

Tentativas de suicídio atendidas em um hospital de trauma em Curitiba-PR

Suicide attempts treated at a trauma hospital in Curitiba-PR

Luísa Zanatelli Brasil Bastos¹, Gabrielle Foppa², Bianca Aymone da Silva³
Bianca Scolaro Stasievski⁴, Cristina Terumi Okamoto⁵, Renato Nishihara⁶

RESUMO

Introdução: O objetivo do nosso estudo foi investigar os fatores epidemiológicos envolvidos nas tentativas de suicídio atendidas em um hospital de trauma em Curitiba-PR entre janeiro de 2014 a dezembro de 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo realizado com base na avaliação de fichas de notificação obrigatória e banco de dados do hospital. Foram incluídos pacientes atendidos por tentativas de suicídio, maiores de 18 anos atendidos num período de 48 meses. Foram analisados dados como sexo, idade, estado civil, meio de agressão, natureza da lesão, reincidência da tentativa e desfecho. 283 pacientes foram incluídos no estudo e analisados comparativamente ao perfil característico descrito na literatura. **Resultados:** Observou-se no período estudado um constante crescimento no número das tentativas, significativamente maior no sexo feminino. Apesar desse aumento em mulheres, houve predomínio de pacientes do sexo masculino 1,3:1 ($p < 0,005$). A idade média foi de $34,6 \pm 13,25$ anos e não apresentou diferença significativa entre os sexos. De modo geral, o principal meio utilizado foi objeto perfurocortante (32,8%), seguido por intoxicação (31,8%), homens utilizaram mais objetos cortantes e mulheres envenenamento. Do total de pacientes, 9 (3,2%) foram a óbito obtendo-se uma relação suicídios-tentativas de suicídio de 1:31. **Conclusão:** O perfil do paciente que tenta suicídio mudou em comparação a estudos anteriores. Embora o número de homens permaneça superior, o número de mulheres está crescendo. O aumento nos índices sugere que há necessidade de melhora das políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Tentativa de suicídio, serviços médicos de emergência, centros de traumatologia

ABSTRACT

Introduction: The aim of our study was to investigate the epidemiological factors involved in suicide attempts seen at a trauma hospital in Curitiba-PR between January 2014 and December 2017. **Methods:** This is a retrospective study based on the evaluation of hospital mandatory notification forms and database. Patients over 18 years of age who were seen for suicide attempts along a 48-month period were included. Data such as sex, age, marital status, means of aggression, nature of injury, recurrence of attempt, and outcome were analyzed. A total of 283 patients were included in the study and analyzed against the characteristic profile described in the literature. **Results:** During the study period, there was a constant increase in the number of attempts, significantly higher in females. Despite this increase in women, there was a predominance (1.3:1) of male patients ($p < 0.005$). The mean age was 34.6 ± 13.25 years and there was no significant gender difference. In general, the main means used was sharp objects (32.8%), followed by intoxication (31.8%), men used more sharp objects, while women, poisoning. Of the total number of patients, 9 (3.2%) died, with a suicides-attempts ratio of 1:31. **Conclusion:** The profile of the suicide attempt patient has changed compared to previous studies. While the number of men remains higher, the number of women is growing. The increase in indices suggests that public policies should be improved.

KEYWORDS: Suicide attempt, emergency medical services, trauma centers

¹ Médica pela Universidade Positivo, residente em Cirurgia geral no Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná

² Médica pela Universidade Positivo, Residente em Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

³ Médica pela Universidade Positivo, Residente em Pediatria pelo Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná

⁴ Médica pela Universidade Positivo, Residente de Radiologia e diagnóstico por imagem na Santa Casa de Curitiba

⁵ PhD, Professora da Universidade Positivo, Departamento de Medicina, Curitiba, Paraná

⁶ PhD, Professor da Universidade Positivo, Departamento de Medicina, Curitiba, Paraná

INTRODUÇÃO

Suicídio é um fenômeno psicossocial complexo, uma vez que envolve não somente a pessoa que o comete, mas todo o meio em que esse indivíduo está inserido, sendo considerado um problema de saúde e de cunho social (1,2). A OMS (Organização Mundial de Saúde) tem relatado um aumento nos índices de suicídio no mundo, sendo hoje a segunda principal causa de morte em indivíduos adultos-jovens. Estima-se que para cada pessoa que se suicida, existem, pelo menos, outras vinte que atentam contra a vida (3). A maioria dos casos costuma estar associada a transtornos mentais, mais comumente depressão, transtorno bipolar, etilismo e uso de drogas. Também é importante considerar que um paciente que atentou contra a própria vida uma vez tem maior risco de reincidir nessa tentativa (4,5). Estima-se que de 30% a 60% dos pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de suicídio já são reincidentes na tentativa e que 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano (6).

No Brasil, estima-se cerca de 5 suicídios para cada 100 mil habitantes, e o perfil desses indivíduos compreende homens entre 15 e 34 anos, divorciados, solteiros ou viúvos, que utilizam o enforcamento como principal meio. Já as tentativas de suicídio envolvem pessoas da mesma faixa etária e estado civil, porém, em sua maioria mulheres, se diferenciando no meio de tentativa de acordo com o gênero (5,7). Além disso, foi constatado que as mulheres cometeriam mais tentativas de suicídio que os homens, mas quando efetivado, essas variáveis se invertem, principalmente na faixa etária de menores de 21 anos e maiores de 60 anos. Quando constatado o meio utilizado, o enforcamento atingiu 48,9% dos registros (8). As tentativas de suicídio são de notificação obrigatória. Considera-se que, para cada tentativa documentada, existem outras quatro não registradas; seja por serem de baixa gravidade e não buscarem atendimento hospitalar ou por não serem apontadas como tentativas de suicídio no momento da admissão (5,9,10).

Os crescentes índices de óbitos autoprovocados fizeram com que, no ano de 2006, o MS lançasse a estratégia nacional de prevenção ao suicídio. Essa medida envolve desde a qualificação da equipe para oferecer cuidados integrais ao paciente em risco de suicídio, informação e sensibilização da sociedade quanto ao tema, e até um intercâmbio de informações entre diferentes níveis de saúde (4,11,12).

Levando-se em conta que nos últimos dez anos, com a ascensão de novas tecnologias, mudança de hábitos de vida, nova geração e, conseqüentemente, idealizações diferentes, possam ter ocorrido mudanças no quadro epidemiológico e no perfil do suicida. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar o perfil clínico-demográfico do paciente adulto que realizou tentativa de suicídio e que foi atendido em um pronto socorro na cidade de Curitiba/PR, no período entre janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2017.

Este estudo visou a investigar os fatores epidemiológicos envolvidos nas ocorrências de tentativa de suicídio

entre os anos de 2014 e 2017 atendidos no pronto-socorro de um hospital de trauma na cidade de Curitiba/PR.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo com base em fichas de Notificação obrigatória de Agravos Interpessoais/autoprovocados e banco de dados das tentativas de suicídio atendidas no Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador (PS-HT), situado em Curitiba/PR, que é centro de referência em trauma. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição sob o parecer número 2.786.113, CAAE número 69012317.8.0000.5225. Foram incluídos no estudo pacientes atendidos no Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador (PS-HT) por tentativa de suicídio no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2017, maiores de 18 anos e com pelo menos 75% dos dados completos na base de dados. Foram excluídos aqueles que não cumpriram os critérios de inclusão.

Os dados coletados foram divididos entre dados demográficos e dados sobre a forma da tentativa. Entre os dados demográficos, tem-se idade, sexo, raça/cor, município de residência, estado civil e orientação sexual. Dos dados sobre a tentativa em si, foram observados: ano da ocorrência, período de atendimento, hora e local da ocorrência, se paciente era gestante, possuía algum tipo de deficiência e qual tipo, a reincidência da ocorrência, a motivação da tentativa, meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo atingida, encaminhamento e desfecho da ocorrência.

A análise estatística foi feita com o auxílio do programa Graph Pad Prism 5.0. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio-padrão e comparadas com os testes t e Mann-Whitney, conforme apropriado. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e comparadas com o teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado. Valores de p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017, foram atendidos 328 casos de tentativa de suicídio atendidos no hospital, sendo que 45 (13,7%) eram menores de idade e foram excluídos do estudo. Sendo assim, um total de 283 casos foi incluído, totalizando uma média de 5,9 casos de tentativa de suicídio em maiores de idade atendidos por mês estudado.

Como pode ser visualizado na Figura 1, entre os anos de 2014 e 2015 ocorreu um aumento significativo entre os casos de tentativa de suicídio registrados ($p = 0,0007$), passando de 44 casos para 72 casos em 2015, mantendo com 71 casos em 2016 e 96 casos em 2017. No período de quatro anos, observou-se um aumento de 118% no número de casos de suicídio atendidos pelo serviço na mesma região (aumento de 44 casos em 2014 para 96 casos em 2017).

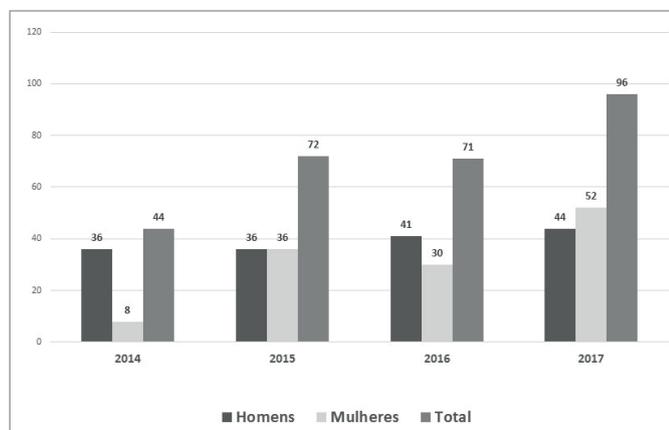


Figura 1 - Número de tentativas de suicídio por sexo e ano.

Na Tabela 1, pode-se visualizar os dados sociodemográficos dos casos estudados. Os dados de escolaridade e orientação sexual estavam em branco na ficha de notificação em 63,9% e 49,5%, respectivamente, impossibilitando análise estatística.

Quanto ao sexo, foi verificado predomínio de casos entre os homens ($n=157$; 55,5%) em relação às mulheres ($n=126$; 44,5%; $p=0,011$). No entanto, constatou-se aumento significativo no número de tentativas de suicídio em mulheres no período analisado de 8 para 52 casos ($p=0,0031$), que foi maior que o observado entre os homens, os quais apresentaram aumento de 36 para 44 casos. Entre os casos do sexo feminino, em 14 casos a mulher estava grávida na tentativa (11,1% dos casos do sexo feminino).

O maior número de casos ocorreu entre as idades de 20 e 40 anos, porém sem diferença significativa entre as idades no geral, nem na idade entre os sexos ($p=0,77$). Comparando a média de idades na tentativa de suicídio entre os sexos, a idade foi semelhante entre homens e mulheres, sendo a média geral de idade de $34,6 \pm 13,25$ anos.

Somente em 166 casos (58,6%) constavam os dados sobre a presença de transtorno mental ou deficiência. Desses, em 61 casos (21,5%), observou-se algum tipo de transtorno mental e em 4 casos (1,4%), algum tipo de deficiência.

O local das tentativas de suicídio mais relatado (Tabela 1) foi a própria residência (79,8%). Em três casos, a tentativa de suicídio aconteceu durante o internamento hospitalar.

Dos casos analisados, 35,7% apresentaram a primeira tentativa, e 37,5% dos casos configuravam reincidência. Homens reincidiram mais que mulheres (56,6% dos casos), porém sem ser significativo ($p=0,83$). Também não foi observada diferença significativa na idade dos que recidivaram ($p=0,33$). Dos 61 pacientes que apresentavam reincidência na tentativa, 38 (62,2%) apresentavam algum tipo de transtorno mental, sendo que esse grupo possui risco significativo ($p=0,011$) quase três vezes maior de tentar novamente (OR=2,7; IC 95% = 1,7-5,6).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes estudados ($n=283$)

Dados sociodemográficos	n (%)
Ano da Ocorrência	
2014	44 (15,6)
2015	72 (25,4) * $p=0,0007$
2016	71 (25,1)
2017	96 (33,9)
Sexo	
Masculino	157 (55,5) ** $p=0,011$
Feminino	126 (44,5)
Idade (média e desvio-padrão)	
Sexo Masculino	$34,5 \pm 13,20$
Sexo Feminino	$34,8 \pm 13,37$
Geral	$34,6 \pm 13,25$
Sexualidade	
Heterossexual	134 (47,3)
Homossexual	9 (3,2)
Ignorado	140 (49,5)
Raça/Cor	
Branca	204 (72,1)
Negra	3 (1,1)
Parda	53 (18,7)
Ignorado	23 (8,1)
Gestantes	
Sim	14 (4,9)
Não	100 (35,3)
Não se aplica	159 (56,2)
Ignorado	10 (3,6)
Estado Civil	
Casado	105 (37,1)
Solteiro	68 (24)
Viúvo	4 (1,4) # $p=0,87$
Divorciado	35 (12,4)
Ignorado	71 (25,1)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	31 (10,9)
Ensino Médio	43 (15,2)
Ensino Superior	23 (8,2)
Analfabeto	5 (1,8)
Ignorado	181 (63,9)
Hora da Ocorrência	
Manhã	75 (26,5)
Tarde	92 (32,5)
Noite	44 (15,5)
Madrugada	32 (11,3)
Ignorado	40 (14,2)
Local da Ocorrência	
Residência	226 (79,8)
Via Pública	29 (10,2)
Ignorado	17 (6,2)
Intra-hospitalar	3 (1)
Outros	8 (2,8)
Uso de Substâncias	
Álcool	14 (4,9)
Drogas	14 (4,9)
Ambos	10 (3,5)
Transtorno Mental/Deficiência	
Transtorno mental	61 (21,5)
Qualquer tipo de deficiência	4 (1,4)
Não apresenta	101 (35,8)
Ignorado	117 (41,3)
Reincidente na Tentativa de Suicídio	
Sim	106 (37,5)
Não	101 (35,7)
Ignorado	76 (26,8)

* Comparação entre os anos de 2014 e 2015.

** Comparação entre os sexos.

Comparação entre estado civil.

Na Tabela 2, pode-se verificar o meio de autoagressão empregado na tentativa de suicídio. A prevalência do uso de envenenamento ou intoxicação no sexo feminino foi significativamente maior em relação ao sexo masculino ($p = 0,00012$; OR = 2,7 IC:1,6-4,6). Já o uso de objeto perfurocortante ($p=0,0028$; OR=2,1; IC:1,3-3,5) e o enforcamento ($p=0,00046$; OR=3,7; IC:1,7-8,1) foram significativamente maiores no sexo masculino que no sexo feminino. O uso de arma de fogo não teve diferença significativa entre os sexos ($p=0,35$)

Entre os pacientes atendidos, 209 (73,8%) tiveram alta, 19 (6,7%) evadiram do hospital, em 9 (3,2%) casos o paciente foi a óbito. Em 46 (16,3%) casos, esse dado foi ignorado na ficha de notificação. A relação de tentativas para consumação do suicídio foi de 31:1. Entre os pacientes que receberam alta, 191 (67,5%) foram encaminhados para a rede de assistência à saúde mental, 11 (3,9%) foram encaminhados para a rede de assistência social, 1 (0,3%) foi encaminhado ao Conselho do Idoso, 2 (0,7%), à Rede de Atendimento à Mulher, 4 (1,4%) tiveram alta sem encaminhamento e em 19 (6,7%) casos, o paciente evadiu do hospital. Em 46 (16,3%) registros, esse dado foi ignorado.

No total, observaram-se 9 (3,2%) casos em que o paciente foi a óbito, sendo tal desfecho significativamente maior no sexo masculino (8 casos) do que no sexo feminino ($p=0,046$; OR=6,7; IC: 0,8-54). A idade média foi de $43,2 \pm 13,16$ anos, ocorrendo na maioria dos casos em residência. O meio de agressão utilizado foi arma de fogo em 3/9 casos e envenenamento em 3/9 casos, e 2/9 utilizaram enforcamento. Entre esses indivíduos, 3/9 tinham transtorno mental diagnosticado.

DISCUSSÃO

O nosso estudo apresenta dados que permitem observar uma mudança do perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em comparação a estudos realizados nos anos anteriores. Adicionalmente, percebeu-se que o preenchimento incompleto das fichas dificulta a identificação das possíveis vítimas pelos serviços de planejamento da saúde e a implementação de ações que mudem o quadro atual das tentativas de suicídio.

Nos quatro anos estudados, ocorreu um aumento significativo do número de tentativas de suicídio. Entre 2014 e 2017, houve acréscimo de 118%, sendo 550% no sexo feminino e 22% no sexo masculino. No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2017), no período entre 2011 e 2016, constatou-se um aumento de 209,5% dos casos no sexo feminino e 194,7% no sexo masculino (10). As mulheres são mais propensas a vivenciar experiências como violência física, mental ou abuso sexual, e isso é associado com maiores taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio (31). Embora a incidência tenha sido maior no sexo masculino ($p=0,011$), houve aumento significativo ($p=0,0031$) no número de tentativas de suicídio por mulheres no período observado.

Enquanto outros autores enfatizaram o estado civil como um fator predisponente ao suicídio (14,15), os resultados encontrados demonstram não haver influência significativa ($p=0,87$). Uma justificativa para essa afirmação pode ser a constante ascensão da tecnologia e das redes sociais, fazendo com que as pessoas, mesmo estando sozinhas, estejam em constante contato com alguém.

Entre os dados mais ignorados, encontram-se orientação sexual e escolaridade, o que resulta na exclusão da identificação do risco de suicídio em dois grupos sociais potencialmente de maior vulnerabilidade. Infelizmente, o não preenchimento correto das fichas impossibilitou a análise desses dados.

Quanto à idade, o maior número de casos foi observado entre 20 e 40 anos, o que já era sugerido em estudos prévios na literatura, porém sem diferença significativa ($p=0,77$) entre as idades comparando sexo masculino e feminino (3,4). Em relação aos idosos, grupo etário que corresponde ao segundo pico de idade no qual mais se comete suicídio (14,16), foram identificados onze casos (3,8%) durante os quatro anos observados.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro entre os anos de 2001 e 2002, 15% dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio faziam uso de álcool e 11% usavam drogas ilícitas (17). Essas taxas são maiores do que as obtidas no presente estudo. O mesmo estudo apontava que em 62% dos casos os pacientes referiam atendimento prévio em serviços de

Tabela 2 - Meio de agressão das tentativas de suicídio atendidas no PS-HT nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

Meio de Agressão	Sexo Masculino n = 157(%)	Sexo Feminino n = 126 (%)	Total de Casos n = 283
Objeto perfurocortante	59 (37,6)	36 (28,6)	96 (33,9)
Envenenamento/Intoxicação	33 (21,1)	57 (45,2)	92 (32,5)
Enforcamento	35 (22,3)	9 (7,1)	44 (15,6)
Arma de fogo	8 (5,1)	3 (2,4)	11 (3,9)
Queda de Outro Nível	7 (4,4)	8 (6,3)	15 (5,3)
Envolvendo Veículos auto	6 (3,8)	6 (4,8)	12 (4,2)
Associação de Meios	6 (3,8)	6 (4,8)	12 (4,2)
Força corporal	1 (1,3)	0 (-)	1 (0,4)

saúde mental, e 3% apresentavam algum tipo de deficiência física (17). Em nosso estudo, apenas 21,5% dos casos relataram possuir algum tipo de transtorno mental e em 1,4% dos casos qualquer tipo de deficiência. Entretanto, nos casos que reincidiram, o grupo com transtorno mental apresentou risco significativo ($p=0,011$) quase três vezes maior de tentar novamente.

Entre os 283 casos analisados, o local mais comum de ocorrência foi a residência, sendo aqui importante atentar para o fato de que três tentativas ocorreram no meio intra-hospitalar por pacientes internados. Segundo Tseng *et al.* (2011), pacientes internados têm risco 8,25 vezes maior de morte por suicídio (18). Dhossche (2001) demonstra que esse risco é três vezes maior (19). Ainda, Lovisi *et al.* (2009) descrevem que o ambiente hospitalar foi o segundo local mais frequente das tentativas, (26,1%), ficando atrás somente do local da própria residência (50%) (20).

Observamos no presente estudo que os casos de recidiva dobraram em todos os anos subsequentes, não podendo se atribuir um único motivo para esse crescimento, visto que o suicídio apresenta causa multifatorial. Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria, em cartilha publicada em 2014, aqueles com história prévia de tentativa de suicídio tinham cinco a seis vezes mais chances de tentar o suicídio novamente (14). Nos casos notificados no presente estudo, as características mais encontradas no paciente recidente na tentativa de suicídio são: sexo masculino, heterossexual, média de 34 anos, não casados, com transtorno bipolar, após ter tido discussão com outra pessoa, por meio de envenenamento/intoxicação e localizado na própria residência. Esse fato pode ser prevenido com o devido encaminhamento do paciente a serviços de saúde mental ou CAPS e seu acompanhamento periódico, tratamento de comorbidades, controle do acesso a medicamentos depressores do SNC, além do estabelecimento de uma rede de suporte entre os familiares e companheiros.

Em geral, o meio de agressão mais utilizado foram os objetos perfurocortantes, seguido de envenenamento/intoxicação. Esse dado difere da literatura, que tem como principal meio de agressão o enforcamento, aparecendo aqui em terceiro lugar (4,8). Os homens tendem a usar meios de agressão mais violentos do que as mulheres (20,21). Neste estudo, entre os homens, o uso de objetos perfurocortantes e enforcamento foi significativo. Já no sexo feminino, o meio mais usado foi o envenenamento ou intoxicação, assim como em um estudo realizado em Alagoas (22). Uma vez que o nosso estudo foi realizado em um hospital de trauma, o aparecimento de um alto índice de meios mais violentos utilizados entre homens pode ser justificado. Dessa forma, isso nos leva a pensar que o número de casos por envenenamento/intoxicação, que foi o segundo meio mais utilizado, tratado como emergência clínica, possa estar subestimado.

De acordo com alguns autores, para cada suicídio consumado, existem de 10 a 20 tentativas (23). No presente estudo, ocorreram cerca de 30 tentativas para cada suicí-

dio consumado. Os meios mais frequentemente utilizados na tentativa de suicídio foram envenenamento/intoxicação entre o sexo feminino, e objetos perfurocortantes entre os homens, caracterizando meios menos fatais entre as tentativas na população estudada. Em nove casos em que o paciente foi a óbito (3,2%), o número de homens foi maior que em mulheres, com risco quase sete vezes maior de efetivação do suicídio. Esses dados corroboram os referidos pela literatura, a qual relata que os homens conseguem consumir mais a tentativa de suicídio que as mulheres (3). Possivelmente, isso se deve ao fato de que os homens são mais propensos ao alcoolismo, terem menor crença religiosa e menor disposição a procurar ajuda para seus transtornos mentais e idealizações suicidas (3,4,8,14,20). Os meios de agressão mais utilizados nos desfechos letais foram arma de fogo e envenenamento/intoxicação com três casos cada.

A subnotificação dos dados é um aspecto relevante e crítico, pois tem como fator limitante a preferência pela não divulgação do suicídio como causa de atendimento do paciente no pronto socorro (20). Por ser um momento muito estressante, o estado clínico dos pacientes pode influenciar na coleta de dados da ficha de notificação e gerar uma preocupação em torno das informações obtidas.

Quanto à prevenção do suicídio, países como Canadá, Estados Unidos e Áustria, onde os programas de prevenção têm maior impacto na redução no índice de suicídios, aplicaram a estratégia de limitação de acesso a meios letais, como, por exemplo, a implementação de barreiras de proteção em pontes, execução de leis que dificultassem o acesso a armas de fogo e o menor teor de monóxido de carbono presentes em gases domésticos. Outras estratégias, que tiveram impacto significativo na redução das tentativas de suicídio, incluíam a preservação do contato com o paciente de risco, linhas telefônicas de prevenção ao suicídio e programas escolares (24).

O inadequado preenchimento das fichas de notificação ou a ausência de preenchimento de alguns campos foram fatores limitantes na obtenção de dados importantes para discussão no estudo e se constituíram como a principal limitação do estudo.

Adicionalmente, é possível inferir que, apesar da área de abrangência atendida pelo hospital no período dos quatro anos ter permanecido a mesma, o número de casos atendidos segue crescente, o que sugere a necessidade de novas medidas de prevenção para essa população.

CONCLUSÃO

Observou-se um aumento de 118% no número de casos entre os anos de 2014 e 2017, em uma mesma área de abrangência. Há maior taxa de tentativa de suicídio em homens, ainda que o aumento do número de casos tenha sido maior no sexo feminino. Entre os meios de agressão, os homens utilizam mais objeto perfurocortante e enfor-

camento, enquanto as mulheres utilizam mais envenenamento ou intoxicação. O desfecho de morte foi cerca de sete vezes mais frequente no sexo masculino. A presença de transtorno mental foi associada a uma maior taxa de recidiva. Há necessidade de melhor preenchimento das fichas de notificação, uma vez que possuíam muitos dados ignorados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores declaram não ter nenhum tipo de conflito de interesses.

O estudo não recebeu nenhum financiamento.

REFERÊNCIAS

1. D'oliveira CF, Botega NJ, Cais CFS, Stefanello S, De Souza BMF. Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio - Ministério da Saúde - Brasil 2006; v. único: 76.
2. Schlosser A, Rosa GFC, More CLOO. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas em Psicol.* 2014; 22:133-145.
3. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016. Página online. Disponível em: < <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em 15 mar. 2017.
4. Cardoso HF, Batista MN, Ventura CD, Branão EM, Padovan FD, Gomes MA. Suicídio no Brasil e na América Latina: revisão bibliométrica de dados de Redalycs. *Rev da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul* 2014; 12:42-8.
5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia-USP* 2014; 25:231-6.
6. Vidal CEL, Gontijo ECD, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica* 2013; 29:175-87.
7. Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25:2064-74.
8. Souza NR. Sobrevivendo ao suicídio - Estudo sociológico com familiares de suicidas em Curitiba. 169p. [Dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-graduação em sociologia, Setor de ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, 2005.
9. Vidal CEL, Gontijo ECD. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad Saude Colet* 2013; 21:108-14.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde 2017; 48:14. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 15 jul. 2018.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1876 de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html> Acesso em 05 jun. 2018.
12. Ramos INB, Falcão EBM. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica; *Rev Bras Educ Med* 2011; 35:507-16.
13. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA.; Horton L, Meltzer H, Pfeffer CR, Simon RI. Practice Guideline For The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *American Psychiatric Association* 2010. 184p.
14. Bertolote JM; De Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32:S87-S95.
15. Associação Brasileira de Psiquiatria/Conselho Federal de Medicina. Suicídio, informando para prevenir 2014; v. único:52. Disponível em < https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf> Acesso em 03 mai. 2018.
16. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, De Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013; *Cien Saude Colet* 2015; 20:689-99.
17. Werneck GL, Hasselman MH, Phebo LB, Viera DE, Gomes VL. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22:2201-6.
18. Tseng MM, Cheng I, Hu F. Standardized Mortality Ratio of Inpatient Suicide in a General Hospital. *J Formos Med Assoc* 2011; 110:267-9.
19. Dhossche D, Ulusarac A, Syed WA. Retrospective Study of General Hospital Patient Who Commit Suicide Shortly After Being Discharged From the Hospital. *Arch. Intern. Med* 2001;161: 991-994.
20. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31:S86-S93.
21. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998;52: 191-194, 1998.
22. Alves, VM, Da Silva MAS, De Magalhães APN, De Andrade TG, Faro ACM, Nardi AE. Suicide attempts in a emergency hospital. *Arq Neuropsiquiatr* 2014; 72:123-8.
23. De Freitas APA, Borges LM, Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estu. Pesq. Psicol* 2014; 14: 560-77.
24. Du-Roscoät, E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013; 61:363-374.

✉ Endereço para correspondência

Renato Nisihara

R. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300

80.300-320 – Curitiba/PR – Brasil

☎ (41) 3317-3213

✉ renatonisihara@gmail.com

Recebido: 29/4/2019 – Aprovado: 19/5/2019