal_repetition_of_selfharm.pdf>. Acesso em: nov. 2018.

PARRA-URIBE, I. et al. Attempted and completed suicide: not what we expected? **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 3, p. 840-846, 25 Sept. 2013.

PARRA-URIBE, I. et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 163, May. 2017. Disponível em: <<https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1317-z>>. Acesso em: nov. 2018.

PINTO, L. W. et al. O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/07.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott, 2014.

RAMÔA, A. F. A. S. et al. Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 33, n. 5, p. 321-332, 2017. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12260/11385>>. Acesso em: nov. 2018.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2821-2834, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2821.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

RIBEIRO, N. M. et al. Análise da Tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-11, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e2110016.pdf>>. Acesso em: nov. 2018.

ROBINSON, J.; PIRKIS, J. Research priorities in suicide prevention: an examination of Australian-based research 2007-11. **Aust. Health Rev.**, v. 38, n. 1, p. 18-24, 2014.

ROSA, N. M. et al. Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 2, p. 661-668, fev. 2015.

ROSA, N. M. et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 231-238, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n3/0047-2085-jbpsiq-65-3-0231.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

SANTOS, E. G. O et al. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 854-865, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00845.pdf>. Acesso em: abr. 2019.

SANTOS, G. A. S.; BOING, A. C. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicações e reações adversas a medicamentos no Brasil: análise de 2000 a 2014. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00100917.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

SANTOS, S. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53-61, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n1/a09.pdf>>. Acesso em: jan. 2019.

SIMSEK, Z. et al. Evaluation of attempted suicide in emergency departments in Sanliurfa province, southeastern Turkey. **Z Gesundh Wiss/Journal of Public Health**, v. 21, n. 4, p. 325-331, Aug. 2013.

SOARES, B. A. C.; SCATENA, J. H. G.; GALVÃO, N. D. Acidentes e violências na grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 265-276, abr. 2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v18n3/v18n3a09.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 389-402, jun. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130241.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

TAKAHAMA, C. H. et al. Perfil das exposições a medicamentos por mulheres em idade reprodutiva atendidas por um Centro de Informações Toxicológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1191-1199, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01191.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

TELES, S. et al. Papel dos medicamentos nas intoxicações causadas por agentes químicos em município da Bahia, no período de 2007 a 2010. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 34, n. 2, p. 281-288, 2013.

TREVISAN, E. P. T.; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 412-417, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/659>>. Acesso em: dez. 2018.

VEDANA, K. G. G. Iniciativas estratégicas para a prevenção dos comportamentos suicidários em idosos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 16, p. 3-6, 2018. Editorial. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388256613001/html/index.html>>. Acesso em: abr. 2019.

VELOSO, C. et al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v38n2/0102-6933-rngen-1983-144720170266187.pdf>. Acesso em: nov. 2018.

VIANA NETO, A. M. et al. Aspectos epidemiológicos da intoxicação por medicamentos em crianças e adolescentes atendidos no centro de assistência toxicológica do Estado do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 388-401, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a007.pdf>>. Acesso em: abr. 2019.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

VIEIRA, L. P.; SANTANA, V. T. P.; SUCHARA, E. A. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 118-123, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-118.pdf>>. Acesso em: nov. 2018.

VIEIRA, V. A. S. et al. Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itapeçerica, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1681/1731>>. Acesso em: dez. 2018.

VIJAYAKUMAR, L. Suicide in women. **Indian J Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 233-238, 25 July 2015. Disponível em: <<http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2015;volume=57;issue=6;spage=233;epage=238;aulast=Vijayakuma>>. Acesso em: abr. 2019.

WIECZORKIEWICZ, A. M. et al. Caracterização das tentativas de suicídio atendidas em pronto atendimento geral. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 16, n. 43, p. 53-62, maio/ago. 2016. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2598/1784>>. Acesso em: abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global priorities for patient safety research**. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **ICD-11: Classifying disease to map how we live and die**. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: A global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health action for the prevention of suicide**. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

[illegible]

ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
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		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade Notificadora ☐ 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	9 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)			
	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento			
	12 (ou) Idade ☐ 1 - Hora ☐ 2 - Dia ☐ 3 - Mês ☐ 4 - Ano		13 Sexo ☐ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ 1 - Ignorado		14 Gestante ☐ 1-1º Trimestre ☐ 2-2º Trimestre ☐ 3-3º Trimestre ☐ 4- Idade gestacional ignorada ☐ 5- Não ☐ 6- Não se aplica ☐ 9- Ignorado		15 Raça/Cor ☐ 1- Branca ☐ 2- Preta ☐ 3- Amarela ☐ 4- Parda ☐ 5- Indígena ☐ 9- Ignorado	
	16 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							
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)	21 Distrito		
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares							
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil ☐ 1 - Solteiro ☐ 2 - Casado/união consensual ☐ 3 - Viúvo ☐ 4 - Separado ☐ 8 - Não se aplica ☐ 9 - Ignorado							
	36 Orientação Sexual ☐ 1- Heterossexual ☐ 2- Homossexual (gay/lésbica) ☐ 3- Bissexual ☐ 8- Não se aplica ☐ 9- Ignorado		37 Identidade de gênero: ☐ 3- Homem Transexual ☐ 1- Travesti ☐ 8- Não se aplica ☐ 2- Mulher Transexual ☐ 9- Ignorado					
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? ☐ 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? ☐ 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 8- Não se aplica ☐ 9- Ignorado ☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras ☐ ☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	42 Distrito		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	52 Local de ocorrência ☐ 01 - Residência ☐ 04 - Local de prática esportiva ☐ 07 - Comércio/serviços ☐ 02 - Habitação coletiva ☐ 05 - Bar ou similar ☐ 08 - Indústrias/construção ☐ 03 - Escola ☐ 06 - Via pública ☐ 09 - Outro ☐ 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado					
	54 A lesão foi autoprovocada? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado							

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 ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Própria pessoa ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Outros ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã) ☐ Pessoa com relação institucional		
Dados do provável autor da violência	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Conselho Tutelar		
	☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 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

Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 65.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	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 do Caso					
	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
Antecedentes Epidemiológicos	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado					
	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2.Ambiente de trabalho 3.Trajet do trabalho 4.Serviços de saúde 5.Escola/creche 6.Ambiente externo 7.Outro 9.Ignorado					
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência				36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento		Código (IBGE)	39 Distrito	
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)			
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)		
	Intoxicação Exógena					

Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral ☐			
	01. Medicamento 05. Raticida 09. Produto químico de uso industrial 13. Alimento e bebida	02. Agrotóxico; uso agrícola 06. Produto veterinário 10. metal 14. Outro _____	03. Agrotóxico/uso doméstico 07. Produto de uso Domiciliar 11. Drogas de abuso 99. Ignorado	04. Agrotóxico/uso saúde pública 08. Cosmético/higiene pessoal 12. Planta tóxica
	50 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular _____		Princípio Ativo _____	
	1 - _____	2 - _____	3 - _____	1 - _____
	2 - _____	3 - _____	1 - _____	2 - _____
Dados do Atendimento	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização ☐			
	1. Inseticida 6. Preservante para madeira	2. Herbicida 7. Outro _____	3. Carrapaticida 8. Não se aplica	4. Raticida 9. Ignorado
	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual			1ª Opção: ☐ 2ª Opção: ☐ 3ª Opção: ☐
	01- Diluição 02- Pulverização 03- Tratamento de sementes 04- Armazenagem	05- Colheita 06- Transporte 07- Desinsetização 08- Produção/formulação	09- Outros 10- Não se aplica 99- Ignorado	
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____			
Dados do Atendimento	54 Via de exposição/contaminação 1ª Opção: ☐			
	1- Digestiva 2- Cutânea 3- Respiratória	4- Ocular 5- Parenteral 6- Vaginal	7- Transplacentária 8- Outra 9- Ignorada	2ª Opção: ☐ 3ª Opção: ☐
	55 Circunstância da exposição/contaminação ☐			
	01- Uso Habitual 06- Erro de administração 11- Tentativa de aborto	02- Acidental 07- Automedicação 12- Violência/homicídio	03- Ambiental 08- Abuso 13- Outra: _____	04- Uso terapêutico 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 99- Ignorado
	56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? ☐		57 Tipo de Exposição ☐	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Aguda - única 2 - Aguda - repetida 3 - Crônica 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado		
Dados do Atendimento	58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento ☐			
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado			
	59 Tipo de atendimento ☐		60 Houve hospitalização? ☐	
	1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	61 Data da internação _____		62 UF _____	
Dados do Atendimento	63 Município de hospitalização _____		64 Unidade de saúde _____	
	Código (IBGE) _____		Código _____	
	65 Classificação final ☐			
	1 - Intoxicação confirmada 4 - Outro Diagnóstico		2 - Só Exposição 5 - Síndrome de abstinência	
	3 - Reação Adversa 9 - Ignorado			
Dados do Atendimento	66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____			
	67 Critério de confirmação ☐		68 Evolução do Caso ☐	
	1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado	
	69 Data do óbito _____		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. ☐	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		71 Data do Encerramento _____	
Informações complementares e observações				
Observações: _____ _____ _____ _____				
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____	
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Intoxicação Exógena		Sinan NET		SVS 09/06/2005

Versão 01/10 - 2ª Impressão 11/2010

ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 293/2017, de 18/12/2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 237ª Reunião Ordinária, realizada em 13 de dezembro de 2017.

Protocolo CAAE: 80001917.1.0000.5393

Projeto: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E ÓBITOS POR SUICÍDIO NO ESTADO DE MATO GROSSO

Pesquisadores: Nagella Thaysa Bier de Sousa

Adriana Inocenti Miasso (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Adriana Inocenti Miasso

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP