

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Yasmin Saba de Almeida

**VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA: CUSTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL (2016-2020)**

**Porto Alegre
2021**

Yasmin Saba de Almeida

**VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA: CUSTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL (2016-2020)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Almeida, Yasmin Saba de
Violência autoinfligida: custo para os serviços de
saúde nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil (2016-2020)
/ Yasmin Saba de Almeida. -- 2021.
67 f.
Orientador: Guilherme Dornelas Camara.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Programa de Pós-Graduação em
Administração, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Automutilação. 2. Custos. 3. Gestão em Saúde. 4.
Sistema Único de Saúde. 5. Tentativa de Suicídio. I.
Camara, Guilherme Dornelas, orient. II. Título.

Yasmin Saba de Almeida

**VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA: CUSTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL (2016-2020)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 03 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Examinador(a): Prof. Rafael Steffens Martins

Examinador(a): Prof. Dra. Pâmela Ferreira Todendi

Orientador(a): Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e nossa Senhora Aparecida por terem me dado forças e por me permitirem continuar lutando e aprendendo.

Aos meus pais, Kátia e Cristiano, por sempre me apoiarem e dedicarem todo seu esforço nessa jornada. As minhas avós, Eugenia e Lia, que tanto me amam e sempre estiveram do meu lado. E aos meus padrinhos, Mônica e Luiz, que são como meus segundos pais. Obrigada por estarem ao meu lado!

Aos meus amigos e companheiros de profissão Carina Félix e Matheus Marques, que me deram todo apoio no decorrer da construção deste trabalho. Obrigada por tudo que fizeram por mim! Amo vocês!

A família Cantarino, minha tia Liette, meu tio Marcos e meus irmãos de vida Matheus e Vinícius. Obrigada por tudo, sem vocês isso tudo não teria sido possível!!

Ao meu orientador Prof. Dr. Guilherme, por todo o aprendizado e paciência. Espero que no futuro nossos caminhos ainda se cruzem!

E finalmente, ao meu marido Arthur, que me apoiou, me amou, me deu forças para seguir em frente, que foi minhas pernas quando não conseguia mais andar; minha alma gêmea. Agradeço todos os dias a Deus por ele ter trazido você de volta para a minha vida. Obrigada por tudo! Eu te amo!

RESUMO

Introdução: A violência autoinfligida é um termo que abrange não somente a automutilação, mas, também, a ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 800 mil pessoas morrem, todos os anos, por suicídio ao redor do mundo, e estima-se que para cada caso de suicídio há ainda mais pessoas atentando contra a própria vida. **Objetivo:** Analisar os custos das internações por violência autoinfligida no Sistema Único de Saúde nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil no período de 2016 a 2020. **Método:** Foram empregados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), relativos ao período estudado. **Resultados:** Neste período, as Regiões Sul e Sudeste do Brasil somaram mais de 311 mil notificações de violência autoprovocada, as quais levaram a 32.512 internações hospitalares, gerando um custo total de R\$ 30.886.203,48. Esse montante representa um investimento médio de R\$ 949,99 por internação, com custo por leito dia de R\$ 237,50. A média de permanência hospitalar foi de 4,0 dias e a taxa de mortalidade do período foi de 3,61%. **Conclusão:** Os resultados apresentam-se como um importante contributo à tomada de decisão dos gestores de saúde, ao propiciar uma estimativa da magnitude da violência autoinfligida nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil e seu panorama dentre as Unidades Federativas, possibilitando-os planejar e implementar estratégias eficazes para redução e prevenção dos casos de violência autoprovocada.

Palavras-chave: Automutilação. Custos. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Tentativa de Suicídio.

SELF-INFLICTED VIOLENCE: COST FOR HEALTH SERVICES IN THE SOUTH AND SOUTHEAST REGIONS OF BRAZIL (2016-2020)

ABSTRACT

Introduction: Self-inflicted violence is a term that encompasses not only self-mutilation, but also suicidal ideation, suicide attempts and suicide. According to the World Health Organization, approximately 800,000 people die every year by suicide around the world, and it is estimated that for every suicide case there are many more people who attempt suicide. **Objective:** To analyze the costs of hospitalizations for self-inflicted violence in the Unified Health System in the South and Southeast regions of Brazil from 2016 to 2020. **Method:** Secondary data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Hospital Admissions System of the Unified Health System (SIH/SUS), for the period studied. **Results:** In this period, the South and Southeast regions of Brazil totaled more than 311 thousand notifications of self-inflicted violence, which led to 32,512 hospital admissions, generating a total cost of R\$ 30,886,203.48. This amount represents an average investment of R\$949.99 per admission, with a cost per day of R\$237.50. The average hospital stay was 4.0 days and the mortality rate for the period was 3.61%. **Conclusion:** The results are presented as an important contribution to decision-making by health managers, by providing an estimate of the magnitude of self-inflicted violence in the South and Southeast regions of Brazil and its panorama among the Federative Units, enabling them to plan and implement effective strategies to reduce and prevent cases of self-inflicted violence.

Keywords: Costs. Health Management. Suicide, Attempted. Self Mutilation. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.2.1 – Número de mortes a nível global por causas, no ano de 2017	23
Figura 3.2.2 – Causas de mortes a nível global entre indivíduos de 15-49 anos de idade, no ano de 2017.....	24
Figura 3.2.3 – Suicídio e Transtornos Mentais	25
Figura 3.2.4 – Proporção regional de pessoas com 18 anos ou mais de idade diagnosticadas com depressão por profissional de saúde mental, Brasil, 2019.	27
Figura 3.2.5 – Número de notificações por violência autoprovocada, segundo sexo e ano, na população total e na faixa etária de 15 a 29 anos, Brasil, 2011-2018	29
Figura 3.2.6 – Meios de agressão utilizados em ocorrências de casos de violência autoprovocada notificados entre jovens de 15 a 29 anos, segundo sexo, Brasil, 2011-2018.	31
Figura 6.1 – Variação dos custos totais das internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) nas Regiões Sul e Sudeste entre 2016 e 2020.	39
Figura 6.2 – Variação dos custos por internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) nas Regiões Sul e Sudeste entre 2016 e 2020	40
Figura 6.1.1 – Média de permanência por internação na Região Sudeste, em dias, 2016-2020	43
Figura 6.1.2 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, por sexo, segundo ocorrência ou não de óbito, 2016-2020	44
Figura 6.2.1 – Média de permanência por internação na Região Sul, em dias, 2016-2020	50
Figura 6.2.2 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, por sexo, segundo ocorrência ou não de óbito, 2016-2020	51

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 3.2.1 – Carga Global de Doenças: transtornos mentais, no ano de 2019 ...	26
Tabela 3.2.1 – Carga Global de Doenças: violência autoprovocada, no ano de 2019	28
Tabela 6.1 – Internações, custos das internações e taxa de prevalência das lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) nas Regiões Sul e Sudeste, por ano, 2016-2020	38
Tabela 6.1.1 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, por faixa etária e sexo, 2016-2020.....	41
Tabela 6.1.2 – Motivo das internações por lesões autoprovocadas na Região Sudeste, segundo CID-10 e sexo, 2016-2020.....	42
Tabela 6.1.3 – Frequência de ocorrência de lesões autoprovocadas na Região Sudeste, por Unidade Federativa, por ano, 2016-2020.....	42
Tabela 6.1.4 – Taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, entre indivíduos com idade superior a 20 anos, 2016-2020.....	45
Tabela 6.1.5 – Internações e taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, 2016-2020	45
Tabela 6.1.6 – Valor médio pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, segundo faixa etária e sexo, 2016-2020	46
Tabela 6.1.7 – Valor médio e diário pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas na Região Sudeste, segundo CID-10, 2016-2020	47
Tabela 6.2.1 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, por faixa etária e sexo, 2016-2020.....	48
Tabela 6.2.2 – Motivo das internações por lesões autoprovocadas na Região Sul, segundo CID-10 e sexo, 2016-2020.....	49
Tabela 6.2.3 – Frequência de ocorrência de lesões autoprovocadas na Região Sul, por Unidade Federativa, por ano, 2016-2020.....	50
Tabela 6.2.4 – Taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, entre indivíduos com idade superior a 20 anos, 2016-2020	52
Tabela 6.2.5 – Internações e taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, 2016-2020	53
Tabela 6.2.6 – Valor médio pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, segundo faixa etária e sexo, 2016-2020....	54
Tabela 6.2.7 – Valor médio e diário pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas na Região Sul, segundo CID-10, 2016-2020	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
DALY	Disability-adjusted life years
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doença crônica não transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
YLD	Years lived with disability

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 REVISÃO TEÓRICA	14
3.1 TRANSTORNOS MENTAIS E O SUICÍDIO	14
3.1.1 Depressão	15
3.1.2 Depressão como a doença da modernidade.....	17
3.1.3 A depressão e o suicídio no contexto pandêmico	19
3.1.4 Violência autoinfligida e comportamento suicida.....	20
3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	22
3.3 CUSTOS EM SAÚDE	32
4 OBJETIVOS	35
4.1 OBJETIVO GERAL	35
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
5.1 DELINEAMENTO	36
5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	36
5.3 COLETA DE DADOS	36
5.3.1 Variáveis.....	37
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
6 RESULTADOS	38
6.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO SUDESTE <i>VERSUS</i> CUSTOS DE INTERNAÇÃO.....	40
6.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO SUL <i>VERSUS</i> CUSTOS DE INTERNAÇÃO.....	48
7 DISCUSSÃO	56
8 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	61

1 INTRODUÇÃO

O interesse voltado à temática teve por gênese experiências pessoais, visto que venho batalhando contra a depressão há mais de treze anos. Por meio da observação do meu cotidiano, me deparei com outros jovens diagnosticados com transtornos depressivos, vítimas da violência autoinfligida, que necessitaram ficar hospitalizados por um grande período em decorrência da mesma.

Atualmente, os transtornos depressivos afetam mais de 264 milhões de pessoas, de todas as idades, ao redor do mundo. A depressão é um distúrbio afetivo caracterizado, sobretudo, por alterações de humor e diminuição das respostas emocionais necessárias para enfrentar os desafios do cotidiano. Por muitas vezes essa é acompanhada por outros sintomas comportamentais, cognitivos e neurovegetativos que comprometem significativamente a capacidade funcional do indivíduo (WHO, 2020; IBGE, 2020; BRASIL, 2019).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a depressão é a principal doença na carga global de doenças no mundo, e uma das maiores causadoras de incapacidade, podendo até mesmo levar o indivíduo a cometer suicídio. Todos os anos, aproximadamente 800 mil pessoas cometem suicídio em todo o mundo, e para cada caso de suicídio há ainda mais pessoas atentando contra a própria vida. Ademais, o suicídio corresponde a segunda principal causa de morte, no mundo, entre jovens de 15 a 29 anos de idade (WHO, 2020).

Ao se tratar de Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 10,2% das pessoas com 18 anos ou mais de idade declararam ter sido diagnosticadas com depressão por um profissional de saúde mental, o que representa 16,3 milhões de pessoas. As Regiões Sul e Sudeste apresentam os maiores percentuais de pessoas com transtornos depressivos diagnosticados, com 15,2% e 11,5% respectivamente (IBGE, 2020).

Entre os anos de 2007 a 2016, foram registradas 106.374 mortes por suicídio. Somente no ano de 2016, mais de 11 mil pessoas interromperam a própria vida, atingindo, assim, naquele ano, uma taxa de mortalidade por suicídio de 5,8 pessoas para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2018).

Apesar da associação, nem toda violência autoinfligida/autoprovocada é necessariamente uma tentativa suicídio, pois podem ser uma forma de aliviar sofrimentos, sem que haja, necessariamente, o objetivo de pôr fim a vida. De acordo

com o Ministério da Saúde, esta compreende a automutilação, a ideação suicida, as tentativas de suicídio e os suicídios (BRASIL, 2019a).

De acordo com os dados extraídos do Ministério da Saúde, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de domínio público do Sistema Único de Saúde - SUS (DATASUS), no período de 2016 a 2019, foram notificados 1.306.477 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Deste total, 329.640 (25,2%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada.

Ressalta-se que estes números podem se agravar ainda mais com o isolamento social promovido pela pandemia de COVID-19, visto que há estudos apontando que o isolamento gera impacto no sistema imuno-neuro-endócrino aumentando o risco de desenvolvimento de distúrbios mentais, como ansiedade e depressão (RAONY *et al.*, 2020).

Tendo em vista que para se traçar um plano de melhoria da situação de saúde, faz-se necessário conhecer dos problemas de saúde da população, o monitoramento do perfil epidemiológico de casos de violência autoinfligidas se torna essencial para o gestor de saúde, possibilitando-o visualizar os impactos socioeconômicos que a depressão e o suicídio acarretam à sociedade e aos cofres públicos. Portanto, a questão norteadora deste projeto foi a seguinte: Quais são os custos para o SUS, nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, de lesões autoprovocadas no período de 2016 a 2020?

2 JUSTIFICATIVA

Apesar do cenário preocupante, o suicídio pode ser prevenido. O estigma atrelado ao tema impede a procura por ajuda, o que poderia evitar mortes. Outrossim, sabe-se que abordar o fenômeno suicídio de modo responsável opera como fator de prevenção, portanto, discutir o tema sem alarmismo, estimulando e conscientizando sobre sua prevenção e confrontando seus estigmas, podem contribuir para o enfrentamento desse problema. O Ministério da Saúde ainda aponta que “intervenções eficientes, bem fundamentadas e baseadas em evidências”, podem prevenir as tentativas de suicídio e evitar o óbito por esta causa (BRASIL, 2019a, p. 1).

Kinchin e Doran (2018) destacam que a compreensão da magnitude dos custos correlatos ao suicídio pode servir para diversos propósitos, tendo em vista que esta ação pode representar uma perda significativa para a capacidade produtiva de um país e uma estimativa de custos pode servir para avaliar os benefícios potenciais e econômicos da implementação de estratégias eficazes de prevenção do suicídio.

Assim, trazer a depressão e o suicídio para o centro das discussões, bem como o impacto destas na vida dos indivíduos e nos custos para o SUS, pode contribuir para a tomada de decisão dos gestores em saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população. Para tanto, serão coletados dados sobre internações causadas por violência autoinfligida disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do sistema DATASUS, analisando-os mediante formulação de gráficos e tabelas.

A partir deste estudo almeja-se tomar conhecimento do custo correlato aos casos de violência autoinfligida nas Regiões Sul e Sudeste do país no período de cinco anos (2016 a 2020). O período estabelecido teve por fundamento a implantação, da “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” no ano de 2016, pelas Nações Unidas, que estabeleceu dentro do seu terceiro objetivo, “Saúde e Bem-Estar”, a necessidade de implementar estratégias para a promoção e prevenção da saúde mental, visando, assim, reduzir as taxas de suicídio nos países em 10% (BRASIL, 2015; WHO, 2018). Exclui-se o ano de 2021, tendo em vista que os dados dispostos nos Sistemas de Informação ainda se encontram incompletos.

Em posse dessas informações, pretende-se auxiliar os gestores em saúde: a conhecer melhor o perfil epidemiológico da população destas Regiões; a realizar o planejamento estratégico; na avaliação e execução de indicadores de saúde; no

fomento de pesquisas e no desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas a promoção e prevenção do suicídio e das sequelas de sua tentativa; correlacionando-se diretamente com a redução de custos e com a diminuição do impacto social.

A escolha de delimitar a pesquisa nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil partiu, inicialmente, da dupla vivência da pesquisadora, sendo esta moradora da Região Sudeste e discente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No entanto, após ampla pesquisa, fundamentou-se a importância de serem investigadas estas Regiões, tendo em vista que ambas possuem os maiores índices de depressão e suicídio do país.

Portanto, este estudo se justifica ao possibilitar visualizar o impacto que as violências autoinfligidas geram aos orçamentos públicos, sobretudo, nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil, permitindo, assim, auxiliar o gestor na tomada de decisão e no planejamento de ações de saúde para a população, possibilitando voltá-las à promoção e prevenção da saúde com vias de viabilizar a diminuição de custos para o SUS.

Ademais, vale destacar que esta pesquisa se articula com o sétimo eixo da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, na subagenda de número 7.9 referente à “Análise da relação entre custos hospitalares e melhoria dos desfechos do cuidado em âmbito nacional” (BRASIL, 2018a, p. 18).

3 REVISÃO TEÓRICA

Na Revisão Teórica propõe-se a discussão de dados relevantes que abrangem a violência autoinfligida. Desta forma, visando sistematizar o conhecimento produzido sobre o tema, foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PUBMED (PubMed Database of U.S. National Library of Medicine).

Para tal, foram utilizados os Descritores em Saúde (DeCS/MeSH): "Comportamento Autodestrutivo", "Tentativa de Suicídio", "Custos de Cuidados de Saúde", "Custos", "Custos Hospitalares", "Custos e Análise de Custo", "Custos de Cuidados de Saúde" e "Honorários e Preços", bem como suas variações em inglês e espanhol, associados pelo uso dos operadores booleanos "AND" e "OR".

Para inclusão foram estabelecidos como critérios de elegibilidade: artigos com disponibilidade eletrônica na íntegra, publicados em inglês, português ou espanhol, no período de 2016 a 2021. Foram excluídas publicações duplicadas nas bases de dados, bem como artigos em andamento.

Desta forma, foram identificados um total de 284 estudos, que após aplicação dos critérios de elegibilidade, leitura dos títulos, resumos e dos registros na íntegra, resultaram em um total de 14 artigos. Ademais, outros documentos foram utilizados para pautar a revisão, sendo estes artigos aleatoriamente selecionados, manuais, relatórios e sites de organizações nacionais e internacionais de saúde.

Por fim, o capítulo foi estruturado em tópicos, sendo estes: 1) Transtornos Mentais e o Suicídio; 1.1) Depressão; 1.2) A depressão e o suicídio no contexto pandêmico; 1.3) Violência autoinfligida e comportamento suicida; 2) Epidemiologia; 3) Custos em Saúde.

3.1 TRANSTORNOS MENTAIS E O SUICÍDIO

Em países desenvolvidos, os transtornos mentais estão presentes em até 90% das pessoas que morrem por suicídio. De forma análoga, todos os anos, no Brasil, são registrados, aproximadamente, 12 mil casos de suicídio, dentre os quais, cerca de 96,8% estavam relacionados a transtornos mentais, muitas vezes não diagnosticados e tratados. Dos transtornos mentais associados, a depressão

apareceu em primeiro lugar, seguida do transtorno bipolar e do abuso de substâncias (WHO, 2014a; ABP, 2020; ABP, 2014).

De acordo com a OMS, o risco de suicídio varia de acordo com o tipo de transtorno que o indivíduo apresenta, sendo a depressão e os transtornos associados ao consumo de álcool, os transtornos mais comumente ligados ao comportamento suicida. O uso de álcool e outras substâncias pode ser encontrado em uma média de 25-50% de todas as mortes por suicídio, sendo que o risco de suicídio aumenta no caso deste uso ser associado a outros transtornos psiquiátricos. O álcool, *per se*, pode ser atribuído a 22% dos casos de suicídio, isto é, um em cada cinco casos poderiam ter sido evitados se este não fosse consumido pela população (WHO, 2014a; SCHNEIDER, 2009; WHO, 2014).

Nesse contexto, é estimado, que ao longo da vida, 4% dos pacientes com transtornos de humor apresentem risco de suicídio, assim como 8% das pessoas com dependência alcoólica (SCHNEIDER, 2009), 8% dos indivíduos com transtorno bipolar e 5% das pessoas com esquizofrenia. É importante ressaltar que o risco de comportamento suicida aumenta com a comorbidade, isto é, indivíduos com mais de um transtorno mental apresentam significativamente mais riscos (WHO, 2014a).

Alguns fatores podem aumentar o risco de suicídio, sendo eles: a depressão, a alta recente de internação psiquiátrica, acontecimentos traumáticos na infância, abuso sexual, estresse físico e psicológico, doenças incapacitantes, algumas doenças sistêmicas (ex.: hipotireoidismo), certos tipos de medicamentos (ex.: anfetaminas), consumo de drogas lícitas e ilícitas, casos de suicídio na família ou de amigos próximos, tentativa prévia, forte intenção suicida, transtornos mentais, isolamento social, ausência de apoio social e características sociodemográficas desfavoráveis, tais como desemprego, pobreza e baixo nível educacional (RUFFINO *et al.*, 2018; ABP, 2020; KINCHIN; DORAN, 2018; FÉLIX *et al.*, 2019).

3.1.1 Depressão

Segundo Silva *et al.* (2015) a depressão e o suicídio são fatores que provocam imenso sofrimento na vida dos indivíduos acometidos e no seu ciclo pessoal, afetando familiares, amigos e a comunidade.

A depressão é uma doença psiquiátrica, crônica e recorrente, cujos sintomas variam da falta de motivação, cansaço e alterações de humor à pensamentos e tentativas de suicídio. Esta pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, e embora, a incidência seja mais alta nas idades médias, nos últimos anos, os números vem aumentando entre adolescentes e jovens adultos (RAZZOUK, 2016; RUFINO *et al.*, 2018).

Esta se destaca por sua alta prevalência e alta morbidade, possuindo impacto direto nas chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde, podendo agir como fator de risco, como barreira à aderência ao tratamento e/ou como agente de piora no prognóstico (WHO, 2020; ARENHARDT *et al.*, 2020; BRASIL, 2013).

De acordo com a OMS, a depressão sozinha é responsável por 4,3% da carga global de doenças, e está entre as maiores causas de incapacidade¹ ao redor do mundo, sobretudo em mulheres, correspondendo a um total, global, de 11% de todos os anos vividos com incapacidade (WHO, 2013).

Estudos enfatizam o prejuízo no desempenho individual e o impacto socioeconômico desencadeado pela depressão, tendo em vista a significativa diminuição da produtividade, o que leva ao aumento das taxas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente de trabalho, se tornando, assim, a terceira maior causa de afastamento laboral no Brasil (RUFINO *et al.*, 2018).

A relação entre a depressão e o trabalho está na articulação do trabalhador com fatores estressores presentes no ambiente laboral, definindo-se como resultado de um desequilíbrio entre as demandas que a profissão exige e a capacidade do mesmo em realizá-la, levando ao aumento da tensão e afetando negativamente a saúde mental dos trabalhadores (PALERMO *et al.*, 2020).

De fato, em função de sua alta prevalência, a depressão é a doença mental mais associada ao suicídio. Em números absolutos, esta representa o diagnóstico mais frequentemente encontrado entre suicidas. De forma que tratamento rápido e efetivo da depressão faz parte das estratégias para prevenção do suicídio (ABP, 2014).

¹ O termo incapacidade remete-se a tradução da palavra “*disability*”, sendo este um termo *umbrella* para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação, denotando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e o contexto que o cerca (ambiente e fatores pessoais) (WHO, 2011).

3.1.2 Depressão como a doença da modernidade²

As doenças da modernidade têm exibido um padrão *sine qua non* de uma incidência crescente ao longo do tempo, sobretudo, porque o ambiente continua a se distanciar cada vez mais da necessidade de adaptabilidade humana, de forma que os indivíduos vivem por mais tempo nesses novos ambientes. A depressão certamente não é uma doença nova, embora ainda seja desconhecida a sua prevalência ao longo da história humana. Apesar disto, a aflição, a tristeza, o desânimo e o medo exibem notável continuidade histórica, desde a antiguidade até os tempos modernos (HIDAKA, 2012).

Nos últimos anos, estudos vem apontando um aumento na procura por atendimentos com profissionais de saúde mental, especialmente, por adolescentes e jovens em faixa etária produtiva. Entretanto, apesar deste aumento, suas causas ainda não são claras. Alguns especulam que o aumento da pressão acadêmica e a sobrecarga de trabalho são os culpados, outros colocam as mudanças contínuas na estrutura familiar, o uso indevido de substâncias e o aumento nas taxas de obesidade como fatores, na tentativa de justificar o crescimento exponencial nos casos de depressão entre a nova geração (TWENGE *et al.*, 2017).

Uma pesquisa realizada com 22.928 participantes, dos quais 14.655 eram Millennials e 8.273 da Geração Z, apontou, tanto a expectativa na carreira, quanto o trabalho como uma das maiores fontes de ansiedade e estresse entre os jovens, sobretudo na Geração Z. Ademais, o desemprego foi um dos três maiores motivos de preocupação entre ambas as gerações, tendo em vista a pandemia de COVID-19 (DELOITTE, 2021).

Para Hidaka (2012), as mudanças no estilo de vida, com dietas pobres e a inatividade física, a disfunção endócrina devido à exposição inadequada ao sol e ao sono, e um ambiente tóxico caracterizado pelo aumento da desigualdade, da competição e do isolamento social, podem contribuir para um ambiente depressiogênico, afetando a incidência e o tratamento da depressão.

Outra possível razão para o aumento nos problemas de saúde mental é a crescente popularidade da comunicação eletrônica, sobretudo das mídias sociais.

² As gerações representadas neste capítulo incluem a Geração X (nascidos, aproximadamente, entre 1965-1979), os Millennials (1980-1994) e a Geração Z (1995-2012) (TWENGE *et al.*, 2017).

Alguns estudos relacionam a frequência do uso da mídia social a um baixo bem-estar psicológico, apesar de outros encontrarem ligações positivas, com resultados dependendo da motivação para o uso da mídia social e se a frequência de uso se qualifica como viciante (TWENGE *et al.*, 2017).

A associação da depressão com o avanço tecnológico e com as mídias sociais vem se tornando alvo de debates e preocupação, especialmente pela geração iGen, ou Geração Z, gastar mais tempo se comunicando eletronicamente e menos interagindo pessoalmente, do que quando comparados aos seus predecessores, os Millennials (Geração Y) e a Geração X, da mesma idade (TWENGE *et al.*, 2017).

Ceretta e Froemming (2011), destacam o fato da Geração Z, não ter conhecido o mundo sem a Internet. Estes, por vezes, não discernem as diferenças entre a vida *online* e *offline*, utilizando seus *smartphones* o tempo todo e querendo tudo no mesmo instante, pois possuem uma relação diferente com o tempo. Suas vidas são irrigadas com constantes e massivas informações em tempo real, e não raramente este volume se torna obsoleto ou desinteressante em pouco tempo.

Entre os adolescentes desta geração, as redes sociais são utilizadas, por vezes, como um espaço virtual terapêutico, onde compartilham suas queixas, sentimentos, frustrações, incompreensões, dão depoimentos e conselhos, visando, assim, minimizar suas ansiedades, sendo, portanto, um espaço onde buscam acolhimento, companhia, compreensão, identificação, pertencimento, autoafirmação e onde saciam seus ideais de relacionamento (MUSSIO, 2017).

as redes sociais mostram de maneira desnudada a fragilidade dos nossos estados emocionais, sucesso e bem-estar, através dos quais constantemente buscamos apoio e aprovação através de comentários e imagens para elevação de nosso autoconceito. Além disso, parte das relações estabelecidas neste ambiente são superficiais e instáveis, formando-se e rompendo-se com grande rapidez, e muitas vezes forjadas por interesses momentâneos (MUSSIO, 2017, p. 15).

Neste contexto, um estudo longitudinal realizado com adultos, descobriu que quanto mais tempo estes passam utilizando o Facebook®, mais mudanças negativas no humor eram evidenciadas, enquanto aqueles que desistiram de utilizar a rede social por uma semana, relataram menos sintomas depressivos, sugerindo, assim, que o uso de redes sociais pode causar mais sintomas depressivos (KROSS *et al.*, 2013). Ademais, pesquisas tem apontado para a inserção rotineira de atividades fora

das telas, como exercícios e a interação social, como tratamento para a depressão (TWENGE *et al.*, 2017).

Apesar de não termos como afirmar que a depressão é uma doença que surgiu com a modernidade, suas tecnologias, de acordo com as evidências, ao mesmo tempo que implicam em maiores riscos à depressão, também funcionam como fatores protetivos. Seu uso é uma realidade para as novas gerações, que terão suas estruturais sociais, culturais, econômicas e políticas moldadas a partir destas, tornando seu uso cada vez mais frequente, o que destaca, assim, a importância da identificação dos sintomas e adoção de medidas preventivas para a depressão e suicídio.

3.1.3 A depressão e o suicídio no contexto pandêmico

A pandemia de COVID-19 possui um grande impacto na vida cotidiana das pessoas. Para prevenir a propagação do coronavírus, políticas rígidas têm sido implementadas, e vêm enfatizando a necessidade e manutenção do distanciamento social. Essas políticas causaram mudanças abruptas na economia, forçando o cancelamento da maioria dos eventos e viagens, bem como tem impedindo estabelecimentos não-essenciais de funcionar. Consequentemente, os problemas financeiros se tornaram uma realidade para muitas empresas, diversos funcionários foram temporariamente dispensados de seus trabalhos e as taxas de desemprego aumentaram bruscamente (BONSAKSEN *et al.*, 2021).

Para contenção da transmissão da doença o isolamento social passou ser uma medida de segurança pública exigida em todos os países. Wilder-Smith e Freedman (2020) definem o isolamento social como a separação de indivíduos portadores de uma patologia transmissível de outros indivíduos não infectados. Enquanto isso, o distanciamento social é uma estratégia utilizada para reduzir as interações entre pessoas em uma comunidade, as quais podem estar infectadas, mas ainda não foram diagnosticadas com a doença (MENEZES, 2021).

Nesse contexto, estudos apontam o impacto da pandemia na saúde mental da população, demonstrando que esta pode desencadear sensações de frustração, tédio, medo, sentimento de culpa, inutilidade ou perda da rotina, sensação de isolamento, angústia, solidão, vulnerabilidade, descontrole, depressão, estresse, depressão do

humor, irritabilidade, insônia, sintomas de estresse pós-traumático, distúrbios emocionais, raiva, exaustão emocional, sentimento de lentidão ou inquietação, confusão, perda de interesse ou prazer em realizar tarefas, cansaço ou falta de energia, mudança de apetite ou peso, problemas de concentração, sintomas psicológicos gerais e de luto, bem como pensamento suicidas (BROOKS *et al.*, 2020; JOHNSON; SALETTI-CUESTA; TUMAS, 2020; DEPOLLI *et al.*, 2021).

De forma geral, a pandemia de COVID-19 e suas implicações, vem agindo como fatores estressores à sociedade, devido à ausência de um tratamento definitivo, ao isolamento social e as consequências econômicas associadas. Como a preocupação constante e a sensação de incerteza diante das políticas restritivas de distanciamento social acabam implicando em impactos profundos na saúde mental da população, conhecer e aplicar estratégias de enfrentamento, visando diminuir seus efeitos negativos, se torna primordial (PERISSOTTO *et al.*, 2021; BONSAKSEN *et al.*, 2021; ARIAS MOLINA *et al.*, 2021).

3.1.4 Violência autoinfligida e comportamento suicida

O Ministério da Saúde compreende a violência autoinfligida como: a automutilação, a ideação suicida, as tentativas de suicídio e os suicídios em si (BRASIL, 2019a). Estima-se, ainda, que para cada vítima de suicídio, há 10 a 20 vezes mais casos de automutilação e tentativas propriamente ditas (KINCHIN *et al.*, 2019; FÉLIX *et al.*, 2019).

A automutilação é vista como “um comportamento de autodestruição oriundo de um desejo de se punir que pode ser inconsciente ou não verbalizado”, e que apresenta grande impacto na vida do indivíduo. Tal comportamento pode variar entre lesões leves, como arranhaduras na pele com as unhas ou queimaduras com pontas de cigarro; passando por formas moderadas, como cortes superficiais no corpo; ou até mesmo atingir formas mais graves, como a autocastração e a autoenucleação dos olhos (VIEIRA; PIRES; PIRES, 2016, p. 258).

No que diz respeito as tentativas de suicídio, dentre os meios mais retratados na literatura, ressaltam-se: a intoxicação exógena, o uso de objetos perfurocortantes, uso de objetos contundentes, o enforcamento, o uso de armas de fogo e o uso de objetos/substância abrasivas (BRASIL, 2019a; FÉLIX *et al.*, 2019).

A intoxicação exógena aparece em destaque em diversos estudos, como por exemplo, em um estudo de caso-controle redigido por Félix *et al.* (2019), que o aponta como o método mais utilizado entre os 153 pacientes entrevistados, correspondendo a um total de 82,35% dos casos. Destes, 30% equivaliam a ingestão de veneno, dentre os quais organofosforados (chumbinho), pesticidas, agrotóxicos diversos e substâncias de fabricação caseira; 26,8% correspondiam a ingestão de medicamentos diversos e 15,7% de ansiolíticos/antidepressivos de uso próprio e contínuo do paciente.

Outro estudo, este realizado em Bangladeshi com 160 pacientes internados por envenenamento, corrobora com os achados, apontando que 92,5% dos casos eram referentes a ingestão intencional do veneno, dentre os quais 58,7% eram por agrotóxicos, 12,5% por corrosivos, 12,5% por benzodiazepínicos, 9,4% por medicamentos diversos e 6,9% por raticidas (VERMA *et al.*, 2017).

No que tange o Brasil, no ano de 2017, na Região Sul, a intoxicação exógena intencional correspondeu a 21,9% de todos os casos de intoxicação humana por agentes tóxicos registrados, enquanto na Região Sudeste foram 13,69% dos casos. De fato, foram registrados, respectivamente, 6.923 (Sul) e 2.641 (Sudeste) casos de ingestão intencional de medicamentos, 376 (Sul) e 379 (Sudeste) casos de ingestão de agrotóxicos de uso agrícola, e 305 (Sul) e 128 (Sudeste) casos de ingestão de raticidas (SINITOX, 2017; SINITOX, 2017a).

Mediante o exposto, Félix *et al.* (2019) explicam que o crescente uso de agentes tóxicos como “armas” para infligir dano a si próprio, pode estar relacionado à dificuldade de acesso à meios mais letais, tais como armas de fogo, ou até mesmo pelo temor de sofrer antes da morte, sobretudo em indivíduos que cometem o ato pela primeira vez.

A presença da violência autoinfligida em casos psiquiátricos é muito comum, como pode ser observado em um estudo de coorte realizado na Irlanda em 2018 com 162 pacientes apresentando transtornos mentais agudos, que identificou que 35% destes procuraram o serviço de psiquiatria por manifestarem ideias suicidas e 34,5% por lesões autoinfligidas, destes 86% admitiram já ter se automutilado e 74% confessaram ter ideias suicidas anteriormente à busca ao serviço de psiquiatria (MCNICHOLAS *et al.*, 2020).

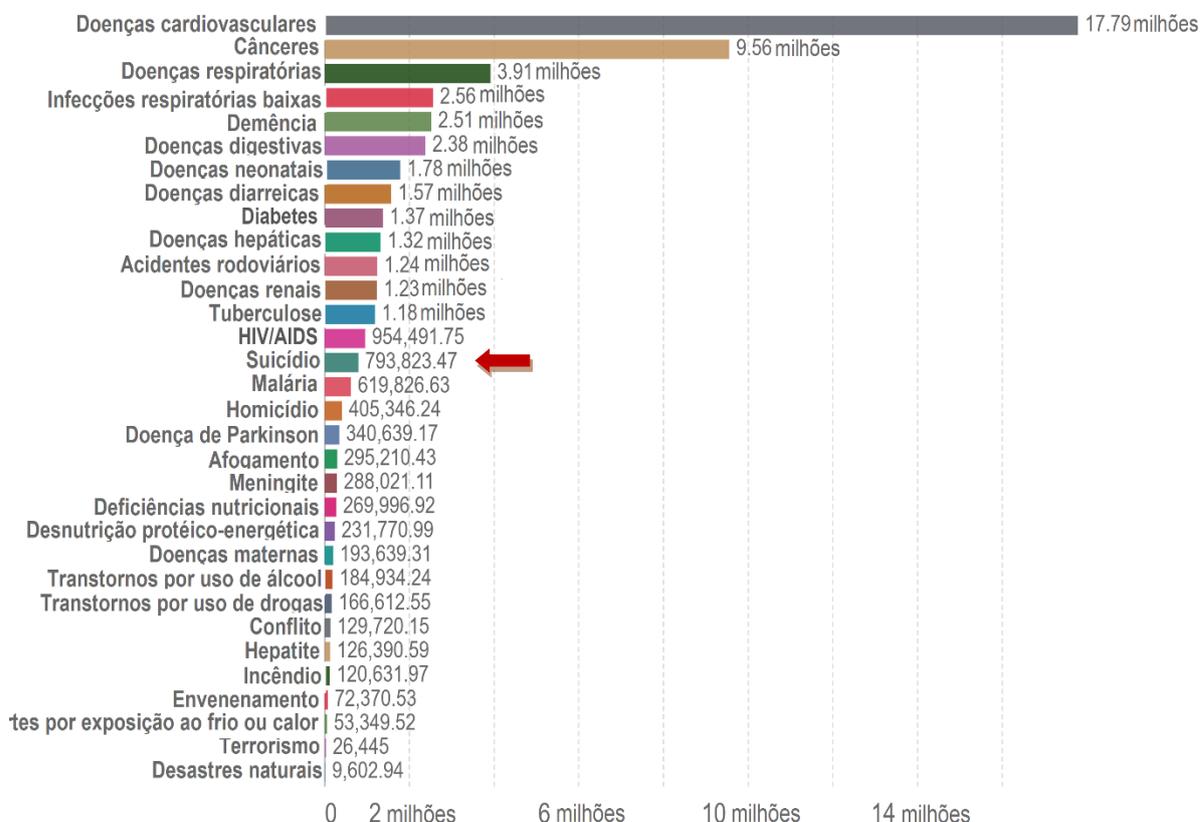
Apesar disto, estas não se restringem somente a casos onde há a presença de transtornos mentais, visto que há estudos que apontam para uma outra realidade, onde a automutilação pode estar associada, tanto à atos de alívio do sofrimento, quanto à prazer, bem como para casos de suicídio onde as vítimas não apresentavam transtornos mentais (VIEIRA; PIRES; PIRES, 2016, WHO, 2014a).

Por fim, vale ressaltar que comportamento suicida é cercado de tabus, envolvendo as dimensões biopsicossociais do indivíduo, seu espectro religioso e as determinações divinas sobre vida e morte. Assim, em casos onde a tentativa é “frustrada” a pessoa pode ganhar estigmas que o acompanharão por toda sua vida, dificultando o processo de reabilitação individual, social e familiar (FÉLIX *et al.*, 2019).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a OMS, aproximadamente 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, traduzindo-se em uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2020), o que a torna uma das principais causas de morte em âmbito global. Em 2017, cerca de duas vezes mais pessoas morreram por suicídio, do que por homicídio no mundo (Figura 3.2.1). O suicídio é mais comum que o homicídio na grande maioria dos países, chegando a ser até 10 a 20 vezes maior em alguns locais (RITCHIE; ROSER; ORTIZ-OSPINA, 2017).

Figura 3.2.1 – Número de mortes a nível global por causas, no ano de 2017.

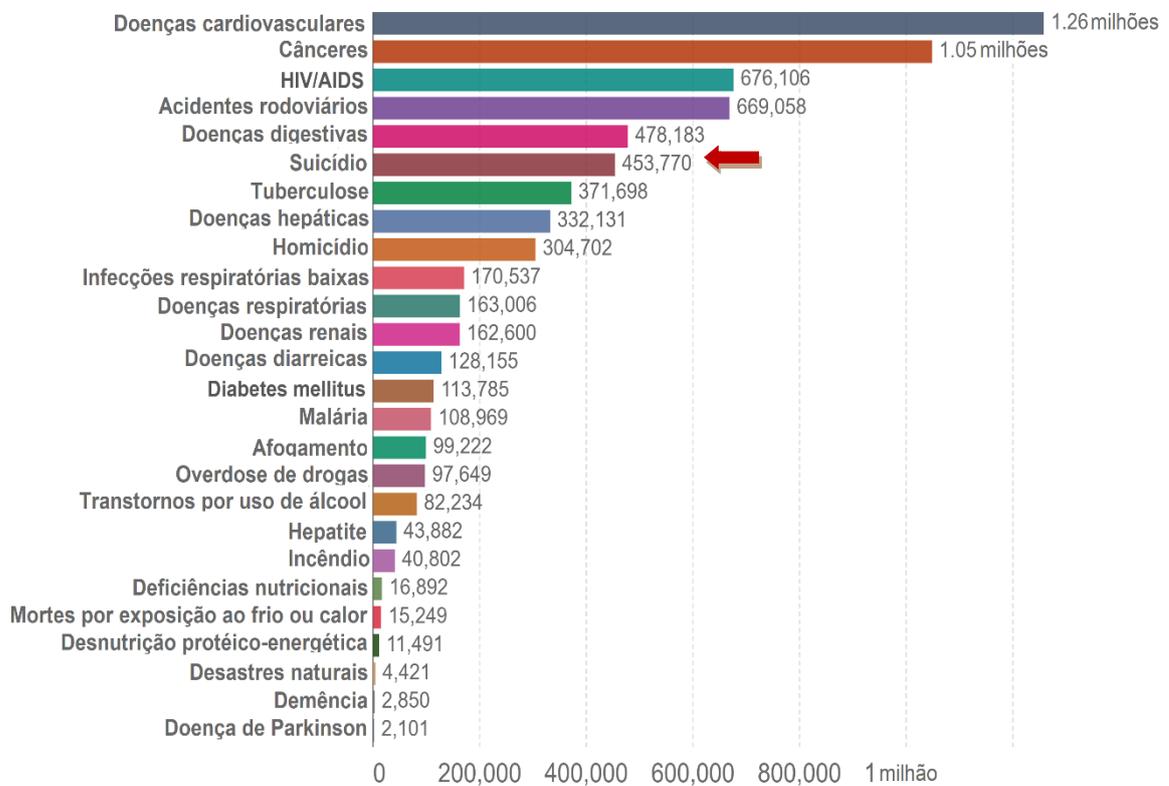


Fonte: Traduzido de Ritchie, Roser e Ortiz-ospina (2017).

Globalmente, no ano de 2017:

- 1,4% das mortes que ocorreram foram por suicídio;
- A taxa de mortalidade foi de 10 pessoas para cada 100.000 habitantes;
- O suicídio foi a 6ª maior causa de mortes entre indivíduos de 15 a 49 anos de idade (Figura 3.2.2);
- As taxas de suicídio foram cerca de duas vezes maiores em homens do que em mulheres, correspondendo a 13,9 mortes/100.000 e 6,3 mortes/100.000, respectivamente (RITCHIE; ROSER, 2019; RITCHIE; ROSER; ORTIZ-OSPINA, 2017).

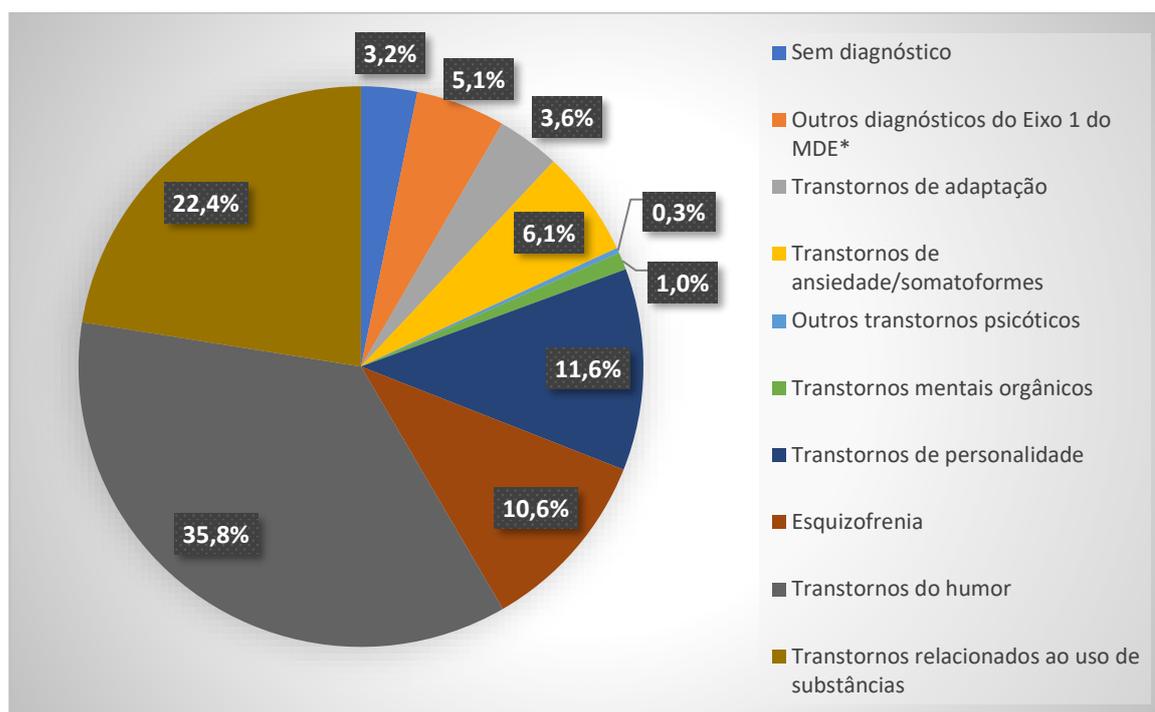
Figura 3.2.2 – Causas de mortes a nível global entre indivíduos de 15-49 anos de idade, no ano de 2017.



Fonte: Traduzido de Ritchie e Roser (2019).

A depressão e outros transtornos mentais são amplamente reconhecidos entre os fatores de riscos mais importantes para o suicídio. Desta forma, Bertolote e Fleishmann (2002) buscaram discutir, em sua revisão sistemática, as implicações do diagnóstico psiquiátrico para a prevenção do suicídio, comparando a prevalência destes entre os suicidas (Figura 3.2.3).

Figura 3.2.3 – Suicídio e Transtornos Mentais.



*MDE = Manual de Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais.

Fonte: Traduzido de Bertolote e Fleishmann (2002).

Diante da associação entre os transtornos mentais e o suicídio, destaca-se os resultados da pesquisa de Carga Global de Doenças do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, publicada em 2020 na revista *The Lancet*, cujo intuito é demonstrar o impacto das doenças a nível global e oferecer um recurso para a compreensão dos desafios de saúde diante das mudanças do século XXI (THE LANCET, 2020).

A partir desta, foram levantadas as métricas globais de prevalência, anos vividos com incapacidade (YLDs) e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) dos principais transtornos mentais associados ao suicídio, no ano de 2019. Os resultados podem ser observados no quadro 3.2.1:

Quadro 3.2.1 – Carga Global de Doenças: transtornos mentais, no ano de 2019.

Causa	Prevalência (por 100.000)	YLDs (% do total global)	DALYs (% do total global)
Transtornos mentais*	12.537,3 M: 11.908,6 F: 13.170,0	125 milhões (14,6%)	125 milhões (4,9%)
Depressão**	3.613,7 M: 2.813,5 F: 4.419,0	46.9 milhões (5,4%)	46.9 milhões (1,8%)
Ansiedade	3.895,2 M: 2.933,6 F: 4.863,0	28.7 milhões (3,3%)	28.7 milhões (1,1%)
Transtorno bipolar	511,1 M: 484,5 F: 538,0	8.50 milhões (1,0%)	8.50 milhões (0,3%)
Esquizofrenia	305,0 M: 319,3 F: 290,5	15.1 milhões (1,8%)	15.1 milhões (0,6%)

M = Masculino

F = Feminino

*Estão compreendidos: esquizofrenia, ansiedade, transtorno bipolar, depressão, espectros do autismo, déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de conduta e outros transtornos mentais, deficiência intelectual idiopática do desenvolvimento, e mortes e incapacidade por transtornos alimentares.

**Estão incluídos o transtorno depressivo maior e a distímia.

Fonte: Dados extraídos do IHME (2019).

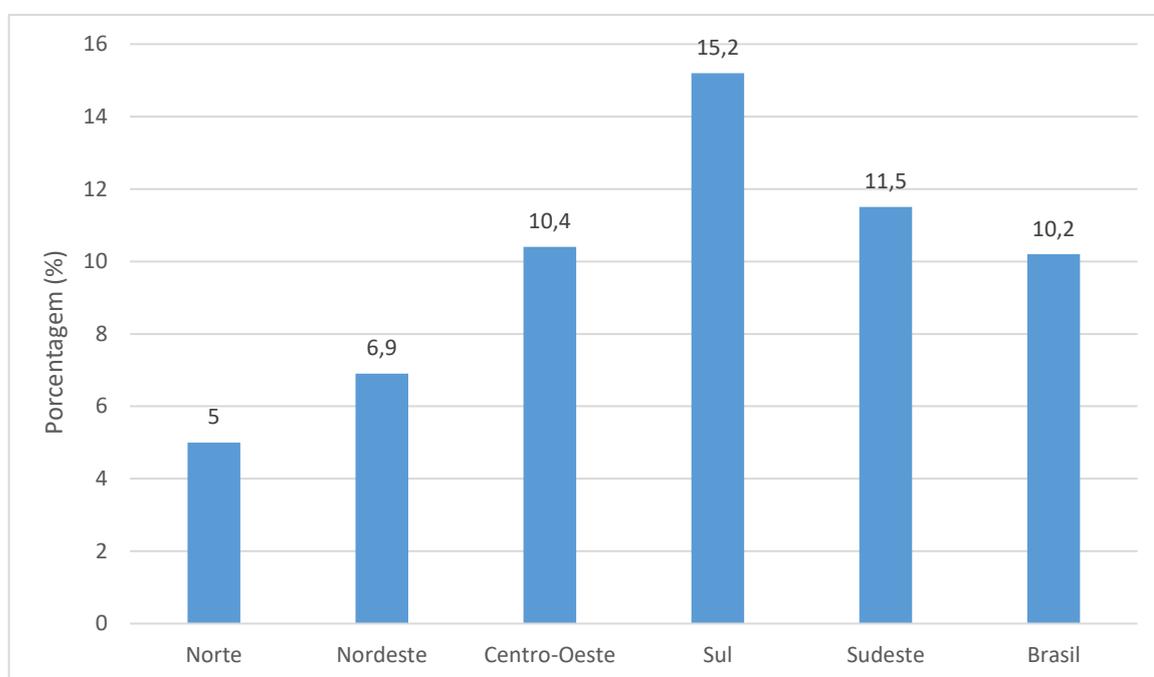
Estes achados corroboram com a literatura, apontando para o impacto da depressão nos anos de vida dos indivíduos afetados, estando, esta, entre as maiores causas de incapacidade do mundo. Como comparativo, os DALYs da depressão se aproximam dos do HIV (47.6 milhões – 1,9%), das doenças renais crônicas (41.5 milhões – 1,6%), do Alzheimer (25.3 milhões – 1%), dos casos de cirrose e de outras doenças hepáticas crônicas juntos (46,2 milhões – 1,8%) e de todos os tipos de cânceres (IHME, 2019; WHO, 2013; WHO, 2020).

No Brasil, as métricas correlatas à depressão foram ainda mais expressivas, tendo em vista que a média da prevalência foi de 4.122,3 casos por 100.000

habitantes, os YLDs foram de 6,15% (1.6 milhões) e os DALYs foram de 2,45% (1.6 milhões) (IHME, 2019).

A depressão afeta mais de 264 milhões de pessoas, de todas as idades, ao redor do mundo. De acordo com os dados levantados na Pesquisa Nacional de Saúde, no ano de 2019, o Brasil representava, aproximadamente, 6% da parcela da população mundial, acima dos 18 anos, diagnosticada com depressão por profissionais da saúde mental, contando com mais de 16,3 milhões de indivíduos espalhados pelo Brasil (Figura 3.2.4) (IBGE, 2020).

Figura 3.2.4 – Proporção regional de pessoas com 18 anos ou mais de idade diagnosticadas com depressão por profissional de saúde mental, Brasil, 2019.



Fonte: Dados extraídos do IBGE (2020).

Verificou-se uma maior prevalência da doença em pessoas do sexo feminino (14,7%), quando comparadas ao sexo masculino (5,1%). A faixa etária mais afetada foi a de 60 a 64 anos de idade (13,2%), enquanto o menor percentual foi obtido na de 18 a 29 anos de idade (5,9%). No que tange o nível de escolaridade, há uma prevalência maior entre pessoas nos extremos dos níveis de instrução, isto é, pessoas com ensino superior completo (12,2%) e pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (10,9%). De acordo com a cor ou raça, as pessoas brancas correspondem

ao maior percentual de indivíduos diagnosticados com depressão (12,5%), enquanto em pessoas pardas a proporção foi de 8,6% e 8,2% dentre as pretas (IBGE, 2020).

Das pessoas diagnosticadas que referiram fazer uso de medicamentos para depressão, 43,8% eram homens e 49,3% mulheres. Ademais, 18,9% faziam psicoterapia e 52,8% receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses que antecederam à data da entrevista. A grande maioria havia sido atendida em consultórios particulares (47,4%), enquanto 29,7% se consultaram em unidades básicas de saúde e 13,7% em policlínicas públicas, centros de especialidades, PAM ou ambulatórios de hospitais públicos (IBGE, 2020).

Estudos voltados a análise do perfil epidemiológico do suicídio vêm apontando uma significativa correlação entre a presença da depressão e a ideação suicida/tentativa de suicídio, apontando a depressão como uma condição prévia a este comportamento e como o fator de risco mais prevalente à autoflagelação (OLIVEIRA *et al.*, 2018; BOTEGA, 2014; WILKINSON, 2011).

Sabendo o impacto da depressão e do suicídio para a população, buscou-se, a partir da pesquisa de Carga Global de Doenças do IHME, levantar as métricas da violência autoprovocada ao redor do mundo e no Brasil, no ano de 2019. Desta forma, a tabela a seguir (Tabela 3.2.1) expressa esses dados, dividindo-os por sexo:

Tabela 3.2.1 – Carga Global de Doenças: violência autoprovocada, no ano de 2019.

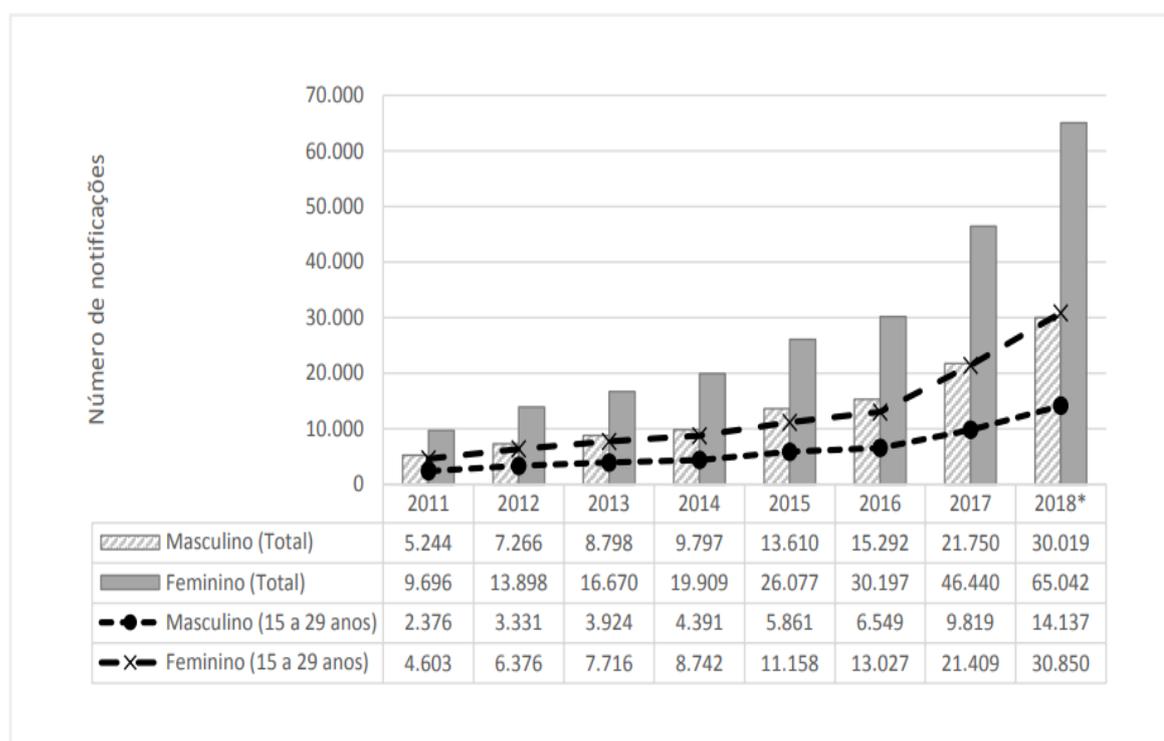
Global	Mortes	Prevalência*	YLDs	DALYs
Total	759.028	188,17	936.571	34.1 milhões
Feminino	235.145	212,18	574.739	10.9 milhões
Masculino	523.883	164,3	361.831	23.2 milhões
Brasil	Mortes	Prevalência*	YLDs	DALYs
Total	13.503	27,3	3.568	626.720
Feminino	2.728	21,7	1.654	127.895
Masculino	10.775	33,2	1.914	498.824

*Por 100.000 habitantes.

Fonte: Dados extraídos do IHME (2019).

De acordo com o Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a), no Brasil, entre os anos de 2011 e 2018, foram notificados um total de 339.730 casos de violência autoprovocada, dos quais 45,4% ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 67,3% nas mulheres e 32,7% nos homens (Figura 3.2.5). Os estados que mais concentraram casos pertenciam as Regiões Sul e Sudeste do país (São Paulo, Minas Gerais e Paraná).

Figura 3.2.5 – Número de notificações por violência autoprovocada, segundo sexo e ano, na população total e na faixa etária de 15 a 29 anos, Brasil, 2011-2018.



Fonte: Brasil (2019a, p. 4).

Apesar de diversos estudos explicarem a diferenciação nos números entre homens e mulheres pelo contexto biológico, tendo em vista que as mulheres, em virtude da oscilação hormonal a que estão expostas, sobretudo no período fértil, estarem mais susceptíveis à estados depressivos (RUFFINO *et al.*, 2018), não se

pode descartar o impacto que os papéis de gênero³ exercem na saúde mental da sociedade.

A inserção e expansão da mulher no mercado de trabalho, trouxe consigo um fator protetivo à depressão, associado à diminuição da disparidade de gêneros, maior representatividade da mulher na sociedade e a busca por maiores níveis de ensino, no entanto, estudos apontam que este fator se restringe a mulheres sem filhos, visto o aumento significativo do estresse associado a “dupla jornada de trabalho”. Para homens o fator protetivo também existe, entretanto, problemas no trabalho, problemas de cunho financeiro e/ou jurídicos podem vir a afetá-lo, visto que muitos destes são considerados os provedores financeiros de sua família (KUEHNER, 2016; CLEARY, 2012).

Além do contexto biológico associado ao período fértil, a perinatal e a menopausa, as mulheres são, estatisticamente, mais vítimas de violência sexual na infância e de violência interpessoal. Vitimadas, estas possuem o dobro de chance de desenvolver depressão e distúrbios associados ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas. Em resumo, há evidências que apontam que a maior prevalência de depressão entre mulheres é parcialmente devido à sua exposição à violência em geral (KUEHNER, 2016).

Apesar da masculinidade ser considerada um fator protetivo para a depressão por diversos estudos, o suicídio ainda é mais prevalente entre homens. Socialmente, os homens tendem a esconder suas emoções negativas, por estas serem vistas como fraqueza, e muitas vezes, associadas a feminilidade, de modo que acabam relatando menos a depressão para familiares e amigos, e buscando com menor frequência os serviços de saúde mental (CLEARY, 2012; LIN *et al.*, 2021), destacando, assim, possibilidade de subnotificações quanto à prevalência de depressão e violência autoinfligida neste grupo.

Vale destacar, ainda, que apesar da faixa etária mais atingida pela violência autoprovocada ser entre 15 a 29 anos, não se pode descartar seu impacto nas demais faixas etárias, sobretudo, em crianças e adolescentes, visto as consequências desta

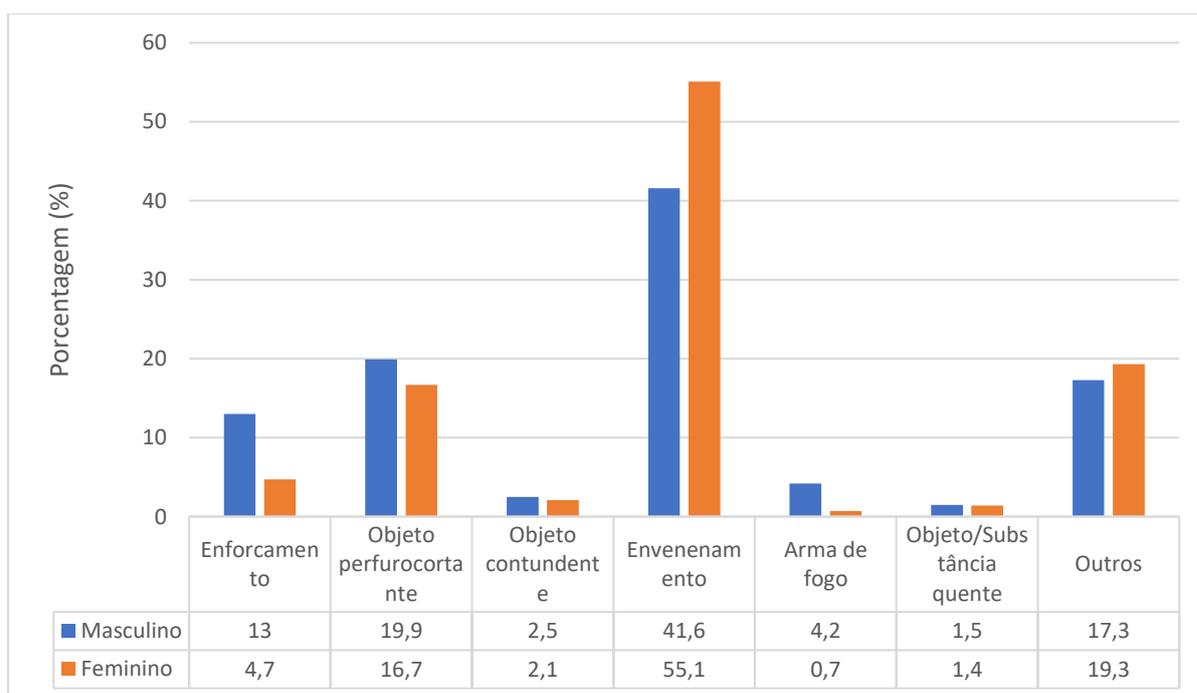
³ O papel de gênero se refere a um papel socialmente construído que determina comportamentos e valores culturais que são estereotipicamente aceitáveis e considerados apropriados para mulheres e homens. Diferentemente do sexo, que é atribuído ao nascimento e determinado por fatores biológicos e fisiológicos, o papel do gênero é moldado pelos contextos sociais, pela educação e pelas crenças em valores específicos, sendo desenvolvidos por meio da socialização cultural entre famílias, nas escolas e nos locais de trabalho (LIN *et al.*, 2021).

na fase adulta. A exemplo, uma pesquisa realizada na Austrália com crianças e adolescentes de 6-16 anos, aponta que a hospitalização por lesões autoprovocadas nesta faixa etária é só a “ponta do iceberg”, visto que muitas das crianças que possuem um comportamento autodestrutivo não procuram atendimento em serviços hospitalares (MITCHELL *et al.*, 2018), demonstrando, portanto, que a real prevalência nesta faixa etária, pode ser, ainda, desconhecida.

Em continuidade, no Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a), das notificações de violência autoprovocada em jovens de 15 a 29 anos, 52.444 (34%) casos puderam ser classificados como tentativas de suicídio. Mediante ao exposto, observou-se um aumento da proporção de registros de tentativas de suicídios correlatas ao total de lesões autoprovocadas ao longo do período, passando de 18,3% em 2011, para 39,9% em 2018.

Dentre os meios de agressão, o mais frequente foi o envenenamento, correspondendo a 50,4% dos meios registrados, seguido dos objetos perfurocortantes com 17,8%. Observou-se ainda que os homens optaram por meios com maior potência letal (enforcamento e armas de fogo) quando comparados as mulheres (Figura 3.2.6).

Figura 3.2.6 – Meios de agressão utilizados em ocorrências de casos de violência autoprovocada notificados entre jovens de 15 a 29 anos, segundo sexo, Brasil, 2011-2018.



Fonte: Dados extraídos de Brasil (2019a).

3.3 CUSTOS EM SAÚDE

Tanto do ponto de vista social, quanto psicológico, as perdas associadas aos suicídios consumados são evidentes, bem como os malefícios e sequelas de suas tentativas, sendo, portanto, o impacto econômico destes eventos considerável, sobretudo devido aos custos de saúde e da perda de produtividade decorrente da morte prematura dos indivíduos (MONROY; CÉSPEDES; OLMOS, 2018).

Além disto, o impacto do suicídio se estende para além dos óbitos, tendo evidências de que para cada morte por suicídio, pelo menos outras seis vidas são gravemente afetadas por uma tristeza intensa que pode se perpetuar por diversos anos (KINCHIN; DORAN, 2018).

De acordo com um relatório apresentado pelo governo, nos anos de 2007 a 2017, as tentativas de suicídio por intoxicação intencional, resultaram em 12 mil internações por ano, o que gerou um impacto de R\$ 3 milhões anuais aos cofres públicos (BRASIL, 2018), que poderiam ser revertidos em estruturas voltadas a prevenção e promoção da saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo.

Deste modo, vale ressaltar que os CAPS são estruturas do Sistema Único de Saúde compostas por equipes multiprofissionais que realizam o atendimento a pessoas com distúrbios mentais. Ademais, evidências demonstram que o tratamento preventivo ofertado pelo CAPS consegue diminuir em até 14% a incidência de morte entre estes pacientes (BRASIL, 2018).

Apesar disto, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) aponta que cerca de 50 a 60% dos indivíduos que morrem por suicídio, nunca sequer se consultaram com um profissional de saúde mental (ABP, 2014), o que levanta a necessidade de se investir na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que ainda se encontra muito aquém das metas governamentais.

Corroborando com esta afirmativa, um estudo realizado por Fernandes *et al.* (2020) buscou analisar a oferta dos serviços de saúde mental no país. Para isso eles criaram uma ferramenta auxiliar crítica da reforma sanitária, o Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS), levando em conta a parametrização legal dos serviços. Nesse estudo foram incluídos os CAPS (CAPS I, II e III e CAPS AD), as Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil), as Equipes de Consultório de Rua (eCR I, II e III), os Serviços de Residências Terapêuticas, leitos em Hospital Gerais e

os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF I, II e III). Desse modo, os resultados apontaram que o Brasil, no ano de 2017, atingiu um iRAPS de 0,50, significando que apenas de 50% da população possuía cobertura psicossocial no conjunto de ênfase comunitária.

Em análise aos dados do DATASUS (2021) pode-se observar que nos últimos cinco anos, em todo o Brasil, 45.479 pessoas foram internadas por tentativas de suicídio, destas 1.568 vieram a óbito, correspondendo, assim a uma taxa de óbito de 3%. Os custos associados a essas internações chegaram a quase R\$ 40 milhões, tendo uma média de gastos de R\$ 873 por internação.

Os recursos gastos com estes pacientes, vítimas das tentativas de suicídio, conseguiriam cobrir os custos necessários para a implementação de, aproximadamente, 105 CAPS em todo o Brasil, ou até mesmo, concretizar as metas voltadas a saúde mental do Plano Nacional de Saúde 2020-2023, como a implantação dos serviços de atendimento extra-hospitalar que exigem uma verba totalitária de R\$ 13 milhões (BRASIL, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2018).

Estudos internacionais corroboram com as afirmativas, demonstrando a redução de gastos, quando comparados aos custos hospitalares, que o investimento na promoção da saúde mental pode proporcionar aos cofres públicos (MONROY; CÉSPEDES; OLMOS, 2018; MCNICHOLAS *et al.*, 2020; KINCHIN; DORAN, 2018).

Neste contexto, Monroy, Céspedes e Olmos (2018) realizaram um estudo na Colômbia, com intuito de comparar os gastos das internações hospitalares com um programa de prevenção ao suicídio, de forma que os resultados demonstraram que tanto o custo anual, quanto o custo médio do programa de prevenção foram menores do que o custo do tratamento médico após a tentativa de suicídio.

Os autores chegaram à conclusão de que o custo para tratamento dos pacientes a nível hospitalar, após uma tentativa de suicídio, foi 16 vezes mais custoso do que a implementação de uma estratégia de prevenção, bem como apontaram que os gastos, após tentativas de suicídio “frustradas”, são ainda maiores quando há necessidade de tratamentos em unidades hospitalares especializadas (MONROY; CÉSPEDES; OLMOS, 2018).

Outro estudo, este realizado na Austrália, traz dados ainda mais relevantes, visto que além dos custos diretos do suicídio, referentes à autópsia, funeral, ambulância e polícia, eles avaliaram também os custos indiretos desta ação,

envolvendo a produtividade e ganhos que os anos de vida perdidos poderiam oferecer, bem como o impacto do luto em familiares e amigos próximos (KINCHIN; DORAN, 2018).

Os autores chegaram à conclusão de que os custos indiretos representaram uma média de perda de produtividade econômica de AU\$ 2,8 milhões (dólares australianos) por caso de suicídio, chegando a uma perda total estimada de AU\$ 481,6 milhões por custos indiretos, somente no ano de 2014. Ademais, para os custos do luto (custo intangível) foram estimados uma perda de AU\$ 26,5 milhões, enquanto os custos diretos representaram pouco menos de AU\$ 3 milhões (KINCHIN; DORAN, 2018).

Em consenso, um estudo realizado nos Estados Unidos, apontou que somente em 2013, os suicídios e as tentativas de suicídio, custaram aos cofres públicos um total de 58,4 bilhões de dólares, sendo 97,1% deste valor devido a perda de produtividade. Pautados em demais estudos, os autores reforçam que 14% dos indivíduos que atentam contra a própria integridade, serão readmitidos em hospitais por outras tentativas em torno de 1 ano, chegando a um risco acumulativo de 28,1% de chance em 10 anos (SHEPARD *et al.*, 2016).

Desta forma, sabendo que, tanto o suicídio, quanto sua tentativa são evitáveis uma boa cobertura da Rede de Assistência Psicossocial e o investimento em métodos de prevenção se tornam primordial, sobretudo quando se fala em controle ou redirecionamento de custos. Neste contexto, estudos apontam ainda que para cada um dólar investido na melhoria do tratamento da depressão, há um retorno de cinco dólares aos cofres públicos, podendo-se estimar um retorno econômico entre 0,3 a 0,5 do valor do PIB per capita para cada ano de vida saudável ganho pela remissão da doença (PAHO, 2020; RAZZOUK, 2016).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os custos das internações por violência autoinfligida no SUS nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil no período de 2016 a 2020.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estabelecer um panorama da violência autoinfligida nas Unidades de Federação (Região Sul e Sudeste);
- b) Verificar qual o perfil epidemiológico (faixa etária, sexo e raça) mais atingido pela violência autoinfligida;
- c) Quantificar as internações, seu tempo de permanência e a morbimortalidade por violência autoinfligida.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Para tal, foram analisados dados secundários de cunho documental, utilizando-se de fontes escritas e registradas em base de dados públicos e de livre acesso (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e Sistema de Internações Hospitalares do SUS - SIH/SUS) para determinar o perfil epidemiológico e os custos hospitalares correlatos às internações por violência autoinfligida nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil, no período de 2016 a 2020.

Estudos ecológicos buscam correlacionar a ocorrência de uma doença ou agravos relacionados à saúde, bem como a exposição entre conjuntos de indivíduos, para averiguar possíveis associações entre eles (COSTA; BARETTO, 2003). Por se tratar de dados já coletados, a pesquisa apresenta característica retrospectiva. Sendo, também, de natureza descritiva, tendo em vista que busca descrever as características de uma determinada população (GIL, 2008).

5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A amostra do estudo foi constituída de internações de residentes das Regiões Sul e Sudeste do Brasil, hospitalizados no SUS por violência autoinfligida (CID-10 X60-X84), no período de 2016 a 2020. Ressalta-se que o grupo entre X60 e X84 do livro CID-10 (Classificação Internacional de Doenças 10ª edição), compreende as lesões autoprovocadas intencionalmente.

5.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em novembro de 2021, por meio do site do DATASUS, disponível no endereço eletrônico: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Foram descarregados os dados de morbidade hospitalar do SUS, por local de internação (Regiões Sul e Sudeste), conforme seu ano de processamento, no período de 2016 a 2020, utilizando-se o grupo X60-X84 do CID-10 para levantamento das variáveis.

5.3.1 Variáveis

As variáveis de observação foram: faixa etária, sexo, raça e localidade de hospitalização (por Unidade Federativa). Já as variáveis de desfecho foram: quantidade de internações, valor das internações por ano e por internação, custo total das internações, tempo de permanência, taxa de mortalidade e óbitos.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas no *Excel*[®], de forma a facilitar sua análise e interpretação, possibilitando a criação de gráficos e tabelas de maneira a permitir a verificação das correlações entre variáveis. Com finalidade de explicar os resultados e facilitar sua visualização, foram construídos elementos gráficos, como figuras e tabelas. O processo de análise, foi pautado no cotejo dos dados com o referencial teórico consolidado.

Destaca-se que para melhor disposição dos resultados, algumas variáveis foram agrupadas em novas categorias e utilizadas as médias dispostas pelo sistema de informação para representá-las.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Como a coleta de dados foi realizada em um banco de dados público, cujas informações são agregadas e não permitem a identificação individual, não houve necessidade de submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS

Entre 2016 e 2020, as Regiões Sul e Sudeste do Brasil somaram mais de 311 mil notificações de violência autoprovocada. Estas levaram a mais de 30 mil internações na rede pública de saúde. A Região Sudeste chegou a contar com 26.576 hospitalizações, onde 16.738 (63%) ocorreram no estado de São Paulo, 7.389 (27,8%) em Minas Gerais, 1.375 (5,2%) no Rio de Janeiro e 1.074 (4%) no Espírito Santo. Na Região Sul, o número de internações foi de 5.936, sendo 2.560 (43,1%) no Paraná, 2.464 (41,5%) em Santa Catarina e 912 (15,4%) no Rio Grande do Sul. Sobre os custos com as internações por violência autoprovocada em ambas as Regiões:

Tabela 6.1 – Internações, custos das internações e taxa de prevalência das lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) nas Regiões Sul e Sudeste, por ano, 2016-2020.

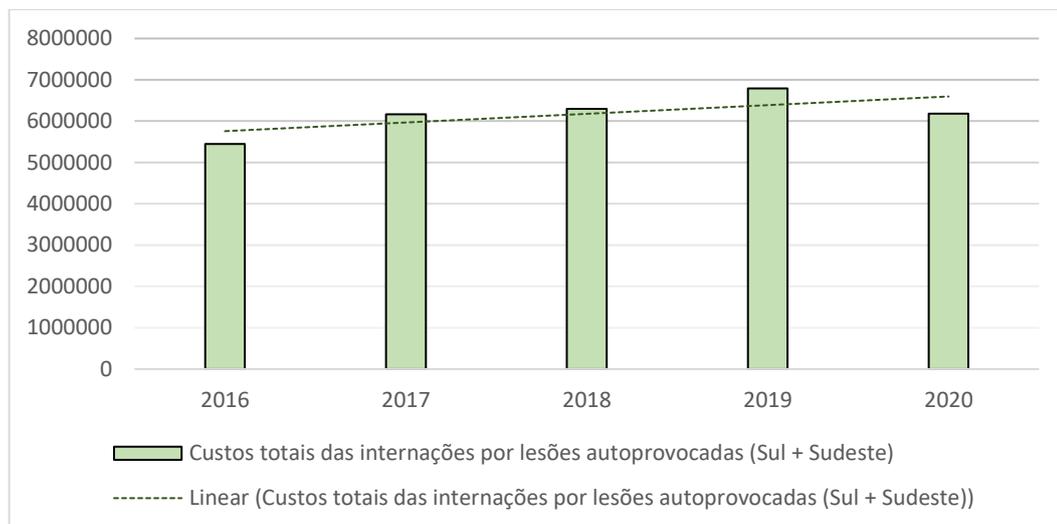
Região Sudeste				
Ano	Internações	Custos totais das internações (R\$)	Custos por internação* (R\$)	Taxa de prevalência†
2016	4.567	4.612.943,61	1.010,06	5,3
2017	5.027	5.160.413,14	1.026,54	5,8
2018	5.441	5.267.939,05	968,19	6,2
2019	6.273	5.750.770,57	916,75	7,1
2020	5.268	5.018.445,20	952,63	5,9
Total	26.576	25.810.511,57	971,20	6,1
Região Sul				
Ano	Internações	Custos totais das internações (R\$)	Custos por internação* (R\$)	Taxa de prevalência†
2016	905	833.218,60	920,68	3,1
2017	1.084	1.009.230,18	931,02	3,7
2018	1.172	1.027.764,36	876,93	4,0
2019	1.463	1.039.428,42	710,48	4,9
2020	1.312	1.166.050,35	888,76	4,3
Total	5.936	5.075.691,91	855,07	4,0

*Custo das internações por ano dividido pelo total de internações.

†Por 100.000 habitantes. Cálculo utilizando como base a projeção populacional levantada pelo IBGE em 2018. O total representa a média entre as taxas de prevalência do período estudado.

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021) e do IBGE (2018).

Figura 6.1 – Variação dos custos totais das internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) nas Regiões Sul e Sudeste entre 2016 e 2020.

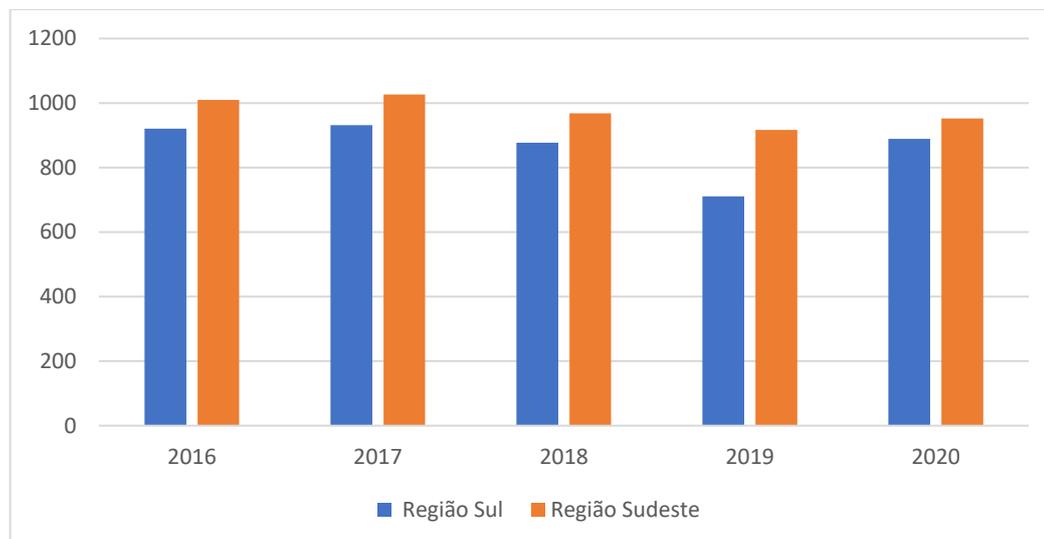


Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Em conjunto, as Regiões Sul e Sudeste somaram R\$ 30.886.203,48 em custos de internações por lesões autoprovocadas entre os anos de 2016 e 2020. Esse montante representa um investimento médio de R\$ 949,99 por internação, com custo por leito dia de R\$ 237,50. A média de permanência hospitalar das Regiões foi de 4,0 dias e a taxa de mortalidade foi de 3,61%.

Apesar da tendência de os custos totais acompanharem a variação no número de internações, os anos de 2016 e 2017, anos com os menores números de hospitalizações, foram aqueles que obtiveram os maiores custos por internação, como pode ser observado a seguir:

Figura 6.2 – Variação dos custos por internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) nas Regiões Sul e Sudeste entre 2016 e 2020.



Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Para melhor compreensão dos custos correlatos as internações por lesões autoinfligidas e suas as variações ao longo dos anos, deve-se entender o perfil epidemiológico dos habitantes da Região em estudo. Como as Regiões Sul e Sudeste possuem perfis diferenciados, optou-se por dividir o capítulo de resultados em dois subtópicos, explicitando os custos conforme as variáveis encontradas.

6.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO SUDESTE *VERSUS* CUSTOS DE INTERNAÇÃO

Das 26.576 internações que ocorreram na Região Sudeste entre 2016 e 2020, 13.297 foram sexo masculino e 13.279 do sexo feminino, representando uma divisão quase que igualitária entre os sexos. A faixa etária com maior frequência de internações, tanto no sexo masculino, quanto no feminino, foi a de 20 a 29 anos de idade, contando com 3.197 (12,0%) e 2.985 (11,2%) hospitalizações, respectivamente, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 6.1.1 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, por faixa etária e sexo, 2016-2020.

Sexo Masculino										
Ano	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
2016	154	227	541	571	431	314	173	65	29	2.505
2017	117	336	598	580	468	308	159	66	37	2.669
2018	114	321	709	646	475	334	166	72	32	2.869
2019	110	333	703	626	468	281	157	72	36	2.786
2020	126	268	646	524	408	270	145	52	29	2.468
Total	621	1.485	3.197	2.947	2.250	1.507	800	327	163	13.297
Sexo Feminino										
Ano	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
2016	98	349	409	419	351	249	93	48	46	2.062
2017	116	455	477	475	369	257	115	54	40	2.358
2018	108	585	518	493	387	250	128	63	40	2.572
2019	105	918	833	619	498	282	136	58	38	3.487
2020	98	643	748	490	399	254	101	44	23	2.800
Total	525	2.950	2.985	2.496	2.004	1.292	573	267	187	13.279

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

No que tange a cor/raça, há um predomínio de brancos (43,02%) e pardos (33,88%) dentre as internações, seguidos dos pretos (5,68%), amarelos (1,29%) e indígenas (0,02%). Destaca-se, também, o fato de em 4.282 (16,11%) hospitalizações não constarem informações sobre a cor/raça dos pacientes.

Quanto ao motivo das hospitalizações, de acordo com o CID-10, dentro das internações por lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84) destacam-se as causadas por ingestão de medicamentos (X60-X64) correspondendo a 51% das hospitalizações, por autointoxicação por produtos químicos (X68-X69), como pesticidas, representando 12% das internações, seguidamente das causadas por objetos perfurantes ou cortantes (X78) com 11% e por ingestão voluntária de álcool (X65) com 6% (Tabela 6.1.2).

Tabela 6.1.2 – Motivo das internações por lesões autoprovocadas na Região Sudeste, segundo CID-10 e sexo, 2016-2020.

Motivos	Masculino	Feminino	Total
X60-X64	4814	8829	13643
X65	1363	353	1716
X68-X69	1618	1587	3205
X70	231	96	327
X72-X74	449	56	505
X76	292	403	695
X78	2221	830	3051
X80	415	249	664

X60-X64 = Por ingestão de medicamentos; X65 = Por ingestão voluntária de álcool; X68-X69 = Por autointoxicação por produtos químicos; X70 = Por enforcamento, estrangulamento e sufocação; X72-X74 = Por armas de fogo; X76 = Por fogo, chamas ou por inalação de fumaça; X78 = Por objetos perfurantes ou cortantes; X80 = Por precipitação de um lugar elevado.

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Quando analisada a frequência de ocorrência de hospitalizações por lesões autoprovocadas, por ano, na região, observa-se um aumento gradativo destas com o decorrer do tempo, tendo atingido seu ápice em 2019. O ano seguinte, no entanto, foi marcado uma queda de 16% no número de casos. Quando observada por Unidade Federativa, verifica-se que, diferentemente dos demais estados, no Espírito Santo, o ano com maior frequência de ocorrência foi o ano de 2016 (Tabela 6.1.3).

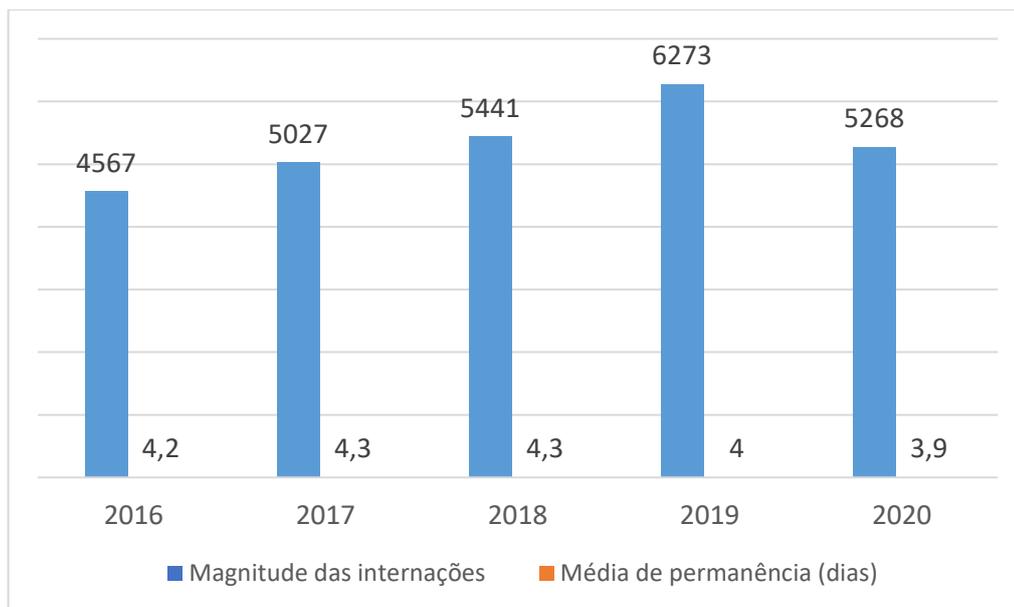
Tabela 6.1.3 – Frequência de ocorrência de lesões autoprovocadas na Região Sudeste, por Unidade Federativa, por ano, 2016-2020.

Ano	RJ	SP	MG	ES	Total
2016	212	2698	1392	265	4567
2017	215	3159	1468	185	5027
2018	272	3472	1482	215	5441
2019	418	4014	1633	208	6273
2020	258	3395	1414	201	5268
Total	1375	16738	7389	1074	26576

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

A média de permanência de hospitalizações entre 2016 e 2020 foi de 4,2 dias. O ano de 2019 contou com o maior quantitativo de internações (6.273), entretanto, foram os anos de 2017 e 2018 que atingiram o maior tempo de permanência, ambos com 4,3 dias, conforme pode ser observado na figura abaixo:

Figura 6.1.1 – Média de permanência por internação na Região Sudeste, em dias, 2016-2020.



Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Ponderando a média de permanência das internações por Unidade Federativa, o Rio de Janeiro se sobressai com 6,2 dias, seguido de Minas Gerais e do Espírito Santo, ambos com 4,3 dias e de São Paulo com 3,9 dias.

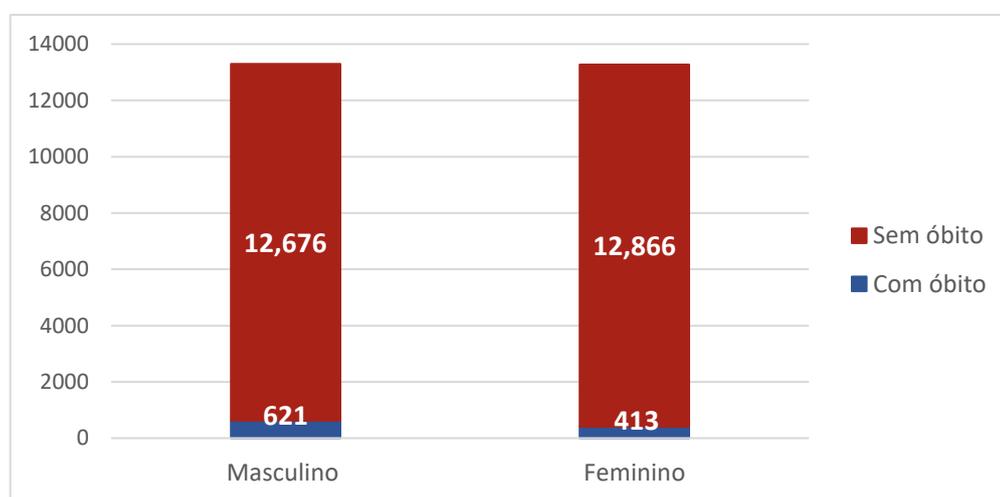
A faixa etária com menor tempo de internação foi a de 0 a 9 anos, tendo por média 2,3 dias, enquanto a faixa etária de 60 a 69 anos permaneceu internada em média 6,1 dias. Vale ainda destacar que no Rio de Janeiro, a média chegou a 8,7 dias entre pacientes com 70 a 79 anos.

O tempo de internação foi maior entre os pacientes do sexo masculino (4,5 dias), quando comparados aos do sexo feminino (3,8 dias). Com relação a cor/raça, pessoas pretas (4,8 dias) permaneceram internadas por um período mais prolongado que as demais (pardas com 4,1 dias, brancos com 4,0 dias, amarelos com 4,1 dias, indígenas 2,6 dias e sem informação coletada 4,3 dias).

Outro ponto relevante quanto ao tempo de hospitalização, são as causas das internações conforme CID-10, onde destacam-se as lesões autoprovocadas por fogo, chamas ou por inalação de fumaça (X76) com média de 10,6 dias, seguidas das lesões autoprovocadas por armas de fogo de alto calibre (X73) e por impacto de um veículo automotivo (X82), ambas com média de 7,2 dias.

No período de 2016 a 2020 ocorreram 1.034 óbitos, sendo 60% em pessoas do sexo masculino. A Figura 6.1.2 retrata as internações na rede pública de saúde da Região Sudeste segundo ocorrência ou não de óbito por sexo.

Figura 6.1.2 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, por sexo, segundo ocorrência ou não de óbito, 2016-2020.



Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

No que tange a cor/raça, dos 1.034 óbitos, 484 (46,8%) foram de pessoas brancas, 334 (32,3%) de pardas, 46 (4,5%) de pretas, 15 (1,4%) de amarelas e 155 (15%) de cor/raça não informada. Quanto a taxa de mortalidade, esta foi maior entre indivíduos amarelos (4,37%) e brancos (4,23%), do que quando comparado aos demais (3,71% entre pardos, 3,05% em pretos e 3,62% entre pessoas com cor/raça não informada).

Os principais motivos que levaram ao óbito, de acordo com o CID-10, foram: as internações causadas por ingestão de medicamentos (X60-X64) com 413 óbitos e uma taxa média de mortalidade de 3,03%, por autointoxicação por produtos químicos (X68-X69) com 173 óbitos e uma taxa média de mortalidade de 5,40%, assim como as causadas por fogo, chamas ou por inalação de fumaça (X76) com 86 óbitos e uma taxa de mortalidade de 12,37%.

Ponderando a faixa etária, 74,6% dos óbitos nas internações por violência autoinflingida são de indivíduos entre 20 a 59 anos. A faixa etária que apresentou o maior número absoluto de óbitos foi a dos 40 a 49 anos, com 212 óbitos, sendo 135 do sexo masculino e 77 do sexo feminino. Entretanto, quando analisadas as taxas de mortalidades, os grupos etários com mais 70 anos se destacam, como pode ser observado abaixo:

Tabela 6.1.4 – Taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, entre indivíduos com idade superior a 20 anos, 2016-2020.

Ano	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
2016	2,95	3,23	5,37	5,86	6,39	7,96	8	4,47
2017	2,79	3,7	4,66	5,31	6,57	10,83	10,39	4,42
2018	2,93	3,34	3,71	7,53	6,8	6,67	11,11	4,34
2019	2,28	3,94	5,07	5,68	5,8	12,31	13,51	4,33
2020	3,44	4,14	6,2	8,21	6,1	15,63	13,46	5,32
Total	2,86	3,67	4,98	6,5	6,34	10,44	11,14	4,57

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

A taxa de mortalidade da Região Sudeste entre 2016 e 2020, foi de 3,89% (Tabela 6.1.5). Analisando esta por Unidade de Federação, o Rio de Janeiro se destaca com uma taxa de mortalidade de 6,91% (95 óbitos), seguido de São Paulo com 4,02% (673 óbitos), Espírito Santo com 3,35% (36 óbitos) e Minas Gerais com 3,11% (230 óbitos).

Tabela 6.1.5 – Internações e taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, 2016-2020.

Ano	Internações	Taxa de mortalidade
2016	4.567	3,94
2017	5.027	3,76
2018	5.441	3,64
2019	6.273	3,63
2020	5.268	4,54
Total	26.576	3,89

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Ao analisar os dados sobre internações e taxa de mortalidade, podemos observar um decréscimo da porcentagem de mortes entre os anos de 2016 e 2019. Apesar de 2020 possuir o menor número de hospitalizações desde 2017, houve aumento da taxa de mortalidade. Por mais que este aumento possa ter sido provocado por fatores externos às lesões autoinfligidas, sobretudo, pela pandemia de COVID-19, o mesmo demonstra que ainda há melhorias a serem realizadas neste quesito.

A média de gastos na Região Sudeste por internação foi de R\$ 971,20, considerando que a média de permanência foi de 4,2 dias, o valor diário das internações foi de aproximadamente R\$ 231,24. O valor mais alto pago foi na faixa etária de 60 a 69 anos, R\$ 1.504,22, correspondendo a diária de R\$ 246,59. O menor valor pago foi na faixa etária de 0 a 9 anos, R\$ 415,95, com diária de R\$ 180,85 (Tabela 6.1.6). Vale destacar que tanto o maior valor, quanto o menor valor correspondem as faixas etárias com os respectivos maior e menor tempo de hospitalização.

Tabela 6.1.6 – Valor médio pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sudeste, segundo faixa etária e sexo, 2016-2020.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 9	449,56	376,19	415,95
10 a 19 anos	847,14	522,46	631,18
20 a 29 anos	1.076,41	730,84	909,55
30 a 39 anos	1.129,54	798,31	977,65
40 a 49 anos	1.077,44	1.143,53	1.108,58
50 a 59 anos	1.167,81	1.337,87	1.246,31
60 a 69 anos	1.398,55	1.651,76	1.504,22
70 a 79 anos	1.570,61	1.231,44	1.418,15
80 anos +	1.293,71	1.430,63	1.366,86
Total	1.078,04	864,21	971,20

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Quando analisado os custos por internação por Unidade Federativa, o valor mais alto pago foi em Minas Gerais, R\$ 1.224,73, correspondendo a uma diária de R\$ 284,82, seguido do Rio de Janeiro, R\$ 1.104,83, com diária de R\$ 178,20, São Paulo, R\$ 871,12, com diária de R\$ 223,30, e Espírito Santo, R\$ 615,42, com diária de R\$

143,12. Neste contexto, chama-se atenção para o estado de São Paulo, visto que, apesar de ter atendido 56% (16.738) mais pacientes que Minas Gerais (7.389), o custo por internação foi quase 30% menor.

Outro ponto relevante quanto aos custos por hospitalização, são os motivos das internações de acordo com o CID-10, já que estes interferem diretamente no tempo de permanência hospitalar e nos cuidados que serão necessários. Desta forma, foram analisados os custos dos principais motivos que levam a internações por lesões autoinfligidas na Região Sudeste, tendo por base sua relevância para a Região quanto aos números de internações, a média de permanência e o número de óbitos. O maior valor pago foi por internações causadas por lesões autoprovocadas por fogo, chamas ou por inalação de fumaça (X76), R\$ 4.106,62, com diária de R\$ 387,42, já o menor valor pago foi por ingestão voluntária de álcool (X65), R\$ 409,39, com diária de R\$ 93,04 (Tabela 6.1.7).

Tabela 6.1.7 – Valor médio e diário pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas na Região Sudeste, segundo CID-10, 2016-2020.

Motivos segundo CID-10	Internações	Valor médio	Diária
X60-X64	13.643	674,45	187,35
X65	1.716	409,39	93,04
X68-X69	3.205	801,80	195,56
X73	303	2.057,27	285,73
X76	695	4.106,62	387,42
X78	3.051	1.432,72	367,36
X82	119	2.128,56	295,63
Total	22.484	892,53	223,13

X60-X64 = Por ingestão de medicamentos; X65 = Por ingestão voluntária de álcool; X68-X69 = Por autointoxicação por produtos químicos; X73 = Por armas de fogo de alto calibre; X76 = Por fogo, chamas ou por inalação de fumaça; X78 = Por objetos perfurantes ou cortantes; X82 = Por impacto de um veículo automotivo.

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

6.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO SUL *VERSUS* CUSTOS DE INTERNAÇÃO

Das 5.936 internações que ocorreram na Região Sul de 2016 a 2020, 51,5% foram sexo masculino e 48,5% do sexo feminino. Assim como na Região Sudeste, a faixa etária com maior frequência de hospitalizações, tanto no sexo masculino, quanto no feminino, foi a de 20 a 29 anos de idade, contando com 825 (14%) e 649 (11%) internações, respectivamente, como pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela 6.2.1 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, por faixa etária e sexo, 2016-2020.

Sexo Masculino										
Ano	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
2016	30	55	126	108	71	60	23	15	6	494
2017	19	79	149	119	102	70	25	16	8	587
2018	21	72	187	143	98	67	28	11	1	628
2019	19	78	175	164	122	95	35	18	7	713
2020	15	82	188	130	108	65	33	13	3	637
Total	104	366	825	664	501	357	144	73	25	3.059
Sexo Feminino										
Ano	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
2016	17	77	82	88	66	44	21	11	5	411
2017	26	89	105	88	83	60	29	10	7	497
2018	19	119	115	105	88	48	31	10	9	544
2019	18	185	181	130	122	71	30	11	2	750
2020	18	176	166	119	99	60	16	10	11	675
Total	98	646	649	530	458	283	127	52	34	2.877

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Quanto a cor/raça dentre as internações, há um predomínio de brancos (80,29%), seguidos dos pardos (8,93%), pretos (2,27%), amarelos (0,98%), indígenas (0,23%) e de indivíduos sem informação de cor/raça coletada (7,30%).

Assim como na Região Sudeste, as hospitalizações na Região Sul foram causadas, majoritariamente, por: ingestão de medicamentos (X60-X64)

representando 51% das internações; por autointoxicação por produtos químicos (X68-X69), correspondendo a 14%; seguidamente das causadas por objetos perfuro cortantes (X78) com 13% e por ingestão voluntária de álcool (X65) com 5% (Tabela 6.2.2).

Tabela 6.2.2 – Motivo das internações por lesões autoprovocadas na Região Sul, segundo CID-10 e sexo, 2016-2020.

Motivos	Masculino	Feminino	Total
X60-X64	1104	1917	3021
X65	220	74	294
X68-X69	382	442	824
X70	63	34	97
X72-X74	130	15	145
X78	659	122	781
X79	69	24	93

X60-X64 = Por ingestão de medicamentos; X65 = Por ingestão voluntária de álcool; X68-X69 = Por autointoxicação por produtos químicos; X70 = Por enforcamento, estrangulamento e sufocação; X72-X74 = Por armas de fogo; X78 = Por objetos perfurantes ou cortantes; X79 = Por objetos contundentes.

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Assim como na região Sudeste, quando analisada a frequência de ocorrência de hospitalizações por lesões autoprovocadas, por ano, na região, observa-se um aumento gradativo destas com o decorrer do tempo, tendo atingido seu ápice, também, em 2019. Ademais, o ano de 2020, também contou com uma queda no número de casos, no entanto, um pouco menos expressiva (10%). Quando observada a frequência de ocorrência por Unidade Federativa, cada estado atingiu seu ápice de casos em anos diferentes, como pode ser observado a seguir:

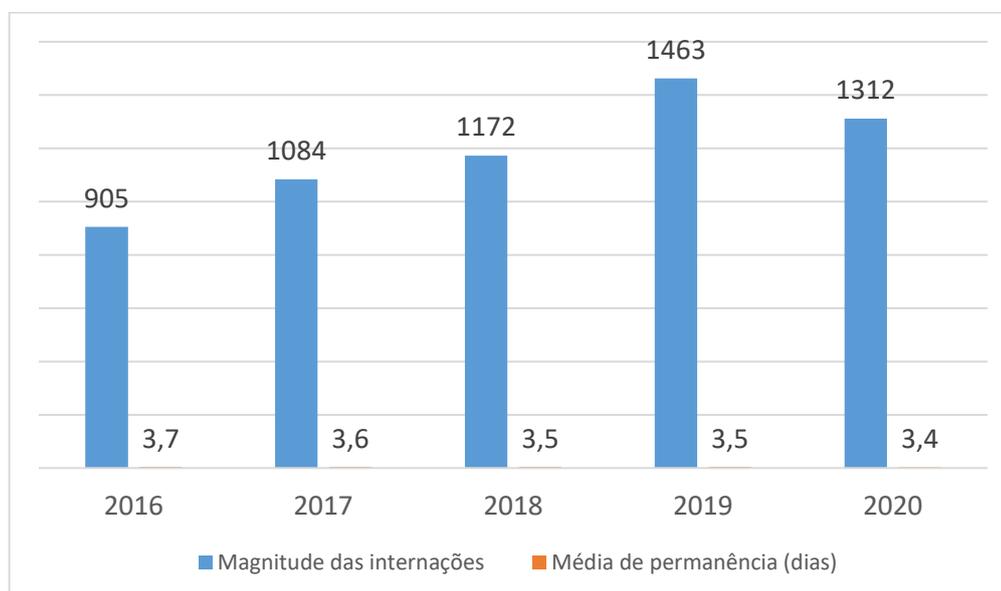
Tabela 6.2.3 – Frequência de ocorrência de lesões autoprovocadas na Região Sul, por Unidade Federativa, por ano, 2016-2020.

Ano	PR	SC	RS	Total
2016	408	362	135	905
2017	428	458	198	1084
2018	486	488	198	1172
2019	604	664	195	1463
2020	634	492	186	1312
Total	2560	2464	912	5936

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

A média de permanência de hospitalizações entre os anos de 2016 e 2020 foi de 3,5 dias. O ano de 2019 contou com o maior quantitativo de internações (1.463), entretanto, foi o ano de 2016 que atingiu o maior tempo de permanência, com 3,7 dias, conforme pode ser observado na figura a seguir:

Figura 6.2.1 – Média de permanência por internação na Região Sul, em dias, 2016-2020.



Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

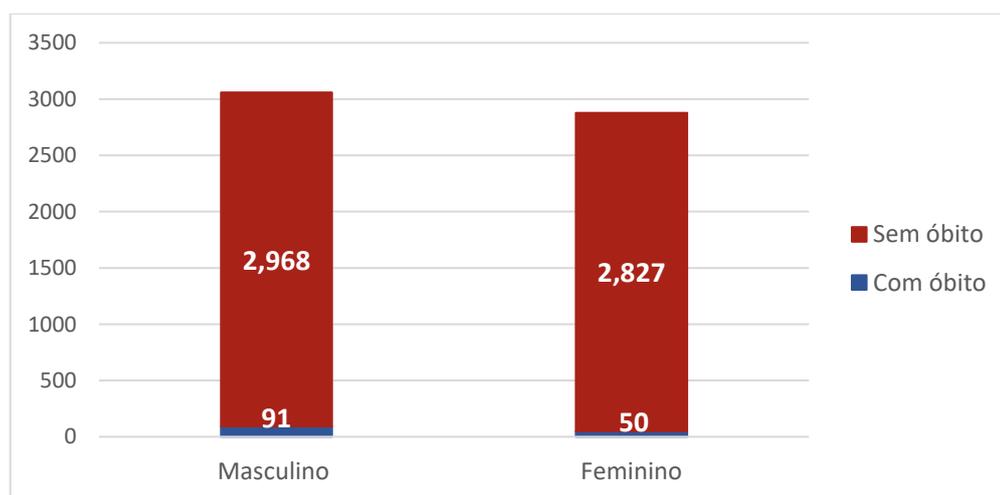
Considerando o tempo de internação por Unidade Federativa da Região Sul, o estado do Rio Grande do Sul se destaca com 4,6 dias, seguido do Paraná com 3,4 dias e de Santa Catarina com 3,2 dias.

Bem como na Região Sudeste, a faixa etária com menor tempo de permanência hospitalar da Região Sul foi a de 0 a 9 anos, tendo por média 2,1 dias, enquanto a faixa etária de 60 a 69 anos permaneceu internada em média 5,3 dias. O tempo de internação também foi maior entre pacientes do sexo masculino (3,6 dias) do que entre os de sexo feminino (3,5 dias). Divergentemente, no que tange a cor/raça, foram os indígenas (7,6 dias) que permaneceram hospitalizados por um tempo mais prolongado (pretos com 4,0 dias, pardos com 3,5 dias, brancos com 3,5 dias, amarelos com 2,7 dias e sem informação coletada 3,9 dias).

Dentre as causas das internações a que se destacou diante da média de permanência hospitalar foram, também, as lesões autoprovocadas por fogo, chamas ou por inalação de fumaça (X76) com média de 12,2 dias. Além desta, outras causas que se sobressaíram foram: lesões autoprovocadas por armas de fogo de mão (X72) e por armas de fogo de alto calibre (X73), com 6,7 dias e 6,2 dias respectivamente, e por precipitação de um lugar elevado (X80), com 6,1 dias.

No período de 2016 a 2020 ocorreram 141 óbitos, sendo 64,5% em pessoas do sexo masculino. A Figura 6.2.2 retrata as internações na rede pública de saúde da Região Sul segundo ocorrência ou não de óbito por sexo.

Figura 6.2.2 – Internações por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, por sexo, segundo ocorrência ou não de óbito, 2016-2020.



Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Com relação a cor/raça, dos 141 óbitos, 111 (78,72%) foram de pessoas brancas, 12 (8,51%) de pardas, 5 (3,55%) de amarelas, 2 (1,42%) de pretas e 11

(7,80%) de cor/raça não informada. No que diz respeito a taxa de mortalidade, esta foi maior entre amarelos (8,62%), do que quando comparado as demais cores/raças (2,33% entre brancos, 2,26% entre pardos, 1,48% em pretos e 2,54% entre os indivíduos com cor/raça não informada).

Os principais motivos que levaram ao óbito, segundo o CID-10, foram: as internações causadas por ingestão de medicamentos (X60-X64) com 54 óbitos e uma taxa média de mortalidade de 1,79%, por autointoxicação por produtos químicos (X68-X69) com 18 óbitos e uma taxa média de mortalidade de 2,18%, bem como as causadas por disparo de arma de fogo de mão (X72) com 17 óbitos e uma taxa de mortalidade de 15,45% e por fogo, chamas ou por inalação de fumaça (X76) com 15 óbitos e uma taxa de mortalidade de 18,52%.

Ponderando a faixa etária, 68% dos óbitos nas internações por violência autoprovocada são de indivíduos entre 20 a 59 anos. A faixa etária que apresentou o maior número absoluto de óbitos foi a dos 30 a 39 anos, com 31 óbitos, dos quais 23 foram de indivíduos do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Assim como na Região Sudeste, quando analisadas as taxas de mortalidade, houve destaque destas nos grupos etários com mais 70 anos, como pode ser visualizado abaixo:

Tabela 6.2.4 – Taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, entre indivíduos com idade superior a 20 anos, 2016-2020.

Ano	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
2016	1,44	2,04	2,19	1,92	6,82	19,23	9,09	2,54
2017	2,76	5,31	3,78	4,62	7,41	3,85	-	3,41
2018	0,33	1,21	3,76	4,35	3,39	9,52	20	1,88
2019	1,4	2,04	0,82	3,01	7,69	10,34	22,22	2,12
2020	2,26	2,81	0,97	1,6	4,08	17,39	7,14	2,13
Total	1,63	2,6	2,19	3,13	5,9	12	10,17	2,38

O símbolo (-) representa a ausência de óbitos naquela faixa etária no ano especificado.

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

A taxa de mortalidade da Região Sul entre 2016 e 2020, foi de 2,38% (Tabela 6.2.5). Analisando esta por Unidade de Federação, o Rio Grande do Sul se sobressai com uma taxa de mortalidade de 3,40% (31 óbitos), seguidamente de Santa Catarina com 2,35% (58 óbitos) e do Paraná com 2,03% (52 óbitos).

Tabela 6.2.5 – Internações e taxa de mortalidade (%) por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, 2016-2020.

Ano	Internações	Taxa de mortalidade
2016	905	2,54
2017	1.084	3,41
2018	1.172	1,88
2019	1.463	2,12
2020	1.312	2,13
Total	5.936	2,38

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Ao analisar os dados sobre internações e taxa de mortalidade, podemos observar uma grande queda na porcentagem de mortes entre os anos de 2017 e 2018. Apesar do aumento no número de hospitalizações nos anos seguintes, este manteve-se sem grandes variações, mesmo com a pandemia de COVID-19.

A média de gastos na Região Sul por internação foi de R\$ 855,07, considerando que a média de permanência foi de 3,5 dias, o valor diário das internações foi de aproximadamente R\$ 244,30. O valor mais alto pago foi na faixa etária de 60 a 69 anos, R\$ 1.325,51, correspondendo a diária de R\$ 250,10. O menor valor pago foi na faixa etária de 0 a 9 anos, R\$ 217,50, com diária de R\$ 103,57 (Tabela 6.2.6). Destaca-se, que o maior e menor valor, igualmente à Região Sudeste, correspondem as faixas etárias com os respectivos maior e menor tempo de hospitalização da Região.

Tabela 6.2.6 – Valor médio pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas (CID-10 X60-X84) na Região Sul, segundo faixa etária e sexo, 2016-2020.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 9	287,99	253,99	271,5
10 a 19 anos	725,99	469,04	561,97
20 a 29 anos	956,07	668,37	829,39
30 a 39 anos	1.082,60	797,23	955,93
40 a 49 anos	1.163,51	757,60	969,66
50 a 59 anos	1.196,19	739,98	994,46
60 a 69 anos	1.436,67	1.199,47	1325,51
70 a 79 anos	895,78	877,85	888,32
80 anos +	955,17	815,90	874,91
Total	1.016,47	683,46	855,07

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

Quando analisado os custos por internação por Unidade Federativa, o valor mais alto pago foi em Santa Catarina, R\$ 1.079,42, correspondendo a uma diária de R\$ 337,32, seguido do Rio Grande do Sul, R\$ 752,66, com diária de R\$ 163,62, e Paraná, R\$ 675,61, com diária de R\$ 198,71. Neste contexto, há de se sinalizar que estado do Paraná, apesar deste sido responsável por 43% do total de internações da Região, teve um custo por internação 37% menor do que quando comparado a Santa Catarina.

Quanto aos valores associados aos principais motivos (CID-10) das internações por lesões autoinfligidas na Região Sul, o maior valor pago foi por internações causadas por lesões autoprovocadas por fogo, chamas ou por inalação de fumaça (X76), R\$ 6.362,98, com diária de R\$ 521,55, em comparação, mesmo sendo a segunda maior causa de óbitos na Região, o menor valor pago foi por autointoxicação por pesticidas (X68), R\$ 344,64, com diária de R\$ 118,84 (Tabela 6.2.7).

Tabela 6.2.7 – Valor médio e diário pago (R\$) por internação por lesões autoprovocadas na Região Sul, segundo CID-10, 2016-2020.

Motivos segundo CID-10	Internações	Valor médio	Diária
X60-X64	3.021	538,39	153,82
X65	294	460,45	153,48
X68-X69	824	550,33	157,24
X72	110	2.572,61	383,97
X73	13	3.565,35	575,05
X76	81	6.362,98	521,55
X78	781	1.481,22	548,60
X80	55	2.870,92	470,64
Total	5.179	844,72	234,64

X60-X64 = Por ingestão de medicamentos; X65 = Por ingestão voluntária de álcool; X68-X69 = Por autointoxicação por produtos químicos; X72 = Por armas de fogo de mão; X73 = Por armas de fogo de alto calibre; X76 = Por fogo, chamas ou por inalação de fumaça; X78 = Por objetos perfurantes ou cortantes; X80 = Por precipitação de um lugar elevado.

Fonte: Dados extraídos do TABNET - SIH/SUS (2021).

7 DISCUSSÃO

Acerca dos resultados encontrados, entre os anos de 2016 e 2020, as Regiões Sul e Sudeste do Brasil somaram um total de 32.512 internações por violência autoinfligida voluntariamente (X60-X84). A quesito de comparação, o número total superou em 30% as internações, no mesmo período, por afogamento e por exposição a fogo, chamas e fumaça, juntas. Estas se deram entre indivíduos de todas as faixas etárias, desde menores de 9 anos a pessoas com mais de 80 anos, e geraram um custo total de R\$ 30.886.203,48.

Dentre os anos estudados, a faixa etária mais acometida por lesões autoprovocadas foi a de 20 a 29 anos, correspondendo a 23,5% de todas as hospitalizações (7.656) e 22,16% de todos os gastos (R\$ 6.845.360,59). Este dado se demonstra muito relevante quando lembramos que o suicídio é a segunda maior causa de mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos (BRASIL, 2019a; WHO, 2020).

Apesar da faixa etária de 0 a 9 anos representar apenas 4,15% de todas as internações e não ser possível determinar o significado por trás do autoflagelo, não se pode descartar a possibilidade de estas estarem associadas a possíveis transtornos mentais, inclusive a depressão, assim como o impacto de R\$ 531.519,02 que estas representaram aos cofres públicos.

Dentre as classificações étnico-raciais levantadas, a maioria dos hospitalizados eram brancos (16.198), correspondendo a quase metade de todas as internações no período estudado, e a 53% (R\$ 16.376.431,56) do custo total das hospitalizações por lesões autoprovocadas nas Regiões. Assim, diante do contexto étnico, vale destacar os achados de uma revisão sistemática publicada em 2015, que evidenciou diferenças nas características da automutilação e do suicídio entre grupos étnicos, demonstrando que os fatores socioculturais e econômicos específicos destes grupos, implicam em diferentes taxas de prevalência para o comportamento autodestrutivo. No que diz respeito a indivíduos brancos, a revisão evidencia que estes apresentam maior chance de recidiva quanto à automutilação, quando comparados aos demais grupos étnicos (AL-SHARIFI; KRYNICKI; UPTHEGROVE, 2015).

Aproximadamente metade dos 32.512 hospitalizados por lesões autoprovocadas eram do sexo feminino e a outra metade do masculino. A diferença entre os sexos fica mais clara quando analisados os motivos que levaram a hospitalização, onde pode-se observar uma tendência até 3 vezes maior dos homens,

em procurarem por meios de maior potencial letal, como uso de armas de fogo, enforcamento e uso de objetos perfurantes ou cortantes, enquanto mulheres optaram mais pelo uso de medicamentos. Este achado corrobora o que vem sendo encontrado nos últimos dez anos no Brasil (BRASIL, 2019a) e em diversos estudos internacionais (VERMA *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2021).

Diante deste contexto, observou-se um aumento gradual nos custos totais das internações, conforme os anos. Entre 2016 e 2017 houve um aumento de 10,5% no número de internações e um acréscimo nos custos totais de 12%. De 2017 a 2018 o aumento das hospitalizações foi de 7,6% e nos gastos foi de 2%. Já entre 2018 e 2019 as internações subiram em 14% e os custos em 7%. Contudo, entre 2019 e 2020, houve uma queda de 15% nas hospitalizações por lesões autoprovocadas, e os custos totais acompanharam essa queda, chegando a um gasto 9% menor do que quando comparado ao ano anterior. Demonstrando, assim, uma tendência dos custos em acompanharem as oscilações dos números de internações.

Ao analisar ano a ano os custos por internação, 2019 foi o ano com o maior número de internações (6.273) e com o custo total mais elevado (R\$ 6.790.198,99), apesar de ter a menor média de gastos por hospitalização entre as Regiões (R\$ 877,74). O maior custo por internação foi no ano de 2017, com média de R\$1.009,60, por mais que este tenha sido o segundo ano com menor número de internações. No que tange a magnitude destas, os anos de 2016 a 2018, possuíram as maiores médias de permanência entre as Regiões Sul e Sudeste (4,2 dias), sendo o ano de 2020, apesar do contexto pandêmico em segundo plano, o que possuiu a menor taxa de permanência hospitalar das Regiões, com 3,8 dias. Desta forma, pode-se observar que não houve correlação entre o maior número de internações por ano com a maior média de dias de hospitalização.

Vale destacar que apesar do ano de 2020 ter sido o terceiro menor ano em número de internações e de possuir a menor taxa de permanência hospitalar do período estudado, este apresentou um custo por internação maior, do que quando comparado com o ano anterior. Este aumento, no entanto, pode ter correlação direta com a pandemia e a consequente elevação nos valores dos insumos hospitalares (PEDUZZI, 2020).

Ponderando as taxas de mortalidade entre as Regiões, verifica-se que a Região Sudeste possui uma taxa maior (3,89%) que a Região Sul (2,38%), e em conjunto,

estas chegaram a uma média de 3,61%. Apesar da baixa taxa de mortalidade, tentativas não fatais de suicídio podem levar a graves sequelas físicas, mentais e sociais, que implicam em redução da qualidade de vida, perda de produtividade econômica e custos significantes com a reabilitação e a recuperação do indivíduo (KINCHIN *et al.*, 2019).

A partir desta perspectiva, das readmissões em um curto espaço de tempo e do fato das tentativas de suicídio poderem ser prevenidas, diversas pesquisas ao redor do mundo têm buscando levantar comparações entre os custos de hospitalização e os custos de prevenção ao suicídio. Assim, de forma unânime, estes chegaram a resultados que apontaram reduções significativas nos custos de saúde quando implementadas estratégias de prevenção e promoção da saúde mental (PARK *et al.*, 2018; MONROY; CÉSPEDES; OLMOS, 2018; MADSEN *et al.*, 2017).

McNicholas *et al.* (2020) apontam como resultado de seu estudo de coorte a importância do investimento em serviços de prevenção e promoção à saúde mental, para a redução de custos, das internações e do tempo de permanência hospitalar. Os autores reforçam que jovens com doenças mentais geram o dobro de custos com cuidados de saúde, quando comparados aos demais, e que o investimento e ampliação de serviços de saúde mental na atenção primária à saúde podem reduzir, gerir e tratar as crises antes que estas escalonem para quadros emergenciais.

Logo, há um consenso internacional sobre o impacto do investimento em saúde mental nos setores primários da saúde e sua repercussão no âmbito terciário, sobretudo no que tange a redução de custos hospitalares. Apesar de no Brasil, haver políticas públicas de atenção à saúde mental voltadas a ações de conscientização, educação e atuação profissional nos níveis primários da saúde, ainda há muito que se melhorar, visto que somente com a prevenção será possível reduzir as internações por violência autoprovocada nas Regiões Sul e Sudeste, e conseqüentemente, seus custos associados.

8 CONCLUSÃO

Com os dados obtidos nesta pesquisa conseguimos identificar e analisar os custos das internações por violência autoinfligida no SUS nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil no período de 2016 a 2020, bem como dar respostas aos objetivos específicos deste estudo.

Conclui-se, a partir deste, que as Regiões Sul e Sudeste, entre os anos 2016 e 2020, chegaram a gastar, em conjunto, R\$ 30.886.203,48 com hospitalizações por lesões autoprovocadas no SUS. Quanto ao perfil dos hospitalizados, observa-se que dentre as nove faixas etárias analisadas, houve uma tendência maior (23,5%) de internações entre jovens de 20 a 29 anos, já no que tange a raça/cor, dentre as cinco classificações étnico-raciais, os brancos foram os mais afetados, correspondendo a quase metade das 32.512 hospitalizações. O gasto por internação foi maior com homens, tendo em vista que esses optaram por meios considerados mais letais. Diante do período estudado, os custos totais acompanharam as oscilações no número de hospitalizações, variando conforme estes, enquanto, os custos por internação tenderam a diminuir ao longo do tempo.

A relevância deste estudo se baseia nas mudanças políticas, sociais e econômicas que a população mundial vem sofrendo nas últimas décadas. Em resposta a essas mudanças, percebe-se um aumento exponencial de casos de depressão, demais transtornos mentais e da violência autoinfligida, acabando por impactar diretamente nos gastos realizados pelo SUS. Devido a pandemia de COVID-19 e as consequências do isolamento social, estima-se que este quadro se agrave ainda mais nos tempos pós-pandêmicos.

Sendo assim, este propicia uma estimativa da magnitude da violência autoinfligida nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil e seu panorama dentre as Unidades Federativas, destacando-se o fato do perfil epidemiológico levantando se assemelhar ao encontrado em outros estudos, inclusive em pesquisas de âmbito internacional. Os dados levantados das internações, da média de permanência, da taxa de mortalidade e dos óbitos por lesões autoprovocadas, bem como suas respectivas estimativas de custos, fornecem um importante contributo à tomada de decisão dos gestores em saúde, possibilitando-os planejar e implementar estratégias eficazes para redução e prevenção destas.

Evidências nacionais e internacionais levantadas neste estudo demonstram que o investimento em ações de promoção à saúde mental evita gastos desnecessários, melhora a qualidade de vida da população, aumenta a produção e retorno econômico para cada ano de vida saudável ganho pela remissão da doença, e conseqüentemente, reduz a ocupação de leitos à nível terciário. Assim, considerado que o custo com internações por violência autoprovocada é um custo prevenível, e que a Regiões Sul e Sudeste possuem os maiores índices nacionais de depressão e suicídio, convém fortalecer o componente da Rede de Atenção Psicossocial em ambas as regiões, ampliando estratégias de promoção e conscientização em níveis individuais e coletivos, de forma a fortalecer, desde a Estratégia de Saúde da Família, que é a porta de entrada do usuário no SUS, até os componentes especializados em saúde mental.

Dada a limitação das pesquisas ecológicas, onde não é possível inferir sobre a natureza individual dos dados (falácia ecológica), e a carência de estudos voltados à temática, faz-se necessário investir em pesquisas que ampliem a visão a nível estadual e municipal destes dados, de forma que seja possível identificar potencialidades a serem implementadas nas políticas públicas de saúde mental, afim de reduzir os atuais índices de violência autoinfligida e prevenir possíveis agravos no período de pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

AL-SHARIFI, A; KRYNICKI, C.R.; UPTHEGROVE, R. Self-harm and ethnicity: a systematic review. **International Journal of Social Psychiatry**, Reino Unido, v. 61, n. 6, p. 600-612, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0020764015573085>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ARIAS MOLINA, J. *et al.* Transtornos psiquiátricos em adolescentes durante a situação epidemiológica causada pelo COVID-19. **Multimed**, Cuba, v. 25, n. 3, e2146, jun. 2021. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v25n3/1028-4818-mmed-25-03-e2146.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

ARENHARDT, D.R. *et al.* A relação da depressão com doenças crônicas não transmissíveis. In: Congresso Médico Acadêmico da UNICAMP, 29., 2020, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: CoMAU, 2020. Disponível em: <<https://www.doity.com.br/anais/comau2020/trabalho/154199>>. Acesso em 15 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUATRIA (ABP). **Setembro amarelo**: mês de prevenção do suicídio. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.setembroamarelo.com>>. Acesso em 17 jul. 2021.

BERTOLETE, J.M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, Reino Unido, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BONSAKSEN, T. *et al.* Use of Alcohol and Addictive Drugs During the COVID-19 Outbreak in Norway: Associations With Mental Health and Pandemic-Related Problems. **Front. Public Health**, Suíça, v. 9, 667729, jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.667729>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. Agência Brasil. **Centros de assistência de saúde mental ajudam na prevenção ao suicídio**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-09/centros-de-assistencia-de-saude-mental-ajudam-na-prevencao-ao-suicidio>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

_____. IBGE Educa. **Produção Textual- Cuidados com a Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/professores/educatividades/20820-producao-textual-cuidados-com-a-saude-mental.html>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

_____. Ministério da Economia. **Orçamento da União Exercício Financeiro 2021 Projeto de Lei Orçamentária**: informações complementares relacionadas no Anexo

II do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2021. Volume 1: do inciso 1 ao inciso III. Brasília: Ministério da Economia, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v. 50, n. 24, set. 2019a. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

_____. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014.

_____. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf>. Acesso em 29 jul. 2021.

BROOKS, S.K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, Londres, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)>. Acesso em: 07 ago. 2021.

CERETTA, S.B.; FROEMMING, L.M. Geração Z: compreendendo os hábitos de consumo da geração emergente. **Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Administração da UnP**, Rio Grande do Norte, v. 3, n. 2, p. 15-24, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.21714/raunp.v3i2.70>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CLEARY, A. Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. **Social Science & Medicine**, Estados Unidos, v. 74, p. 498-505, fev. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>>. Acesso: 26 dez. 2021.

DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Brasília, 2021. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU LIMITED (DELOITTE). **The Deloitte global 2021 Millennial and Gen Z survey**. Nova York: Deloitte, 2021.

DEPOLLI, G.T. *et al.* Ansiedade e depressão em atendimento presencial e telessaúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, e00317149, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00317>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

FÉLIX, T.A. *et al.* Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. **Enferm. glob.**, Espanha, v. 18, n. 53, p. 373-416, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.304491>>. Acesso em: 03 ago. 2021.

FERNANDES, C.J. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00049519, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00049519>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

HIDAKA, B.H. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 140, n. 3, p. 205-214, nov. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.036>>. Acesso em: 17 dez. 2021.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). **GBD Compare**. Washington, 2019. Disponível em: <<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>>. Acesso em: 03 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

_____. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

JOHNSON, M.C.; SALETTI-CUESTA, L.; TUMAS, N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2447-2456, jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

KIM, S.I. *et al.* Cost-Effectiveness of a Multi-Disciplinary Emergency Consultation System for Suicide Attempts by Drug Overdose in Young People and Adult Populations. **Front. Public Health.**, Suíça, v. 9, 592770, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.592770>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

KINCHIN, I.; DORAN, C.M. The Cost of Youth Suicide in Australia. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Suíça, v. 15, n. 4, 672, 2018. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/672/htm>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

KROSS, E. *et al.* Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. **PLOSOne**, California, v. 8, n. 8, e69841, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men? **The Lancet Psychiatry**, Londres, v. 4, n. 2, p. 146-158, fev. 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)>. Acesso em: 15 dez. 2021.

LIN, J. *et al.* Does gender role explain a high risk of depression? A meta-analytic review of 40 years of evidence. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 294, p. 261-278, nov. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.018>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MADSEN, L.B. *et al.* Quality Assessment of Economic Evaluations of Suicide and Self-Harm Interventions. **Crisis**, Alemanha, v. 39, n. 2, p. 82-95, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000476>>. Acesso em: 25 out. 2021.

MCNICHOLAS, R. *et al.* A One Year Cost Analysis of Acute Paediatric Mental Health Presentations. **Ir Med J.**, Irlanda, v. 113, n. 2, p. 22, 2020. Disponível em: <<http://www.imj.ie/wp-content/uploads/2020/02/A-One-Year-Cost-Analysis-of-Acute-Paediatric-Mental-Health-Presentations.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

MENEZES, S.K.O. Lazer e saúde mental em tempos de COVID-19. **Licere**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 408-446, mar. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.35699/2447-6218.2021.31341>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

MITCHELL, R. J. *et al.* Intentional self-harm and assault hospitalisations and treatment cost of children in Australia over a 10-year period. **Aust NZ J Public Health**, Austrália, v. 42, n. 3, p. 240-246, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12782>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

MONROY, M.M.O.; CÉSPEDES, A.M.; OLMOS, I.P. Prevención versus atención clínica del intento de suicidio en adolescentes: ¿cuáles son los costos?. **Revista Ciencias de la Salud**, Colômbia, v. 16, n. 2, p. 188-202, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6764>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

MUSSIO, R.A.P. **A geração Z e suas respostas comportamental e emotiva nas redes sociais virtuais**. 2017. 204f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias) – Instituto de Biociências de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, São Paulo, 2017.

OLIVEIRA, M.I.V. *et al.* Fatores de risco e ideação suicida em pessoas com tentativa de suicídio, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 42, n. 2, p. 262-279, abr./jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n2.a2598>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

PALERMO, T.A.C. *et al.* Depressão entre técnicos e auxiliares de enfermagem em uma unidade hospitalar pública. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25242/8868103520202167>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

PARK, A *et al.* Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide. **JAMA Netw Open**, Estados Unidos, v. 1, n. 6, e183680, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.3680>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

PEDUZZI, P. Insumos hospitalares registram aumentos acima de 1.000%. **Agência Brasil**, Brasília, 20 de mar. de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/insumos-hospitalares-registram-aumentos-acima-de-1000>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

PERISSOTTO, T. *et al.* Mental health in medical students during COVID-19 quarantine: a comprehensive analysis across year-classes. **Clinics**, São Paulo, v. 76, e3007, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e3007>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

RAONY, I. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. **Front Immunol.**, Suíça, v. 11, 1170, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267025/pdf/fimmu-11-01170.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, out-dez 2016. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n4/2237-9622-ess-25-04-00845.pdf>>. Acesso em 16 jul. 2021.

RITCHIE, H.; ROSER, M. **Causes of Death**. Reino Unido, 2019. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/causes-of-death>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

RITCHIE, H.; ROSER, M.; ORTIZ-OSPINA, E. **Suicide**. Reino Unido, 2017. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/suicide>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

RUFINO, S. *et al.* Aspectos Gerais, Sintomas e Diagnósticos da Depressão. **Revista Saúde em Foco**, Piauí, n. 10, p. 837-843, 2018. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGNÓSTICO-DA-DEPRESSÃO.pdf>. Acesso em 15 jul. 2021.

SCHNEIDER, B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. **Archives of Suicide Research**, Estados Unidos, v. 13, n. 4, p. 303-316, out. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13811110903263191>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SHEPARD, D.S. *et al.* Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, Estados Unidos, v. 46,

n. 3, p. 352-362, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

SILVA, D.S.D. *et al.* Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>>. Acesso em 16 jul. 2021.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINITOX). **Tabela 4. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Região Sul, 2017.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Sul4_7.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2021.

_____. **Tabela 5. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Região Sudeste, 2017.** Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Sudeste5_3.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2021.

THE LANCET. The Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, Londres, v. 396, n. 10258, p. 1129-1306, out. 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol396no10258/PIIS0140-6736\(20\)X0042-0#](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol396no10258/PIIS0140-6736(20)X0042-0#)>. Acesso em: 03 ago. 2021.

TWENGE, J.M. Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time. **Clinical Psychological Science**, United States, v. 6, p. 3-17, nov. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/2167702617723376>>. Acesso em: 17 dez. 2021.

VERMA, V. *et al.* Treatment of self-poisoning at a tertiary-level hospital in Bangladesh: cost to patients and government. **Trop Med Int Health**, Reino Unido, v. 22, n. 12, p. 1551-1560, dez. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064144/>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

VIEIRA, M.G.; PIRES, M.H.R.; PIRES, O.C. Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors. **Rev dor**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 257-260, out./dez. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160084>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D.O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, Reino Unido, v. 27, n. 2, mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

WILKINSON, B. Current trends in remediating adolescent self-injury: an integrative review. **The Journal of School Nursing**, Estados Unidos, v. 27, n. 2, p. 120-128, abr. 2011. Disponível em:

<<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1059840510388570>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression**. Genebra, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

_____. **Fact sheets on sustainable development goals: health targets**. Mental Health. Genebra, 2018. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. **Global status report on alcohol and health 2014**. Genebra: WHO, 2014.

_____. **Mental health action plan 2013-2020**. Genebra: WHO, 2013.

_____. **Preventing suicide: a global imperative**. Genebra: WHO, 2014a.

_____. **World report on disability**. Genebra: WHO, 2011.