

INTERNAÇÕES E GASTOS RELACIONADOS AO SUICÍDIO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**HOSPITALIZATIONS AND SUICIDE RELATED EXPENSES IN A TEACHING PUBLIC HOSPITAL****LAS HOSPITALIZACIONES Y GASTOS RELOACIONADOS COM EL SUICIDIO EN UM HOSPITAL PÚBLICO DE LA ENSEÑANZA**

Saulo Pereira da Costa¹, Suzel Regina Ribeiro Chavaglia², Eliana Maria Scarelli Amaral³, Rodrigo Eurípedes da Silveira⁴

RESUMO

Objetivo: caracterizar as internações e os gastos por suicídio em um hospital federal de ensino do interior de Minas Gerais. **Método:** estudo descritivo, exploratório e transversal, realizado no período de 1998 a 2012. **Resultados:** considerando as pessoas que atentaram contra a própria vida, no período estudado, observou-se a predominância de adultos (76%), do sexo masculino (55,6%), pela ingestão de substâncias (72,9%) representando, também, as categorias com maior valor associado por internação. Ressalta-se o aumento de internações por suicídio, com maior taxa de mortalidade em mulheres e aumento dos valores pagos por internações nas hospitalizações por tentativas de autoextermínio em idosos. **Conclusão:** tais fatos reforçam a necessidade de aumento quantitativo e qualitativo dos serviços de saúde mental, em nível de atenção primária, incorporando estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos clínicos como a depressão e a melancolia, que podem levar ao suicídio. **Palavras-chave:** Suicídio; Gastos em Saúde; Hospital Público.

ABSTRACT

Objective: To characterize the hospitalizations and spending by suicide in a federal teaching hospital in interior of Minas Gerais. **Method:** Descriptive, exploratory and cross-sectional study, conducted between from 1998 to 2012. **Results:** Considering the people who attempted to take their own life during the study period, it was observed the predominance of adults (76%), male (55.6%), by ingestion of substances (72.9%), which also represent the categories with greater value associated for admission. It should be noted an increase of admissions for suicide, with a higher mortality rate in women and an increase in the values of admissions in hospitalizations for attempts at self-extermination in the elderly. **Conclusions:** These facts reinforce the need for quantitative and qualitative increase in mental health services in primary care level, incorporating strategies to promote health and prevention of clinical aggravations such as depression and melancholy, which can lead to suicide.

Keywords: Suicide, Health Expenditures, Public Hospital.

¹ Enfermeiro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM). Mestrando em Atenção à Saúde/UFTM. Uberaba-MG. E-mail:pereira_jrr@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Curso de Enfermagem da UFTM. Uberaba-MG. E-mail:suzel.ribeiro@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFTM. Uberaba-MG. E-mail: liscamaral@yahoo.com.br

⁴ Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Doutorando em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças – Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). São Paulo –SP. E-mail: rodrigo_euripedes@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las hospitalizaciones y los gastos en suicidio en un hospital federal de enseñanza del interior del Estado de Minas Gerais. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio y transversal, en el período de 1998 a 2012. **Resultados:** Teniendo en cuenta las personas que atentaron contra la propia vida en el período estudiado, se observó la predominancia de adultos (76%), del sexo masculino (55,6%), por ingestión de sustancias (72,9%) que también representan las categorías con mayor valor asociado por hospitalización. Se resalta un crecimiento de hospitalizaciones por suicidio, con una mayor tasa de mortalidad en las mujeres y un incremento en los valores de hospitalizaciones por intentos de autoexterminio en ancianos. **Conclusiones:** Tales hechos refuerzan la necesidad de aumento cuantitativo y cualitativos de los servicios de salud mental en el nivel de atención primaria, mediante la incorporación de estrategias de promoción a la salud y prevención de agravios clínicos como la depresión y la melancolía, que pueden llevar al suicidio.

Descriptor: Suicidio, Gastos en Salud, Hospital Público

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio causa, aproximadamente, um milhão de vítimas no mundo por ano. Essa modalidade de morte violenta e autodirigida se manifesta de duas maneiras: no comportamento suicida (por meio de pensamentos, tentativa e pelo suicídio consumado) e por atos violentos, provocados contra si mesmo, como é o caso das mutilações.¹

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos, sobretudo entre pessoas de 15 a 35 anos, em que o suicídio representa uma das três principais causas de morte em âmbito mundial. Os dados também apontam que nos últimos 45 anos, a mortalidade por suicídio vem migrando do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens.² O suicídio é um fenômeno estudado em

diversas áreas do conhecimento, tanto nas artes como nas ciências. Na perspectiva individual, tornou-se objeto de estudo da psiquiatria, psicologia, psicanálise e filosofia; sob a perspectiva do coletivo, tornou-se objeto de estudo da antropologia, epidemiologia, entre outras. Organizações internacionais, como a Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que apontam a questão do suicídio como de ordem sociodemográfica, psiquiátrica, psicológica e das condições clínicas incapacitantes.³

As mortes por suicídio representam grande problema social e de saúde pública em todo o mundo e, em números absolutos, os suicídios matam mais que o total de mortes por homicídios e pelas guerras. No período de 2000 a 2009, o risco de morte por suicídio teve crescimento de 22,5%.⁴

A taxa oficial de suicídio no Brasil é de, aproximadamente, 4,1 por 100 mil

habitantes, contra 16/100 mil habitantes em nível mundial. Entretanto, como se trata de um país populoso, o Brasil está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio.⁴ Estudos demonstram que, de 1998 a 2006, as taxas de suicídio nas capitais brasileiras variaram de 9,5/100 mil habitantes em Boa Vista a 1,3/100 mil em Salvador. As cinco capitais com as maiores taxas médias de suicídio/100 mil habitantes, no mesmo período, foram: Boa Vista (9,5), Macapá (8,3), Porto Alegre (8,2), Florianópolis (7,4) e Rio Branco (7,0), observando-se em todas elas predominância de sujeitos do sexo masculino.⁵

O método mais utilizado em suicídios consumados, em todas as idades, é o enforcamento (55,7%), seguido por arma de fogo (13,2%) e ingestão de pesticidas (5,5%). Segundo o Ministério da Saúde, uma maneira de prevenção do suicídio é impedir o acesso aos meios de cometê-lo, como, por exemplo, remover armas, facas, veneno de pessoas que possam ter acesso e consequente predisposição a esses atos.⁶

Avaliar o risco de suicídio é difícil, uma vez que é um comportamento humano bastante complexo, com múltiplas causas e que pode sofrer várias influências culturais, genéticas, psicossociais e ambientais. A elevada taxa de mortalidade

por suicídio e o expressivo número de tentativas apontam para a necessidade de melhorar os cuidados à saúde desses indivíduos, tanto nos aspectos preventivos quanto de tratamento, consoante com as diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde.⁶

O Sistema de Informações Hospitalares da Rede do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), pautados na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e na Declaração de Óbito, respectivamente, constituem-se em ferramentas importantes para análises epidemiológicas no país, por representarem cerca de 80% das hospitalizações no Brasil. A OMS estima que o ônus global, ocasionado por doenças devido a tentativas de suicídio, passará de 1,4% registrado em 2002 para 2,4% em 2020.⁷

Não encontramos na literatura muitos estudos sobre o impacto econômico da assistência médica hospitalar, envolvendo internações e gastos, sobretudo quanto ao prejuízo de ordem social e econômica que o suicídio representa para uma nação. No Brasil, a proporção de internações por causas externas aumentou progressivamente, de 5,2%, em 1998, para 6,9%, em 2005, assim como a proporção de gastos, que passou de 6,4 para 8,5%.⁸

Nessa perspectiva, a presente investigação teve por objetivo caracterizar as internações e gastos por causas relacionadas ao suicídio em um hospital público de ensino em Uberaba, Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, transversal, sobre as internações hospitalares e os gastos associados ao suicídio em um hospital público de ensino, no período de 1998 a 2012. Utilizou-se amostragem por conveniência, incluindo-se todos os eventos pela causa determinada, no período. Refere-se que o município em que está alocado o hospital é polo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, atendendo a demanda de alta complexidade dos 27 municípios adscritos à Superintendência Regional de Saúde do município de Uberaba, MG.

A série histórica estudada baseou-se em dados oficiais, obtidos junto ao Departamento de Sistemas e Métodos (DSIM) da referida instituição e da base de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). A coleta dos

dados decorreu entre janeiro e agosto de 2014.

Para a coleta dos dados, foi utilizada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças na versão brasileira (CID-BR-10), no tocante às lesões autoprovocadas intencionalmente, incluindo as categorias: de X60 a X84. Para efeito de tabulação das categorias, as causas foram agrupadas em: Intoxicação Exógena (X60-X69); Enforcamento e Estrangulamento (X70); Afogamento e Submersão (X71); Arma de Fogo (X72-X74); Explosivos, Fogo e Fumaça (X75-X76); Gás, Vapor e Objetos Quentes (X77); Objeto Cortante ou Contundente (X78-X79); Precipitação de Altura (X80); Precipitação de Objeto em Movimento (X81-X82); Demais Causas (X83-X84).

Quanto às internações, as variáveis analisadas foram: sexo (masculino/feminino), faixa etária (crianças/adolescentes=0 a 19 anos; adultos=20 a 59 anos; idosos=60 anos ou mais) e número de óbitos, Taxa de Mortalidade Hospitalar ($Tx.Mort.=\frac{\text{número de óbitos}}{\text{número de internações correspondente}} \times 10^3$) e categoria de causas. Foi considerada a distribuição da série temporal dos registros em períodos de cinco anos, a saber: 1998 a 2002, 2003 a 2007 e 2008 a 2012. Com relação aos custos hospitalares, foram

analisados: Valor Total gasto no período, Valor Médio de Internação (VM Int)=Valor pago pelas internações/Número de Internações; Média de Permanência (dp)=Número de dias de permanência/Número de internações.

Os dados foram descritos em frequências absolutas e relativas. Foi utilizado o teste do qui-quadrado (X^2), considerando-se o intervalo de confiança de 95% e o valor de significância ($p < 0,05$).

A presente investigação teve seu Protocolo de pesquisa avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob nº1551. Destaca-se que os dados de registro das internações não estão sujeitos ao erro amostral, pois

compreendem a totalidade dos eventos ocorridos, contudo, podem ocorrer efeitos do erro aleatório no processo de registro e tabulação.

RESULTADOS

Entre as pessoas que atentaram contra a própria vida no período estudado, observa-se a predominância do sexo masculino (55,6%), adultos (76%) e o meio mais frequente foi a ingestão de substâncias (72,9%). Na Tabela 1 observa-se a evolução temporal do número de internações por suicídio, verificando-se a redução nos casos no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 59 anos e nos casos de intoxicação exógena.

Tabela 1 - Distribuição do número de internações por suicídio por período, sexo, faixa etária e categoria de causas, ocorridas no hospital polo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul. Uberaba, Minas Gerais, 2014

Variáveis	1998 – 2002*	2003 – 2007*	2008 – 2012*	Total
Sexo				
Masculino	130 (38,9)	100 (29,9)	104 (31,2)	334
Feminino	97 (36,3)	88 (32,9)	82 (30,8)	267
Faixa etária				
0-19 anos	26 (29,9)	26 (29,9)	35 (40,2)	87
20-59 anos	189 (41,4)	136 (29,7)	132 (28,9)	457
60 + anos	12 (21,0)	25 (43,9)	20 (35,1)	57
Categorias de causas				
Intoxicação exógena	180 (41,1)	139 (31,7)	119 (27,2)	438
Enforcamento, estrangulamento	2 (22,2)	3 (33,3)	4 (44,5)	9
Afogamento, submersão	1 (50,0)	0	1 (50,0)	2
Arma de fogo	7 (35,0)	3 (15,0)	10 (50,0)	20
Fogo e fumaça	10 (55,6)	4 (22,2)	4 (22,2)	18
Gás, vapor e objetos quentes	0	2 (66,7)	1 (33,3)	3

Objeto cortante ou contundente	17 (22,1)	14 (18,2)	46 (59,7)	77
Precipitação de altura	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3
Precipitação em movimento	2 (66,7)	1 (33,3)	0	3
Outros meios/não especificados	7 (25,0)	21 (75,0)	0	28

* Frequências absolutas e relativas – n(%)

Fonte: Departamento Informática do Ministério da Saúde, 2014.

Pela Tabela 2, observa-se maior número de tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes, relacionado ao sexo feminino ($p=0,006$). Quanto à causa

enforcamento/estrangulamento a maior proporção é de homens que tentaram o suicídio ($p=0,001$).

Tabela 2 - Distribuição do número de internações por suicídio por sexo, faixa etária e categoria de causas. Uberaba, Minas Gerais, 2014

Faixa etária	Masculino*	Feminino*	X ²	p
0-19 anos	36 (41,4)	51 (58,6)	10,263	0,006
20-59 anos	260 (56,9)	197 (43,1)		
60 + anos	38 (66,7)	19 (33,3)		
Categorias de causas				
Intoxicação exógena	219 (50,0)	219 (50,0)	12,056	0,001
Enforcamento, Estrangulamento	8 (88,9)	1 (11,1)		
Afogamento, submersão	2 (100,0)	0		
Arma de fogo	11 (55,0)	9 (45,0)		
Explosivos, fogo e fumaça	10 (55,5)	8 (44,5)		
Gás, vapor e objetos quentes	1 (33,3)	2 (66,7)		
Objeto cortante ou contundente	56 (72,7)	21 (27,3)		
Precipitação de altura	3 (100,0)	0		
Precipitação em movimento	4 (100,0)	0		
Outros meios não especificados	21 (75,0)	7 (25,0)		

*Frequências absolutas e relativas – n (%)

Fonte: Departamento de Informática do Ministério da Saúde, 2014

Observou-se maior taxa de mortalidade entre as mulheres (74,9 óbitos para mil tentativas), entre os idosos (122,8) e entre os que se utilizavam de explosivos e

objetos incendiários (444,4). Os homens, idosos e aqueles que foram internados por afogamento/submersão passam mais tempo internados (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de internações por suicídio por valor total gasto, média de permanência, número de óbitos e taxa de mortalidade. Uberaba, Minas Gerais, 2014

Variáveis	Gasto total	Média perm.	Óbitos	Tx. Mort.*
Sexo				

Masculino	344.773,10	5,1	21	62,9
Feminino	230.149,50	4,9	20	74,9
Faixa etária				
0-19 anos	41.640,19	4,6	1	11,5
20-59 anos	445.220,30	5,4	33	72,2
60 + anos	88.062,15	6,2	7	122,8
Categorias de causas				
Intoxicação exógena	209.146,10	4,4	23	52,5
Enforcamento, estrangulamento	11.502,51	5,6	0	0
Afogamento, submersão	889,95	16,5	0	0
Arma de fogo	73.601,73	9,9	7	350,0
Explosivos, fogo e fumaça	41.790,50	9,9	8	444,4
Gás, vapor e objetos quentes	26.112,98	20,0	1	333,3
Objeto cortante ou contundente	140.480,80	5,9	0	0
Precipitação de altura	1.345,25	2,1	1	333,3
Precipitação em movimento	1.144,71	6,2	0	0
Outros meios/não especificados	68.908,06	6,4	1	35,7

*Razão assinalada pela proporção de óbitos em um grupo de 1.000 pessoas que atentaram contra a própria vida
Fonte: Departamento de Informática do Ministério da Saúde, 2014

Com relação aos gastos associados às hospitalizações por tentativas de autoextermínio, observou-se maior proporção de custos distribuídos entre as variáveis cujas internações apresentaram maior frequência relativa (homens, adultos, intoxicação exógena). No entanto, na distribuição dos valores médios de

internação por série temporal, observa-se grande elevação nos valores de internações de idosos e valores oscilantes nos demais itens. O maior valor pago por internação ocorreu entre 2008 e 2012, relacionado à internação ocasionada por um atentado utilizando-se arma de fogo (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos valores médios (R\$) de internação por suicídio por período, sexo, faixa etária e categoria de causas. Uberaba, Minas Gerais, 2014

Variáveis	1998 - 2002	2003 - 2007	2008 - 2012
Sexo			
Masculino	463,05	1.144,84	1.757,48
Feminino	457,41	1.068,97	1.107,77
Faixa etária			
0-19 anos	267,32	613,69	605,59
20-59 anos	470,34	956,95	1.201,91
60 + anos	366,37	1.678,78	3.077,07
Categorias de causas			
Intoxicação exógena	608,36	642,94	566,2

Enforcamento, estrangulamento	1.462,82	2.095,61	572,5
Afogamento, submersão	463,25	0,00	426,7
Arma de fogo	711,51	706,71	3.467,80
Explosivos, fogo e fumaça	2.158,75	2.283,75	1.886,48
Gás, vapor e objetos quentes	0,00	2.597,89	370,09
Objeto cortante ou contundente	574,76	795,48	1.750,89
Precipitação de altura	148,66	964,84	231,65
Precipitação em movimento	196,44	751,83	0,00
Outros meios não especificados	722,16	403,74	0,00

Fonte: Departamento de Informática do Ministério da Saúde, 2014

DISCUSSÃO

A série histórica de suicídio apresentada e segundo grupo etário oferece importante visualização em relação às diferenciações da mortalidade por sexo, evidenciando predomínio em sua ocorrência em adultos do sexo masculino, situação que se pode verificar na maioria dos países. Acrescentar a esses dados informações relevantes, como número de internações, média de permanência e gastos, proporcionam uma análise real da importância em se trabalhar uma proposta para reduzir a violência autodirigida, no mundo, já que estudos econômicos associados ao suicídio mostram que os custos com essa causa estão na ordem dos bilhões de euros.⁹

Com relação à análise de dados do estudo, na Europa, na América do Norte e na maioria dos países para os quais existem dados disponíveis, as taxas de suicídio aumentam progressivamente dos grupos mais jovens para os mais idosos. Cerca de 50% dos suicídios ocorrem após os 64

anos, com relativa estabilidade no sexo masculino.¹⁰

Em estudo que analisou as internações hospitalares e óbitos por suicídio, no Brasil, entre 1998 e 2007, identificaram-se 77.648 óbitos e 102.031 hospitalizações, além de gastos superiores a R\$35 milhões por essas causas. O sexo masculino prevaleceu na mortalidade (79,25%), morbidade (61,42%) e custos (cerca de R\$ 22 mi). Os idosos, brancos, solteiros, com até 7 anos de estudo, são os que mais morreram por essa causa; enquanto a maior prevalência de hospitalizações encontra-se entre 30 e 39 anos (9,87/100 mil hab). Quanto às causas, identificou-se a maioria dos óbitos por enforcamentos (51,40%) e de internações por intoxicações exógenas (69,00%).⁷

Os métodos utilizados por quem pensa em suicidar dependem muitas vezes da disponibilidade dos meios. Meios letais de acesso fácil, como os pesticidas, armas de fogo e medicamentos, ou locais e edifícios potencialmente perigosos não

protegidos, aumentam a probabilidade de suicídio.¹¹

A ingestão de medicamentos em excesso representa uma das formas mais frequentes de suicídio, especialmente entre as mulheres e os idosos. Nos EUA, os medicamentos mais frequentemente utilizados na consumação do suicídio são os analgésicos opioides e os psicofármacos. Em Portugal, a sobredosagem de psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos) representa um dos meios mais utilizados na modificação de comportamentos e atos suicidas, sobretudo pelas mulheres.¹⁰ No Brasil, um estudo realizado no Paraná, com pacientes que tentaram suicídio com uso de medicações (n=206), também foi observado maior incidência em mulheres (71,9%) na faixa etária de 20 a 25 anos e com maior prevalência na utilização de tranquilizantes (25,5%), antidepressivos (17%) e anticonvulsivantes (15%).¹²

De acordo com estudo realizado no Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2003, o autor destaca o potencial tóxico dos antidepressivos no número de óbitos e dias de hospitalização, relacionando a alta incidência desses casos à prescrição indiscriminada do mesmo, para várias doenças e ao fácil acesso devido ao baixo custo e à distribuição pelo sistema público de saúde. Torna-se, pois, necessário adotar

medidas destinadas a reduzir a prescrição e o consumo crônico desses psicofármacos.¹³

Dados semelhantes também foram encontrados em outro estudo, comprovando que o envenenamento foi o meio mais utilizado nos casos de tentativas de suicídio entre mulheres, enquanto entre os homens foi o enforcamento.¹⁴

Mais de 40% dos pacientes que tentam suicídio por autointoxicação necessitaram de hospitalização, na sua maioria para o monitoramento diagnóstico e devido a complicações clínicas, como pneumonite química aspirativa. Não houve diferenças estatísticas significativas entre os gêneros em relação à faixa etária e hospitalização ($p>0,05$), sendo a média de idade dos pacientes de 27 anos (desvio-padrão – $dp=5,81$) e de dias de hospitalização igual a 3 ($dp=3,15$; mínimo 1 dia e máximo 26 dias).¹⁵

Sabe-se que os gastos do Ministério da Saúde com internações por causas externas têm maior custo/dia e menor média de permanência do que as internações por causas naturais. No Estado de São Paulo, em 2003, o suicídio e tentativas, foram responsáveis pelas maiores taxas de internações por causas externas. Estudo permitiu identificar elevado gasto médio de internação devido a intoxicações (R\$1.106,96), valor que é maior inclusive quando comparado com

gastos médios de internações devido a traumatismo craniano (R\$1.064,77), o que reforça a importância de estudar esse tema. Neste estudo, todas as internações pelo SUS por causas externas que evoluíram para óbito tiveram o dobro do gasto médio daquelas que saíram por alta hospitalar.¹⁶

Estudo realizado em um estado norte-americano, sobre prevenção do suicídio, avaliou a relação custo/eficácia das ações em pessoas que já tentaram suicídio, sendo que o custo das tentativas de recuperação ficou em torno de U\$318.000, já com um investimento total de, aproximadamente, 6,36 milhões dólares.¹⁷

Tendo em vista a prevenção desse agravado, a remoção ou controle dos meios habitualmente usados para cometer suicídio têm sido eficazes em vários países. Medidas como alterações legislativas, visando maior controle no uso de armas, restrição ao uso e manuseamento de pesticidas, destoxificação do gás de uso doméstico, restrições ao consumo e venda de barbitúricos e outras drogas, alterações nas embalagens de analgésicos para uma “apresentação em *blisters*”, uso obrigatório de conversores catalíticos nos motores dos veículos, construção de barreiras em locais públicos usados para precipitação e uso de antidepressivos menos tóxicos são alguns destaques que estão sendo implantados

com vistas a diminuir as taxas de suicídio.¹⁸

A falta de conhecimento sobre causas e fatores de risco para o comportamento suicida podem limitar a procura de ajuda. A mídia pode desempenhar papel importante no desenvolvimento de estratégias formativas e de divulgação do conhecimento. Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou em 2006, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que visa reduzir as taxas de suicídios e os danos associados com esses tipos de comportamentos, com transmissão de informações que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontram sob risco suicida, para que possam ser trabalhadas medidas de prevenção a esse agravado.⁶

Há de se reconhecer, entretanto, que a verdadeira dimensão do fenômeno é desconhecida, uma vez que a morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política. Sobrepondo a isso, a confirmação de um suicídio nem sempre é evidente, uma vez que existem muitas mortes de etiologia equívoca, cujo diagnóstico diferencial

exige recursos e dispositivos nem sempre disponíveis, o que explica a diversidade dos procedimentos médicos, médico-legais e administrativos, adotados em vários países.¹⁸

Publicação da OMS em documento intitulado *Public health action for the prevention of suicide: a framework* – no qual enfatiza a disponibilidade e o acesso aos recursos humanos e financeiros são fundamentais para formular e implementar estratégia de prevenção do suicídio, devendo haver empenho dos líderes nacionais e regionais, relativamente a essas questões, o que pode ser comprovado em estudo norte-americano que destaca que a redução do apoio governamental está associada ao acréscimo nas taxas de suicídio, evidenciando que, mesmo com apreciáveis diferenças socioculturais, a utilização de recursos de proteção social fez a diferença.¹⁹ Quanto aos programas de apoio familiar em vítimas de crise, em estudo europeu, conclui-se que por cada 10 dólares investidos por pessoa afetada se dá uma redução de 0,038% na taxa de suicídio, ou seja, é necessário intensificar o foco na prevenção do suicídio para que se possa diminuir o ônus que está sendo gerado.²⁰

CONCLUSÃO

Os dados mostram, com relação às tentativas de suicídio ocorridas em um hospital público de ensino, associação entre o sexo e o método utilizado para cometer o suicídio. Os homens, no geral, optam por métodos mais letais (enforcamento/estrangulamento e uso de armas de fogo), enquanto para a população feminina merecem destaque as intoxicações exógenas. Observa-se, também, uma evolução temporal do número de internações por suicídio, com maior taxa de mortalidade entre as mulheres, e grande elevação nos valores de internações de idosos associados às hospitalizações por tentativas de autoextermínio.

A violência apresenta-se no panorama nacional como questão de grande impacto em âmbito social e de saúde pública. Vale ressaltar, nesse contexto, a complexidade da violência autoinfligida e as dificuldades sociais para a abordagem explicitada por essa temática, em decorrência da estigmatização dos sujeitos e familiares envolvidos nesse processo.

A realização de pesquisas epidemiológicas adequadas para a compreensão ampliada dessa temática tem influenciado o desenvolvimento de estratégias para prevenção e adequação dos serviços de saúde, para lidar com o

problema. Além disso, destaca-se que a vulnerabilidade ao suicídio é marcante e o conhecimento dos fatores que influenciam essa prática é imprescindível para que meios efetivos de prevenção possam ser executados, além de servir como alerta aos profissionais de saúde para atendimento mais eficiente a essa população.

A principal motivação para a realização de pesquisas epidemiológicas desse tipo, em nível municipal, é a necessidade de alertar os gestores públicos e a sociedade sobre a realidade local, trazendo argumentos para que se possa refletir e debater essa importante temática, já que é um tipo de padecimento pouco mensurado e pouco avaliado do ponto de vista social. Ao se confirmarem ou refutarem os dados de estudos mais amplos existentes na literatura, é possível desencadear discussões e estratégias mais efetivas para a elaboração de políticas públicas com foco na prevenção e adequação dos serviços de saúde para lidar com esse relevante problema de saúde pública, de alta prevalência na sociedade.

Este trabalho permitiu caracterizar o perfil de pacientes em internações por tentativa de suicídios, fornecendo informações importantes para o conhecimento desse agravo, como gastos governamentais dessas internações, subsidiando, assim, o planejamento de

políticas, prevenção e proteção efetivas, com ações multidisciplinares e transdisciplinares, fundamentais para a redução do impacto desse agravo na população.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44:750-7.
2. Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Ver Bras Psiquiatr*. 2005; 27:131-4.
3. Filho JGB, Werneck GL, Almeida RLF, Oliveira MIV, Magalhães FB. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28:833-844.
4. Vidal CEL, Gontijo ECM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29:175-187.
5. Rouquayrol MZ. Secretaria de Saúde de Fortaleza. Epidemiologia do suicídio. *Boletim de Saúde de Fortaleza*. 2009; 13:1-26.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília (DF): Unicamp, Opas, 2006. [citado 2015 jun 02]. 76p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
7. Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA. Impact of morbi-mortality and expenses with suicide in Brazil from 1998 to 2007. *Rev pesqui cuid fundam*. (Online) 2012; 4:3033-42.
8. Melione LPR, Mello-Jorge MHP. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São

José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:1814-24.

9. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial da Saúde*, 2013. Pesquisa para Cobertura Universal da Saúde. Genebra, 2013.169p.

10. Veiga A, Saraiva C. Age patterns of suicide: identification and characterization of european clusters and trends. *Crisis*. 2003; 24:56-67.

11. BRASIL. Portaria n.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), 14 ago. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html.

12. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:1366-72.

13. Fernandes G, Palvo F, Pinton FA, Dourado DAN, Mendes CAC. Impacto das intoxicações por antidepressivos tricíclicos comparados aos deprimidos do “sistema nervoso central”. *Arq Ciênc Saúde*. 2006; 13:61-5.

14. Alves VM, Silva AMS, Magalhaes APN, Andrade TG, Faro AC. Suicide

attempts in a emergency hospital. *Arq Neuropsiquiatria*. 2014; 72:123-8.

15. Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27:285-9.

16. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7:228-38.

17. Whitmer DA, Woods DL. Cost Effectiveness of a Suicide Barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis*. 2013; 34:98-106.

18. Portugal. Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio 2013/2017*. Programa Nacional para Saúde Mental. Lisboa, 2013. 105p.

19. World Health Organization (WHO). *Public health action for the prevention of suicide: a framework* [Internet]. Geneva (SW), 2012 [cited 2014 Jul 12]. 26p. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.

20. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis *Lancet*. 2009; 374:315-23.

Artigo recebido em 30/03/2015.

Aprovado para publicação em 30/09/2015.