

SABRINA STEFANNE GUIMARÃES FORMIGOSA MANEI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE
SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
REGISTRADAS NO CENTRO DE INFORMAÇÃO E
ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DE SANTA CATARINA,
NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2013 A DEZEMBRO DE
2017: O QUE MUDOU EM 10 ANOS?**

**Trabalho apresentado a Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação em
Medicina**

Florianópolis/SC

Universidade Federal de Santa Catarina

2019

SABRINA STEFANNE GUIMARÃES FORMIGOSA MANEI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES REGISTRADAS NO CENTRO DE
INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DE SANTA
CATARINA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2013 A DEZEMBRO DE
2017: O QUE MUDOU EM 10 ANOS?**

**Trabalho apresentado a Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação em
Medicina**

Presidente do colegiado: Prof. Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho

Orientadora: Prof. Dra. Camila Marques de Valois Lanzarin

Coorientadora: Dra. Fabíola de Moura Cremonese de Mello

Florianópolis/SC

Universidade Federal de Santa Catarina

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Manei, Sabrina Stefanne Guimarães Formigosa.

Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em crianças e adolescentes registradas no Centro de Informações e Assistências Toxicológicas de Santa Catarina, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017: o que mudou em 10 anos? / Sabrina Stefanne Guimarães Formigosa Manei; orientador, Camila Marques de Valois Lanzarin, coorientador, Fabíola de Moura Cremonese de Mello, 2019.

54 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Tentativa de suicídio. 5. Intoxicação. I. Lanzarin, Camila Marques de Valois. II. Mello, Fabíola de Moura Cremonese de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. IV. Título.

*"Todas as pessoas grandes foram um dia crianças- mas poucas
se lembram disso".*

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família. Aos meus pais, Simone e Otávio, que sempre estiveram ao meu lado e são a minha base. Agradeço a minha avó, Dalva, que mesmo distante continua presente com todo o amor e carinho que temos uma pela outra. Ao meu irmão, Enzo, meu pequeno príncipe, que traz alegria ao meu dia e, às vezes, raiva também.

Agradeço a minha orientadora, Dra Camila, e minha co-orientadora, Dra Fabíola, que foram muito pacientes durante todo o TCC, que me auxiliaram, sempre questionando minhas dificuldades e buscando maneiras de ajudar, hoje posso dizer que estou orgulhosa desse trabalho graças ao suporte que vocês me deram.

Agradeço, em especial, a Andrea que, com muita paciência, me ensinou a mexer no excel, avaliar dados, não mediu forças para tornar o trabalho mais interessante com os dados que tínhamos obtido.

Agradeço ao pessoal do CIATox/SC, que fazem do meu dia mais divertido

Agradeço aos meus amigos que com muita paciência entenderam que eu não podia sair por que tava escrevendo o TCC, que me ouviram desmarcar nossas saídas em cima da hora porque estava cansada. E que sempre questionavam como estava indo o trabalho, que queriam ver. Gratidão, vocês são muito especiais.

Agradeço a Dra Adriana Barotto e Dra Lizana Arente Henrique que aceitaram participar da minha banca.

Agradeço a mim também, por não ter desistido, sim, pensei muitas vezes em fazer um tema mais fácil, menos trabalhoso, mas talvez não tivesse o mesmo orgulho em apresentar.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico da tentativa de suicídio em crianças e adolescentes registradas no Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC) e analisar o que mudou em 10 anos. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, transversal realizado com dados coletados do Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicações (DATATox), nos casos registrados como “tentativas de suicídio” e faixa etária de zero a 19 anos, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados:** Foram registrados 2.772 casos, representando 19,99% das tentativas de suicídio, 75% dos pacientes eram do gênero feminino, com 85,32% dos casos ocorridos em zona urbana e com 93,34% das tentativas ocorrendo na própria residência. A idade variou de 7 a 19 anos, com mediana de 16 anos. A primavera foi a estação do ano com maior registro de casos, o verão foi a estação com menor número de casos. De 12:01 às 18:00 ocorreu 33,44% dos casos. Os Municípios com maior ocorrência foram Florianópolis, Joinville e Chapecó. Apesar da redução da população na faixa etária estudada, a taxa de tentativa de suicídio por 10000 habitantes, aumentou mais que o dobro. Ocorreu o dobro de óbitos em relação ao estudo anterior. **Conclusão:** Houve aumento de 107% do número de casos de tentativas de suicídio em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Crianças; Adolescentes; Suicídio; Tentativa de suicídio; Intoxicação.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the epidemiological profile of the suicide attempt in children and adolescents registered at the Information and Assistance Center of Santa Catarina (CIATox/SC) and analyze what has changed in 10 years. **Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out with data collected from the Brazilian Poison Data System (DATATox), in the cases registered as "suicide attempts" and between zero and 19 years of age, from January 2013 to December 2017 and data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). **Results:** There were 2,772 cases, representing 19.99% of the suicide attempts, 75% of the patients were female, with 85.32% of the cases occurring in urban areas and 93.34% of the attempts occurring in the home. The age ranged from 7 to 19 years, with a median of 16 years. Spring was the season with the highest number of cases, summer was the season with the lowest number of cases. From 12:01 to 18:00 there were 33.44% of the cases. The municipalities with the highest occurrence were Florianópolis, Joinville and Chapecó. Despite the reduction of the population in the studied age group, the rate of attempted suicide per 10,000 inhabitants increased more than double. There were twice as many deaths as in the previous study. **Conclusion:** There was a 107% increase in the number of suicide attempts in children and adolescents.

Keywords: Children; Adolescents; Suicide; Suicide attempt; Intoxication

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Total de casos atendidos no CIATox/SC no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. [19](#)
- Figura 2.** [3020](#)
- Figura 3.** [3020](#)
- Figura 4.** [3121](#)
- Figura 5.** Número absoluto e percentual de tentativas de suicídio por intoxicação na faixa de 0 a 19 anos, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. [21](#)
- Figura 6.** Taxa de tentativas de suicídio para cada 10000 habitantes na faixa etária de 0 a 19 anos por município. [23](#)
- Figura 7.** [3424](#)
- Figura 8.** Representação das tentativas de suicídio por gênero [25](#)
- Figura 9.** Medicamentos mais utilizados nas tentativas de suicídio [26](#)
- Figura 10.** [4030](#)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- CEP - Comitê de Ética Permanente
- CIATox/SC- Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina
- DATATOX- Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicações
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
- TDAH - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
2.1	13
2.2 Compreensão da morte pela criança	3
2.3 Epidemiologia	4
2.4 Fatores de risco para a TS e suicídio	4
2.5 Fatores protetores para tentativa de suicídio	4
2.6 Métodos utilizados para as tentativas de suicídio	4
2.7 Fatores desencadeantes para a TS e suicídio	4
2.8 Prevenção	4
3 OBJETIVOS	4
3.1 Objetivo Geral	4
3.2 Objetivos Específicos	4
4 MÉTODOS	4
4.1 Amostra	4
4.1.1 Critério de inclusão	4
4.1.2 Critério de exclusão	4
4.2 Variáveis	4
4.2.1 Foram avaliadas as seguintes variáveis presentes no banco de dados:	4
4.3 Comparação de dados	4
4.4 Análises estatística	4
4.5 Aspectos éticos	4
5 RESULTADOS	4
5.1 Dados de janeiro de 2013 a dezembro de 2017	4
5.2	39
6 DISCUSSÃO	39
7 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE 1 - FICHA DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE JANEIRO DE 2013 A DEZEMBRO DE 2017	50
ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	52

1 INTRODUÇÃO

O suicídio afeta pessoas das mais diversas idades, os índices de tentativas de suicídio e suicídios efetivos crescem em todo o mundo¹, porém vem apresentando aumento significativo em pessoas mais jovens, já representando a segunda causa de óbitos em jovens na faixa etária de 15 a 29 anos¹. Há, aproximadamente, 800.000 mortes devido ao suicídio por ano no mundo, no entanto para cada caso de suicídio existem, aproximadamente, mais de 20 pessoas que atentaram contra a própria vida¹. No Brasil, foram registrados 11.433 óbitos por suicídio no ano de 2016, porém essa estimativa deve ser pelo menos 20% maior, considerando-se casos de morte por intenção não determinada e subnotificações². Segundo dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), de 2011 a 2016 ocorreram 10762 tentativas de suicídio na faixa etária de zero a 19 anos. Certamente, todo suicídio é uma lástima, mas é particularmente sombrio e trágico quando envolve crianças e adolescentes, que por imaturidade em resolver problemas, perdem décadas de vida ao agirem, muitas vezes, por impulso³. Destaca-se que o suicídio afeta não apenas a pessoa que cometeu o ato, mas também os familiares e amigos, tendo visto que Brezo et. al. demonstra existir relação entre as tentativas de suicídio em indivíduos que perderam algum familiar por suicídio⁴.

Há muitos fatores de risco para o suicídio em crianças e adolescentes, sendo o principal ter apresentado uma tentativa de suicídio prévia. Outros fatores são abuso sexual, abuso físico e psicológico, uso de drogas de abuso, automutilação, ansiedade e outros transtornos psiquiátricos, bullying⁵, pais com tentativas de suicídio e transtornos psiquiátricos, separação ou divórcio dos pais e famílias disfuncionais^{6,7}. Um dos fatores contribuintes para a ocorrência de suicídio em pessoas mais jovens é provavelmente a pouca experiência em saber lidar com situações críticas⁸, por isso, em alguns casos, a tentativa de suicídio é precipitada por discussões com parentes, problemas familiares recorrentes, término de relacionamentos, bullying ou outro momento de tensão como agir, por apresentarem uma fragilidade psicológica⁶.

Há diversos métodos de escolha para cometer suicídio, os meios mais prevalentes variam de acordo com a região geográfica e com a facilidade de acesso aos métodos utilizados^{6,8,9}. De modo geral, os métodos mais comuns de suicídio na infância e

adolescência são o enforcamento, uso de armas de fogo, envenenamento, precipitação de altura e afogamento^{6,7}. O gênero feminino costuma apresentar maiores taxas de tentativa de suicídio, mas o gênero masculino possui as maiores taxas de suicídio, principalmente por enforcamento e uso de armas de fogo^{2,9}.

Uma vez que a intoxicação em crianças e adolescente é o método mais utilizado nas tentativas de suicídio⁶ e diante do aumento dos índices de tentativa de suicídio e suicídio em pessoas mais jovens relatado na literatura realizamos o presente estudo avaliando o perfil epidemiológico dos pacientes menores de 19 anos que tentaram suicídio de 2013 a 2017 e realizaremos um comparativo com o período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007¹⁰.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Introdução ao tema

O suicídio vem assumindo posição de destaque entre as causas de óbito em jovens, mas o que pouco se fala é que o ato suicida é a etapa final do comportamento suicida. Este, geralmente, abrange três momentos: a ideação suicida, a tentativa de suicídio e, então, o suicídio. Vale ressaltar que o comportamento suicida pode ser considerado um “iceberg”, sendo que uma pequena parcela das tentativas de suicídio e o que se vê sobre suicídio são apenas a ponta do iceberg.¹¹ A maior parte do “iceberg” está imersa e representa a ideação suicida e grande parte das tentativas de suicídio^{11,12}.

A ideação suicida refere-se aos pensamentos que o indivíduo pode apresentar relacionados a tirar a própria vida, quanto a isso pode haver um plano sobre como realizará o ato, com detalhes como local, horário, método ou apenas ter o desejo de colocar fim a vida, mas sem planejamento.¹³

A tentativa de suicídio deve possuir como definição ser um ato autoinfligido e possuir comportamento com potencial de causar danos a si mesmo, com intenção de morrer, mas não alcançar seu objetivo que é o suicídio^{13,14}. Para que os indivíduos atentem contra a própria vida, é esperado que tenha conhecimento sobre o conceito de morte.

2.2 Compreensão da morte pela criança

Há diversos estudos^{3,9,15}, que buscam avaliar o nível de compreensão da morte por crianças com a evolução da idade, pois é de conhecimento geral que a maturação cerebral na criança é um conceito abstrato, complexo e dependente de diversas variáveis, como meio em que está inserida, nível de instrução dos familiares, fatores emocionais.¹⁵ No que tange o termo morte, é comum haver questionamentos quanto a capacidade cognitiva das crianças de compreenderem o seu conceito.⁹

O entendimento do significado do final da vida depende do reconhecimento dos subcomponentes biológicos da morte, que são cinco:

- Inevitabilidade: todos irão morrer um dia;
- Universalidade: é algo que ocorrerá a todos os seres vivos;

- Irreversibilidade: a morte é definitiva, ou seja, a partir do momento que algo com vida morre não há a possibilidade de retornar a vida;
- Parada das funções: as funções físicas e psicológicas param;
- Causalidade: a morte ocorre devido a quebra do processo corporal ¹⁶

A assimilação de cada um desses subcomponentes ocorre em idades diferentes ^{15,17}. Há estudos que mostram que crianças menores de quatro anos não têm consciência da morte, ou seja, não possuem a compreensão de nenhum dos subcomponentes da morte. A partir dos quatro anos, o primeiro subcomponente é adquirido ¹⁵.

Crianças com idade próxima a cinco anos sabem que a morte é inevitável e irreversível, porém o conceito de universalidade e cessação das funções apenas fará parte de seu entendimento quando tiverem próximo aos seis a sete anos. A causalidade é o último conhecimento a ser adquirido, geralmente ocorre na idade de oito a dez anos.¹⁷ Próximo à faixa etária de 10 anos se tem o conceito completo de morte, que seria a idade em que a criança compreenderia os cinco componentes biológicos da morte. Logo, apenas a partir dessa idade seria possível que contemplassem a ideia do suicídio, com planejamento ¹⁸.

Porém, Rosengren et al¹¹ demonstrou que crianças americanas de seis anos conseguiam não apenas entender todos os subcomponentes da morte com explicações biológicas do que ocorria em cada fase, mas também realizavam explicações relacionadas a religião e vida após a morte.¹¹

Por muito tempo acreditou-se que a condição socioeconômica no qual a criança estava inserida influenciasse na compreensão mais precoce sobre os componentes da morte, porém, atualmente não há consenso sobre o tema.^{18,19} Em alguns estudos, observou-se que crianças que possuem melhor nível socioeconômico explicam a irreversibilidade da morte com mais características biológicas e não religiosas do que aquelas que apresentam menor nível socioeconômico ^{18,19}. Tais trabalhos defendem que o nível socioeconômico é um fator que permite que as crianças tenham acesso a melhor educação e, assim, compreendem melhor o processo ²⁰, também sugere que há relação de nível socioeconômico, interpretação e explicação biológica da morte.¹⁹ Já outros estudos sugerem que não há significativa influência cultural, socioeconômica, de doenças e experiências prévias de morte de familiares na compreensão do processo da morte.¹⁵

Bonoti et al ²¹ discordam destes estudos e demonstraram que crianças que tenham vivenciado a morte em sua família aparentam desenvolver uma maior, mais realista e madura compreensão relacionadas a morte que pessoas de mesma idade sem essas experiências.²¹

As experiências de doença e morte que as crianças passam não influenciam seu entendimento sobre a morte, o que sugere, segundo Panagiotaki et al¹⁸, que os pais explicam as perguntas das crianças focando mais no processo da vida do que de fato sobre a morte e, buscando consolá-los, fornecem poucas explicações, muitas vezes, misturando fatores biológicos com conceitos religiosos ou espirituais.¹⁸

A importância de se discutir a compreensão da morte pela criança e em que idade aproximada entende-se o conceito de morte, baseia-se em saber distinguir quadros de tentativas de suicídio com quadros acidentais. Estudo demonstrou que, em crianças e adolescentes, os óbitos por suicídio são mais comumente classificados como intenção indeterminadas ou acidental devido a falsa percepção de imaturidade cognitiva desses indivíduos para cometer tais atos e também uma forma de evitar o estigma social, a vergonha e o sentimento de culpa dos familiares que perderam a criança.²²

2.3 Epidemiologia

A cada 40 segundos ocorre um suicídio no mundo¹ e supõem-se que para cada suicídio efetivo houve 10 a 20 tentativas de suicídio, mas não há um registro que possa mostrar esses verdadeiros índices¹. Estima-se que haja 800.000 mortes devido ao suicídio por ano no mundo, esse número deve ser subestimado, pois há muitos casos em que são confundidos com casos acidentais ou são classificados como óbito de causa indeterminada, principalmente quando envolvem crianças e adolescentes, pois não se espera que sejam capazes de tal ato²³. Porém, dados atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstraram que o suicídio é a segunda principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos¹. Sendo assim, deve ser visto como um problema de saúde pública mundial^{1,24}.

Convém ressaltar que em pessoas mais jovens o comportamento suicida sem levar ao óbito é mais prevalente^{9,12}. Apesar de não acontecer o pior desfecho, que seria o suicídio, essas tentativas trazem consequências posteriores, requerendo longo acompanhamento médico e psicológico, a fim de evitar a ocorrência de novas tentativas¹. Grande parte dos casos de ideação suicida e tentativas de suicídio não chega às emergências, assim, torna-se difícil avaliar o contexto em que ocorrem e definir medidas preventivas que possam ser capazes de reduzir esses índices¹².

O Brasil está entre os dez países com maior número de suicídio. Foram registrados 11.433 óbitos por suicídio em 2016, mas há uma estimativa de que esse dado deve ser ao menos 20% maior por haver muitos óbitos com intenção não determinada além das subnotificações².

Em outros países, os dados de suicídio em adolescentes também são alarmantes. O suicídio é a segunda principal causa de morte em adolescentes europeus¹² e a terceira causa de morte em norte-americanos de 14 a 18 anos. Na faixa etária de 9 a 13 anos é a quinta causa de morte, assim, neste país, entre os jovens o suicídio representa a terceira causa de morte mais comum em adolescentes¹².

Diante das informações anteriormente expostas, conclui-se que nos Estados Unidos o pensamento suicida é relativamente comum entre os jovens. Estudo demonstrou que neste país, 14% dos estudantes do colegial já apresentaram ideação suicida em algum momento e 7% já tentaram suicídio ao menos uma vez no ano anterior²³.

Por ser um ato inesperado em pessoas jovens, tais dados trazem grande surpresa e nos fazem questionar os motivos que levariam esses jovens ao suicídio, além de nos levar a buscar definir os fatores de risco envolvidos, quais os fatores protetores e de que maneira podemos prevenir sua ocorrência.

2.4 Fatores de risco para a TS e suicídio

Já se sabe que há múltiplos fatores relacionados ao comportamento suicida na infância e na adolescência. Vários estudos buscam avaliar quais são os fatores de risco relacionados ao suicídio a fim de agir na prevenção do ato suicida. Atualmente, sabe-se que há relação da ocorrência de tentativa de suicídio com características ambientais, características pessoais, características psicológicas, história pregressa, particularidades da família a que o indivíduo pertence. Muitos desses fatores deve-se a características pessoais do indivíduo²⁵. Dentre estas características pessoais, está a presença de doenças psiquiátricas como um dos fatores de risco mais estudados por estarem frequentemente associados ao comportamento suicida.²⁶ Os problemas mentais estão presentes com muita frequência, quase 80% dos casos, em adolescentes suicidas²⁶ e os transtornos psiquiátricos estão presentes na maioria das tentativas de suicídio³, sendo que 77,5% dos casos tem ao menos um problema psiquiátrico diagnosticado no período da tentativa. Entre os distúrbios encontrados estão os transtornos

afetivos, transtornos distímicos, transtorno de adaptação, transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade.³ Dentre os transtornos psiquiátricos citados, chamam atenção os transtornos de humor por serem as doenças mentais mais comuns nos jovens com pensamento suicida³.

Outro fator de risco conhecido, por vezes associado a transtornos psiquiátricos é a automutilação. Entende-se por automutilação as lesões autoinfligidas que podem ser cortes, queimaduras, arranhões e, geralmente, são realizadas como forma de alívio da dor emocional ou de algum estresse.¹¹

O risco de suicídio em pessoas que se mutilam é aproximadamente 50 vezes maior que na população em geral. Muitos jovens se mutilam como forma de aliviar as dores psíquicas. Assim, a mutilação pode ser vista como uma forma de auto lesão que pode culminar com o suicídio.¹¹

Como exposto anteriormente, há maior risco de tentativas de suicídio em pessoas com história prévia de doenças psiquiátricas, Ghanen et al³ relatou que pessoas que tentam suicídio apresentam também, com maior frequência, outras doenças crônicas como cardíacas, renais, reumatológicas, asma.³

O comportamento suicida também é muito frequente nos adolescentes usuários de drogas de abuso^{25,27}. Isso se deve ao fato de que uso de substâncias como álcool, cocaína, maconha afetam o funcionamento do cérebro dos seus usuários, principalmente em idade mais tenra por ainda estar em fase de desenvolvimento. Deste modo, pode afetar suas emoções e seu julgamento, podendo aumentar o risco de se envolverem em situações perigosas, colocando em risco sua vida e agindo impulsivamente²⁴.

A impulsividade pode ser definida como baixa sensibilidade às consequências negativas de certos comportamentos é caracterizada por uma resposta rápida, não planejada, reação inapropriada a algum estímulo antes que a informação seja completamente processada e sem considerar as consequências, a longo prazo, a si mesmo e aos outros³.

O comportamento impulsivo é visto como possível fator que interfere significativamente no risco de suicídio em jovens.³ Isso se deve, em parte, a ser característica própria da adolescência expressar sentimentos de forma mais intensa e impulsiva, mas também está associado a isso a imaturidade cognitiva em saber lidar com situações conflituosas.⁸ Deste modo, os jovens apresentam risco elevado de impulsos suicidas quando se deparam com frustrações, decisões importantes a serem tomadas, discussões familiares²⁵.

Quando o paciente apresenta comportamento impulsivo e realiza a tentativa de suicídio em um ato de impulsividade, tal tentativa de suicídio tende a ser menos letal do que aquelas que possuem um planejamento prévio ²⁸.

Além das desordens psiquiátricas e uso de drogas de abuso já citados anteriormente. Os problemas familiares, famílias disfuncionais, abuso físico ou sexual são também outros fatores relacionados a tentativas de suicídio ²⁴.

Algumas pesquisas recentes demonstraram estreita relação entre famílias disfuncionais e tentativas de suicídio ^{6,24,25}. Mostrou-se que crianças e adolescentes que possuem famílias desestruturadas apresentam maior risco de suicídio quando comparados com jovens da mesma idade que não possuem esse problema ²⁴. Ambiente familiar com pouca comunicação, com críticas frequentes tornam os jovens mais vulneráveis a depressão e ao suicídio ²⁴. Adolescentes que moram com apenas um dos pais têm maior risco de apresentar ideação suicida do que adolescentes que moram com os dois pais ²⁴ e adolescentes de baixo nível socioeconômico apresentam mais comumente ideação suicida ²⁵.

Ghanen ³ também demonstrou que os casos de tentativa de suicídio em jovens de 6 a 18 anos tem altos níveis de história familiar de tentativa de suicídio ou de tentativa de suicídio prévia ^{6,7,3}. Assim, pais com tentativas de suicídio prévia ou com transtornos psiquiátricos são fatores de risco para comportamento suicida ^{6,7}.

Isto pode estar relacionado ao que Ghanen sugere em seu estudo- que há uma íntima relação entre altos níveis de estresse diário e a ideação suicida em adolescentes. Avaliou que 40% das tentativas de suicídio foram praticadas por jovens que haviam sido expostos nos últimos 12 meses a eventos estressores de alta gravidade. Dentre os estressores mais citados pelos participantes da pesquisa foram: discussão com membros da família ou com companheiros, problemas emocionais, abuso físico ou sexual, família disfuncional.³

O abuso e negligência na infância são fatores que estão intensamente relacionados com o comportamento suicida ²⁹. Os estudos geralmente demonstram que abuso sexual, abuso psicológico e abuso físico na infância estão diretamente relacionados a tentativa de suicídio ²⁹.

O bullying é definido como um ato de violência física ou psicológica, caracterizado por ser intencional e repetitiva, praticado por indivíduo ou grupo que tem como objetivo intimidar ou agredir a vítima, gerando-lhe dor e angústia. Ou seja, é uma violência física e/ou psicológica praticada por meio de insultos, apelidos pejorativos, ataques físicos com o

objetivo de humilhar ou discriminar, sendo marcada por um desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor ³⁰.

O bullying é um conhecido fator de risco para a tentativa de suicídio ^{30,31,32}. Estudo que avaliou 48 países, revelou que em 47 dos 48 países avaliados ³⁰ houve alta relação entre tentativa de suicídio e a história prévia de bullying, também se observou que o número de dias que a pessoa sofria bullying aumentava o risco de tentativa de suicídio.³⁰

Outros estudos ^{31,32} também mostraram relação entre bullying e a presença de desordens psiquiátricas, como depressão e psicose que podem aumentar ainda mais a chance do comportamento suicida. O bullying afeta as crianças e adolescentes por se sentirem isoladas, em um ambiente hostil, sendo que estão em uma fase da vida que buscam por seus pares ³¹ e não possuem maturidade suficiente para saber lidar com a situação ^{6,8}.

Bentur ³³ ao avaliar informações coletadas do centro nacional de controle de intoxicações de Praga, na República Tcheca, observou que pessoas que apresentaram tentativas de suicídio prévias, possuem alto risco de manter comportamento suicida posteriormente. Assim, considera-se que o principal fator de risco para tentativa de suicídio ou até para suicídio são tentativas de suicídio prévias ^{31,34}.

Apesar disso, ainda há estudos que sugerem não haver clareza na relação entre impulsividade, características de personalidade, fatores estressores, disfunção familiar, depressão, e o comportamento suicida. Deste modo, mais estudos precisam ser realizados a fim de esclarecer tais relações ³⁵

2.5 Fatores protetores para tentativa de suicídio

Tem-se como fatores protetores para comportamento suicida a presença de uma família estruturada e que forneça suporte, ter boa rede de amigos, ausência de comorbidades psiquiátricas, não ser usuário de drogas de abuso, ter boa relação interpessoal escolar, ausência de abusos físicos, psicológicos, capacidade de resiliência diante de eventos estressores^{6,7,36}.

2.6 Métodos utilizados para as tentativas de suicídio

Há diversos métodos de escolha para cometer suicídio, os meios mais prevalentes variam de acordo com a região geográfica e com a facilidade de acesso aos métodos utilizados^{6,8,9,37}. O gênero e a faixa etária também influenciam no método utilizado. Por exemplo, na Inglaterra há maiores índices de suicídio por enforcamento em menores de 16 anos e se relaciona este fato a maior dificuldade de acesso a medicamentos e outras substâncias com maior toxicidade⁶. Apesar disso, segundo a OMS, o método mais comum de tentativa de suicídio é o envenenamento em todas as faixas etárias.¹

De modo geral, os métodos mais comuns de suicídio na infância e adolescência são o enforcamento, uso de armas de fogo, envenenamento, precipitação de altura e afogamento^{6,7}. Acredita-se que o enforcamento seja o método mais utilizado em diversos países, possivelmente por ser um método de baixo custo e rápido^{9,24}. Como segunda forma mais comum de suicídio está o envenenamento por pesticidas para meninas e uso de armas de fogo por meninos⁹.

Os maiores índices de tentativas de suicídio são por intoxicações exógenas, sendo o método mais utilizado pelo gênero feminino⁶. Kolves et. al. demonstrou, ao analisar 86.280 casos de suicídio em 101 países, que a intoxicação por pesticida é o segundo método de suicídio mais utilizado pelo gênero feminino, perdendo apenas para o enforcamento⁹. Ao realizar uma comparação entre os métodos de suicídio entre jovens e adultos, conclui-se que os jovens são mais propensos ao suicídio por envenenamento e até optam mais por este método⁸. O gênero feminino costuma apresentar maiores taxas de tentativa de suicídio, mas os meninos possuem as maiores taxas de suicídio, principalmente por enforcamento e uso de armas de fogo^{2,9}.

2.7 Fatores desencadeantes para a TS e suicídio

A presença de conflitos entre familiares é algo muito freqüente nos suicidas²⁴, famílias com dinâmicas disfuncionais, repletas de tensão, pais divorciados, ausência de suporte emocional são fatores comumente encontrados em crianças e adolescentes com comportamento suicida. Assim como abuso físico, psicológico e/ou sexual estão associados a maior risco de tentativa de suicídio na infância³⁸.

Estes fatos vão ao encontro do que Holliday³¹ descreveu, observou-se que muitos pacientes utilizam a tentativa de suicídio como forma de conseguir conversar sobre o sofrimento que estão passando. É como se a tentativa de suicídio precedesse a abertura para falar sobre os sentimentos reprimidos. Durante a fase de ideação suicida, nenhum dos participantes contou seus planos a outras pessoas, mas acreditavam que davam sinais sobre suas ideias³¹.

Problemas escolares, como bullying, baixa interação social, problemas disciplinares, notas baixas, também são vistos como importantes fatores desencadeantes de suicídio⁷. O bullying é um ponto de extrema importância, pois alguns estudos³⁹ mostraram que 29% das crianças suicidas foram vítimas de bullying. O bullying gera isolamento, fragilidade emocional e psíquica, baixa auto estima, podendo fazer a vítima desenvolver sintomas de depressão que culminam com o comportamento suicida.³⁹

Pacientes que apresentam comportamento impulsivo, quando diante de situações estressantes ou que exigem alguma tomada de decisão, também pode desencadear a tentativa de suicídio^{6,7}.

2.8 Prevenção

Diante do exposto, a busca por definir as características das tentativas de suicídio e os fatores predisponentes que levam uma criança ou adolescente a pôr fim a própria vida é uma forma de prevenir o suicídio^{24,25}. A melhor maneira de realizar a prevenção, a fim de evitar que se chegue no ato fatal é se atentar e identificar os indivíduos que estão na fase de ideação suicida²⁵. Todos os métodos para evitar o suicídio são mais efetivos quando os serviços de

saúde ou os familiares/parentes percebem o período da ideação suicida ou, ainda, a fase de planejamento do ato ²⁴.

Para que se reduza o suicídio é crucial que se limite o acesso aos métodos de suicídio ¹. Essa atitude é importante principalmente no que se refere aos mais jovens, que possuem como característica intrínseca agir por impulso. Deste modo, saber os meios mais utilizados para tentar suicídio é fundamental para que se definam estratégias de saúde pública visando a prevenção de tais atos ⁹.

Com o avanço da tecnologia, as crianças e adolescentes têm acesso cada dia mais cedo a internet, em sites de busca é relativamente fácil encontrar informações relacionadas com métodos de suicídio antes de cometer o ato ⁹. Deste modo, os pais precisam controlar os sites que seus filhos acessam como forma de evitar que ocorram.

Vários estudos observaram que o tratamento nos serviços de emergência destinado aos pacientes que atentam contra a própria vida é inadequado ⁴⁰. Baraff observou que quase ¼ dos pacientes com ideação suicida que são atendidos nos serviços de emergência da Califórnia são liberados sem avaliação psiquiátrica ⁴⁰. Em muitos casos o profissional da saúde se sente desconfortável ao lidar com casos de tentativas de suicídio, algumas vezes por não entenderem o que está por trás da tentativa, também pela ignorância sobre o tema, alguns acreditam que os pacientes querem “chamar atenção” ou não possuem treinamento adequado para dar suporte aos pacientes ³¹. Diante do aumento dos números de tentativas de suicídio, torna-se imperativo que os serviços de emergência tenham treinamento adequado para lidar com a situação, visto que se os pacientes sobreviverem e não seguirem com tratamento adequado há grande risco de tentarem suicídio novamente ³¹.

O Estudo Multicêntrico de Intervenção ao Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), realizado pela OMS ⁴¹ que envolveu oito países, entre eles o Brasil, mostrou que o registro e acompanhamento cauteloso dos indivíduos que tentaram suicídio podem ser eficientes para reduzir o risco de suicídio. Assim, em casos de tentativas de suicídio, encaminhar o paciente para acompanhamento psicológico e psiquiátrico pode reduzir os casos de recidivas. ⁴¹

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes de 0 a 19 anos que realizaram tentativas de suicídio por intoxicação no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 registrados no CIATox/SC, comparando ao estudo prévio realizado no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar se houve modificações no perfil epidemiológico das tentativas de suicídio após dez anos da última análise;
- Verificar se houve aumento das tentativas de suicídio na faixa etária de 0-19 anos.

4 MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e transversal, realizado no Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC)- único centro que presta auxílio nos atendimentos de intoxicação no estado, recebe ligações de diversos municípios e, com frequência, de outros estados. O CIATox/SC atende ligações de profissionais da saúde e da população em geral para tirar dúvidas de condutas a serem realizadas em casos de intoxicações.

4.1 Amostra

Dados do banco de dados do CIATox/SC, o DATATOX, foram obtidos de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. A faixa etária selecionada foi de zero a 19 anos, correspondendo às crianças e aos adolescentes segundo a definição da OMS de infância e adolescência.⁴²

4.1.1 Critério de inclusão

Foram incluídos no estudo os casos que apresentaram todos os critérios de inclusão estabelecidos:

- Pacientes com idade igual ou inferior a 19 anos.
- Casos registrados como tentativa de suicídio.
- Ingestão intencional de alguma substância com objetivo suicida.
- Registros compreendidos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017

4.1.2 Critério de exclusão

Foram excluídos os casos que se enquadraram nos critérios de exclusão previamente definidos:

- Pacientes com idade superior a 19 anos

- Suspeitas de intoxicação intencional, mas que não houve confirmação.
- Casos classificados como tentativa de suicídio, mas que não ocorreu por intoxicação.

4.2 Variáveis

O banco de dados do CIATox/SC é composto de informações gerais sobre o paciente, exposição, agente utilizado manifestações clínicas no momento do primeiro atendimento e a classificação inicial do quadro que pode ser alterada de acordo com a evolução do quadro. Contém a história inicial e resumo de todos os contatos posteriores feitos para avaliar a evolução do quadro.

4.2.1 Foram avaliadas as seguintes variáveis presentes no banco de dados:

- Ano de atendimento da ocorrência;
- Município de Ocorrência;
- Zona de ocorrência: urbana, rural ou desconhecida;
- Local de ocorrência, sendo classificado em: residência habitual, residência-outra como casa de outros familiares, escola/creche, ambiente externo/público, local de trabalho, serviço de saúde, ignorado, outro;
- Hora de ocorrência, sendo agrupadas em períodos do dia, de 00:01 às 06:00, 06:01 às 12:00, 12:01 às 18:00 e 18:01 até 00:00;
- Mês;
- Estação do ano;
- Idade em anos;
- Gênero;
- Agente tóxico, categorizados em: medicamentos, agrotóxicos, raticidas, produtos químicos domissanitários, produtos veterinários, drogas de abuso, outros;
- Presença de manifestações clínicas no momento do atendimento e selecionadas as cinco manifestações clínicas mais frequentemente encontradas nas intoxicações;

- Internação em dias: avaliou-se o tempo de permanência em serviço de saúde e se foi necessário internação em UTI;
- Tentativas de suicídio prévias: avaliada presença de história prévia de tentativas de suicídio. Este não era um dado obrigatório no preenchimento das fichas do CIATox/SC;
- Uso de drogas de abuso: avaliou-se se paciente fazia uso de drogas de abuso, como maconha, cocaína, álcool, crack e outros. Este não era um dado obrigatório no preenchimento das fichas do CIATox/SC;
- Tratamento psiquiátrico no momento da tentativa de suicídio: buscou-se avaliar a existência de tratamento psiquiátrico no momento da tentativa de suicídio, como depressão, ansiedade, TDAH e vício em drogas. Este não era um dado obrigatório no preenchimento das fichas do CIATox/SC;
- Existência de fator desencadeante para a tentativa de suicídio: avaliou-se se existia fator causador da tentativa de suicídio, como briga com pais, briga com namorados/namoradas, briga com amigos, bullying. Este não era um dado obrigatório no preenchimento das fichas do CIATox/SC;
- História de abuso: avaliou-se se havia histórico de abuso e o tipo de abuso sofrido - sexual, físico, psicológico. Este não era um: dado obrigatório no preenchimento das fichas do CIATox/SC;
- Histórico de bullying;
- Histórico de automutilação;
- Classificação de gravidade: leve, moderado ou grave de acordo com o agente utilizado e seu potencial de evoluir com óbito e a quantidade utilizada;
- Desfecho clínico: avaliou-se houve melhora clínica, suicídio ou se não havia dados.

4.3 Comparação de dados

Foram comparados os dados obtidos com o trabalho “Perfil Epidemiológicos das Tentativas de Suicídio em Crianças e Adolescentes Registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2013”.

4.4 Análises estatística

Utilizou-se o número de casos e o percentual para avaliar os dados epidemiológicos referentes ao número de casos de tentativas de suicídio por gênero, idade, estação do ano, mês de maior e menor ocorrência de casos, hora da ocorrência, local de ocorrência, zona de ocorrência, município, internação e presença de manifestações clínicas no momento do primeiro atendimento, classificação de gravidade e desfecho.

Avaliou-se o número de casos, o percentual e a mediana da idade, do período de internação e internação em UTI. A mediana de idade foi avaliada também nos casos de suicídio. Foram selecionados os dez municípios com os maiores número de casos e calculou-se o percentual destes em relação ao total de ocorrências. Foi realizada a taxa de tentativas de suicídio a cada 10.000 habitantes na faixa etária de zero a 19 anos na população residente de cada município, conforme dados do censo do IBGE de 2003 e de 2012.^{43, 44}

Quanto a tentativa de suicídio prévia, uso de drogas de abuso, história de tratamento para transtorno psiquiátrico, se o paciente era vítima de bullying ou de algum tipo de abuso, avaliou-se em quantos casos os dados estavam presentes e o percentual que representavam em relação ao total de casos.

O fator desencadeante foi avaliado em número absoluto de fichas que estavam presentes e em percentual, o mesmo foi utilizado para avaliar qual o fator desencadeante.

Os agentes utilizados foram avaliados em número absoluto e percentual. Analisaram-se quais os cinco medicamentos mais utilizados e em quantos casos estavam presentes e o percentual que representavam. Avaliou-se quais os três agrotóxicos mais comumente utilizados em tentativas de suicídio, em percentual e número absoluto.

Analisou-se quais as cinco manifestações clínicas mais frequentes no primeiro atendimento e calculou-se o número absoluto e percentual delas.

Na comparação de resultados com o estudo realizado há 10 anos, calculou-se o percentual de aumento de casos de tentativas de suicídio. Compararam-se as medianas de idade, assim como as três idades com maiores números de casos de tentativas de suicídio. Avaliou-se a proporção de casos de meninos em relação às meninas. Calculou-se a taxa de tentativas de suicídio a cada 10.000 habitantes na faixa etária de zero a 19 anos na população residente de cada município, conforme dados do censo do IBGE de 2003⁴⁴ e comparou-se com o dado atual.

4.5 Aspectos éticos

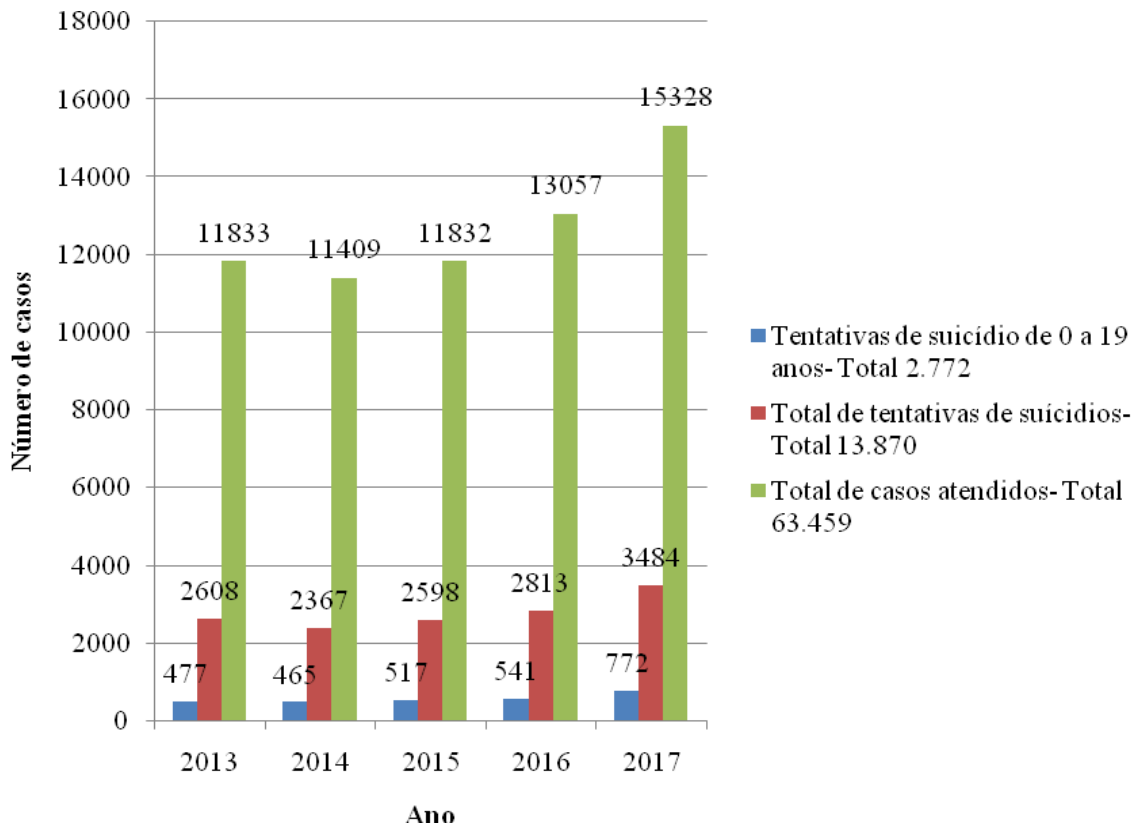
O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número de parecer 3.063.711 (anexo I).

5 RESULTADOS

5.1 Dados de janeiro de 2013 a dezembro de 2017

Do período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 foram atendidas 63.459 casos no CIATox/SC, destes 13.870 foram casos de tentativas de suicídio e em 2.772 destes atendimentos o paciente tinha idade entre zero e 19 anos, correspondendo a 4,37% do total de casos atendidos (Figura1). Do primeiro ano de acompanhamento ao último houve um aumento de 61,8% das tentativas de suicídio na faixa etária avaliada.

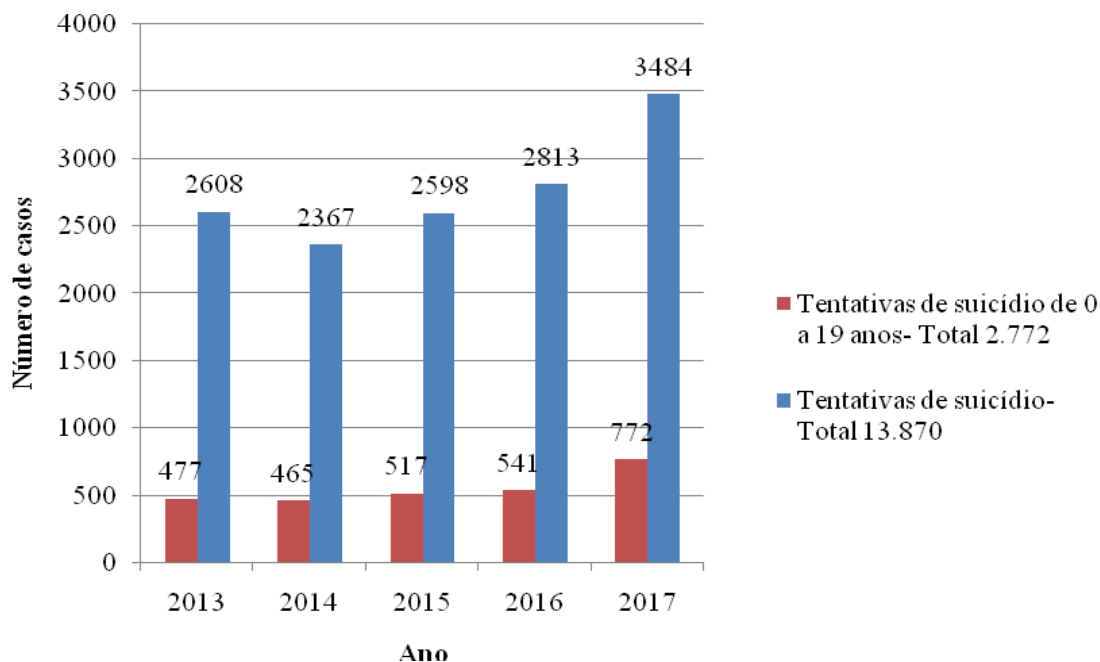
Fonte: CIATox/SC (2019).



Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 1. Total de casos atendidos no CIATox/SC no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

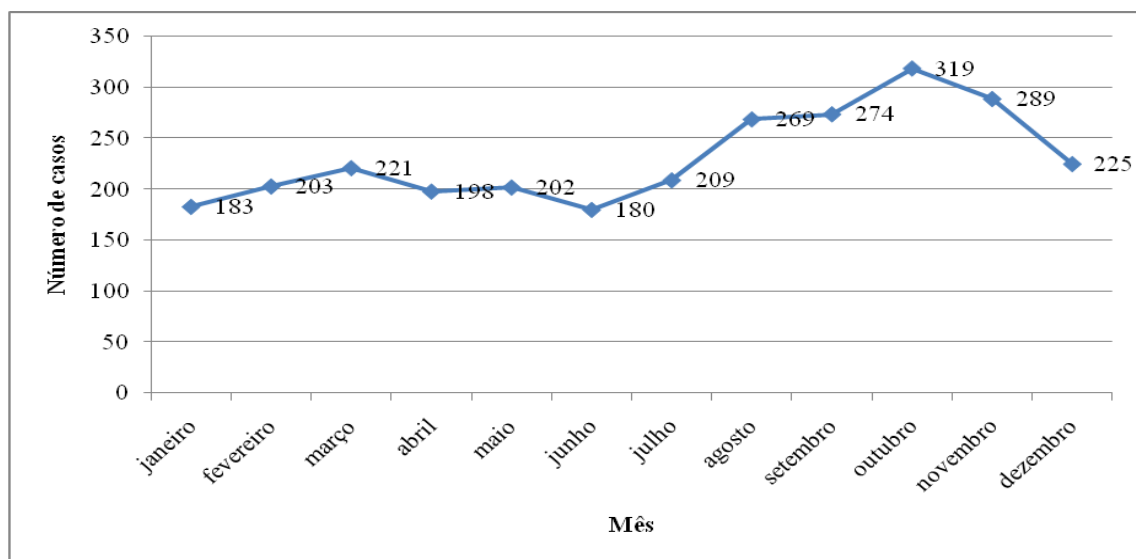
Um caso foi excluído do estudo por não haver confirmação da ingestão de alguma substância. O total de tentativas de suicídio atendidas de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 e o número de casos de tentativas de suicídio, no mesmo período, na faixa etária de 0 a 19 anos estão ilustrados na figura 2. A faixa etária estudada registra 19,99%.



Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 2. Tentativas de suicídio por intoxicação de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

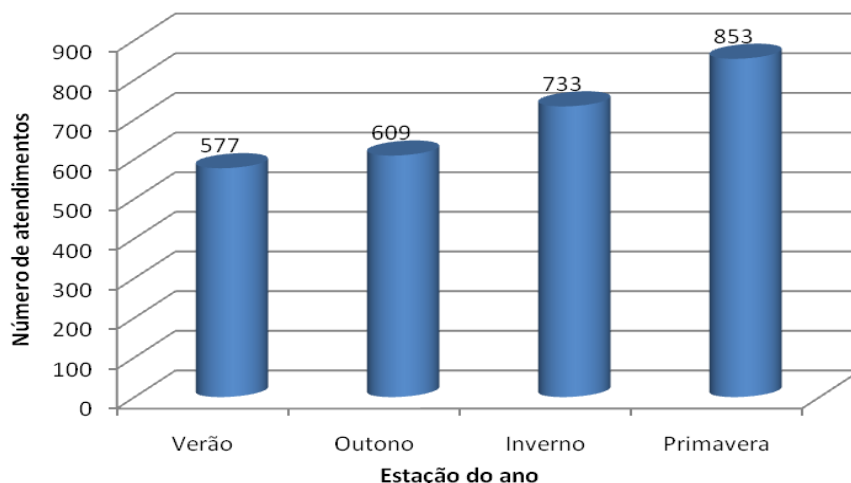
Para avaliar a sazonalidade, foi utilizada a data em que ocorreu a tentativa de suicídio e, quando esta era incerta, utilizou-se a data de primeiro contato com o CIATox/SC. Os meses em que ocorreram os maiores números de atendimentos foram em outubro com 319 (11,5%) casos, novembro com 289 (10,42%) e setembro com 274 (9,88%), o mês com menor número absoluto foi junho com 180 (6,49%) casos.



Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 3. Distribuição das tentativas de suicídio por mês de ocorrência, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, nos pacientes de 0 a 19 anos.

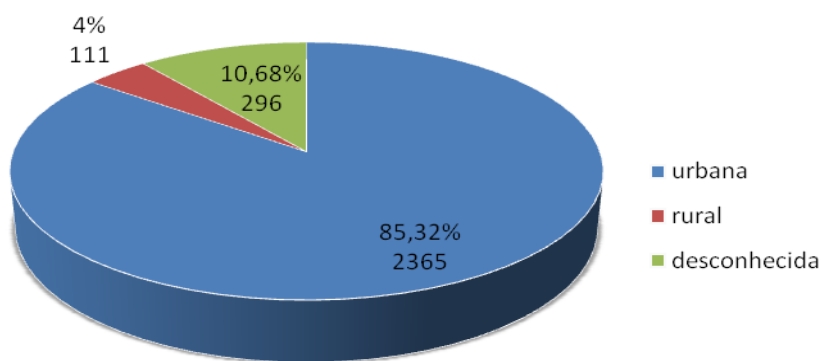
Na figura 3, observa-se que há um pico de ocorrência de casos nos meses de setembro, outubro e novembro, a figura 4 reforça essa informação ao mostrar que a estação do ano em que ocorre o maior número de casos de tentativas de suicídio é a primavera com 853 (30,77%) casos. Enquanto o verão há o menor percentual dentre as estações do ano 577 (20,81%) casos.



Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 4. Número absoluto de tentativas de suicídio de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, na faixa etária de 0 a 19 anos, por estação do ano

No que se refere à zona de ocorrência, observou-se uma predominância dos casos na zona urbana com 2365 (85,32%) registros.



Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 5. Número absoluto e percentual de tentativas de suicídio por intoxicação na faixa de 0 a 19 anos, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

O local em que ocorreu a quase totalidade dos casos de tentativas de suicídio foi na própria residência, correspondendo a 2.604 (93,94%) dos casos. Houve 24 (0,87%) casos que ocorreram em ambiente escolar e seis (0,22%) que se sucederam em serviço de saúde.

Tabela 1- Distribuição dos casos de tentativas de suicídio por intoxicação por local de ocorrência.

Local de ocorrência	Número de casos (%)
Residência- habitual	2604 (93,94%)
Ambiente externo	15 (0,54%)
Escola/creche	24 (0,87%)
Local de trabalho	8 (0,29%)
Residência- outra	28 (1,01%)
Serviço de saúde	6 (0,22%)
Ignorado	80 (2,87%)
Outro	7 (0,25%)
Total	2.772 (100%)

Fonte: CIATox/SC (2019).

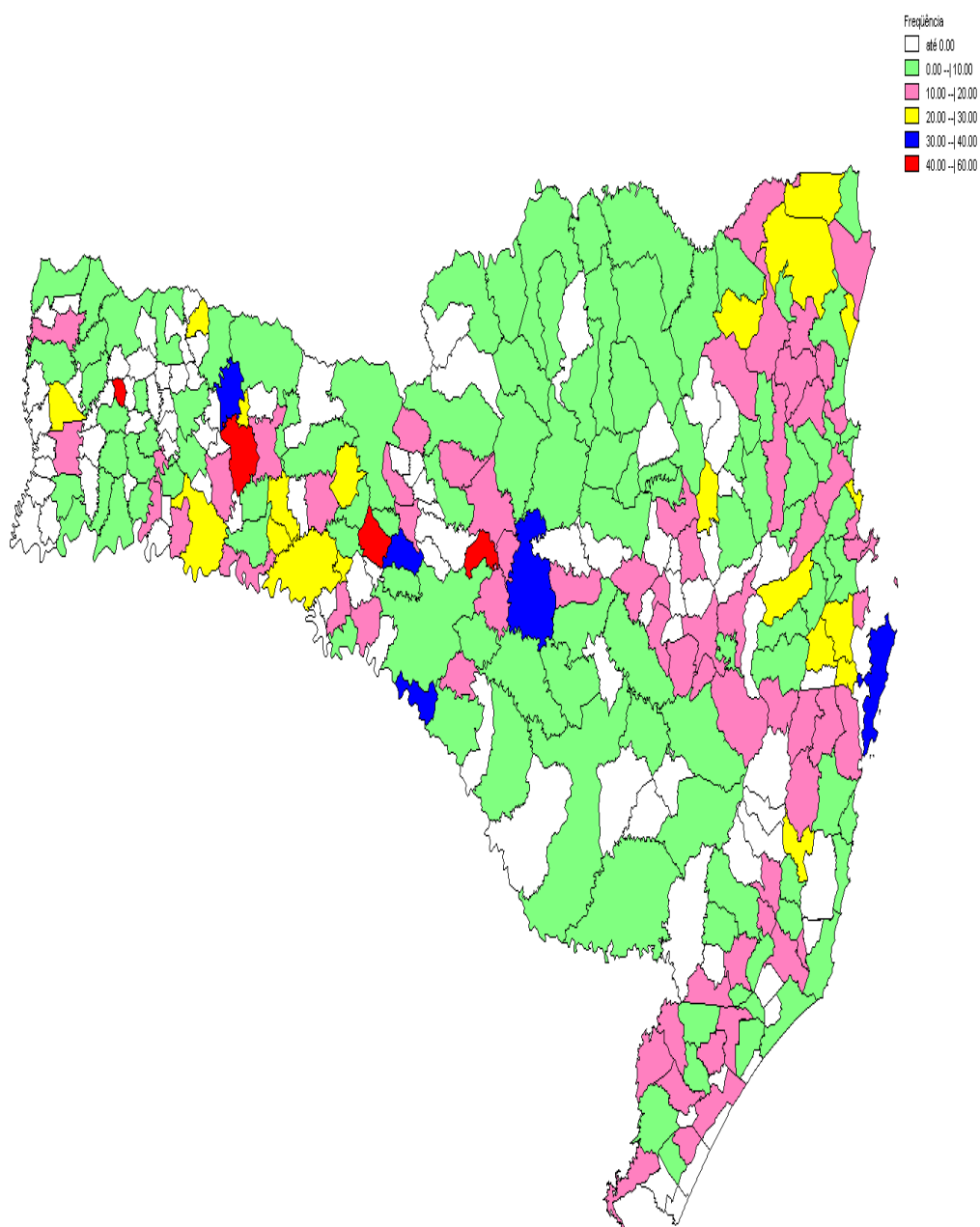
Tabela 2- Dez municípios catarinenses com maiores números absolutos de tentativas de suicídio.

Município	Número de atendimentos (%)
Florianópolis	348 (12,55%)
Joinville	323 (11,65%)
Chapecó	176 (6,35%)
São José	130 (4,69%)
Blumenau	96 (3,46%)
Jaraguá do Sul	81 (2,92%)
Criciúma	77 (2,78%)
Balneário Camboriú	74 (2,67%)
Itajaí	72 (2,60%)
Xanxerê	61 (2,20%)
Outros Municípios	1.334 (48,85%)
Total	2.772 (100%)

Fonte: CIATox/SC (2019).

A tabela 2 mostra que Florianópolis, Joinville e Chapecó são os municípios com maior ocorrência de tentativas de suicídio em número absoluto com, respectivamente, 348 (12,55%), 323 (11,65%) e 176 (6,35%) casos. Em 92 municípios do estado não houve casos

de tentativas de suicídio na faixa etária analisada. Os casos dos 10 municípios com maior ocorrência representaram 51,15% do total.



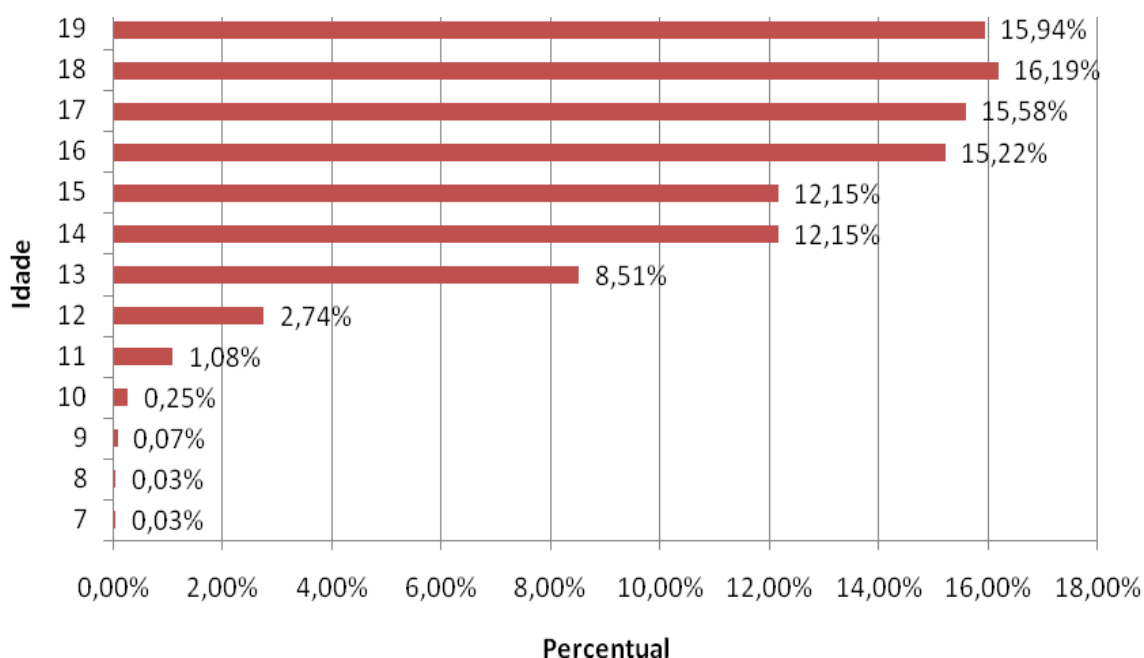
Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 6. Taxa de tentativas de suicídio para cada 10000 habitantes na faixa etária de 0 a 19 anos por município.

A figura 6 demonstra a taxa de tentativa de suicídio a cada 10.000 crianças e adolescentes residentes no município. As maiores taxas de tentativas de suicídio ocorreram no município de Tigrinhos, com 58,37/10000, Xanxerê com 43,12/10000, Joaçaba com 41,75 e Monte Carlo com 40,16/10000.

Florianópolis que apresentou o maior número absoluto de casos de tentativa de suicídio ficou em oitavo lugar, com 31,34/10000 habitantes. Enquanto Joinville que apresentou o segundo maior número de casos, ficou em 30ª posição com 20,21/10000 habitantes. Xanxerê que ficou em 10ª lugar em número de casos, ficou em segundo lugar ao se analisar a taxa de ocorrência

O período do dia com maior ocorrência dos casos é do 12:01 às 18:00, nesse período houve 927 (33,44%) casos. Já o menor percentual, 11,26%, aconteceu no período de 00:01 às 06:00

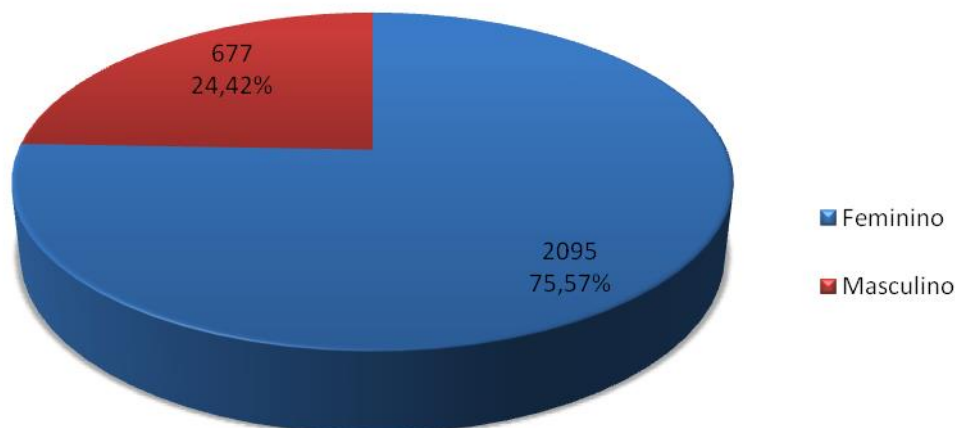


Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 7. Percentual de tentativas de suicídio por intoxicação por idade.

A idade dos pacientes variou de 7 a 19 anos, com mediana de 16 anos. Observa-se um aumento das tentativas de suicídio conforme o aumento da idade, até um pico de casos aos 18 anos. As idades em que se concentraram a maior parte dos casos foram 18, 19 e 17 anos, representando, respectivamente, 16,2%, 15,94% e 15,59% do total.

Quanto ao gênero houve predomínio do feminino correspondendo a 2.095 (75,57%).



Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 8. Representação das tentativas de suicídio por gênero.

A avaliação das tentativas de suicídio prévia estava presentes em apenas 160 (5,77%) dos casos. Destes 131(4,73%) casos havia história prévia de tentativas de suicídio e em 29 (1,05%) casos não estava presente.

Apenas 41 casos continham informações sobre uso de drogas pelos pacientes, sendo que 36 (1,3%) apresentavam história de uso de drogas de abuso.

Das 334 fichas que continham dados sobre o paciente estar ou não em tratamento para algum transtorno psiquiátrico, 309 (11,15%) estavam em tratamento no momento da tentativa de suicídio e 25 (0,9%) não tinha história de doenças psiquiátricas. O transtorno depressivo foi o principal transtorno psiquiátrico relatado, estando presente em 114 (4,11%) casos.

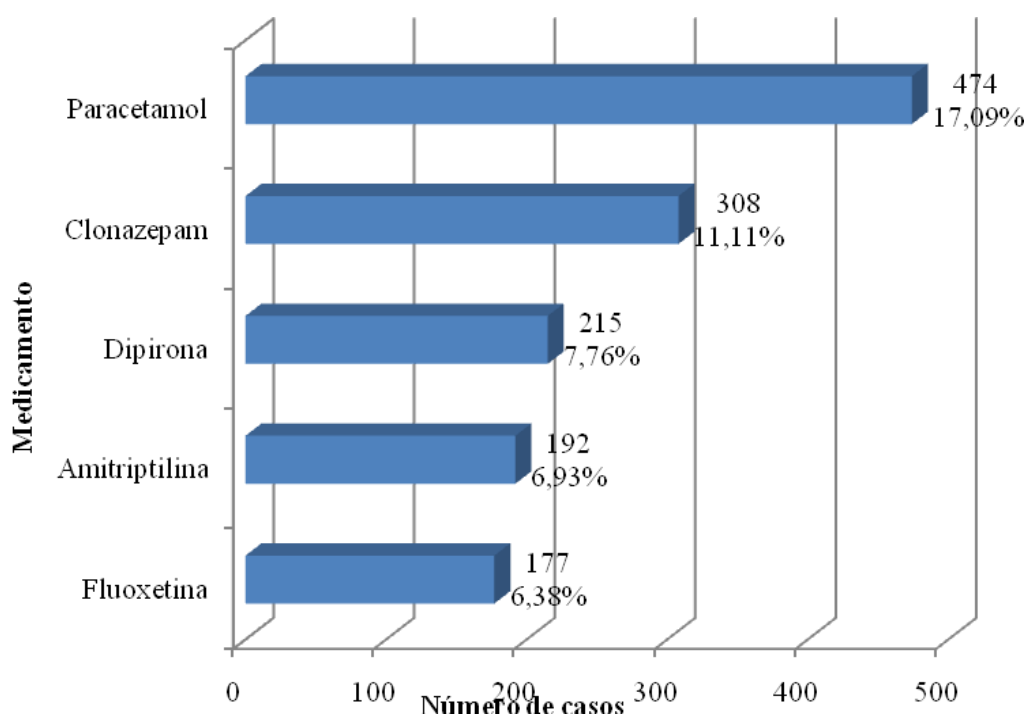
O registro de fator desencadeantes estava presente em 273 (9,85%) dos casos, destes, em 271 (9,78%) registros houve presença de fator desencadeante, dentre os fatores mais comuns estão a briga com pais ou familiares e briga com namorado ou namorada. No que se refere a bullying, apenas 2 (0,07%) dos casos tinham história de bullying, o restante das fichas avaliadas não havia dados sobre o assunto. Dos casos avaliados, 18 (0,65%) possuíam histórico de automutilação.

Quanto aos agentes utilizados nas tentativas de suicídio, observou-se que em 2656 (95,81%) dos casos foram utilizados agentes únicos, os três agentes mais utilizados foram medicamentos (80,63%), agrotóxicos (5,95%) e raticidas (5,19%). A associação mais comum foi de uso de medicamentos e drogas de abuso, com 57 casos.

Tabela 3- Representação dos casos e tentativas de suicídio em que houve ingestão de um único agente.

Agente	Número de casos (%)
Medicamentos	2235 (80,63%)
Agrotóxicos	165 (5,95%)
Raticidas	144 (5,19%)
Produtos domissanitários	73 (2,63%)
Produtos veterinários	9 (0,32%)
Drogas	5 (0,18%)
Outros	25 (0,9%)
Total	2656 (95,81%)

Fonte: CIATox/SC (2019).



Fonte: CIATox/SC (2019).

Figura 9. Medicamentos mais utilizados nas tentativas de suicídio.

Em 1216 (52,06%) dos casos ingeriram apenas uma medicação e 1120 (47,95%) dos casos foram utilizados mais de um tipo de medicação. Os cinco medicamentos mais utilizados foram paracetamol, com 474 (17,1%) casos, clonazepam com 308 (11,11%) casos, dipirona com 215 (7,76%) casos, amitriptilina 192 (6,93%) casos e fluoxetina com 177 (6,39%) casos.

Agrotóxicos foram utilizados em 186 (6,71%) casos de tentativas de suicídio e foram único agente em 165 (5,95%) destes casos. Os agrotóxicos mais utilizados, respectivamente, foram organofosforado/carbamato com 64 (2,31%) casos, piretroide 44 (1,59%) casos e glifosato 41 (1,48%) casos. Já os raticidas representaram 144 (5,19%) tentativas de suicídio como único agente e 164 (5,92%) em conjunto com outros agentes.

No momento do primeiro atendimento, notou-se que 1957 (70,6%) dos pacientes apresentavam manifestações clínicas. As manifestações clínicas mais comumente encontradas foram: sonolência 850 (30,66%), vômitos 361(13,02), náuseas 277 (9,99%), dor epigástrica ou retroesternal 260 (9,38%), taquicardia 241 (8,69%) dos casos. Do total de casos atendidos, estava presente a informação de internação em 2371 (85,53%) destes, sendo que 528 (19,05%) necessitaram de internação devido a intoxicação e 1843 (66,49%) permaneceu menos de 24h em serviço de saúde, sem ser preciso internação. O período de internação variou de 1 a 66 dias, sendo que a mediana foi de dois dias. A internação em UTI foi necessária em 23,86% dos casos que necessitaram de internação, com uma variação de permanência de 1 a 18 dias, com mediana de dois dias.

Ao avaliar a gravidade, observou-se que 2418 (87,22%) foram classificados como leve, 95 (3,43%) foram classificados como grave e 259 (9,34%) foram de moderada gravidade.

A maior parte das tentativas de suicídio, 2312 (83,04%) evoluiu com melhora clínica e 452 (16,3%) casos não havia dados sobre a evolução. No período avaliado ocorreram oito óbitos (0,29%).

Dos suicídios ocorridos no período, observou-se que cinco pacientes eram do sexo feminino e três do sexo masculino, a idade variou de 12 a 18 anos, sendo que três casos tinham 18 anos, a mediana foi 16 anos. Em todos os casos, o local da ocorrência foi na residência habitual, seis ocorreram em área urbana e dois em área rural. Em todos os casos apenas um agente foi utilizado.

Quadro 1- Perfil dos casos de tentativa de suicídio que evoluíram ao óbito, registrados no CIATox/SC, de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, na faixa etária de zero a 19 anos.

Variáveis	Casos de óbitos							
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade (em anos)	18	12	14	15	14	18	18	17
Local	Residência habitual	Residência habitual	Residência habitual	Residência habitual	Residência habitual	Residência habitual	Residência habitual	Residência habitual
Zona	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Rural	Rural
Classe do Agente	Medicamento	Agrotóxico	Agrotóxico	Agrotóxico	Medicamento	Medicamento	Agrotóxico	Agrotóxico
Agente	Paracetamol	Organofosforado e carbamato	Paraquat	Organofosforado e carbamato	Carvedilol e propafenona	Citalopram e bupropiona	Paraquat	Paraquat
Tentativa de Suicídio prévia	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim*
Ano	2017	2017	2016	2016	2016	2015	2014	2014

*Duas tentativas.

Fonte: CIATox/SC (2019).

Em três casos o agente utilizado foi medicamentos, como paracetamol, citalopram, bupropiona, os demais casos utilizaram agrotóxicos. Três dos cinco suicídios que ocorreram devido a ingestão de agrotóxicos utilizaram paraquat e nos dois restantes foi utilizado organofosforado/carbamato. Todos estavam sintomáticos no momento do primeiro atendimento e em sete casos precisaram de internação na UTI

5.2 Comparação de resultados de janeiro de 2003 a dezembro de 2007 com o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017

Ao comparar os resultados deste trabalho com o resultado obtido há 10 anos, observou-se um aumento de 85,25% nas tentativas de suicídio totais e de 107,9% do número de casos de tentativas de suicídio na faixa etária de zero a 19 anos.

Outubro permanece sendo o mês com maior número de tentativas de suicídio e junho o mês com menor número absoluto. A zona urbana se mantém como de maior prevalência. No estudo anterior e neste a estação com maior caso de tentativas de suicídio foi na primavera e o menor foi no verão, no estudo anterior era no inverno.

Florianópolis ainda é o município com maior número de casos e Joinville o segundo lugar em número absoluto. Já o município de Chapecó assumiu o lugar de Blumenau na terceira posição e Blumenau ficou em quarto lugar.

A residência se mantém como o lugar em que mais comumente ocorrem as tentativas de suicídio.

Há 10 anos, o paciente com menor idade que havia tentado suicídio tinha 8 anos, no atual estudo houve um caso de 7 anos. A mediana continua sendo 16 anos, porém a idade com maior número absoluto de casos passou de 16 para 18 anos. Atualmente, 18, 19 e 17 anos são as idades com a maioria dos casos de tentativas de suicídio e no estudo anterior era 16, 18 e 19.

O gênero feminino continua representando a maioria das tentativas de suicídio. Antes a proporção era de, aproximadamente, 1 menino: 4 meninas, atualmente, é de 1 menino: 3 meninas.

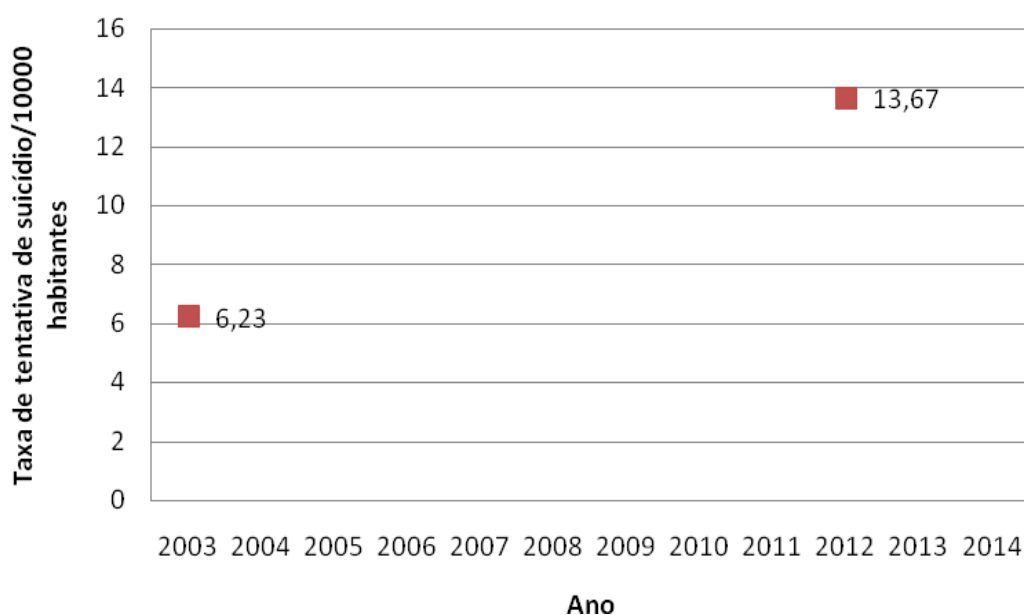
Os medicamentos seguem como o principal agente utilizado nas tentativas de suicídio, com aumento de 70% para 80, 63% dos casos. Enquanto os agrotóxicos, que antes representavam 17% sofreram uma queda percentual para 5,95% dos casos totais.

No estudo anterior, os medicamentos mais utilizados, em ordem decrescente de casos, foram amitriptilina, clonazepam, paracetamol, carbamazepina e diazepam. Atualmente, o paracetamol é o mais utilizado com 474 (17,09%) casos e a amitriptilina passou a ser a quarta medicação mais utilizada.

Há 10 anos, 39% dos casos de tentativas de suicídio necessitaram de internação, no presente estudo observou-se que 19,05% dos casos houve internação devido a intoxicação.

O número de suicídios dobrou desde o último estudo, de quatro casos passaram para oito. No estudo anterior, dois pacientes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, no presente trabalho foram cinco pacientes do sexo feminino e três do sexo masculino. Anteriormente, a idade dos óbitos variava de 16 a 19 anos, atualmente essa variação é de 12 a 18 anos. Quanto aos agentes dois óbitos ocorreram devido a ingestão de medicamentos e dois devido ao uso de agrotóxico, no atual estudo foram cinco óbitos devido o uso de agrotóxicos e três devido ao uso de medicamentos.

A população de Santa Catarina na faixa etária de zero a 19 anos era de 2.139.791 no ano 2003, data de início do primeiro estudo, e em 2012 era 1.948.435 habitantes, conforme nota-se na figura 9. Quanto a taxa de tentativas de suicídio na população residente de Santa Catarina na mesma faixa etária, observou-se que em 2003 era 6,23/10000 habitantes e em 2012 a taxa aumentou para 13,67/10000 habitantes.



Fonte: CIATox/SC (2019); IBGE (2019)

Figura 10. Taxa de tentativas de suicídio por cada 10.000 residentes de 0 a 19 anos do estado de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2012.

6 DISCUSSÃO

As tentativas de suicídio e suicídio efetivo vem aumentando ¹ e representam um percentual significativo do número de casos do CIATox/SC, principalmente na faixa etária de zero a 19 anos. No período do estudo houve registro de 2772 casos de tentativas de suicídio por intoxicação e observou-se um aumento de 85,25% das tentativas de suicídio por intoxicação de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Em relação ao estudo realizado de janeiro de 2003 a dezembro de 2007 ¹⁰ o aumento foi de 107,95%. Diante disso, destaca-se a importância desse estudo elucidando o perfil epidemiológico destes casos, promovendo dados que auxiliam na caracterização do o comportamento suicida na infância e adolescência.

O aumento do número de casos relatado é condizente com os dados de literatura, segundo a OMS ¹, o suicídio já é a segunda causa de óbito em pessoas de 15 a 29 anos. E, na Europa, o suicídio é a segunda causa de morte em adolescentes ⁴².

Ao analisarmos criticamente esse aumento, observamos que o mesmo não se justifica pelo aumento da população de crianças e adolescentes, visto que a pirâmide populacional do País está em processo de alargamento da base e Santa Catarina apresentou redução da população de zero a 19 anos- em 2003 a população nessa faixa etária era de 2.139.791 e, em 2012 passou para 1.948.435.^{43,44} Sendo assim, destacamos o quão alarmante são os dados que demonstraram aumento do número de casos por 10.000 habitantes superior a duas vezes, de 6,23/10.000 habitantes em 2003 para 13,67/10.000 habitantes em 2012.

Quanto a sazonalidade, observou-se que um maior número de ocorrências se sucedem na primavera e inverno e os menores índices no verão, dado idêntico ao estudo realizado por Zahkarov et al ¹².

A zona urbana é onde ocorre mais de 80% dos casos de tentativas de suicídio, provavelmente porque é onde se concentra a maior parte da população do Estado de Santa Catarina e por terem acesso mais fácil, entrando assim em contato com o CIATox/SC.

O local mais comum para ocorrer a tentativa de suicídio foi na residência-habitual, com 93,94% dos casos avaliados, o que condiz com estudo realizado no México²⁴, no qual 78,6% dos casos de suicídio ocorreram na própria residência. Essas altas taxas, provavelmente, se devem por conhecerem melhor o ambiente, terem maior facilidade de acesso, privacidade e tempo para agir. Porém ressalta-se que houve 24 casos em ambiente escolar e seis casos em serviço de saúde. Estes resultados mostram que mesmo em locais em que as crianças e adolescentes deveriam ser monitorados, podem ocorrer tentativa de suicídio.

O município com maior número de casos absolutos foi Florianópolis, seguido de Joinville e Chapecó. Provavelmente por serem municípios com as maiores populações do Estado. Ao fazermos a análise das tentativas de suicídio por população residente no município, na faixa etária de zero a 19 anos, observou-se que Florianópolis tem taxas menores, ficando em 8º lugar e Joinville em 30º lugar, ao passo que, municípios como Tigrinhos, Xanxerê e Joaçaba lideram o ranking da taxa de tentativas de suicídio por população residente.

Houve predomínio do gênero feminino, com 75,57%. Os valores encontrados são semelhantes ao que Zakharov et al¹² encontrou, com 77,5% dos casos no gênero feminino. Quanto ao estudo anterior¹⁰, observou-se que antes a razão era de 1 menino: 4 meninas que tentavam suicídio, atualmente é de 1 menino:3 meninas. Destaca-se aqui que apesar da tentativa de suicídio por intoxicação ser reconhecidamente na literatura um método de preferência do gênero feminino, está aumentando o número de casos no sexo masculino.

Apesar de estudos apontarem que as crianças têm o conceito completo da definição de morte apenas por volta dos 10-11 anos, e só a partir de então poderiam apresentar ideação suicida, o presente estudo revelou a ocorrência de quatro casos de tentativa de suicídio em pacientes com idade inferior a 10 anos. Esse dado sugere que devem ser realizados estudos sobre quais fatores influenciam a compreensão da morte pela criança e a real capacidade das crianças de apresentarem comportamento suicida, assim como dos fatos que levam a esse comportamento. Destacamos aqui que o conceito que não considera que crianças nessa idade sejam capazes de cometer o ato suicida leva, muitas vezes, as tentativas de suicídio ser interpretadas como ingestão acidental, fazendo com que a criança não receba acompanhamento e tratamento adequado. As idades com maiores percentuais de tentativas de suicídio são de 16 a 19 anos, sendo a mediana de 16 anos, idêntica a estudo semelhante realizado na República Tcheca¹².

Dentre as tentativas de suicídio, 309 casos (11,15%) estavam em tratamento para algum transtorno psiquiátrico no momento da tentativa. Estudos^{3,6,7} demonstraram a presença de transtorno psiquiátrico em grande parte das tentativas de suicídio. Talvez isso não tenha se refletido no presente estudo por não ser uma pergunta obrigatória no momento do atendimento. O principal transtorno psiquiátrico registrado foi o transtorno depressivo, o que condiz com o estudo³².

Diversos estudos^{6,7,29} que mostram estreita relação entre abuso sexual, abuso psicológico, abuso físico e negligência, com tentativa de suicídio. No entanto, o presente

estudo registrou uma pequena taxa de casos de abuso. Este resultado pode estar relacionado a dificuldade de pacientes que sofreram abuso falarem sobre o assunto, além do fato de não ser rotineiramente questionado durante o atendimento ao CIATox/SC esse dado.

Houve registro de fator desencadeante para a tentativa de suicídio em 271 (9,78%) dos casos, sendo que os fatores desencadeantes mais citados foram briga com pais ou familiares e briga com namorado ou namorada. Esse dado vai ao encontro do estudo de egípcio ³, em que se observa a presença de fator estressor como desencadeante em 40% dos casos de tentativas de suicídio, sendo que em 30% destes, o fator se tratava de discussão com pais ou companheiros. O percentual pouco significativo do presente estudo deve-se ao fato de não ser habitual questionarem durante o atendimento sobre fatores desencadeantes das tentativas de suicídio, uma vez que não é um dado obrigatório de registro na ficha de atendimento.

Em apenas 131(4,73%) casos havia história prévia de tentativa de suicídio, esse dado pode ser subestimado pelo fato de não ser uma informação com registro obrigatório no momento do atendimento. Dados da literatura ²⁴ demonstraram que 85,7% dos casos avaliados não possuíam história prévia de tentativa de suicídio.

No presente estudo, ocorreram oito casos de suicídio no período avaliado. Estudo semelhante realizado no Centro de Informações de Praga, República Tcheca, por um período de cinco anos ¹² não houve caso de óbito. A ausência de óbitos pode ser pelo menor tempo entre a ingestão do produto e a entrada no serviço de emergência, ou por terem acesso mais dificultado a medicamentos controlados e agrotóxicos. Dois dos casos de suicídio ocorreram em área rural, aventa-se que a dificuldade de atendimento adequado para a gravidade da tentativa de suicídio possa ter colaborado para a evolução ³⁷. O oposto ocorre em área urbana, onde a facilidade de acesso a serviço de saúde pode evitar que os casos evoluam com maior gravidade ³⁷.

O agente mais utilizado nas tentativas de suicídio foi medicamento, com 2338 (84,34%) dos casos, sendo que em 80,63% dos casos foi o único agente. Esse percentual elevado é condizente com dados de literatura. Estudo semelhante ¹² demonstrou um percentual de 97,5% dos casos de tentativas de suicídio por intoxicação, em que o agente era medicamentos. Já é sabido que a escolha pelo método para realizar a tentativa de suicídio depende, entre outros fatores, da facilidade de acesso ^{6,8,9}. Esses valores mostram que crianças e adolescentes tem facilidade de acesso a medicamentos, dois dos medicamentos mais utilizados, paracetamol e dipirona, são facilmente obtidos sem necessidade de receita, um dos óbitos do estudo foi devido a paracetamol. As outras três medicações mais utilizadas,

clonazepam, fluoxetina e amitriptilina, são de uso controlado, o que nos faz acreditar que ou os indivíduos utilizam a medicação ou convivem com alguém que as utiliza e sabem onde são guardadas. Destacamos aqui a necessidade de educação da população geral sobre a necessidade de não permitir o fácil acesso dos medicamentos para crianças e adolescentes, desde os medicamentos comuns, mas potencialmente fatais, até os medicamentos controlados.

Os agrotóxicos foram o agente de 186 (6,71%) dos casos de tentativas de suicídio, outro estudo ¹² demonstrou que estava presente em menos de 2,2%. A característica econômica de Santa Catarina, com agricultura familiar e pequenas propriedades, pode contribuir para facilidade de acesso a esse agente. Apesar do número de casos de ingestão de agrotóxico ser inferior ao de medicamentos, houve maior letalidade, visto que cinco dos oito casos de óbito foram devido a ingestão de agrotóxico como agente único, em três destes casos foi utilizado paraquat, agrotóxico altamente letal, ou seja, os jovens estão tendo acesso a produtos letais.

No estudo, 1957 (70,6%) dos pacientes apresentaram manifestações clínicas no momento do primeiro atendimento. Valores semelhantes foram encontrados no estudo ²¹ mostrou que 68,3% das crianças e 70,7% dos adolescentes apresentaram sintomas no momento do primeiro atendimento, demonstrou que em 90,3% dos casos chegaram ao serviço de saúde com mais de uma hora da ingesta. Sendo que a manifestação mais comumente encontrada foi sonolência, vômitos, náuseas, dor epigástrica/retroesternal e taquicardia.

Um total de 528 (19,05%) pacientes permaneceram internados devido a intoxicação, com uma variação de um a 66 dias, sendo a mediana de dois dias. Destes, 126(23,86%) dos pacientes que ficaram internados, foram internados em UTI com variação de um a 18 dias, com mediana de dois dias. Com relação há o estudo ¹⁰ houve redução das taxas de internação, em referido estudo 39% dos casos necessitaram de internação. O menor número de internação talvez reflita em atendimentos sem avaliação psicológica ou psiquiátrica para avaliação adequada de ideação suicida.

Houve desfecho favorável, com melhora clínica em 2312 (83,04%) dos casos. Condizendo com o que aponta a OMS- para cada suicídio efetivo há no mínimo 10 a 20 tentativas de suicídio. E conforme estudo ¹² que mostra que em jovens é predominante o comportamento suicida sem levar a óbito.

O contato com o CIATox/SC é voluntário, não refletindo o total de casos de tentativas de suicídio por intoxicação, o que constitui uma limitação do presente estudo. Juntamente

com o fato de todos os dados obtidos no estudo serem oriundos de fontes secundárias. Nem todas os casos registrados no CIATox/SC continham informações sobre tentativas de suicídio prévias, se o paciente estava em tratamento para transtorno psiquiátrico, uso de drogas de abuso, história de automutilação, história de abuso ou bullying, assim, provavelmente o estudo não conseguiu representar grande parte dos casos de tentativas de suicídio em que estes fatores de risco poderiam estar presentes.

Observou-se no presente estudo um aumento de 107% das tentativas de suicídio em crianças e adolescentes, sendo que o sexo feminino tenta suicídio por intoxicação três vezes mais que o sexo masculino, sendo que as idades com maiores números de tentativas são 18, 19 e 17 anos, com uma mediana de 16 anos. A residência habitual segue como o local que ocorre a grande maioria dos casos, mas chama atenção os casos que ocorrem na escola e em serviços de saúde. Os medicamentos são os agentes mais utilizados, paracetamol é o medicamento mais comum nas tentativas de suicídio. Apesar de totalizarem 6,71% dos casos, a ingestão de agrotóxico foi responsável por cinco óbitos. Apesar da população residente em Santa Catarina, de zero a 19 anos, ter reduzido, houve aumento da taxa de tentativas de suicídio, em 2003 a taxa era de 6,23/10.000 habitantes e, em 2012, aumentou para 13,67/10.000 habitantes. Deste modo, nota-se que as taxas de tentativas de suicídio aumentaram mais que o dobro em 9 anos, provavelmente este fato deve-se a eventos multifatoriais, como maior frequência de transtornos psiquiátricos na faixa etária avaliada, imaturidade em lidar com momentos de adversidade, menor rede de apoio para dar suporte diante de momentos de dificuldade, famílias disfuncionais. Na maioria dos casos de tentativas de suicídio, há mais de um fator envolvido. Lembrando que um dos principais fatores de risco para o suicídio é ter uma tentativa de suicídio prévia, assim, se nada for feito, há chances desses pacientes que tentaram suicídio virem a apresentar novas tentativas. Diante dos dados apresentados, é de extrema importância agir em medidas preventivas, com restrição de acesso a medicamentos e agrotóxicos, para evitar que essas taxas de tentativas de suicídio e suicídio por intoxicação continuem aumentando.

7 CONCLUSÃO

O Estudo avaliou 2772 casos de tentativas de Suicídio de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, mais que o dobro registrado no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007. O gênero feminino continua representando a maioria dos casos, a variação de idade mudou de oito a 19 anos, para sete a 19 anos no atual estudo. A idade com maior prevalência é de 18 anos, no estudo anterior era de 16 anos.

O maior número de casos ocorreu na primavera e o menor no verão, no estudo anterior não houve diferença significativa entre as estações, o mês de maior ocorrência continua sendo outubro e o de menor ocorrência, junho. A residência habitual mantém-se como o local em que predominam as tentativas de suicídio. A zona urbana continua como a zona de maior ocorrência de casos. Os Municípios de maior ocorrência seguem sendo Florianópolis em primeiro, Joinville em segundo e Chapecó assumiu o terceiro lugar que antes pertencia a Blumenau. Os municípios com maiores taxas de suicídio por 10.000 habitantes na mesma faixa etária são Tigrinhos, Xanxerê e Joaçaba.

O medicamento mantém-se como o agente mais utilizado, paracetamol é a medicação mais comum nas tentativas e foi causa de óbito, há 10 anos era amitriptilina. O segundo agente mais comum são os agrotóxicos.

A maioria dos casos apresentou sintomas no momento do atendimento. Os sintomas mais comuns foram sonolência, vômitos, náuseas, dor epigástrica/retroesternal e taquicardia. Houve redução da taxa de internação, antes representava 39% dos casos, no presente estudo 19,05% pacientes necessitaram de internação.

O número de óbitos dobrou em 10 anos, foi de quatro para oito casos. Sendo que cinco óbitos ocorreram devido agrotóxico e três devido a medicamentos. Mais de 80% dos casos apresentaram melhora clínica.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide: a global imperative. Genebra. 2014; 2-9
2. Ministério da Saúde (Br). Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília. 2017; 1-6.
3. Ghanem M, Gamaluddin H, Mansour M, Samiee AA, Shaker NM, El Rafei H. Role of Impulsivity and Other Personality Dimensions in Attempted Suicide with Self-Poisoning among Children and Adolescents: Arch Suicide Res. 2013; 17(3): 262-74.
4. Brezo J, Barker ED, Paris J, Hébert M, Vitaro F, Tremblay RE, et al. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness as predictors of suicide attempts. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008; 162(11): 1015–21.
5. Sandoval AR, Vilela EMA, Mejia CR, Caballero AJ. Suicide risk associated with bullying and depression in high school. Rev Chil Pediatr. 2018; 89(2): 208–15.
6. Zainum K, Cohen MC. Suicide patterns in children and adolescents: a review from a pediatric institution in England. Forensic Sci Med Pathol. 2017; 13(2): 115-122.
7. Sousa GS de, Santos MSP dos, Silva ATP da, Perrelli JGA, Sougey EB. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(9): 3099–110.
8. Brezo J, Barker ED, Paris J, Hébert M, Vitaro F, Tremblay RE, et al. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness as predictors of suicide attempts. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008; 162(11): 1015–21.
9. Kølves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017; 26(2): 155–64.
10. Valois CM. Perfil Epidemiológico das Tentativas de Suicídio em Crianças e Adolescentes Registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. 2008.
11. Rosengren KS, Gutiérrez IT, Schein SS. (2014). V. cognitive models of death. Monographs of the Society for Research in Child Development. 2014; 79(1): 83-96.
12. Zakharov S, Navratil T, Pelclova D. Suicide attempts by deliberate self-poisoning in children and adolescents. Psychiatry Res. 2013; 210(1): 302–7.
13. Shneidman E. Definition of Suicide. 1th ed. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers; 2004.
14. Carroll R, Thomas KH, Bramley K, Williams S, Griffin L, Potokar J, et al. Self-cutting and risk of subsequent suicide. J Affective Disord. 2016; 192: 8–10.
15. Norero VC. La maduración cerebral en el niño. El caso de la adquisición del concepto de muerte y su evolución. Rev chil pediatr. 2018; 89(1): 137-142.
16. Jaakkola RO, Slaughter V. Children’s body knowledge: Understanding ‘life’ as a biological goal. British Journal of Developmental Psychology. 2002; 20(3): 325–42.
17. Slaughter V, Lyons M. Learning about life and death in early childhood. Cogn Psychol. 2003; 46(1):1–30.
18. Panagiotaki G, Hopkins M, Nobes G, Ward E, Griffiths D. Children’s and adults’ understanding of death: Cognitive, parental, and experiential influences. J Exp Child Psychol. 2018; 166: 96-115.
19. Atwood VA. Children’s concepts of death: A descriptive study. Child Study Journal. 1984;14(1):11–29.

20. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic Status and Child Development. *Annual Review of Psychology*. 2002; 53(1): 371–99.
21. Bonoti F, Leondari A, Mastora A. Exploring Children's Understanding of Death: Through Drawings and the Death Concept Questionnaire. *Death Studies* 2013; 37(1):47–60.
22. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379 (9834): 2373-82
23. Callahan ST, Fuchs DC, Shelton RC, Balmer LS, Dudley JÁ, Gideon OS, et al. Identifying suicidal behavior among adolescents using administrative claims data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2013; 22(7): 769-75.
24. González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Hernández-Díaz Y, Juárez-Rojop IE, León-Garibay AG, Guzmán-Priego CG, et al. Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. *J Forensic Leg Med*. 2017; 52: 236-40.
25. Im Y, Oh W-O, Suk M. Risk Factors for Suicide Ideation Among Adolescents: Five-Year National Data Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017; 31(3): 282–6.
26. Groholt B, Ekeberg O. Prognosis after adolescent suicide attempt: mental health, psychiatric treatment, and suicide attempts in a nine-year follow-up study. *Suicide Life Threat Behav*. 2009; 39 (2): 125-36.
27. Steele MM, Doey T. Suicidal behavior in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*. 2007; 52(6 suppl 1):21S-33S.
28. Baca-García E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Oquendo MA, et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 255(2):152–6.
29. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismore JT, Renshaw KD. The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior: A Systematic Review and Critical Examination of the Literature. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013; 16(2): 146–72.
30. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D, et al. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12–15 Years From 48 Countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019.
31. Holliday C, Vandermause R. Teen Experiences Following a Suicide Attempt. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015; 29 (3): 168-73.
32. Bang YR, Park JH. Psychiatric disorders and suicide attempts among adolescents victimized by school bullying. *Australas Psychiatry*. 2017; 25(4): 376–80.
33. Bentur Y, Raikhlin-Eisenkraft B, Lavee M. Toxicological features of deliberate self-poisonings. *Hum Exp Toxicol*. 2004; 23(7): 331–7.
34. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003; 33 (3): 395-05.
35. Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *J Affec Disord*. 2008; 105(1): 221–8.
36. Liu X, Huang Y, Liu Y. Prevalence, distribution, and associated factors of suicide attempts in young adolescents: School-based data from 40 low-income and middle-income countries. *PLoS One*. 2018; 13(12)
37. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP*. 2014; 25 (3): 231-36
38. Freuchen A, Grøholt B. Characteristics of suicide notes of children and Young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015; 20(2): 194-206.

39. Klomek AB, Sourander A, Niemela S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(3): 254-261.
40. Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. Survey of California Emergency Departments About Practices for Management of Suicidal Patients and Resources Available for Their Care. *Ann Emerg Med*. 2006; 48(4): 452-458.
41. World Health Organization. (WHO). Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours. SUPRE-MISS: Protocol. Geneva, 2002.
42. World Health Organization (WHO). Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series. 731. Geneva: WHO; 1986.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. 2012. Acesso em: 2019 Mai 10. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Brasil; 2003. Acesso em: 2019 Mai 10. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>

**APÊNDICE 1 - FICHA DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO
DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE JANEIRO DE 2013 A
DEZEMBRO DE 2017**

Questionário de avaliação do perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em crianças e adolescentes de jan/2013 a dez/2017, com base nos registros do CIATox/SC.

Ficha número/ano:

1) Sexo: () Fem. () Masc. **2) Data de nascimento (idade):** /

3) Município de residência:

4) Zona: () Rural () Urbana () Não há dados.

5) Hora da ingestão: : **7) Data da ingestão:** / /

6) Local da ingestão:

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| () Residência habitual | () Residência- outra |
| () Local de trabalho | () Ambiente externo/público |
| () Escola/creche | () Ignorado |
| () Serviço de saúde | () Outro |

8) Estação do ano: () Verão () Inverno () Outono () Primavera

9) Tentativas de suicídio prévias?:

() Não. () Sim. Quantas? _____ () Não há dados.

10) Agente utilizado:

- () Medicamentos. Qual? _____
- () Agrotóxicos. Qual? _____
- () Raticidas. Qual? _____
- () Produtos químicos domissanitários. Qual? _____
- () Produtos veterinários. Qual? _____
- () Drogas de abuso. Qual? _____
- () Outro. Qual? _____

11) Manifestação clínica no momento do atendimento?

() Não () Sim. Qual? _____

12) Necessitou de internação?

() Não () Não há dados () Sim. Quantos dias? _____

13) Necessitou de internação em UTI?

() Não () Não há dados () Sim. Quantos dias? _____

14) Usuário de drogas de abuso?:

() Não. () Não há dados

() Sim.

() Maconha () Álcool () Cocaína () Crack () Outro: _____

15) Em tratamento para algum transtorno psiquiátrico?:

() Não. () Não há dados

() Sim.

() Depressão () Ansiedade () TDAH () Usuário de drogas () Outro. _____

16) Houve fator desencadeante para a tentativa de suicídio?

() Não. () Não há dados
 () Sim.
 () Briga com pais () Briga com amigos () Briga com namorado () Bullying
 () Outro. _____

17) Histórico de abuso?

() Não. () Não há dados.
 () Sim.
 () Físico () Sexual () Psicológico () Outro. Qual? _____

18) Histórico de Bullying?

() Não. () Sim. () Não há dados.

19) Histórico de automutilação?

() Sim. () Não () Não há dados.

20) Classificação de gravidade:

() Leve () Moderado () Grave

21) Desfecho:

() Melhora clínica. () Suicídio () Não há dados.

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES REGISTRADAS NO CENTRO DE INFORMAÇÕES E ASSISTÊNCIAS TOXICOLÓGICAS DE SANTA CATARINA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2013 A DEZEMBRO DE 2017: O QUE MUDOU EM 10 ANOS?

Pesquisador: Camila Marques de Valois

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03608018.8.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.063.711

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Conclusão do Curso de Medicina sob orientação da profa Dra. Camila Marques Valois e que pretende realizar um estudo descritivo, retrospectivo, transversal, com base nas fichas registradas como "tentativas de suicídio" do CIATox/SC do período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. A coordenação do Centro de Informação Toxicológica do HU autoriza as informações que serão repassadas a estudante de forma anonimizada. Os pesquisadores anexam carta de justificativa de ausência de TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar se houve aumento das tentativas de suicídio na faixa etária de 0-19 anos quando comparadas ao estudo "Perfil Epidemiológico das Tentativas de Suicídio em Crianças e Adolescentes Registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007".

Objetivo Secundário:

- Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes menores de 19 anos que realizaram tentativas de suicídio por intoxicação, de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. - Caracterizar o perfil das tentativas de suicídio registradas no CIATox/SC, segundo local de ocorrência, município, sexo,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.063.711

idade, horário da ingestão, agente, ocorrência de manifestações clínicas, tentativas de suicídio prévias. Comparar os dados do perfil epidemiológico encontrado neste estudo e comparar com os dados encontrados no estudo "Perfil Epidemiológico das Tentativas de Suicídio em Crianças e Adolescentes Registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007".- Analisar a presença de características comuns como tentativas de suicídio prévias, tratamento psiquiátrico, fator desencadeante, uso de drogas de abuso, histórico de bullying e de automutilação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trata-se de estudo retrospectivo, não há riscos de quebra do sigilo médico, visto que o estudo será realizado com base no banco de dados gerado a partir das fichas do Datatox, sem a identificação do paciente que será identificado apenas pelo número da ficha correspondente. Sendo assim, não haverá dano ao paciente.

Benefícios:

Não trará benefícios pessoais aos pacientes, porém haverá ganho para a sociedade, visto que a delimitação do perfil epidemiológico das crianças e adolescentes com maiores fatores de risco para o suicídio permitirá que se tomem medidas de prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta-se relevante, fundamentado teoricamente e com toda a documentação necessária para a tramitação. Há a inclusão de ausência de TCLE conforme orienta a Resolução 466/2012 com a explicitação dos motivos da mesma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Incluso justificativa de ausência de TCLE de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.063.711

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244153.pdf	26/11/2018 22:31:29		Aceito
Folha de Rosto	Instituicao.pdf	26/11/2018 16:04:46	SABRINA STEFANNE GUIMARAES	Aceito
Outros	cronograma.doc	26/11/2018 11:01:19	SABRINA STEFANNE GUIMARAES	Aceito
Outros	questionario.doc	26/11/2018 10:57:00	SABRINA STEFANNE GUIMARAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	permissao_acesso_banco_de_dados.pdf	24/11/2018 19:43:41	SABRINA STEFANNE GUIMARAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_UFSC.docx	24/11/2018 19:42:53	SABRINA STEFANNE GUIMARAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_ausencia_TCLE.pdf	24/11/2018 19:17:54	SABRINA STEFANNE GUIMARAES FORMIGOSA MANEI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	24/11/2018 19:11:56	SABRINA STEFANNE GUIMARAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br