

### 5.1 *Manuscrito 1:*

## **HOSPITALIZAÇÕES POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE [2008 – 2016]**

HOSPITALIZATION BY INTENSIONALLY SELF-INDUCED INJURIES [2008 - 2016]

Saulo Sacramento Meira<sup>1</sup>, Alba Benemérita Alves Vilela<sup>2</sup>

1 Doutorando em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: [saulo\\_meira@hotmail.com](mailto:saulo_meira@hotmail.com)

2 Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: [alba\\_vilela@hotmail.com](mailto:alba_vilela@hotmail.com)

### **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

**Autor para correspondência:** Para quem a correspondência deve ser endereçada: Saulo Sacramento Meira. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho – 45200-000 – Jequié, Bahia . Telefone: (73) 35289738. E-mail: [saulo\\_meira@hotmail.com](mailto:saulo_meira@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia-Brasil no período de 2008 à 2016. **Método:** trata-se de um estudo do tipo descritivo acerca das notificações de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde, tendo como unidade de análise as notificações de internações por lesões autoprovocadas intencionalmente. **Resultados:** Identificou-se 4.140 internações, sendo 66,5% do sexo masculino e 33,5% do sexo feminino; o maior tempo de permanência foi em idosos, com média de 3,47 dias. Houve predominância de autointoxicações voluntárias por álcool (média de 211,33 internações; DP=53,33), seguido das autointoxicações por pesticidas\produtos químicos (média de 83,44 internações; DP=7,35). A taxa de letalidade foi de 4,05, sendo para homens, 4,2 e para mulheres, 3,2. **Conclusão:** As hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia nessa série histórica ocorreram em sua maioria em homens, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante; a permanência hospitalar foi maior em idosos e a taxa de letalidade geral por suicídio foi considerada baixa para a população estudada.

**Descritores:** Violência. Agressão. Suicídio. Estatística. Brasil. Tentativa de Suicídio. Hospitais.

## INTRODUÇÃO

O comportamento suicida inclui um conjunto de ideias e\ou ações que giram em torno do autoextermínio e pode ser classificado como ideação do suicídio, que se refere à pensamentos de acabar com a própria vida; plano de suicídio, que se refere à formulação de um método específico através do qual se pretende morrer; e tentativa de suicídio, que se refere a execução de atos potencialmente prejudiciais em que há pelo menos alguma intenção de morte<sup>1</sup>.

As tentativas de suicídio são conceituadas como atos intencionais de autoagressão que não apresentam como desfecho a morte<sup>2</sup>. Os principais fatores associados são tentativas anteriores de suicídio que predisõem a progressiva letalidade do método, possuir transtornos mentais (principalmente depressão), apresentar abuso/dependência de álcool e outras drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas desfavoráveis tais como, pobreza, desemprego e baixo nível educacional<sup>3-4</sup>.

A taxa de tentativas de suicídio que terminam em hospitalização são registrados no Brasil pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH, que inclui todas as internações dentro do

Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma extensa rede de hospitais públicos e contratados em todo o país. A média nacional de cobertura do SIH/SUS é de aproximadamente 80% das internações hospitalares, com variações entre as regiões e os Estados brasileiros, em função da população usuária de planos de saúde privados<sup>5</sup>. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde na sua 10ª edição (CID-10) considera “lesão autoprovocada intencionalmente” as lesões ou o envenenamento autoinfligido intencionalmente e as tentativas de suicídio, sendo essa última subdividida em códigos referentes às causas mais específicas contempladas entre X60-X80<sup>6</sup>. Estas incluem, entre outras, autointoxicações intencionais por álcool ou por pesticidas e produtos químicos, e lesões autoprovocadas, intencionalmente por arma de fogo ou por arma branca.

A World Health Organization (WHO) estimou em 2014<sup>7</sup> que uma morte decorrente do suicídio ocorra a cada 40 segundos, e que o número de tentativas de suicídio seja ainda maior, afirmando que para cada suicídio existam pelo menos 25 tentativas. O aumento das taxas mundiais deste fenômeno e suas repercussões fizeram com que a prevenção da tentativa de suicídio fosse estabelecida pela WHO em 2006, como objetivo internacional em saúde mental<sup>8</sup>. Concretamente, no Estado da Bahia, segundo levantamento do Ministério da Saúde<sup>9</sup>, entre 2011 e 2015, 2.685 pessoas tiraram a própria vida, representando um crescimento de 7% no terceiro maior Estado do Brasil. Entre 2011 e 2016, o Brasil registrou 48.204 tentativas de suicídio, pouco mais de uma ocorrência por hora.

Os serviços de urgência e emergência são os primeiros locais onde as pessoas que tentaram suicídio recebem cuidados, por isso estudos que procurem analisar comportamentos de risco para o suicídio como identificação dos meios de perpetração, tempo de hospitalização e distribuição etária são estratégicos para o reconhecimento dos fatores que lhe estão associados. O seu conhecimento permite viabilizar ações sinérgicas através do planejamento, gerenciamento e avaliar os serviços hospitalares, contribuindo para a prevenção de novas tentativas de suicídio. Ressalta-se, ainda, o fato de que internações decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente oferecerem riscos importantes para a saúde, exigindo atenção de profissionais especializados, monitoramento contínuo e, segundo Silveira, Santos e Ferreira<sup>10</sup> demandam o uso tecnológico de alta complexidade e alto custo, gerando ônus ao sistema público de saúde.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia-Brasil, no período de 2008 à 2016.

## **MÉTODO**

Estudo observacional, do tipo descritivo, acerca das notificações de internações hospitalares no SUS, tendo como unidade de análise as notificações de internações por lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia. A fonte de dados foi o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), com dados disponíveis no portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), correspondente ao período de 2008 a 2016. Cabe ressaltar que o formulário que habilita o internamento hospitalar é a Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), como validade de 30 dias, portanto, nos casos em que o paciente permaneça por mais tempo, será gerada uma nova AIH.

As faixas etárias foram classificadas conforme recomendado pela OMS que define como adolescentes a faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos<sup>11</sup> e idosos como 60 anos ou mais<sup>12</sup>. As notificações referentes à população infantil, i.e., com idades abaixo dos 10 anos, foram excluídas deste estudo, pois a literatura aponta que suicídios em faixas etárias tão precoce são de difícil caracterização, sendo classificados na maioria das vezes como acidentais<sup>13</sup>.

Para este estudo foram selecionadas as internações que possuíam no diagnóstico primário XX e no diagnóstico secundário causas referentes aos códigos de X60 a X84 da CID-10: autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (X60–X64); autointoxicação intencional por álcool (X65); autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos (X68-X69); lesão autoprovocada intencional por arma de fogo (X72-X74); lesão autoprovocada intencional por arma branca e objetos contundentes (X78-X79); lesão autoprovocada intencional por enforcamento e estrangulamento (X70); lesão autoprovocada intencional por precipitação de lugar elevado (X80); lesão autoprovocada intencional meio não especificado (X84); e demais categorias (X66, X67, X71, X75-X77, X81-X83).

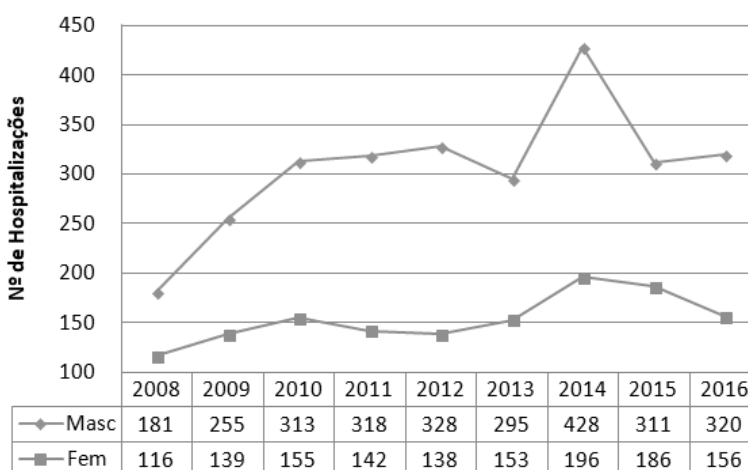
Foi calculada taxa bruta de internamento hospitalar por lesões autoprovocadas, frequência de internações por tentativa de suicídio, a média de permanência, tipo de lesão e taxa de mortalidade hospitalar. A análise dos dados deste estudo foi realizada com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24.0.

As bases de dados utilizadas são de acesso público, por meio do sítio do DATASUS, no qual existe a omissão da identificação dos indivíduos respeitando os princípios da ética na pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>14</sup>.

## RESULTADOS

Entre os anos de 2008-2016 ocorreram no Estado da Bahia – Brasil 4.140 internações no SUS (um caso por dia) decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente por pessoas maiores de dez anos, sendo 2.755 (66,5%) do sexo masculino e 1.385 (33,5%) do sexo feminino. As taxas de internações foram de 4,1 para cada 100 mil habitantes no período considerado, sendo 2,7/100 mil habitantes entre os homens e 1,3/100mil habitantes entre as mulheres. Observando a distribuição das taxas de hospitalização no decorrer dos anos, constatou-se a predominância do sexo masculino durante toda a série histórica, com pico de internações para ambos os sexos no ano de 2014 (Figura 1).

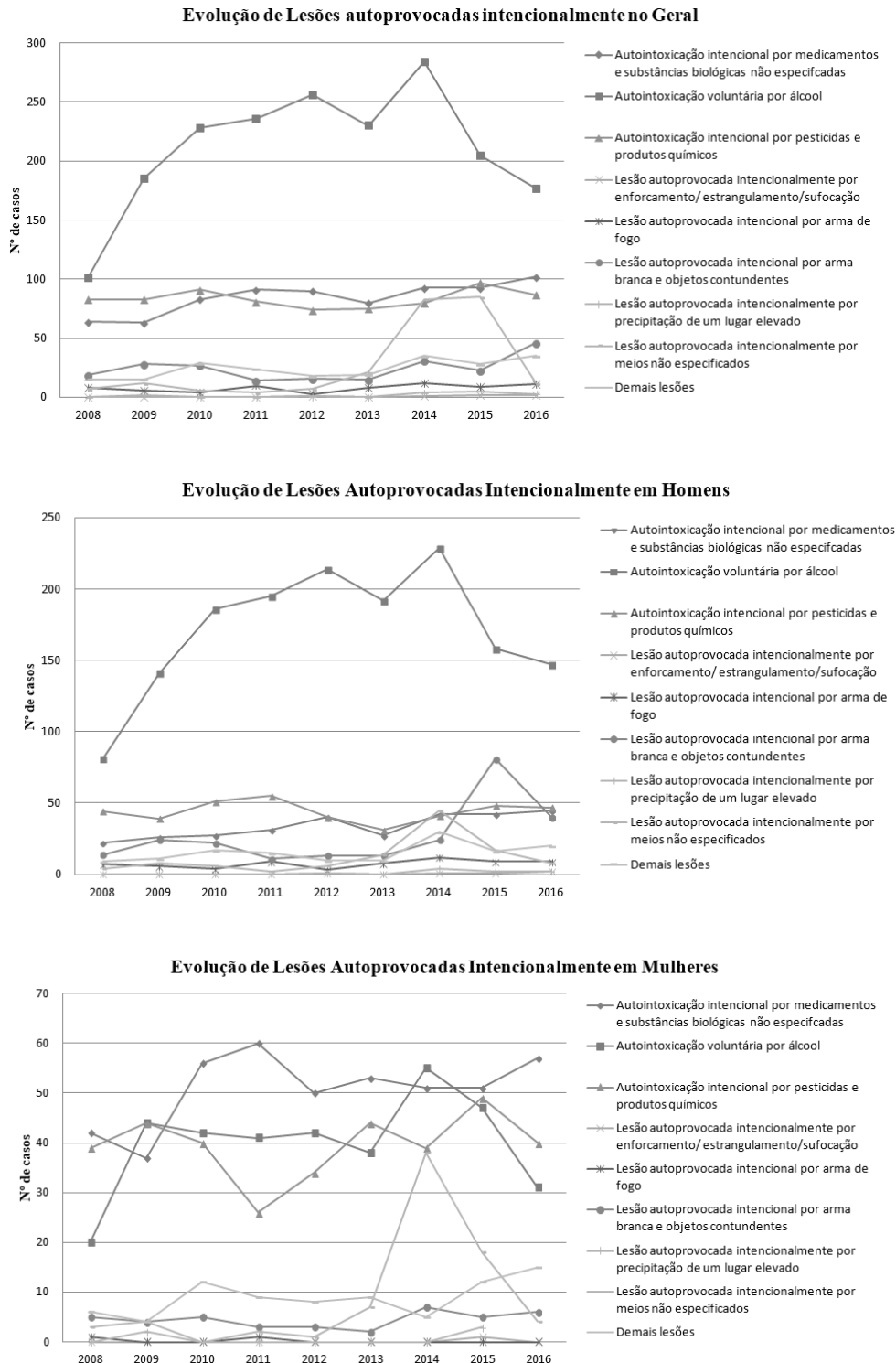
**Figura 1.** Distribuição das internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, segundo sexo e ano, para indivíduos com idades acima de dez anos. 2008-2016. Bahia, Brasil.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Na evolução temporal estudada, a autointoxicação voluntária por álcool (X65) foi responsável pela maioria das hospitalizações no Estado da Bahia. Essa frequência se manteve elevada nos homens durante todo o período, apresentando queda nos dois últimos anos, acompanhado do crescimento de lesão autoprovocada por arma branca e objetos contundentes

(X78-X79). Já nas mulheres ocorreram variações nesta evolução, sendo que as lesões mais frequentes oscilaram especialmente entre a autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (X60 a X64), autointoxicação voluntária por álcool (X65) e a autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos (X68-X69). Para os dois sexos no período estudado, as menores taxas de hospitalização se referem a lesões autoprovocadas por enforcamento e estrangulamento (X70), conforme a Figura 2.



**Figura 2.** Evolução das internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, segundo sexo. 2008-2016. Bahia, Brasil.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Em relação ao tempo de permanência hospitalar (por dia) por faixa etária, foram os idosos (60 e mais anos) que apresentaram maior tempo de internação, seguido dos adultos (20 a 59 anos) e dos adolescentes (10 a 19 anos). Acerca da estratificação por sexo, apesar da pequena variação, observou-se que os homens adolescentes apresentam maior tempo de permanência, seguido de mulheres adultas, e uma predominância da masculinização dos idosos hospitalizados na Bahia (Tabela 1).

**Tabela 1:** Média e desvio padrão (dp) da permanência hospitalar em dias por grupo etário segundo sexo por lesões autoprovocadas intencionalmente. 2008-2016. Bahia, Brasil.

<b>Média de permanência por grupo etário</b>	<b>Geral Média (dp)</b>	<b>Feminino Média (dp)</b>	<b>Masculino Média (dp)</b>
10 a 19 anos	2,92 (0,61)	2,68 (0,61)	3,12 (1,08)
20 a 59 anos	3,34 (0,38)	3,55 (0,95)	3,24 (0,24)
60 e mais anos	3,47 (0,39)	2,99 (0,73)	3,52 (0,48)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Quanto aos meios empregados, nota-se importante intencionalidade (geral e para o sexo masculino) pela autointoxicação por álcool, seguido pela autointoxicação por pesticidas e produtos químicos, acompanhado das autointoxicações por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas. No grupo das mulheres predominou a autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas, seguido da autointoxicação por álcool (Tabela 2).

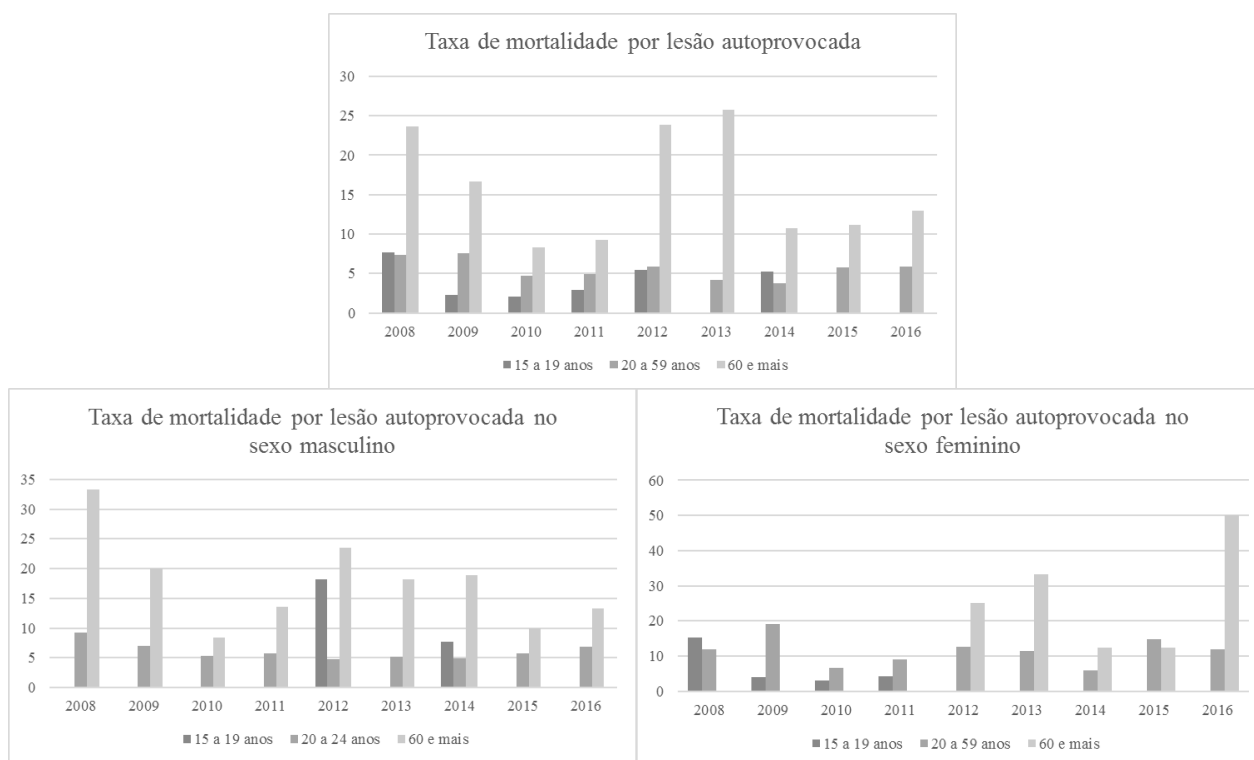
**Tabela 2:** Média e desvio padrão (dp) masculino, feminino e geral segundo meio de perpetração. 2008-2016. Bahia, Brasil

	<b>Geral</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Tipos de lesão (CID 10)</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Média (dp)</b>
Autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas	83,33 (13,36)	50,78 (7,27)	33,56 (8,65)
Autointoxicação voluntaria p/álcool	211,33 (53,15)	40,00 (9,90)	171,44 (45,00)
Autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos	83,44 (7,35)	39,44 (6,56)	44,00 (7,19)
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento	1,5 (0,57)	1,0 ( 0 )	1,25 (0,50)
Lesão autoprovocada intencional por arma de fogo	7,89 (3,06)	1,25 (0,50)	7,44 (2,79)
Lesão autoprovocada intencional por arma branca e objetos contundentes	24,33 (10,17)	4,44 (1,59)	19,89 (9,04)
Lesão autoprovocada intencional por precipitação de lugar elevado	3,00 (1,58)	2,00 (1,00)	2,25 (1,25)
Lesão autoprovocada intencional meio não especificado	20,78 (25,27)	9,63 (12,66)	12,22 (13,16)
Demais Categorias	24,33 (8,12)	8,89 (3,62)	15,33 (6,67)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS

A taxa de mortalidade hospitalar para ambos os sexos foi de 4,05, sendo para homens 4,2 e para mulheres 3,2. No que se refere aos grupos etários, observou-se maior taxa de letalidade 12,9 óbitos por mil tentativas, entre a população idosa ( $\geq 60$  anos), seguido de 5,88 dos adultos (20 a 59 anos) e de 5,26 dos adolescentes (15 a 19 anos). No que se refere à letalidade por sexo, o grupo de homens idosos apresentou maior taxa (17,67), e 11,48 para as mulheres adultas, seguido dos homens adolescentes (12,94) (Figura 3).

**Figura 3.** Evolução temporal das taxas de letalidade, segundo sexo. 2008-2016. Bahia, Brasil.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

## DISCUSSÃO

Os resultados permitiram identificar que na evolução histórica estudada as lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia ocorreram em sua maioria em homens, apresentando pico de crescimento em ambos os sexos no ano de 2014, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante; nas mulheres, o tipo de lesão mais frequente foram as intoxicações por medicamentos. A permanência hospitalar foi maior em idosos do sexo masculino e a taxa de letalidade por suicídio foi considerada baixa para população estudada.

Em relação ao predomínio de hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente em homens durante todo o período investigado em comparação com as mulheres no Estado na Bahia, estes estão em linha com os resultados encontrados em outro Estado localizado na mesma região Nordeste em 2016<sup>15</sup> identificando a maior prevalência para tentativas de suicídios em homens (62,9% tentativas; e 82,9% óbitos, respectivamente). Apesar desse comportamento de gênero divergir de outras regiões brasileiras<sup>3,13</sup> que estabelecem as maiores taxas de tentativa nas mulheres e uma maior proporção de suicídios

nos homens, esse paradoxo pode ser explicado pela íntima relação entre a escolha do método e o grau de intencionalidade da tentativa (se a pessoa realmente queria morrer). No geral, os homens que concretizam o ato suicida tendem a usar métodos para o suicídio considerados mais letais<sup>4,7</sup> (como enforcamento, atirar-se de estruturas elevadas, atropelamento ou armas de fogo), recursos que apresentaram baixas taxas durante o período investigado nessa população. Todavia, é importante a observação cautelosa das realidades econômicas e sociais específicas dos territórios que podem conduzir para comportamentos suicidas heterogêneos.

Analisando o pico de crescimento de internações para o ano de 2014 em ambos os sexos e considerando dados da série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), iniciado no ano de 2012 através do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destaca-se o agravamento das ofertas de emprego no mercado de trabalho que disseminou por todo o país nos últimos anos. Foi possível verificar como as crises política e econômica, ocorridas no Brasil, desencadearam elevados índices de desemprego nos 22 dos 27 Estados<sup>18</sup>, sendo que a taxa da média nacional de desocupação foi de 8,3% entre abril e junho, o maior nível da série em comparação entre os segundos trimestres de 2014 e de 2015. A região Nordeste apresentou crescimento do desemprego em sete dos nove Estados e a Bahia apresentou a maior taxa do país até aquele ano (acima dos 10%), sendo os setores de construção civil e serviços os mais afetados<sup>19</sup>, sugerindo a variável econômica como importante fator de risco para o comportamento suicida.

Segundo Babones<sup>20</sup>, o rendimento *per capita* dos países e a sua distribuição determina o nível de saúde dos mesmos, na medida em que defende evidências acumuladas sobre as consequências dos aspectos financeiros. Os efeitos negativos das crises econômicas sobre a saúde mental manifestam-se rapidamente, revelando-se em curto prazo (ao contrário dos efeitos sobre a saúde física que tendem a ser mais demorados no tempo), podendo ainda ser diretos ou indiretos e de natureza reversível ou irreversível<sup>21</sup>. As crises econômicas variam a distribuição de rendimentos da mesma forma que dinamizam as condições de saúde das populações, sendo potencialmente desestabilizantes.

Nesse sentido, o aumento das taxas de desemprego parece estar associado, nacional e regionalmente, com o aumento do número de suicídios. Um estudo desenvolvido na Inglaterra entre 2008 e 2010 por Barr et al.<sup>22</sup> demonstrou evidências quanto à ligação entre o aumento de suicídios e a crise econômica que se iniciou em 2008. Outra pesquisa<sup>23</sup> que buscou analisar a influência das condições econômicas, medidas através do desemprego e os efeitos dos gastos

em proteção social sobre as taxas de mortalidade em 26 países da União Europeia entre 1970 e 2008 concluiu que o aumento da taxa de desemprego está associado a um aumento no número de suicídios, e que quando não consumidos levaram ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, especialmente a depressão<sup>24</sup>. A principal explicação para estas evoluções pode estar relacionada com dificuldade em suportar altos níveis de endividamento pessoal e familiar<sup>25</sup>. O desemprego, a precariedade no trabalho e a falta de um salário mínimo influenciam negativamente a saúde. As alterações no mercado de trabalho e na regulação laboral que acompanham as situações de crise econômica aumentam as exigências cognitivas e emocionais relacionadas com o trabalho devido a problemas ligados ao stress, ansiedade e depressão<sup>26</sup>.

No que tange o consumo de álcool como principal motivo das internações nos homens, alguns estudiosos evidenciam que o consumo de substâncias psicoativas, especialmente o álcool, pode potencializar a probabilidade de tentativas de suicídio e do próprio suicídio, principalmente em indivíduos do sexo masculino<sup>27-28</sup>, o que demonstra relação direta entre o abuso dessas substâncias e o comportamento suicida. Trata-se de um hábito social estimulado, principalmente aos meninos desde o final da infância, o que demonstra a influência do grupo social para o consumo. Cardoso<sup>29</sup> ressalta uma possível associação entre o consumo excessivo esporádico de álcool “binge drinking” e a existência de comportamentos suicidários. A autora afirma que de todas as mortes por suicídio, 22% podem ser atribuídas ao álcool, o que significa que um quinto dos suicídios não ocorreria caso o álcool não fosse consumido.

O consumo excessivo de álcool e/ou abuso de outras drogas está intimamente associado à tentativa ou consumação de suicídios. De acordo com um estudo realizado entre os anos de 1980 e 2013, que analisou casos de suicídio por enforcamento e intoxicação exógena, foi detectada alcoolemia positiva em 30% dos suicídios por enforcamento (média de 1,39 g/L) e em 36% dos suicídios por intoxicação exógena (média de 1,39 g/L)<sup>27</sup>.

Para Sundin<sup>30</sup> a ideação suicida aumenta mais de três vezes o risco de tentativas de suicídio. Sabe-se que o abuso de álcool prejudica o juízo crítico e o autocontrole e que as pessoas tendem a perder a inibição, tornando-se mais impulsivas, podendo externalizar seu sofrimento psíquico por meio da tentativa de suicídio nos casos em que há predisposição para tal, sendo amplamente conhecido que indivíduos com histórico de abuso de substâncias psicoativas estão subnotificados nas estatísticas de mortalidade<sup>31-32</sup>. Ribeiro et al<sup>33</sup> acrescentam que a interação social é um elemento fundamental para a aquisição de vínculos intersubjetivos, que possibilita a aproximação de laços afetivos, sentimentos e afinidades.

Porém, quando o indivíduo se torna abusador de álcool e outras drogas, a interação social pode apresentar-se prejudicada e ocasionar dificuldades nos relacionamentos interpessoais afetando as relações sociais afetivas, contribuindo para o isolamento, importante fator de risco para o comportamento suicida.

Em relação à maior prevalência de “autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas” encontrado nas mulheres baianas, pode ser explicado segundo Abrel<sup>34</sup> que define como sendo esses, meios menos invasivos e portanto não afetam a estética corporal. Para Bertolote<sup>35</sup> trata-se de métodos suicidas mais socialmente aceitos do que são para os homens que para consumir o ato, procuram reafirmar sua virilidade. As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio declaram que a prevalência de consumo de psicotrópicos tende a ser mais frequente em mulheres<sup>36</sup>, em decorrência dessas serem mais ansiosas e possuírem uma relação médico-paciente mais frequente, o que aumenta a probabilidade de receber prescrições médicas e maior acesso a este tipo de medicamentos<sup>37-38</sup>.

Um processo educativo dos consumidores de medicamentos, que disponibilize informações suficientes e atualizadas por meio dos profissionais da saúde, prescritores e dispensadores, sobre os fármacos e seus efeitos adversos, também deve cobrir temas como: riscos da automedicação, da suspensão e troca da medicação prescrita e necessidade da receita médica, tomando como base a Política Nacional de Medicamentos. Essa seria uma estratégia importante para reduzir a prevalência do uso abusivo de psicotrópicos<sup>39</sup>.

Observou-se, também, para os sexos, elevadas taxas de autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos, dado corroborado por Monteiro et al<sup>36</sup> que constatou que o consumo de agrotóxicos tem crescido rapidamente nos países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, desde o final da década de 1980. Estados do Nordeste, com destaque para a Bahia, passaram a investir na expansão do agronegócio, estimulando o aumento da utilização em larga escala de agrotóxicos, tanto por parte das grandes empresas agrícolas como pela agricultura familiar e de subsistência. Todavia, a ineficiência de medidas de controle eficazes, acerca da comercialização e manejo das substâncias pela população o que favorece o acesso à pesticidas que poderá desencadear transtornos psiquiátricos importantes<sup>40</sup>.

Em relação ao tempo de permanência hospitalar (por dias) estratificados por faixas etárias, os idosos (60 e mais anos) apresentaram maior tempo de internação, seguido dos adultos (20 a 59 anos) e dos adolescentes (10 a 19 anos). Esse comportamento precisa ser

melhor investigado juntamente com o cruzamento de informações de setores como Instituto Médico Legal da Bahia, pois duas explicações possíveis podem ser feitas, sendo a primeira, uma relação direta entre o meio empregado para tentativa do suicídio pelos idosos, que a depender do mecanismo como autointoxicação por álcool ou pesticidas favorecem maior velocidade de assistência e intervenção médica; A segunda explicação se refere aos meios de perpetração mais violentos e portanto mais letais empregados entre os adultos e os adolescentes nessa região.

De qualquer modo, a teoria durkheimiana<sup>41</sup> aponta uma relação positiva entre o aumento da idade e as taxas de suicídio, em decorrência do processo de envelhecimento se caracterizar pela maior frequência de situações altamente desvitalizadas como a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a se destacar o predomínio das doenças mentais, como a depressão uma manifestação comum a essa população<sup>26</sup>, considerada por alguns autores como o mais relevante fator de risco para tentativas de por fim à vida<sup>4</sup>.

A prevalência de depressão entre idosos depende da escala, bem como pontos de corte utilizados e das características sociodemográficas da população estudada. Estudos nacionais que utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, apontam uma prevalência de depressão na população em geral que varia de 3,0% a 11,0%, duas vezes maior em mulheres do que em homens e essa proporção varia de 15,0% a 30,0% entre idosos, segundo local de moradia, situação socioeconômica e instrumentos utilizados<sup>42</sup>. A maior parte dos idosos que morreram por suicídio tinha algum transtorno mental, sendo que de 71% a 90% deles sofriam algum grau de depressão<sup>43</sup>. Em estudo realizado no Estado da Bahia a depressão foi diagnosticada em 23,4% dos idosos, especialmente entre os menores de 75 anos<sup>44</sup>.

Segundo Rosa et al<sup>15</sup>, o isolamento social, desemprego, aflições econômicas e perda de entes queridos são mecanismos incapacitantes e que impactam diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa<sup>26</sup>. Alerta-se ainda, para um cenário nacional com tendência de acréscimo da expectativa de vida, associado à alteração do perfil epidemiológico da população e a existência de uma relação mais próxima entre tentativas e atos consumados<sup>45</sup>, sinalizando para urgência da importância para ações preventivas nesse grupo etário.

Considerando os coeficientes de mortalidade por suicídio de determinada população estabelecidos pela OMS, verificam-se as seguintes categorias: baixo - menor que 5/100.000 habitantes; médio - entre 5 a 15/100.000 habitantes, alto - entre 15 e 30/100.000 habitantes e

muito alto - acima de 30/100.000 habitantes<sup>46</sup>. Nesta perspectiva, as taxas de letalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia, no período em questão, apresentou nível baixo (4,02), o que sugere ser positivo. A pluralidade cultural, as múltiplas possibilidades de acesso ao lazer, os costumes festivos coletivos que dinamizam frequentemente a vida social no Estado da Bahia, parece contribuir para a manutenção de relações interpessoais pelo envolvimento na comunidade e melhor integração social. Evidenciou-se que possuir uma vida social sólida, através de diálogos abertos e apoio emocional se constitui como importante fator protetor para o comportamento suicida<sup>33-41</sup>.

A idade é, assim, fator importante na configuração do comportamento suicida. O grupo etário com mais de 60 anos manteve predominância tanto para a evolução geral, quanto nas estratificações por sexo nesse estudo. Resultado aproximado foi encontrado por Minayo et al<sup>47</sup> no Rio de Janeiro. Como a população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil, é fundamental maior atenção as taxas de suicídio das pessoas nessa fase da vida. Infere-se que a medida que se envelhece, ocorram diminuições da redução das habilidades físicas e mentais e quando associado ao encerramento da vida profissional, podem potencializar comportamentos agressivos e impulsivos, pois muitos homens idosos associam esse novo momento da vida com a falência do tradicional papel de provedor econômico e de referência familiar, retraindo-se socialmente, o que significa maior risco de isolamento, tristeza, estresse e ideação suicida<sup>26-48</sup>.

Ações multidimensionais para o momento pós-trabalho devem ser pensado através do reconhecimento de oportunidades para novas realizações, seja através do fortalecimento das amizades, dos relacionamentos e dos diálogos intergeracionais como elementos protetores para a saúde mental, especialmente contra a depressão e ao comportamento suicida entre idosos baianos.

Os baixos coeficientes de letalidade entre as mulheres idosas pode ser atribuída à menor prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis que culturalmente lhe são característicos, além de possuírem mais facilidade para o autocuidado e reconhecimento precoce dos sinais de risco para depressão, na medida em que busca com maior frequência ajuda e apoio social em momentos de crise<sup>49</sup>.

### **Limitações do estudo**

Dentre as limitações ressalta-se a força do estigma, das conveniências familiares e sociais e das razões políticas que induzem à subnotificação, má classificação e prejudica o entendimento das tentativas de suicídio. Segundo a OMS, existem evidências de que apenas 25% dos que tentam cometer suicídio, entram em contato com hospitais, chegando aos serviços apenas os casos graves e mesmo esses costumam ser tratados apenas de forma emergencial quanto às lesões que causam. Essas limitações dificultam comparações mais complexas de outras regiões e/ou países sobre os fatores associados, hospitalizações e repercussões acerca do perfil de morbimortalidade frente ao comportamento suicida.

### **CONCLUSÃO**

Tentativas de suicídio costumam ser repetidas, constituindo um dos principais preditores para o suicídio e caracterizam esse tema como um importante problema de saúde pública. Esse estudo identificou que as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas, intencionalmente, no Estado da Bahia-Brasil, no período de 2008 à 2016, ocorreram em sua maioria em homens, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante. Nas mulheres o tipo de lesão mais frequente foram as intoxicações por medicamentos. A permanência hospitalar foi maior em idosos do sexo masculino e a taxa de letalidade por suicídio foi considerada baixa para população estudada.

O apoio às pesquisas e ao desenvolvimento de projetos educativos acerca do comportamento suicida permitem identificar os fatores associados para conhecimento do público e dos profissionais de saúde, permitindo maior aproximação dos grupos de alto risco e o desenvolvimento de estratégias de prevenção capazes de ajudar na redução das tentativas de suicídio. Deve-se priorizar a melhora do sistema de saúde para que seja garantido o acesso precoce às avaliações clínicas adequadas, segurança e a efetividade dos serviços na fase posvenção para prevenção de recidivas. Trata-se de um grande desafio, principalmente para países em desenvolvimento, sendo fundamental considerar a diversidade e as especificidades regionais que permitam a elaboração de estratégias de prevenção e atenção para este problema, bem como formas otimizadas de atuação nas urgências e emergências nestas situações.

## AGRADECIMENTOS:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio enquanto Bolsista da Capes/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde-PPGES e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pelo fornecimento dos dados que subsidiaram essa investigação.

## REFERÊNCIAS

1. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Rev Port Saude Publica. 2013;31(2):204-213. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000308>
2. Souza VS, Alves MS, Silva LA, Lino DCSF, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. J. bras. psiquiatr. 2011; 60(4): 294-300. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004720852011000400010&lng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852011000400010&lng=e)
3. Overholser, JC, Braden A, Dieter L. Understanding Suicide Risk: Identification of High Risk Groups during High Risk Times. J Clin Psychol. 2012; 68 (3): 349–61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379545/>
4. Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: A 12 month prospective study among patients with depressive disorders. Psychiatry Research. 2014; 220 (3): 867-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25240940>
5. Martins Junior DF, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, et al. Suicide attempts in Brazil, 1998–2014: an ecological study. BMC Public Health. 2016;16: 990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5025588/>
6. World Health Organization (WHO). Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10º Revisão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009. Volume I. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
7. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)

8. World Health Organization (WHO). Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. Série: Prevenção do suicídio: uma série de recursos. Genebra, 2006. [http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf?ua=1)
9. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa--de.pdf>
10. Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA. Impactos da Morbimortalidade e Gastos com o Suicídio no Brasil de 1998 a 2007. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2012; 4(4). Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewarticle/1859>
11. World Health Organization (WHO). Definition of key terms. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>.
12. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde. 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
13. World Health Organization (WHO). Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamentais. Genebra: OMS; 2000. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67603/8/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67603/8/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf)
14. World Health Organization (WHO). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
15. Rosa MN, et al . Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. J. bras. psiquiatr. 2016; 65(3): 231-238. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004720852016000300231&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852016000300231&lng=en&nrm=iso)
16. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(supl. 2):S86-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en)
17. World Health Organization. Preventing suicide. CMAJ. 2014;143(7):609-610. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)
18. Brasil. PNAD - Contínua 3º trimestre de 2015. Disponível em: <http://www.spe.fazenda.gov.br/conjuntura-economica/emprego-e-renda/arquivos/ie-2015-11-24-pnad-continua.pdf/view>
19. IBGE. PNAD Contínua: desocupação vai a 8,9% no terceiro trimestre de 2015. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013->

- [agencia-de-noticias/releases/15165-pnad-continua-desocupacao-vai-a-8-9-no-terceiro-trimestre-de-2018.html](https://www.agencia-de-noticias/releases/15165-pnad-continua-desocupacao-vai-a-8-9-no-terceiro-trimestre-de-2018.html)
20. Babones J. Income inequality and population health: correlation and causality. *Social Science & Medicine*. 2008; 66: 1614-1626. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18222588>
  21. Suhrcke M, Suhrcke D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Social Science & Medicine*. 2012; 74: 647-653. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22226605>
  22. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *British Medical Journal*. 2012; 345: 5142-5149. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/345/bm>
  23. 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: 315–323. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589588>
  24. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M, Stuckler, D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*. 2012; 3 (1): 103-108. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23132877>
  25. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanikolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011; 378: 1457-1458. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/abstract)
  26. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2011/impact-of-economic-crises-on-mental-health>
  27. Gonçalves EMG, Ponce JC, Leyton V. Uso de álcool e suicídio. *Saúde Ética Justiça*. 2015;20(1):9-14. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/102818/101107>
  28. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):167-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a01v59n3.pdf>.
  29. Cardoso GT. Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens. FMUC Medicina [dissertação]. 2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/35146>

30. Sundin M, Spak F, Spak L, Sundh V, Waern M. Substance use/abuse and suicidal behavior in young adult women: A population-based study. *Subst Use Misuse*. 2011;46(13):1690-9.
31. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(5):571-6.
32. Fudalej S, Ilgen M, Fudalej M, Wojnar M, Matsumoto H, Barry KL, et al. Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(5):437-42.
33. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016; 37(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472016000100414&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000100414&lng=en)
34. Abreu KP, Lima MAD, Kohlrausch E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(1):195-200. Disponível em: <http://fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>
35. Bertolote JM, Fleischmann A, Butchart A, Besbelli N. Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. *Bull World Health Org*. 2006;84(4):260. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16628293>
36. Monteiro RA, et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (3); 689-699. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232015000300689&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300689&lng=en&nrm=iso)
37. Padilha PDM, Toledo CEM, Rosada CTM. Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de Campo Mourão/PR. *Revista UNINGÁ Review*. 2014;20(2):6-14. Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141101\\_092351.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141101_092351.pdf)
38. Ministério da saúde. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. 2013/2017. Programa Nacional para a Saúde Mental. Portugal. 2013. Disponível em: <https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/plano%20suicidio.pdf>
39. Lopes LMB, Grigoletto ARL. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. *Brazilian Journal of Health*. 2011;(1):1-14. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/70/8>
40. Castro MGGM, Ferreira AP, Mattos IE. Uso de agrotóxicos em assentamentos de reforma agrária no município de Russas (Ceará, Brasil): um estudo de caso. *Epidemiol Serv Saude* 2011; 20 (2): 245-54.
41. Durkheim, E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

42. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(1):26-33.
43. Mitty E, Flores S. Suicide in Late Life. *Geriatr Nurs.* 2008;29(3):160-165.
44. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(3): 691-700. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2007000300027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300027&lng=en)
45. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44( 4 ): 750-757. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102010000400020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000400020&lng=en)
46. Krug EG, et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS. 2002.
47. Minayo MCS, et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(2). Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102012000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000200012&lng=pt&nrm=iso)>
48. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008)
49. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad. saude publica.* 2006;22(8):1587-96. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800007)