



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/10.7213/psicolargum.42.119.AO08>

## **Violência autoprovocada e suicídio entre adultos e idosos: caracterizando casos em um município do interior**

*Self-caused violence and suicide among adults and the elderly: characterizing cases in  
a municipality in the interior*

Schyreli Viana da Silva  
Multivix Nova Venécia  
<https://orcid.org/0000-0002-5613-2075>  
[schyrelicologia@hotmail.com](mailto:schyrelicologia@hotmail.com).

Alexandra Iglesias  
Universidade Federal do Espírito Santo  
<https://orcid.org/0000-0001-7188-9650>

Luciana Bicalho Reis.  
Universidade Federal do Espírito Santo  
<https://orcid.org/0000-0001-6173-7514>

### Resumo

O comportamento suicida pode ser considerado um problema de saúde pública, sendo adultos e idosos com as mais elevadas taxas de mortalidade no país. Objetivou-se analisar casos registrados de violência autoprovocada e suicídio, entre adultos e idosos, ocorridos no período de 2018 a 2022, em um município de interior, por meio de pesquisa documental com dados disponibilizados pela vigilância epidemiológica e do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Efetuou-se uma análise descritiva com o *software SPSS*. Os resultados apontaram um total de 273 notificações de violência autoprovocada entre adultos e idosos, sendo 264 pessoas de 20 a 59 anos e nove pessoas acima de 60 anos. A violência autoprovocada ocorreu predominantemente na residência por envenenamento/intoxicação, entre pessoas pardas, do sexo feminino, notificada principalmente por um hospital local. Quanto aos óbitos, dos 33 registrados, 29 adultos e quatro idosos, a maioria homens pardos entre adultos e brancos entre idosos, com maior ocorrência no domicílio entre adultos e no hospital entre idosos, por enforcamento/estrangulamento/sufocação entre adultos e autointoxicação entre idosos. Adultos apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio e números absolutos de lesão autoprovocada. Faz-se necessário o fortalecimento e criação de ações e políticas públicas de atenção a esse público, dadas as peculiaridades destas faixas.

**Palavras-Chave:** Comportamento Autodestrutivo. Suicídio. Adulto. Idoso. Saúde Pública.

### Abstract

*Suicidal behavior can be considered a public health problem, with adults and the elderly having the highest mortality rates in the country. The objective was to analyze registered cases of self-inflicted violence and suicide, among adults and the elderly, that occurred in the period from 2018 to 2022, in a municipality in the interior, through documentary research with data provided by epidemiological surveillance and the Mortality Information System. A descriptive analysis was performed using the SPSS software. The results showed a total of 273 notifications of self-inflicted violence among adults and the elderly, with 264 people aged 20 to 59 years and nine people over 60 years of age. Self-inflicted violence occurred predominantly at home by poisoning/intoxication, among mixed-race people, females, mainly reported by a local hospital. As for deaths, of the 33 recorded, 29 were adults and four were elderly, most of them mixed-race men among adults and white among the elderly, with the highest occurrence at home among adults and in the hospital among the elderly, by hanging/strangulation/suffocation among adults and self-intoxication among the elderly. Adults have higher suicide mortality rates and absolute numbers of suicide and self-harm. It is necessary to strengthen and create actions and public policies to care for this population, given the peculiarities of these age groups.*

**Keywords:** Self-Destructive Behavior. Suicide. Adult. Elderly. Public Health.

### Resumen

*El comportamiento suicida puede considerarse un problema de salud pública, siendo los adultos y los ancianos los que presentan las tasas de mortalidad más altas en el país. El objetivo fue analizar los casos registrados de violencia autoinfligida y suicidio, entre adultos y ancianos, ocurridos en el período de 2018 a 2022, en un municipio del interior, a través de una investigación documental con datos proporcionados por la vigilancia epidemiológica y el Sistema de Información sobre Mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo con el software SPSS. Los resultados mostraron un total de 273 notificaciones de violencia autoinfligida entre adultos y ancianos, siendo 264 personas de 20 a 59 años y nueve personas mayores de 60 años. La violencia autoinfligida ocurrió predominantemente en el hogar por envenenamiento/intoxicación, entre personas de raza mixta, mujeres, notificada principalmente*

*por un hospital local. En cuanto a las defunciones, de las 33 registradas, 29 eran adultos y cuatro ancianos, la mayoría hombres de raza mixta entre los adultos y blancos entre los ancianos, con mayor ocurrencia en el domicilio entre los adultos y en el hospital entre los ancianos, por ahorcamiento/estrangulamiento/asfixia entre los adultos y autoenvenenamiento entre los ancianos. Los adultos presentan mayores tasas de mortalidad por suicidio y números absolutos de suicidio y autolesión. Es necesario fortalecer y crear acciones y políticas públicas para atender a este público, dadas las peculiaridades de estos grupos de edad.*

**Palabras clave:** *Comportamiento autodestructivo. Suicidio. Adulto. Anciano. Salud pública.*

## Introdução

O comportamento suicida define-se como uma série de comportamentos ligados ao suicídio que incluem o pensar (ideação), o planejar, o tentar e o suicídio propriamente dito. Trata-se de um problema de saúde pública que exige respostas abrangentes e coordenadas, contribuindo para sua prevenção e minimização do crescente número de casos no mundo, com repercussões na sociedade (World Health Organization [WHO], 2014).

Tal comportamento consiste em um fenômeno multifatorial, que pode apresentar generalidades e especificidades de acordo com cada faixa etária (Schlösser et al., 2014). Desse modo, a idade adulta e a velhice caracterizam-se por uma série de acontecimentos e transformações que podem gerar sofrimento e, em casos mais graves, o comportamento suicida (Oliveira, 2004; Mendes et al., 2005; Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020).

A idade adulta é marcada pela iniciação no mercado de trabalho, constituição de família, educação de filhos, construção de projetos individuais e coletivos, aumento das responsabilidades financeiras e sociais, entre outras características (Oliveira, 2004). Já na velhice, tem-se o afastamento da vida produtiva e, conseqüentemente, possíveis mudanças no papel social dos indivíduos (Mendes et al., 2005). Essas transformações, na idade adulta e velhice, podem desencadear tensões psicológicas e sociais e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento de comportamentos suicidas (Fiocruz, 2020; Mendes et al., 2005).

Alguns fatores são apontados, pela literatura, como de risco nessas faixas etárias: presença de doenças crônicas, histórico familiar de transtorno mental e comportamento suicida, presença de transtornos mentais, histórico de comportamento suicida, vivência de violência, conflitos familiares e/ou conjugais, desigualdades sociais, uso abusivo de álcool (Gomes et al., 2019; Schlösser et al., 2014). Destacam-se, também, o risco de

fragilidade da masculinidade diante do desemprego e o desemprego propriamente dito (Gomes et al., 2019). Já entre os idosos especificamente, destaca-se, além da aposentadoria, a decadência socioeconômica, o isolamento social que a aposentadoria pode trazer e o estigma quanto ao envelhecimento (Schlösser et al., 2014).

Torna-se importante pontuar, também, os fatores de proteção ao comportamento suicida nessas faixas etárias. Entre os adultos pode-se destacar: boas relações interpessoais, flexibilidade diante dos problemas, busca de ajuda quando necessário e satisfação nas atividades do dia a dia (Schlösser et al., 2014). Já entre idosos destacam-se: bom convívio social, preparo para a aposentadoria, contato com familiares e grupos de pares (Schlösser et al., 2014).

No cenário brasileiro as taxas de mortalidade por suicídio variam significativamente na idade adulta e entre idosos: de 3,8 óbitos por 100 mil entre mulheres de 30 a 49 anos e 50 a 69 anos, a 18,1 óbitos por 100 mil entre homens de 70 e mais (Ministério da Saúde [MS], 2024). Quanto às lesões autoprovocadas, a primeira e a segunda maior porcentagem se concentram entre pessoas adultas, enquanto os idosos apresentam a menor porcentagem, sendo, respectivamente, 30,4% (34.726) entre 20 e 29 anos, 29,38% (33.994) entre 30 e 49 anos e 1,1% (1.229) entre pessoas acima de 60 anos (MS, 2024). Ainda que entre idosos as lesões autoprovocadas possuam baixas porcentagens, as taxas de mortalidade são altas, em especial entre homens, indicando que as tentativas de suicídio nessa faixa etária são mais letais.

Em um contexto de altas porcentagens de lesões autoprovocadas e taxas de óbitos por suicídio entre adultos e idosos, tem-se que no período compreendido por esta pesquisa, mundialmente, vivenciava-se a pandemia de COVID-19, um dos maiores desafios sanitários mundiais, que pode ter incidido diretamente na saúde mental das pessoas e, conseqüentemente, nos números de comportamento suicida. Durante os meses iniciais da pandemia de COVID-19 observou-se um cenário de perdas e mudanças: perda de familiares e amigos, mudanças na rotina, perda no contato físico, mudanças na rotina de autocuidado (fechamento de academia, parques, quadras e outros), mudanças nas rotinas de despedidas dos entes mortos pelo vírus, entre outras. Associado às perdas, evidenciou-se também, um agravamento da crise econômica, aumento no consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, insônia, incertezas etc (Ramos et al., 2024; Ferracioli, 2021; Sher, 2020). Tais questões podem levar os indivíduos a apresentarem

desde reações comuns de stress agudo, até agravos mais graves de sofrimento psíquico, desencadeando, inclusive, situações que podem potencializar o comportamento suicida (Fiocruz, 2020; Ferracioli, 2021)

Campion et al. (2020, p. 657) pontuam que a pandemia representou para a saúde mental pública um triplo desafio: 1) a prevenção de um aumento associado de transtornos mentais e uma redução do bem-estar mental; 2) proteção de pessoas com transtorno mental da infecção de COVID-19 e de suas consequências; 3) fornecimento de intervenção de saúde mental pública apropriadas para profissionais de saúde e cuidadores. Sabe-se que desde o início da pandemia de COVID-19, e durante todo o seu curso, o fornecimento de intervenções em saúde mental foi muito limitado, tendo em vista as medidas de quarentena e/ou isolamento social (Campion et al., 2020). Desse modo, as intervenções com vistas à prevenção do comportamento suicida também foram limitadas e isso pode ter incidido e, ainda incidir, diretamente nos números.

Pesquisa realizada com dados sobre o suicídio em 33 países, demonstrou que nos primeiros nove a 15 meses de pandemia não foram observados aumentos acima do esperado na maioria dos países (Pirkis et al., 2022). Embora esses dados possam estar subestimados, tendo em vista o contexto pandêmico que dificultaria o lançamento dos dados e/ou acesso das pessoas aos serviços, eles são relevantes para a observação do contexto que se espera, de aumento exponencial dos suicídios (Pirkis et al., 2022).

Ainda no que se refere aos dados, o Boletim Epidemiológico intitulado “Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021” do Ministério da Saúde, aponta que no Brasil houve uma redução dos registros de notificações de violência autoprovocada e suicídios logo após o início da pandemia de COVID-19. Sendo que para as notificações, a retomada dos números dar-se após o segundo trimestre de 2021, e para os óbitos por suicídio tem-se uma acentuação da tendência de aumento, superando os níveis de mortalidade pré-pandêmicos (MS, 2024). Pode-se observar, portanto, que os dados sobre os impactos da COVID 19 para o comportamento suicida ainda são poucos e têm-se divergências. Sobre isso, Sher (2020) pontua que as consequências da COVID 19 para a saúde mental, incluindo o comportamento suicida, estarão presentes por um longo período e provavelmente, atingirão o pico mais tarde do que a pandemia de fato.

Além das questões apresentadas, é importante pontuar que a maioria das pesquisas científicas são realizadas em grandes centros que, até recentemente, eram os locais onde

se concentravam a maior oferta de ensino superior e/ou pós-graduação. Mapeamento realizado sobre o suicídio no Estado do Espírito Santo entre os anos de 2001 e 2019 (Freitas, 2023) identificou uma concentração de maiores taxas de incidência de suicídio no interior do Estado. Desse modo, é de suma importância que estudos sobre o comportamento suicida sejam realizados, também, em regiões interioranas, como nesta pesquisa.

### **Objetivos**

Assim, compreendendo a problemática que envolve o comportamento suicida nessas faixas etárias, a presente pesquisa buscou responder à seguinte questão: quais as características apresentadas pelas notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, entre adultos e idosos, em um município do interior nos últimos cinco anos (2018 a 2022)? Assim, objetivou-se: analisar casos registrados de violência autoprovocada e suicídio, entre adultos e idosos, ocorridos no período de 2018 a 2022, em um município de interior.

### **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa realizada em município do interior do Brasil. O município é considerado como uma referência de saúde para a região norte do seu estado de localização, sendo a sede da Superintendência Regional de Saúde Norte, com uma diversidade de serviços municipais e estaduais para o atendimento em saúde da população residente e de municípios vizinhos. No âmbito municipal em relação à saúde mental, o município conta com os seguintes serviços: um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), uma equipe de saúde mental alocada na Policlínica Municipal e profissionais de Psicologia em algumas unidades de saúde.

Empregou-se como método a pesquisa documental, utilizando-se como fonte os bancos de dados provenientes das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (via Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN e o Sistema de Informação e Vigilância em Saúde/ E-SUS VS – sistema próprio do estado

que se localiza o município de pesquisa) e das declarações de óbitos (via Sistema de Informação sobre Mortalidade/ SIM/ DATASUS), referentes aos anos de 2018 a 2022. Os dados advindos das notificações de violência autoprovocada foram disponibilizados pela vigilância epidemiológica municipal em formato de *Microsoft Excel* e os dados sobre mortalidade por suicídio, foram coletados diretamente no SIM/ DATA SUS, em novembro de 2023.

Todos os dados foram organizados no *Microsoft Excel*. De modo que as informações provenientes das notificações de violência autoprovocada foram exportadas, posteriormente, para o *software SPSS* (versão 22.0) permitindo, assim, a realização da distribuição de frequência dos dados que se desejava analisar. Já os dados sobre mortalidade foram organizados e processados com recursos do próprio *Microsoft Excel* permitindo, também, a distribuição de frequência dos dados que se desejava analisar.

Buscou-se analisar as seguintes variáveis das notificações de violência autoprovocada: zona de residência, sexo, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, escolaridade, situação conjugal/ estado civil, presença de transtorno/deficiência, tipo de transtorno/deficiência, suspeita de uso de álcool, encaminhamento, unidade notificadora (disponível apenas nos dados do E-SUS VS), local de ocorrência, violência de repetição, meio de agressão e motivação. Quanto aos óbitos, foram analisadas as variáveis: sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação, local de ocorrência, causa da morte por CID e fonte de informação.

Vale ressaltar que para esta pesquisa os dados foram analisados segundo a divisão etária preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo: 20 a 59 anos – idade adulta; acima de 60 anos – idosos/velhice. Ressalta-se ainda, que o banco de dados das Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e da Declaração de óbito, fonte de dados desta pesquisa, são documentos padronizados e possuem variáveis diferentes, ou seja, algumas variáveis estão presentes em uma ficha e podem não estar presentes na outra – assim, ao longo da apresentação dos resultados e da discussão, poderá ocorrer de ser apresentada e/ou discutida uma variável a partir de somente um dos registros (Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada ou Declaração de óbito).

Por fim, destaca-se que para a realização desta pesquisa foram respeitados todos os aspectos éticos legalmente previstos em consonância com os critérios das Resoluções

n.º 466 (12/12/2012) e n.º 510 (07/04/2016). Esta pesquisa é parte integrante da pesquisa intitulada “Comportamento suicida: cuidado e registro no Sistema Único de Saúde” e encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer n.º 5462461).

### **Resultados**

Foram identificadas 273 notificações de violência autoprovocada entre adultos (n=264) e idosos (n=9) de 2018 a 2022 no município de pesquisa. Quanto aos óbitos, registrou-se no período de pesquisa, 33 óbitos entre adultos (n=29) e idosos (n=4). Segue a apresentação dos resultados referentes as características das pessoas e das ocorrências registradas de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, entre 2018 e 2022 no contexto pesquisado.

#### **Dados das notificações de violência autoprovocada nas diferentes faixas etárias – SINAN e E-SUS VS**

Foram registrados, no período de 2018 a 2022, 273 notificações de violência autoprovocada no município de pesquisa, sendo: 96,7% (n=264) de pessoas de 20 a 59 anos – adultos e 3,3% (n=9) acima de 60 anos - idosos. Entre os adultos foram realizadas 44 notificações no ano de 2018, 72 em 2019, 26 em 2020, 28 em 2021 e 94 em 2022. Já entre os idosos, não houve notificações no ano de 2018, quatro em 2019, uma em 2020, três em 2021 e, uma em 2022.

Entre os adultos em situação de violência autoprovocada (Tabela 1), identificou-se que a maioria das pessoas residia na zona urbana (69,3%; n=183), sexo feminino (71,2%; n=188), parda (68,2%; n=180) e, encaminhadas a rede de saúde (68,9%; n=182) para continuidade do cuidado. As violências autoprovocadas ocorreram (Tabela 2) em sua maioria na residência (70,5%; n=186), por envenenamento/intoxicação (51,1%; n=135), tendo um hospital da cidade (Hospital 1) como principal unidade notificadora (79,1%; n=117). A maioria das notificações assinalou como “ignorado” as variáveis: violência de repetição (50,8%; n=134) e motivação (51,1%; n=135).

Já entre os idosos em situação de violência autoprovocada (Tabela 1) tem-se que a maioria residia na zona urbana (55,6%; n=5), sexo feminino (66,7%; n=6), parda (66,7%; n=6), heterossexual (44,4%; n=4), sendo a rede de saúde o principal local de encaminhamento (66,7%; n=6). Quanto às características das ocorrências (Tabela 2), tem-



se que a maioria ocorreu na residência (77,8%; n=7), por envenenamento/intoxicação (66,7%; n=6), tendo um hospital da cidade (Hospital 1) como a principal unidade notificadora (80%; n=4). A maioria das notificações assinalou como “ignorado” as variáveis: violência de repetição (66,7%; n=6) e motivação (66,7%; n=6).

**Tabela 1**

*Características gerais das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022*

Variáveis	20 a 59 anos (n=264)		Acima de 60 anos (n=9)	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Zona de Residência</i>				
Urbana	183	69,3	05	55,6
Rural	26	9,8	00	00
Periurbana	01	0,4	00	00
Não Informado	54	20,5	04	44,4
<i>Sexo</i>				
Feminino	188	71,2	06	66,7
Masculino	76	28,8	03	33,3
<i>Raça/Cor</i>				
Branca	32	12,1	00	00
Preta	13	4,9	00	00
Amarela	14	5,3	01	11,1
Parda	180	68,2	06	66,7
Ignorado	25	9,5	02	22,2
<i>Orientação Sexual</i>				
Heterossexual	65	24,6	04	44,4
Homossexual (gay/lésbica)	03	1,1	00	00
Bissexual	02	0,8	00	00
Não se aplica	04	1,5	00	00
Ignorado	104	39,4	02	22,2
Não informado	86	32,6	03	33,3
<i>Identidade de Gênero</i>				
Não se aplica	80	30,3	03	33,3

Violência autoprovocada e suicídio

Ignorado	82	31,1	03	33,3
Não informado	102	38,6	03	33,3
<i>Escolaridade</i>				
1ª a 4ª incompleta do EF	01	0,4	01	11,1
4ª série completa do EF	03	1,1	00	00
5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	20	7,6	01	11,1
Ensino Fundamental Completo	10	3,8	00	00
Ensino Médio Incompleto	13	4,9	00	00
Ensino Médio Completo	19	7,2	01	11,1
Educação Superior Incompleta	06	2,3	00	00
Educação Superior Completa	06	2,3	00	00
Ignorado	183	69,3	06	66,7
Não se aplica	01	0,4	00	00
Não Informado	02	0,8	00	00
<i>Situação Conjugal/ Estado Civil</i>				
Solteiro	39	14,8	01	11,1
Casado/União consensual	33	12,5	01	11,1
Viúvo	01	0,4	00	00
Separado	12	4,5	00	00
Não aplica	02	0,8	00	00
Ignorado	111	42	05	55,6
Não Informado	66	25	02	22,2
<i>Presença de Transtorno/ deficiência</i>				
Sim	69	26,1	00	00
Não	23	8,7	02	22,2
Ignorado	116	43,6	05	55,6
Não Informado	56	21,2	02	22,2
<i>Tipo de Transtorno/ deficiência</i>				
Transtorno Mental	33	12,5	00	00
Transtorno de Comportamento	23	8,7	00	00
Transtorno Mental e Tr. de Comportamento	05	1,9	00	00
Deficiência Intelectual e Tr. de Comportamento	01	0,4	00	00
Deficiência Física e Transtorno Mental	01	0,4	00	00
Não se aplica	103	39	04	44,4

## Violência autoprovocada e suicídio

Ignorado	01	0,4	00	00
Não Informado	97	36,7	05	55,6
<i>Suspeita de Álcool</i>				
Sim	24	9,1	01	11,1
Não	56	21,2	01	11,1
Ignorado	154	58,3	06	66,7
Não Informado	30	11,4	01	11,1
<i>Encaminhamento</i>				
Rede de Saúde	182	68,9	06	66,7
Rede de Assistência Social	16	6,1	00	00
Rede de Saúde e Assistência Social	27	10,2	01	11,1
Rede de Saúde e Atendimento à Mulher	03	1,1	00	00
Rede de Saúde, Educação e Atendimento à Mulher	06	2,3	01	11,1
Rede de Saúde e Outras delegacias	01	0,4	00	00
Não Informado	29	11	01	11,1

Nota: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal

### **Tabela 2**

*Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022*

Variáveis	20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Unidade Notificadora</i>				
CIATOX	03	2,0	00	00
Hospital 1 – localizado no município	117	79,1	04	80
Hospital 2 – localizado no município	01	0,7	00	00
USF 1	01	0,7	00	00
Pronto Atendimento	01	0,7	00	00
UPA 24 Horas	01	0,7	00	00
USF 2	01	0,7	00	00
USF 3	02	1,4	00	00
Vigilância Epidemiológica	01	0,7	00	00

Violência autoprovocada e suicídio

Não Informado	20	13,5	01	20
<i>Local de Ocorrência</i>				
Residência	186	70,5	07	77,8
Habitação Coletiva	01	0,4	00	00
Via pública	14	5,3	01	11,1
Outro	05	1,9	00	00
Ignorado	58	22	01	11,1
<i>Violência de Repetição</i>				
Sim	73	27,7	00	00
Não	41	15,5	03	33,3
Ignorado	134	50,8	06	66,7
Não informado	16	6,1	00	00
<i>Meio de Agressão</i>				
Força corporal/spancamento	02	0,8	00	00
Enforcamento	11	4,2	01	11,1
Objeto Pérfuro-Cortante	45	17	01	11,1
Envenenamento/Intoxicação	135	51,1	06	66,7
Arma de Fogo	01	0,4	00	00
Outro	45	17	01	11,1
Envenenamento e Outro	03	1,1	00	00
Obj. Pérfuro-Cortante e Envenenamento	06	2,3	00	00
Envenenamento e Enforcamento	01	0,4	00	00
Obj. Contundente e Obj. Pérfuro-Cortante	02	0,8	00	00
Obj. Contundente e Envenenamento	01	0,4	00	00
Obj. Pérfuro-Cortante e Enforcamento	01	0,4	00	00
Não Informado	11	4,2	00	00
<i>Motivação</i>				
Sexismo	05	1,9	00	00
Conflito Geracional	17	6,4	01	11,1

Outros	44	16,7	01	11,1
Não se aplica	11	4,2	00	00
Ignorado	135	51,1	06	66,7
Não Informado	52	19,7	01	11,1

Nota: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal

### Dados dos óbitos por suicídio nas diferentes faixas etárias – SIM

Como apontado anteriormente, entre 2018 e 2022 registrou-se no município de pesquisa 33 óbitos por suicídio, entre adultos e idosos: 87,8% (n= 29) de pessoas de 20 a 59 anos – adultos, e 12,2% (n=4) de pessoas acima de 60 anos. Quanto ao número de óbitos por ano, pode-se identificar entre os adultos, sete no ano de 2018, quatro em 2019 e 2021, oito em 2020 e seis em 2022. Já entre os idosos, houve um óbito em 2018 e três óbitos em 2021.

Entre adultos com óbito por suicídio, tem-se prevalência das seguintes características (Tabela 3): sexo masculino (72%; n= 21); pardos (69%; n=20); 08 a 11 anos de escolaridade (31%; n=09); trabalhador agropecuário em geral (13,8%; n=04). Quanto às características das ocorrências têm-se (Tabela 4): domicílio como o principal local de ocorrência (51,7%; n=15); óbito por lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocação (CID: X70) (55,2%; n=16); tendo os boletins de ocorrência como principal fonte de informação (58,6%; n=17).

Entre os idosos em óbito por suicídio, notou-se como características prevalentes (Tabela 3): sexo masculino (100%; n=4); brancos (50%; n=2); 8 a 11 anos de escolaridade (50%; n=2); aposentados/pensionistas (75%; n=3). Identificou-se como características das ocorrências (Tabela 4): hospital como principal local de ocorrência (50%; n=2); lesão autoprovocada por autointoxicação por e exposição intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (CID: X64) (50%; n=2) como principal causa da morte; os boletins de ocorrência foram a principal fonte de informação na metade dos casos (50%; n=2).

**Tabela 3**

*Características gerais das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022*

Variáveis	20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Sexo</i>				
Feminino	08	28	00	00
Masculino	21	72	04	100
<i>Raça/Cor</i>				
Branca	05	17	02	50
Preta	01	03	01	25
Parda	20	69	00	00
Não Informado	03	10	01	25
<i>Escolaridade</i>				
01 a 03 anos	04	14	00	00
04 a 07 anos	07	24	00	00
08 a 11 anos	09	31	02	50
12 anos ou mais	03	10	00	00
Ignorado	05	17	02	50
Não Informado	01	03	00	00
<i>Ocupação</i>				
Empresário de espetáculo	01	3,4	00	00
Auxiliar de pessoal	03	10,3	00	00
Empregado doméstico nos serviços gerais	02	6,9	00	00
Empregado doméstico diarista	01	3,4	00	00
Vigilante	01	3,4	00	00
Vendedor de comércio varejista	01	3,4	00	00
Atendente de farmácia – balconista	01	3,4	00	00
Trabalhador agropecuário em geral	04	13,8	00	00

Violência autoprovocada e suicídio

Pedreiro	03	10,3	00	00
Motorista de Táxi	01	3,4	00	00
Mecânico de veículos automotores a diesel	01	3,4	00	00
Estudante	00	00	00	00
Aposentado/Pensionista	03	10,3	03	75
Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	02	6,9	00	00
Ignorada	02	6,9	01	25
Não Informada	02	6,9	00	00

Nota: Tabela criada pelas autoras a partir de dados do SIM/MS

**Tabela 4**

*Características das ocorrências registradas de óbito por suicídio por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022*

Variáveis	20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Local de Ocorrência</i>				
Hospital	08	27,6	02	50
Domicílio	15	51,7	01	25
Outros	01	3,4	01	25
Ignorado	05	17,2	00	00
<i>Causa da morte por CID</i>				
X64 Autointoxicação por e exposição intencional, out drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	01	3,4	02	50
X68 Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	03	10,3	00	00
X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	01	3,4	00	00
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	16	55,2	01	25
X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	01	3,4	00	00

## Violência autoprovocada e suicídio

X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	00	00	01	25
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	01	3,4	00	00
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	01	3,4	00	00
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	01	3,4	00	00
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	04	13,8	00	00

### Fonte de Informação

Boletim de Ocorrência	17	58,6	02	50
Família	01	3,4	00	00
Outros	03	10,3	00	00
Não informado	02	5,6	00	00
Ignorado	06	20,7	02	50

Nota: Tabela criada pelas autoras a partir de dados advindos do SIM/MS

## Discussão

O comportamento suicida entre adultos e idosos se apresenta como uma problemática a ser enfrentada. Dados do Ministério da Saúde (SIM e SINAN)<sup>1</sup> e da Vigilância Epidemiológica do município de estudo, indicam essas faixas etárias como as maiores em registro de óbitos por suicídio, e os adultos com o maior número de notificações por violência autoprovocada.

No âmbito nacional, das 585.855 notificações de violência autoprovocada entre 2018 e 2022, 380.058 ocorreram entre adultos (20 a 59 anos) e 18.603 entre idosos. Dos 55.587 óbitos registrados por suicídio entre 2018 e 2021 (último ano com dados disponíveis no SIM), 40.745 eram de adultos e 10.003 de idosos (MS, 2023a, 2023b). No Estado em estudo, das 19.677 notificações de violência autoprovocada registradas no período da pesquisa (2018 a 2022), 12.106 eram adultos e 466 idosos e, dos 1.268 óbitos

---

<sup>1</sup> Os dados do SIM e SINAN, apresentados nessa discussão, foram obtidos/verificados pela última vez em outubro/novembro de 2023. Ressalta-se que ainda não se encontrava disponível no SIM, dados referentes ao ano de 2022.



registrados por suicídio entre 2018 e 2022, 990 eram de adultos e 190 de idosos (MS, 2023a, 2023b). Tais números contribuem para a afirmação de que torna-se urgente a análise desses números tanto para a elaboração de políticas públicas mais efetivas, como também para a avaliação das práticas de cuidado ofertadas a esses ciclos da vida.

De modo geral, na *idade adulta*, tem-se que entre os anos de 2018 e 2022, período foco deste estudo, tanto no cenário nacional, estadual e municipal, o maior número de notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio foi nessa faixa etária. Porém, uma questão se destaca e difere do cenário nacional e estadual, no município de estudo: o maior número de suicídios registrados entre esse público ocorreu no ano de 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19.

Tal questão pode estar relacionada ao fato dessa faixa etária ser economicamente ativa. Sabe-se que a COVID-19 provocou mudanças e perdas – isolamento social, morte de amigos e familiares, mudanças nas rotinas diárias, alterações nos rituais de despedidas, aumento no consumo de álcool e substâncias psicoativas, agravamento da crise econômica, entre outras (Ramos et. al., 2024; Ferracioli, 2021). Além disso, as pessoas precisaram, inicialmente, se distanciar (confinamento domiciliar) como meio de restrição do contágio do vírus, ficando restritas às suas residências, ou seja, principal local de ocorrência de suicídio no Brasil (Ferracioli, 2021).

As mudanças e transformações que a COVID-19 ocasionou, podem ter afetado diretamente a saúde mental dessas pessoas, desde reações comuns de estresse agudo até condições mais graves de sofrimento psíquico, tendo como agravante o suicídio (Fiocruz, 2020; Ferracioli, 2021). Nesse sentido, pressupõe-se que o município de estudo também tenha sido afetado por essas transformações e as pessoas tenham sentido de maneira intensa os efeitos, ocorrendo o aumento nos números de suicídio, principalmente no primeiro ano de pandemia.

A diminuição dos casos registrados de comportamento suicida em algumas localidades pode estar relacionada a uma maior convivência familiar. Do mesmo modo que a pandemia de COVID-19 pode ter trazido impactos negativos, o primeiro ano da pandemia, marcado pelo *lockdown* pode ter contribuído para um aumento da coesão e apoio familiar, bem como para uma maior “vigilância” familiar quanto ao acesso aos meios para as tentativas (Daudali, 2022).

Entre os *idosos*, observou-se que no município de pesquisa, assim como no âmbito

nacional e estadual, trata-se da terceira (de quatro) faixa etária com maior número de notificações de violência autoprovocada e a segunda (de quatro) quanto aos óbitos registrados por suicídio.

Embora aparente ser baixo o número de suicídio e lesões autoprovocadas entre os idosos, deve-se estar atento a esses números. Estima-se que para a população geral, para cada morte consumada por suicídio há 25 tentativas, já entre a população idosa, para cada morte por suicídio há quatro tentativas (WHO, 2014; Minayo & Cavalcante, 2015). Tal estimativa evidencia a importância da atenção a essa faixa etária e de se ofertar a ela o cuidado o quanto antes para diminuição do risco de morte por essa causa (Minayo & Cavalcante, 2015).

As tentativas de suicídio e o suicídio têm sido cada vez mais recorrentes entre a população idosa. Mundialmente, as taxas mais altas de suicídio são de pessoas com 70 anos ou mais em ambos os sexos (WHO, 2014). No Brasil, observa-se que as taxas de mortalidade por suicídio entre os homens aumentam progressivamente com a idade, atingindo seu pico em idosos de 70 anos ou mais, com a taxa de 18,1 óbitos por 100 mil. No que se refere às lesões autoprovocadas, os idosos com 70 anos ou mais são os com menor número no país, correspondendo a 1,1% dos números de notificações (MS, 2024). Ou seja, embora as taxas de suicídio entre idosos sejam altas, as lesões possuem baixos números, o que pode indicar que o comportamento suicida nessa faixa etária costuma ser mais letal.

### **Idade Adulta – 20 a 59 anos**

A idade adulta é uma fase do desenvolvimento em que ocorre, de maneira mais incisiva, a inserção no mercado de trabalho, vivem-se relacionamentos amorosos, constitui-se família, educa-se filhos, emergem projetos individuais e coletivos, ganha-se responsabilidades que anteriormente não existiam, entre outras transformações. Trata-se, ainda, da população economicamente ativa, sendo, geralmente, os responsáveis pela renda familiar dos lares (Fiocruz, 2020; Oliveira, 2004).

Essas especificidades, atreladas a fatores de risco como o uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, problemas familiares e financeiros, impulsividade, presença de transtornos mentais severos, rompimento de relações significativas, tentativa anterior de suicídio, isolamento social, perdas afetivas, entre outros, podem contribuir para o desenvolvimento de sofrimento psíquico e, também, de comportamentos suicidas

(Fiocruz, 2020; Schlösser et al., 2014). Assim, compreender o perfil dessa faixa etária no âmbito municipal é fundamental para a construção de políticas públicas, programas e serviços efetivos, com oferta de cuidado e assistência adequados.

A maior prevalência de violência autoprovocada e óbitos por suicídio no Brasil é dessa faixa etária (MS, 2024), assim como no município de estudo. No Brasil, 60,2% das notificações de violência autoprovocada correspondem a pessoas de 20 a 49 anos, destes 30,4% possuem de 20 a 29 anos e 29,8% possuem de 30 a 49 anos (MS, 2024). Quanto aos óbitos, de 2010 a 2019 no Brasil, foram registradas maiores proporções em pessoas entre 20 e 29 anos (21%), seguida de pessoas entre 30 e 39 anos (20,4%) e entre 40 e 49 anos (17,8%) (Silva & Marcolan, 2022).

A população negra (pardos e pretos), assim como em outras faixas etárias, se destacou como maioria nas notificações e óbitos por suicídio. Tais dados vão ao encontro dos registros nacionais que indicam que em 2016, jovens negros adultos possuíam um risco 34% maior de suicídio quando comparados aos brancos; ou seja, a cada 100 suicídios de jovens adultos brancos (20 a 29 anos), ocorreram 134 suicídios de jovens negros (MS, 2018).

O suicídio na população negra brasileira é um fenômeno ligado ao racismo, às desigualdades étnicas-raciais e ao racismo estrutural, tidos como determinantes sociais das condições de saúde, associando-se ao adoecimento físico e psíquico dessa população (Lima & Paz, 2021). Atentar-se às questões que envolvem o adoecimento e sofrimento dessa população é contribuir, também, para a prevenção do comportamento suicida a esse público.

A rede de saúde foi apontada como o principal local de encaminhamento de pessoas adultas, sendo um hospital específico da cidade a principal unidade notificadora de violência autoprovocada. Isso significa que pessoas adultas têm chegado primeiro à urgência/emergência para de lá serem encaminhadas para outros serviços da rede de saúde.

A rede de urgência ser apontada como principal unidade notificadora pode não dar conta da dimensão do fenômeno do comportamento suicida, tendo em vista que, segundo a literatura (Botega et al., 2009), apenas uma a cada três pessoas que tentam suicídio chegam a ser atendidas em serviços de urgência. Após uma tentativa de suicídio, a procura por um serviço de saúde depende de alguns fatores, como o grau de gravidade

da autoagressão, a confiança nos sistemas de saúde, o estigma que se tem quanto ao comportamento suicida, o medo da criminalização do ato (Botega et al., 2009) e no caso dos adultos, acrescenta-se a disponibilidade de horário para atendimento.

Diante disso, é importante que os serviços de saúde (especializados e Atenção Básica) estejam preparados para acolher e ofertar o cuidado continuado necessário a esse público, inclusive, em horários estendidos. Há que se considerar as especificidades dessa faixa etária que, sendo economicamente ativa e estando inserida no mercado de trabalho, encontra barreiras de acesso a esses serviços em horário comercial. Isso pode ser revertido a partir da adesão do município ao Programa Saúde na Hora do Ministério da Saúde, que se trata de um programa que viabiliza o custeio aos municípios para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dentre os objetivos do programa, destaca-se nesse caso, a ampliação de acesso, cobertura e horário de atendimento com vistas a oferta de ações de saúde em horários flexíveis à população, como noturno e de almoço (Portaria Nº 397, de 16/03/2020, 2020).

No que se refere a ocupação das pessoas em óbitos registrados por suicídio, tem-se que entre os adultos a maioria era trabalhador agropecuário. Estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) aponta que a maior mortalidade por suicídio no Brasil, entre 2007 e 2015, ocorreu entre trabalhadores da Agropecuária (Instituto de Saúde Coletiva, 2019). Segundo o estudo, a taxa de mortalidade estimada para trabalhadores da agropecuária em 2007 era de 16,6 por 100 mil, subindo para 18,6 por 100 mil em 2011 e, para 20,5 por 100 mil em 2015. Tal dado representa o dobro da taxa média nacional anual (Instituto de Saúde Coletiva, 2019).

A baixa renda, instabilidade no emprego, pressão por produtividade, acesso limitado à saúde e educação de qualidade, exposição e acesso a substâncias químicas presentes nos agrotóxicos, podem ser apontados como fatores de risco para depressão, ansiedade e outros transtornos mentais e, conseqüentemente, para o suicídio entre esses trabalhadores (Instituto de Saúde Coletiva, 2019).

Sabe-se que o município de pesquisa é majoritariamente rural em sua extensão territorial. Ainda assim, 77% da população, conforme o Censo 2010, reside na área urbana (Prefeitura Municipal de São Mateus, 2015). Nesse sentido, torna-se importante a proposição, junto aos órgãos públicos, de intervenções direcionadas a esse público de

trabalhadores com vistas a minimização desses fatores de risco que os afetam, entre eles a redução do acesso aos agrotóxicos.

### **Idosos/ Velhice – Acima de 60 anos**

O envelhecimento é uma parte integrante e fundamental do curso da vida. Trata-se de uma fase permeada de características próprias e peculiares, entre elas a aposentadoria, que apresenta vantagens para alguns como o descanso e o lazer, mas também pode representar desvalorização e desqualificação, produzindo, inclusive, sentimentos de inutilidade, angústia e exclusão social (Mendes et al., 2005), além dos possíveis impactos econômicos. As mudanças e transformações presentes nessa faixa etária podem levar, ainda, ao sofrimento psíquico e a comportamentos suicidas.

Dados oficiais apontam que a taxa de suicídio entre pessoas idosas é maior que a média nacional de suicídios. Nessa faixa etária, a taxa média é de 8,9 mortes por 100 mil, enquanto a média nacional é de 5,5 por 100 mil (Fiocruz, 2020). No ano de 2021, foram registradas no Brasil 1.229 notificações de violência autoprovocada de pessoas acima de 70 anos e 8.458 de pessoas de 50 a 69 anos, representando 1,1% e 7,4% do total de notificações, respectivamente (MS, 2024). Quanto aos óbitos por suicídio, tem-se que entre os anos de 1996 e 2007 ocorreram 12.913 óbitos de pessoas idosas no país, equivalendo a 14,2% dos óbitos registrados (Pinto et al., 2012). Os dados de notificações de violência autoprovocada em idosos são menos significativos do que os dados de óbitos, idosos tendem a comunicar menos suas ideias, sendo os comportamentos suicidas mais letais (Minayo, 2022; Schlösser et al., 2014).

No que se refere ao sexo, os dados encontrados no município coadunam com os dados nacionais que indicaram que 53% das notificações de pessoas acima de 60 anos, entre os anos de 2018 e 2022, eram do sexo feminino e, 80,79% dos óbitos por suicídio, nesse mesmo período, eram do sexo masculino (MS, 2023a; MS, 2023b).

Para Meneghel et al., (2012), a educação voltada para os papéis de gênero desempenha uma forte influência no suicídio entre idosos. Trata-se de uma educação que espera que as mulheres sejam passivas, delicadas, cordiais, não agressivas e dediquem-se aos cuidados dos filhos e da casa, enquanto os homens devem ser os provedores bem-sucedidos economicamente, fortes, potentes, agressivos e viris. Assim, ao chegar à velhice, além do declínio das funções e de possíveis adoecimentos, os homens podem apresentar crise de masculinidade e não se adaptar a um mundo de mudanças, enquanto

para as mulheres, o casamento e a saída dos filhos de casa podem significar uma perda na vontade de viver, levando ambos os sexos ao adoecimento psíquico e, muitas vezes, ao suicídio (Meneghel et al., 2012).

Embora não se possa, a partir das notificações, afirmar que no município pesquisado esse seja um fator que “justifique” os óbitos por suicídio e as lesões autoprovocadas entre os idosos, torna-se importante pensar na oferta de espaços coletivos que visem a sociabilidade, produtividade e desconstrução de padrões patriarcais que podem estar incidindo sobre a saúde mental dessa população. Vale dizer que esses espaços de desconstrução de papéis sociais do homem e da mulher, não se restringem a pessoa idosa, mas devem ter como alvo de intervenções todas as faixas etárias.

Acrescido dessa discussão, há que se considerar que pouco ou nada se debate também sobre a temática do suicídio no âmbito das políticas públicas de saúde, especificamente relacionada a pessoas idosas, embora essa faixa etária possua altas taxas de suicídio. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por exemplo, não contempla em suas diretrizes a violência autoprovocada no campo das violências nessa faixa etária (Carmo et al., 2018). Ainda assim, a saúde mental da pessoa idosa está contemplada no campo “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável”, ao prever que se promova ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa, o que pode ser preventivo, também, para o comportamento suicida (Portaria Nº 2.528, 2006).

Além disso, o pouco debate existente em torno do comportamento suicida entre pessoas idosas pode estar associado aos tabus existentes quanto ao suicídio, também nessa faixa etária. No âmbito familiar e nos serviços que atendem esse público, algumas vezes, esses idosos são vítimas de menosprezo, desatenção, impaciência e desconsideração de sua fala. Assim, a ideação suicida do idoso não tem espaço de fala e de escuta ou, por vezes, são entendidas como forma de “chamar atenção” (Gutierrez et al., 2020).

Os dados encontrados sugerem que os idosos com a demanda de cuidado ao comportamento suicida estão primeiro adentrando às urgências/emergências para depois serem acolhidos nessa queixa nos serviços de saúde da atenção básica e especializada. Desse modo, para além das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e comumente realizadas pelos serviços básicos de saúde (controle de hipertensão e diabetes, consultas periódicas etc.), há que se destacar a necessidade de que esse nível de atenção promova

também, ações/intervenções com vistas a saúde mental da população idosa. Atividades coletivas com foco na socialização e promoção à saúde (física, cognitiva, psíquica, social) podem ser importantes estratégias de cuidado e prevenção do suicídio.

Seguindo na discussão dos dados em relação a especificidades das diferentes faixas etárias, chama atenção o fato do hospital aparecer como principal local dos óbitos por suicídio entre os idosos. Trata-se de um dado que diverge da literatura (Cavalcante & Minayo, 2012), a qual indica a residência como principal local de ocorrência de óbitos nessa faixa etária.

Contudo, embora no Brasil a maior parte dos suicídios aconteça no domicílio, a incidência nos hospitais também é alta. Estima-se que 26% dos suicídios no país ocorram em hospitais (Botega, 2014). Tais taxas podem se relacionar a alguns importantes fatores que ampliam o risco desses locais, como: ausência de redes de proteção, falta de preparo e atenção da equipe, janelas em andares altos; acesso indevido a medicações e objetos perfurocortantes; aumento de ansiedade e depressão, causadas por reações agudas a diagnósticos, agravamento de quadros; dor de difícil controle, efeitos adversos de medicamentos e outros (Botega, 2014). Nesse sentido, torna-se importante à rede local de serviços de urgência e emergência estar atenta a esses fatores e tomar medidas para a diminuição desse risco, conforme indicado em diversos manuais.

O principal meio de agressão utilizado na violência autoprovocada pelos idosos foi o envenenamento/intoxicação. Da mesma forma, entre os óbitos, a principal causa da morte foi autointoxicação por exposição intencional, outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas (CID: X64). Tais dados são contrários aos identificados na literatura (Carmo et al., 2018; Cavalcante & Minayo, 2012; Pinto et al., 2012) que apontam o enforcamento como o principal meio utilizado por idosos. O cenário encontrado no município de pesquisa pode se dar devido a ampla facilidade e disponibilidade no acesso a potentes agentes tóxicos como pesticidas, agrotóxicos, produtos químicos industriais, cosméticos e medicamentos (Carmo et al., 2018). Isso aponta a necessidade de atentar-se a tal especificidade contextual de municípios do interior do Brasil para a elaboração de políticas públicas com vistas à restrição do acesso aos meios mais utilizados, como um dos caminhos mais efetivos para a prevenção ao suicídio, incluindo essa faixa etária.

Além disso, destaca-se que embora seja baixa a taxa de suicídio entre idosos, o

comportamento suicida está presente entre esse público no município de pesquisa, exigindo do poder público e da sociedade uma atenção especial. Familiares e profissionais de saúde (e outros serviços ofertados ao público idoso) devem estar atentos às pistas verbais e não verbais que os idosos possam apresentar e que indicam a vivência de um sofrimento; e quando se depararem com tais pistas, que acolham e compreendam para que se busque e encontre/ofereça a ajuda necessária.

### **Considerações finais**

A presente pesquisa analisou casos registrados de violência autoprovocada e suicídio, entre adultos e idosos, ocorridos no período de 2018 a 2022, em um município do interior do Brasil. Os dados apontam uma maioria de notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre pessoas adultas.

No que se refere às características das pessoas e das ocorrências observa-se semelhanças entre as notificações de violência autoprovocada e algumas diferenças entre os óbitos em relação às duas faixas etárias. Nesse sentido, tem-se uma maioria do sexo feminino entre as notificações e do sexo masculino entre os óbitos, coadunando com dados da literatura nacional e internacional. Pessoas pardas se destacaram entre as notificações de ambas as faixas etárias, porém entre os óbitos tem-se uma maioria de pardos entre adultos e brancos entre idosos.

No que se refere às características das ocorrências, a rede de saúde se apresentou como principal local de encaminhamento em ambas as faixas etárias, sendo um hospital local a principal unidade notificadora dos casos de violência autoprovocada. A residência foi o principal local de ocorrência de notificações em ambas as faixas etárias, e de óbito por suicídio entre os adultos, porém entre os idosos o principal local de morte foi o hospital. O envenenamento/intoxicação foi o principal meio de agressão entre as tentativas de suicídio em ambas as fases, já quanto aos óbitos, destaca-se a lesão autoprovocada por enforcamento/ estrangulamento/ sufocação entre adultos e autointoxicação entre idosos.

De modo geral, observa-se que no município de pesquisa, o comportamento suicida é um fenômeno presente e que tem aumentado entre adultos e idosos, embora se apresente ainda baixo entre estes últimos. Tratam-se de fases do desenvolvimento distintas: enquanto uma é a população economicamente ativa do município, a outra está,



ou deveria, vivenciando a aposentadoria.

Entre os adultos, as preocupações que a vida adulta exige – trabalho, filhos, relações conjugais, condição financeira entre outras, podem gerar sofrimento à essa população que, por vezes, pode não conseguir acessar espaços de cuidado à saúde mental devido às demandas do tempo cada vez mais corrido nessa idade. Já entre os idosos, espera-se que se vivenciem os “prazeres” da aposentadoria, porém, por vezes, ela pode gerar a perda de identidade, a diminuição dos recursos financeiros e dos ciclos sociais, o que poderá acarretar sofrimento que nem sempre é validado pela sociedade.

De todo modo, as peculiaridades das faixas etárias contempladas nesta pesquisa, precisam ser consideradas para a elaboração, manutenção e fortalecimento de ações, estratégias e políticas públicas nos mais diversos espaços de inserção desses sujeitos. Os espaços públicos e privados precisam estar abertos para alcançar esses adultos que no seu tempo diário, por vezes, não possuem disponibilidade de tempo para cuidar de sua saúde, em especial a sua saúde mental. Além disso, programas de preparo para aposentadoria podem ser um caminho na promoção à saúde mental desses futuros idosos, assim como maior acesso a espaços de cultura, lazer, esporte e saúde a todos.

Como fragilidade desta pesquisa, destaca-se a divisão etária entre os adultos. Ao optar pela utilização das idades preconizadas pela OMS, tem-se um período etário relativamente amplo, o que não permitiu uma melhor compreensão desse fenômeno em diferentes momentos da vida adulta do indivíduo.

Outra fragilidade encontrada foi a incompletude das notificações. Variáveis como orientação sexual, identidade de gênero, presença de transtorno/deficiência, tipo de transtorno/deficiência, suspeita de álcool, violência de repetição, consideradas importantes para a caracterização desse fenômeno e que servem de suporte à elaboração de estratégias e políticas públicas mais efetivas, não foram preenchidas adequadamente, dificultando a definição mais precisa do perfil das pessoas em comportamento suicida em município do interior.

Ainda sobre isso, acredita-se, que o município de pesquisa, possa ter sido afetado com as subnotificações no período da pandemia de COVID-19, incidindo no baixo número de notificações. Sabe-se que os profissionais de saúde, nesse período, estavam com a atenção centrada nos casos de infecção de COVID-19, desse modo, outras doenças e agravos podem ter sido deixados em segundo plano. Além disso, com as restrições que

a pandemia impôs, as pessoas tinham menor acesso aos serviços de saúde, fazendo, por vezes, que os casos de violência autoprovocada não chegassem a esses serviços.

Por fim, acredita-se que essa pesquisa ao apresentar um panorama do comportamento suicida entre a população adulta e idosa em município do interior, oferece aos poderes públicos, serviços de saúde, empresas e população em geral, subsídios para a construção de diálogos, escuta e intervenções em saúde mental voltadas à essa população, bem como possibilita a reflexão e análise das estratégias, ações e políticas públicas já existentes direcionadas ao público em questão.

### Referências

- Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B. D., Barros, M. B. D. A., Silva, V. F. D., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: Um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632–2638. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>
- Botega, N. (2014). Comportamento Suicida: Epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231–236. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Campion, J., Javed, A., Sartorius, N., & Marmot, M. (2020). Addressing the public mental health challenge of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 657–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30240-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30240-6)
- Carmo, É. A., Santos, P. H. S., Ribeiro, B. S., Soares, C. D. J., Santana, M. L. A. D., Bomfim, E. D. S., Oliveira, B. G. D., & Oliveira, J. D. S. (2018). Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(1). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100001>
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. D. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943–1954. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002>
- Daudali, S. A. (2022). *Impacto da pandemia COVID-19 nos comportamentos autolesivos e suicidários na adolescência* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina de Coimbra. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10316/102327>
- Ferraciolli, N. G. M., Oliveira, W. A., Oliveira-Cardoso, É. A., Corradi-Webster, C. M., Risk, E. N., & Santos, M. A. (2021). Comportamento suicida: O paradoxo vida e morte em meio à pandemia de COVID-19. *Estud. Interdisciplinar. Psicol.*, 12(2), 75 – 98. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n2p75>

- Freitas, M. H. de. (2023). *Mapeamento do suicídio no Espírito Santo: Uma análise espacial do início do século XXI* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. <https://repositorio.ifes.edu.br/handle/123456789/3532>
- Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz]. (2020). *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19*. Fundação Oswaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44264>
- Gomes, E. R., Iglesias, A., & Constatinidis, T. C. (2019). Revisão Integrativa de Produções Científicas da Psicologia Sobre Comportamento Suicida. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2), 35–53. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>
- Gutierrez, D. M. D., Minayo, M. C. S., Sousa, A. B. L., & Grubits, S. (2020). Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? *Saúde e Sociedade, 9*(4), <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190659>
- Instituto de Saúde Coletiva. (2019). *Boletim Epidemiológico - Ocupação e Suicídio no Brasil, 2007-2015 (14)*. Universidade Federal da Bahia. [https://ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2019/08/SUICIDIO\\_BOLETIM\\_CCVISATfinalFINAL.pdf](https://ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2019/08/SUICIDIO_BOLETIM_CCVISATfinalFINAL.pdf)
- Lima, L., & Paz, F. P. C. (2021). A morte como horizonte?: Notas sobre suicídio, racismo e necropolítica. *Teoria e Cultura, 16*(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2021.v16.30795>
- Mendes, M. R. S. S. B., Gusmão, J. L. D., Faro, A. C. M. E., & Leite, R. D. C. B. D. O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: Uma breve consideração. *Acta Paulista de Enfermagem, 18*(4), 422–426. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>
- Meneghel, S. N., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M. D., Grubits, S., Hesler, L. Z., & Cecon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(8), 1983–1992. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>
- Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: Revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 1751–1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>
- Minayo, M. C. S. (2022). Por que antecipar o fim? Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In L. L. & P. V. P. N. (Orgs.), *(RE)Pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriepistêmicos (livro eletrônico)*. EDUFBA.
- Ministério da Saúde. (2018). Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Ministério da Saúde e Universidade de Brasília. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos\\_suicidio\\_adolescentes\\_negros\\_2012\\_2016.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf)

- Ministério da Saúde. (2021). *Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil* (Boletim Epidemiológico 33). Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf)
- Ministério da Saúde. (2023a). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação—Sinan*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>
- Ministério da Saúde. (2023b). *Sistema de Informação sobre Mortalidade – DataSUS*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Ministério da Saúde. (2024). *Boletim epidemiológico: Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021*. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente: Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
- Oliveira, M. K. (2004). Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 211–229. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200002>
- Pinto, L. W., Assis, S. G. D., & Pires, T. D. O. (2012). Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1963–1972. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007>
- Pirkis, J., Gunnell, D., Shin, S., Del Pozo-Banos, M., Arya, V., Aguilar, P. A., Appleby, L., Arafat, S. M. Y., Arensman, E., Ayuso-Mateos, J. L., Balhara, Y. P. S., Bantjes, J., Baran, A., Behera, C., Bertolote, J., Borges, G., Bray, M., Brečić, P., Caine, E., ... Spittal, M. J. (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *eClinicalMedicine*, 51, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101573>
- Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Ministério da Saúde*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
- Portaria N° 397, de 16 de março de 2020. (2020). Altera as Portarias de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, n° 5 de 28 de setembro de 2017, e n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. *Ministério da Saúde*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397\\_16\\_03\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html)
- Prefeitura Municipal de São Mateus [PMSM]. (2015). Lei complementar N° 104/2015, N°104.

<https://www.saomateus.es.gov.br/uploads/legislacaoitens/52dzuot8nclve3prgxmk7ysi4b6qwhf0j19.pdf>

Ramos, F. P., Reis, L. B., Iglesias, A., Andrade, A. L., Gandra, C. T, Costa, E. F. (2024). Consumo de drogas como estratégia de regulação emocional durante pandemia de COVID-19. *Psicologia em Pesquisa (UFJF)*, 18, p. 1-27.

Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas Em Psicologia*, 22(1), 133–145. <https://doi.org/10.9788/TP2014.1-11>

Sher, L. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Suicide Rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707–712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>

Silva, D. A. da, & Marcolan, J. F. (2022). Tendência da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, e45174. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45174>

World Health Organization[WHO]. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>