

CURSO DE ENFERMAGEM

Jéssica Silva dos Santos

MORTALIDADE DE JOVENS POR SUICÍDIO, RIO GRANDE DO SUL, 2004-2015

Santa Cruz do Sul

2017

Jéssica Silva dos Santos

MORTALIDADE DE JOVENS POR SUICÍDIO, RIO GRANDE DO SUL, 2004-2015

Trabalho apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para
aprovação na disciplina de Trabalho de Curso II.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Dra. Rosylaine Moura

Santa Cruz do Sul

2017

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2017.

MORTALIDADE DE JOVENS POR SUICÍDIO, RIO GRANDE DO SUL, 2004-2015

JÉSSICA SILVA DOS SANTOS

Este artigo foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Enf^a Dra. Rosylaine Moura
Orientadora

Prof.^a Enf^a. Dra. Vera E. Somavilla
Membro

Prof^a. Enf^a Dra. Aline F. Fischborn
Membro

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO	5
Resumo	6
Abstract.....	6
Resumen	7
Introdução.....	8
Métodos.....	9
Resultados	11
Discussão	14
Contribuição dos autores	19
ANEXO A – Normas de publicação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	22
ANEXO B – Projeto de Monografia	41

Artigo Original

Mortalidade de Jovens por Suicídio, Rio Grande do Sul, 2004-2015

Suicide Mortality Among Young people in Rio Grande do Sul, 2004-2015

Mortalidad de Jovenes por Suicídio, Rio Grande do Sul, 2004-2015

Suicídio de Jovens no Rio Grande do Sul

Jéssica Silva dos Santos, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil; jessicasantoss@mx2.unisc.br

Rosylaine Moura, Departamento de Enfermagem e Odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil; rmoura@unisc.br

Avenida Independência, 2293 - Universitário, Santa Cruz do Sul – RS. Sala 326 –
Fone: (51) 3717-7300

Resumo: pag. 2 – 149 palavras;

Abstract: pag. 2–3 170 palavras;

Resumen: pag. 3– 177 palavras;

Texto completo: pag 3-15, 2.989 palavras;

Resumo

Objetivo: descrever a magnitude e a evolução temporal da mortalidade por suicídio em jovens de 15 a 29 anos no Rio Grande do Sul segundo Macrorregiões de 2004-2015.

Métodos: estudo ecológico descritivo baseado em dados oriundos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS) sendo utilizados os eventos X60 a X84 e Y 87.0 da 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Dados referentes à população foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Resultados: a taxa de suicídio variou de 7,4 a 9,9/100 mil habitantes com tendência decrescente e mortalidade proporcional de 6,7%. A maioria dos jovens eram homens, brancos, de baixa escolaridade, por enforcamento no domicílio. As Macrorregiões dos Vales, Norte e Missioneira apresentaram as maiores taxas e a Metropolitana as menores, nos jovens e na população geral. **Conclusão:** a mortalidade de jovens por suicídio aproxima-se das características deste tipo de óbito na população em geral.

Palavras-chave: jovem; suicídio; epidemiologia; mortalidade.

Abstract

Objective: to describe the magnitude and the temporal evolution of the mortality by suicide in between 15-29 years old people in Rio Grande do Sul according to its macroregions from 2004 to 2015. **Method:** ecological descriptive study based on data from the Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS), being used the X60 to X84 and the Y 87.0 events from the 10th review of the International Classification of Diseases (ICD-10). All the data which refers to the population where obtain from the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Results:** the suicide tax varied from 7,4 to 9,9/100 thousand inhabitants with the growing tendency and proporcional mortality to

6,7%. Most of the young people were men, white coloured, low schooled, dead by hanging at their homes. The macroregions of the Valleys, North and Missioneira showed the highest taxes, and the Metropolitan the lowest, in between the young and the whole population. **Conclusion:** the mortality of young people by suicide is getting closer to this kind of death in the general population.

Keywords: young; suicide; epidemiology; mortality.

Resumen

Objetivo: describir la magnitud y la evolución temporal de la mortalidad por suicidio en jóvenes desde 15 hasta 29 años de edad en el estado del Rio Grande do Sul según las macroregiones entre los años de 2004 hasta 2015. **Métodos:** estudio ecológico descriptivo basado en datos del Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM / MS) se utilizaron los eventos X60 a X84 y Y 87.0 de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10). Los datos referentes a la población fueron obtenidos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. **Resultados:** la tasa de suicidio cambió del 7,4 al 9,9 / 100 mil habitantes con tendencia decreciente y mortalidad proporcional del 6,7%. La mayoría de los jóvenes eran hombres, blancos, de baja escolaridad, por ahorcamiento en sus domicilios. Las Macrorregiones de los Vales, Norte y Missioneira presentaron las mayores tasas y la Metropolitana las menores, en los jóvenes y en la población general. **Conclusión:** la mortalidad de jóvenes por suicidio se acerca a las características de este tipo de defunción en la población en general.

Palabras clave: joven; suicidio; epidemiología; mortalidad.

Introdução

Registros de casos de suicídio são encontrados desde o princípio da humanidade e são entendidos e interpretados de acordo com o paradigma vigente em cada período histórico. Explicações sociais, econômicas, psicológicas e culturais são algumas das utilizadas na interpretação deste complexo e multifacetado fenômeno.¹

O suicídio é determinado por múltiplos fatores que se combinam de maneira complexa e variável e dependendo da forma como cada pessoa lida com os eventos dolorosos e estressantes da vida, estes fatores podem ser atenuados ou intensificados, resultando ou não, em comportamento suicida.²

Desde o final do século XX, as doenças infecciosas que eram as principais causas de morte de jovens no mundo, passaram a ser substituídas pelas mortes por causas externas.³ Entre elas, o suicídio ou a morte autoinfligida tem se configurado como a segunda causa de morte nesta faixa etária, com tendência crescente.²

O Brasil, apesar de apresentar taxas de suicídio baixas comparado a outros países, ocupou a oitava posição em número de suicídios em 2012 com quase doze mil mortes por esta causa. No entanto, o Rio Grande do Sul que desde 2002 registra no mínimo 1.000 suicídios/ano na população em geral, têm apresentado historicamente taxas elevadas, comparáveis às maiores do mundo. Estudo apontava, já em 2006, para uma tendência crescente de suicídio entre jovens ou para a “juvenilização do suicídio” no estado.⁴ Mesmo assim, são escassas as pesquisas sobre este tema no estado.

Jovem é uma nova categoria sociológica utilizada para representar o momento de preparação de sujeitos para assumirem o papel de adultos na sociedade.⁵ No Brasil, a partir da implementação em 2004 da Política Nacional da Juventude (PNJ), passou-se a considerar jovem todo cidadão ou cidadã brasileira de 15 a 29 anos.⁶

A nível mundial, 8,5% das mortes de jovens de 15 a 29 anos são derivadas de suicídio o que representa a segunda principal causa de morte nesta faixa etária, ficando atrás somente das mortes por acidentes de trânsito. Em alguns países da Ásia, o suicídio corresponde a 17,6% do total de óbitos em jovens, sendo a principal causa de morte deste grupo.²

As taxas de suicídio entre os jovens, especialmente entre os de 17 e 18 anos, tem apresentado surpreendente e significativa elevação, bem acima da taxa média de suicídios das outras faixas etárias, chegando a aproximadamente 5 suicídios para cada 100.000 jovens no país o que corresponde a terceira causa de óbito entre os jovens brasileiros.⁷

Desta forma, busca-se através deste estudo conhecer, elaborar e descrever o perfil epidemiológico do suicídio de jovens no estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de identificar a incidência e a tendência histórica deste agravo. Para isso foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa: Como tem sido o comportamento deste fenômeno entre os jovens no Rio Grande do Sul? Quais as características dos jovens que se suicidam no Rio Grande do Sul?

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico descritivo de caráter exploratório, que buscou identificar aspectos da magnitude e da evolução temporal das taxas de suicídio de jovens de 15 a 29 anos por Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul no período de 2004 a 2015.

Os dados sobre o suicídio consumados que compõem o estudo foram extraídos do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS)

disponível para acesso público no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) nas Categorias do CID-BR-10 entre X60 a X84 e Y87.0, a saber: “lesões autoprovocadas voluntariamente” e “sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente”. Os dados foram agregados e analisados em quatro triênios (2004-06, 2007-09, 2010-12, 2013-15).

Para o cálculo das taxas de suicídio por mortalidade o numerador foi considerado a quantidade de óbitos consumados por suicídio para cada ano e macrorregião e como denominador a população gaúcha por macrorregião e ano, fornecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e para os triênios foi calculado a taxa média. Sendo calculadas as taxas de mortalidade segundo a faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, local da ocorrência e método. Além das taxas são apresentadas nas tabelas a diferença percentual ($\Delta\%$) entre o triênio inicial (2004-06) e o triênio final (2013-15) da análise.

O Rio Grande do Sul possuía em 2015, de acordo com a estimativa do IBGE, uma população de 11.247.972 milhões de habitantes, sendo 2.659.278 com idade de 15 a 29 anos (jovens) o que corresponde a 23,64% da população gaúcha. Foi utilizada como base territorial de análise a divisão utilizada pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul em Macrorregionais de Saúde. Estas, são divididas em sete (7) unidades denominadas: Centro Oeste; Metropolitana; Missioneira; Norte; Serra; Sul e Vales. As Macrorregiões de Saúde obedecem além da localização geográfica critérios como indicadores econômicos, índices de desenvolvimento social, aspectos culturais, recursos tecnológicos e complexidade de equipamentos e serviços de saúde.⁸

Após coleta os dados foram digitados no Programa Excel® para compor o banco da pesquisa que possibilitou a análise quantitativa. A partir da análise estatística, foram construídas tabelas e gráficos que possibilitaram conhecer a tendência histórica e a magnitude deste evento no Rio Grande do Sul.

Como o estudo utilizou dados secundários disponíveis de forma pública e continuada não houve necessidade de solicitar autorização para realização da coleta de dados, visto que, eles foram acessados de forma agregada, ou seja, sem a possibilidade de conhecer-se a identidade de cada caso. Desta forma, não houve risco de desconforto aos familiares dos jovens que se suicidaram, pois, a identidade dos indivíduos, no banco de dados, não é conhecida. Por esta razão justifica-se a não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

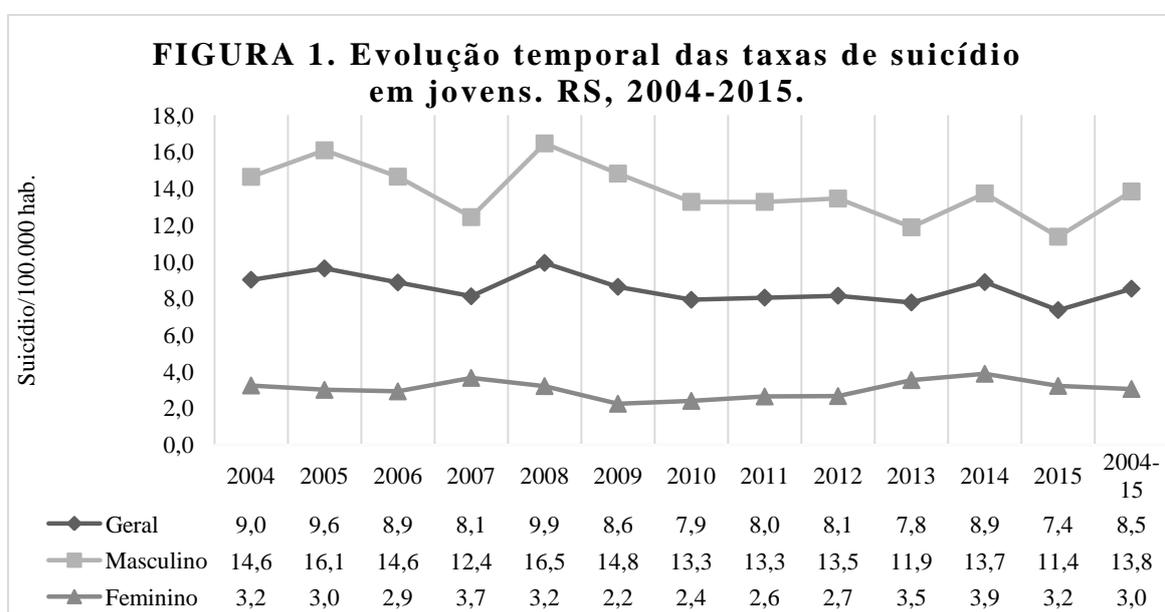
Resultados

No período de 2004 a 2015 ocorreram 13.457 óbitos por suicídio no Rio Grande do Sul com média de 1.121 suicídios/ano. Deste total 20,5% (2.752 óbitos) foram de pessoas entre 15 e 29 anos com média de 229 suicídios/ano nesta faixa etária. A maioria destes jovens são de raça branca (85,3%), solteiros (86,6%) e tem baixa escolaridade (31,3%). A proporção dos suicídios aumentou com a idade durante a juventude, sendo 22,6% de 15 a 19 anos, 37,8% de 20 a 24 anos e de 39,6% de 25 a 29 anos.

Nos doze anos analisados morreram no estado 40.867 jovens e o suicídio foi a causa de 6,7% destes óbitos, o que representa, quase o dobro da mortalidade proporcional por suicídio de jovens do país (3,7%).⁷

Na Figura 1 pode-se observar a evolução temporal da taxa de mortalidade por suicídio em jovens (15 a 29 anos) segundo o sexo no estado. Verifica-se que as taxas

para a população masculina são substancialmente maiores que as da população feminina para todo o período de análise com razão de masculinidade de aproximadamente 5:1. Observa-se ainda que as taxas masculinas ficaram acima de 11 óbitos por 100 mil habitantes e as femininas abaixo de 4 óbitos por 100 mil habitantes durante todo o período da análise. A mortalidade por suicídio na população jovem do estado apresentou pequena variação no período, exibindo taxas de 7,4 a 9,9 por 100 mil habitantes.



DATASUS, 2017.

Na Tabela 1 são apresentadas as taxas médias de suicídio por Macrorregiões de Saúde/RS para os triênios inicial e final, e para todo o período do estudo. Também é apresentada a diferença percentual das taxas médias dos triênios 2004-06 e 2012-15 na população geral e na população jovem.

No período analisado observa-se para o Rio Grande do Sul taxa média de suicídio na população geral maior do que na população jovem sendo que em todas as

faixas etárias não houve oscilação em todo o período e na população jovem as taxas diminuíram. Verifica-se que as Macrorregiões Vales, Norte e Missioneira apresentaram as taxas de suicídio mais elevadas tanto na população geral como na população jovem nos anos analisados. Destaca-se que a Macrorregião Norte apresentou no aumento importante de todas as taxas ao contrário da Macrorregião Missioneira que obteve a maior queda de taxas de todo o período. A Macrorregião Sul apesar de taxas menores apresentou no período estudado o maior crescimento tanto na população geral como entre os jovens. Na Macrorregião Metropolitana, a mais populosa, foi encontrado as menores taxas de suicídio entre toda a população e também entre pessoas de 15 a 29 anos.

Tabela 1. Taxa de suicídio por Macrorregião e triênio na população geral e na população jovem. Rio Grande do Sul, 2004-2015.

Macrorregião	População Geral				População jovem			
	Taxa	Taxa	Taxa	Δ%	Taxa	Taxa	Taxa	Δ%
	2004-06	2013-15	2004-15	2004-15	2004-06	2013-15	2004-15	2004-15
Centro Oeste	10,7	9,9	10,5	-7,5	12,2	8,9	9,5	-27,0
Metropolitana	7,5	7,6	7,3	1,3	6,5	5,9	6,5	-9,2
Missioneira	13,3	11,7	13,1	-12,0	13,0	7,6	10,4	-41,5
Norte	13,5	14,2	14,0	5,2	11,7	12,7	12,0	8,5
Serra	11,2	10,7	10,5	-4,5	12,3	9,3	10,0	-24,4
Sul	10,0	10,6	10,1	6,0	7,0	8,2	7,8	17,1
Vales	15,5	15,6	15,9	0,6	11,5	10,0	10,5	-13,0
RS	10,2	10,2	10,3	0	9,2	8,0	8,5	-13,0

Δ% - diferença entre triênios (tx 13-15 – tx 04-06) / tx 04-06) * 100.

Na Tabela 2 observa-se que mais da metade dos suicídios de jovens no Rio Grande do Sul ocorreram na própria residência. Isso se deve provavelmente por que a maioria dos jovens utilizou o enforcamento para suicidar-se, método de destacadas características letais. Apesar de frequência bem inferior (menor do que o triplo) o uso da arma de fogo, aparece como segundo meio de suicídio entre jovens no estado.

Tabela 2 – Caracterização dos suicídios de jovens. RS. 2004-2015 (n=2752)

Variáveis	Casos	%
Local da Ocorrência		
Domicílio	1627	59,1
Hospital	415	15,1
Via Pública	215	7,8
Serviços de Saúde	12	0,4
Ignorado/Outros	483	17,6
Método		
Enforcamento	1802	65,5
Arma de Fogo	546	19,8
Intoxicação exógena	193	7,0
Precipitação de altura	76	2,8
Fogo, fumaça e chamas	23	0,8
Objetos cortantes	23	0,8
Afogamento	19	0,7
Outros	70	2,5

Fone: DATASUS, 2017.

Discussão

As taxas de suicídio do Rio Grande do Sul são as mais elevadas do país e entre estes óbitos, quase um quarto, são de jovens de 15 a 29 anos, o que representa

importante mortalidade precoce no estado. Nesta faixa etária que se esperaria grande produtividade e criatividade na forma de conduzir a vida, para um grupo considerável de jovens gaúchos a morte foi a única alternativa, tanto que no Rio Grande do Sul, o suicídio representa quase o dobro das causas de todos os óbitos de jovens quando comparado ao Brasil.

Embora tenha havido um declínio discreto nas taxas de suicídio de jovens no estado com pequenas variações durante todo o período do estudo, as taxas se mantem elevadas se comparadas com o restante do país.

Características sociais como baixa escolaridade, desemprego, baixa renda econômica e ser solteiro são condições definidas em estudos anteriores como predisponentes ao aumento do risco de suicídio, também encontradas neste estudo.⁹

O conflito com os pais e também os conflitos amorosos são possíveis fatores de estresse entre os jovens que podem contribuir na busca do autoextermínio como resolução de problemas. As dificuldades de relacionamento interpessoal não resolvidas tem como característica o acúmulo de mágoas, ressentimentos e tristezas de toda a ordem, que parecem se somar ao longo do tempo, produzindo no indivíduo um grau de sofrimento insuportável, assim derivando numa visão em túnel que faz o jovem enxergar a morte como única saída.¹⁰

A evidência de maiores taxas de suicídio entre homens jovens comparado a mulheres jovens no Rio Grande do Sul concorda com as taxas de masculinidade deste agravo em diversos estudos relacionados aos suicídios na população em geral^{11, 12, 4}. No entanto, a razão de masculinidade encontrado nos jovens do estudo foi superior as encontradas na população em geral. Talvez isso ocorra devido ao fato das mulheres

reconhecerem primeiramente sinais de doença mental e/ou depressão o que as leva a buscar ajuda mais precocemente, podendo com isso, evitar o desfecho fatal.⁴

Em relação as tentativas de suicídio, no entanto, as mulheres apresentam as maiores taxas, mesmo que na maioria das vezes estas não resultem em suicídio provavelmente pelo uso de métodos considerados menos letais^{2,12}.

A conduta impulsivo-agressiva, característica típica dos jovens, pode estar relacionada com a presença de ideação suicida em 8,6% dos indivíduos de 18 a 24 anos estudados em Pelotas/RS., demonstrando ser mais comum nesta faixa etária do que nas demais.¹³ Também este estudo revelou que jovens com comportamento suicida apresentam taxas maiores de outros comportamentos de risco como: uso de pronto socorro após acidente, envolvimento em agressões físicas, uso frequente de arma branca ou de fogo, abuso de álcool e outras substâncias, ter relações sexuais desprotegidas e não parceiro sexual fixo.¹⁴

Como as macrorregiões de saúde do estado foram divididas de acordo com aspectos econômicos e sociais, faz-se importante analisar as taxas de suicídio entre elas. Inicialmente verificou-se que as taxas de suicídio na população em geral acompanham as taxas de suicídio nos jovens, o que demonstra uma possível característica local permeada pelo perfil econômico, social e cultural.

As Macrorregiões Vales, Norte e Missioneira, de maiores taxas de suicídio, apresentam perfil socioeconômico similar entre si, como: baixas taxas de desemprego, altas taxas de trabalho infantil e renda média domiciliar *per capita* entre R\$ 794,18 a R\$818,96 (mediana em relação as outras macrorregiões do estado). Isso pode sugerir que nestas regiões predominam as pequenas propriedades rurais em que a família está

envolvida na produção primária.

As cidades de pequeno e médio porte no interior do Rio Grande do Sul em que habitam pequenos agricultores são elencadas por estudos epidemiológicos recentes como as de maior risco de suicídio no Brasil ^{13,11}. Estas três Macrorregiões coincidentemente estão geograficamente localizadas em regiões culturais alemães ou contém pequenos núcleos microrregionais denominadas ilhas alemãs¹⁵. O sofrimento mental produzido pela cultura alemã que inclui rigidez de conduta pessoal, familiar e social; dificuldade de lidar com frustrações e de expressar sentimentos; ética do trabalho que propugna o trabalho árduo e adoecedor como sinônimo de desempenho; projeto de vida pautado no acúmulo de bens materiais e na demonstração de posse como expressão de sucesso mantidos pelo germanismo como divisor de águas entre nós os “alemães” e eles os “brasileiros” ¹².

A Macrorregião Metropolitana, no entanto, apresenta as menores taxas de suicídio entre jovens, o que confirma o paradoxo suicídio/homicídio já descrito na literatura especializada, que se configura como a relação inversamente proporcional das taxas destes dois eventos violentos, quanto maior a taxa de suicídio menor a de homicídio e vice-versa ¹⁶.

A Macrorregião Missioneira apresentou no período do estudo o maior decréscimo nas taxas de suicídio tanto na população em geral como na população jovem. No entanto, a Macrorregião Sul, apesar das menores taxas, mostrou elevação significativa durante os doze anos analisados. Importante avaliar as estratégias que estão sendo utilizadas na Macrorregião Missioneira para que as demais regiões possam se espelhar na busca de melhorias nos serviços de saúde.

Um dos fatores facilitadores do suicídio é a facilidade de acesso aos métodos utilizados, principalmente nos suicídios de jovens por suas características de agressividade e impulsividade. Como o enforcamento foi o método majoritariamente utilizado pelos jovens no Rio Grande do Sul, cabe aos serviços de saúde a utilização de outras estratégias de prevenção, visto que, este método é de fácil acesso a todos. No que diz respeito as armas de fogo e a intoxicação por medicamentos, drogas ou venenos ainda há muito o que se fazer. Estudos antropológicos entendem que o suicídio por enforcamento no Rio Grande do Sul, pode se dar em função desse ser um aspecto importante na cultura gaúcha, representando para o povo gaúcho uma saída honrosa da vida ou uma forma “vigorosa” de morrer¹⁷.

Importante salientar que os dados utilizados na pesquisa podem não representar o total de óbitos por suicídio em jovens no Rio Grande do Sul pois ainda há muita subnotificação destes óbitos. Isso pode ocorrer devido ao estigma do suicídio que leva a família e a sociedade a negá-lo e ao próprio médico a não o explicito na Declaração de Óbito¹⁸. Para além disso, cabe destacar outras dificuldades encontradas no Sistema de Informação de Mortalidade que podem ter prejudicado a fidedignidade dos dados trabalhados neste estudo, como por exemplo: o número de informações ignoradas, especialmente nas categorias referentes a escolaridade, a raça/cor dos jovens e estado civil dos jovens que se suicidaram.

Apesar da maioria dos jovens ter se suicidado através de enforcamento, método considerado letal, chama a atenção o pequeno número de casos (1%) na categoria sequelas de “lesões autoprovocadas intencionalmente” (Y-87.0). Estes, foram registrados somente na Macrorregião Metropolitana, o que pode sugerir erro na

classificação da causa básica do óbito, posto que, muitos destes óbitos podem não ter ocorrido no momento, mas após um período de internação hospitalar.

Considera-se o suicídio como uma grande tragédia humana em qualquer lugar do mundo, especialmente quando se trata de jovens. O estudo mostrou que eles utilizam métodos potencialmente letais com poucas possibilidades de reversão deixando aos que ficam grandes questionamentos, como: Que sociedade é essa em que pessoas no auge da juventude preferem morrer? Que tipo de sofrimentos atingem os jovens da atualidade que encontram como única saída o autoextermínio? Quais as responsabilidades das famílias, da sociedade e dos profissionais de saúde frente a isso?

Parece que o estudo nos trouxe mais dúvidas do que certezas mostrando a incompletude de um trabalho científico e apontando para novas pesquisas deste tema.

Políticas públicas que contemplem as características da juventude com ações de promoção da saúde mental para crianças e jovens são necessárias e urgentes. Estratégias de prevenção do suicídio precisam ser elaboradas e direcionadas para o público jovem, além da efetivação de ações de acompanhamento àqueles mais vulneráveis. O reconhecimento das especificidades regionais também precisam ser valorizadas, visto que, o estudo aponta para o suicídio como um fenômeno local.

Espera-se que este estudo, ainda que de forma parcial, tenha auxiliado na compreensão mais ampliada do suicídio de jovens gaúchos, contribuindo desta forma na prevenção de mortes precoces que trazem tanto sofrimento a sociedade.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram para a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovaram a versão final e declararam-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Ferreira, JA. O comportamento Suicida no Brasil e no Mundo. Revista Brasileira de Psicologia. Salvador, Bahia. 2015.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014.
3. Gonçalves F. Conceitos e Critérios de Morte. Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças maria pia. 2007; vol XVI, nº4.
4. Meneghel, SN, et al. Características epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande do Sul. Rev. De Saúde Publ. São Paulo, v.38, n.6, p.810-10, 2004.
5. Silva SR, Silva R. V. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. Caderno CRH, Salvador. 2011.
6. Brasil. Lei 12.852/2013. Princípios e Diretrizes das Políticas Públicas de Juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. 2013.
7. Waiselfisz, JJ. Mapa da Violência 2014: Os Jovens do Brasil. Brasília: Secretária Nacional da Juventude e Secretária de Políticas de Promoção de Igualdade Racial. 2014.
8. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde Estado do Rio Grande do Sul. 2002.

9. Whitley E, et al. Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. 1999.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais da equipe de saúde mental. 2017.
11. Marín-León L. Barros M. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública. 2003.
12. Moura R. Narrativas sobre Suicídio, Cultura e Trabalho em um Município Colonizado por Alemães. 2016.
13. Botega, NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
14. Ores LC, et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. Cad Saúde Pública 2012.
15. Brum NH, Bezzi ML. Regiões Culturais a construção de identidades culturais no Rio Grande do Sul e sua manifestação na paisagem gaúcha. 2008.
16. Bando DH, Lester D. Estudo ecológico sobre suicídio e homicídio no Brasil. 2014.
17. Leal OF. Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. Cad. Antropologia. 1992.
18. Minayo MCS, et al. Estudo sobre tentativas de suicídio em idoso sob a perspectiva da saúde pública. Fiocruz. 2013.

ANEXO A – Normas para publicação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil

Escopo e política

A Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS) é um periódico científico com periodicidade trimestral e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). Sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da saúde pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A RESS segue as orientações do documento *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponível em <http://www.icmje.org/> (inglês) e <http://www.goo.gl/nCN373> (português) – conhecido como Normas de Vancouver – e os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE), disponível em http://publicationethics.org/files/Code_of_Conduct_2.pdf.

A RESS possui uma Declaração sobre Ética na Publicação, disponível em <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?lang=pt&p=eticaPublica>, que expressa o compromisso ético da revista – assim como de todas as partes envolvidas na publicação de artigos na RESS, incluindo autores, revisores externos, editora geral e demais editoras e editores, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Editora do Ministério da Saúde – com a adoção de melhores práticas na publicação científica.

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) Artigo original – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da saúde pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em saúde pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras).

b) Artigo de revisão

b.1) Artigo de revisão sistemática – apresentação de uma síntese de resultados de diferentes estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras)

b.2) Artigo de revisão narrativa – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a saúde pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras)

c) Nota de pesquisa – relato conciso de resultados finais ou parciais (nota prévia) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até três tabelas e/ou figuras).

d) Relato de experiência – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública; deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 2.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até quatro tabelas e/ou figuras).

e) Artigo de opinião – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até duas tabelas e/ou figuras).

f) Debate – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá comentários e/ou críticas por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados (limite: 3.500 palavras para o artigo, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

A RESS acolhe cartas (limite: 400 palavras) que contenham comentários e/ou críticas breves, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista. As cartas poderão ser publicadas, por decisão dos editores, e poderão ser acompanhadas por carta de resposta dos autores do artigo comentado.

A critério dos editores, podem ser publicados outros formatos de artigos, a exemplo de Entrevista com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras), Resenha de obra contemporânea (limite: 800 palavras) e Artigos de séries temáticas.

Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e pelo ineditismo do trabalho. O manuscrito deve ser submetido acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, na qual afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Declaração de Responsabilidade

Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir.

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, declaram que:

a) Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico.

b) Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado.

c) A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores.

d) Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou) existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(Registrar local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito).

Os itens da Declaração de Responsabilidade estão incorporados no Passo 1 da submissão de manuscritos pelo sistema eletrônico. Adicionalmente, o documento assinado por todos os autores deverá ser digitalizado e anexado no Passo 4 – Transferência de documentos suplementares.

Critérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria, e todos aqueles que preencherem os quatro critérios devem ser identificados como autores.

Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, que são responsáveis por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus

agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais – por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, é de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e nº 510, de 7 de abril de 2016 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>), e em resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção de

métodos Sempre que pertinente, deve ser informado o número do protocolo e data da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE. No caso de revisão sistemática, é desejável a indicação do número de registro do protocolo na base de registros PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).

Considerações sobre equidade de sexo e gênero

Considerando a necessidade de atenção ao uso das categorias de sexo e/ou gênero na pesquisa e na comunicação científica, e que as diferenças de sexo e/ou gênero são frequentemente negligenciadas no desenho, na condução e no relato dos estudos, a RESS orienta para a observação dos princípios da Diretriz SAGER (Sex and Gender Equity in Research), disponível em <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://goo.gl/zwTZqy> (português), segundo a qual:

Os autores devem usar os termos sexo e gênero com cuidado, para se evitar confusão em seu uso.

Quando os sujeitos da pesquisa compreendem organismos capazes de diferenciação por sexo, a pesquisa deve ser delineada e conduzida de modo que possa revelar diferenças relacionadas ao sexo nos resultados, mesmo que estas não sejam inicialmente esperadas.

Quando os sujeitos também puderem ser diferenciados por gênero (conformados por circunstâncias sociais e culturais), a pesquisa deve ser conduzida de modo similar, considerando-se adicionalmente categorias de gênero.

Compartilhamento de dados

Relatos de ensaios randomizados controlados e de qualquer outro tipo de estudo de intervenção somente serão considerados para publicação se os autores se comprometerem a disponibilizar os dados relevantes dos participantes (sem identificação individual), em acesso aberto ou de forma individualizada, em atendimento a pedido.

Para todos os artigos de pesquisa com dados primários ou secundários, a RESS incentiva os autores a compartilharem os dados abertamente ou vincularem seus artigos aos dados brutos dos estudos. A RESS também incentiva o compartilhamento das rotinas de programação dos softwares estatísticos para a realização das análises, por meio de arquivos suplementares que podem ser publicados na versão eletrônica da revista.

Direito de reprodução

O conteúdo publicado na RESS encontra-se sob uma Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos deste tipo de licença, que incluem a possibilidade de se compartilhar e adaptar o material, desde que atribuído o crédito apropriado, e para uso não comercial.

Os autores devem estar de acordo com os seguintes termos:

a) Autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico.

b) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição nãoexclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (por exemplo: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

c) Autores têm permissão para (e são estimulados a) publicar e distribuir seu trabalho online (por exemplo: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) uma vez que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado. Solicita-se que a divulgação seja feita somente após a aprovação do artigo para publicação, de modo a se garantir o cegamento da identificação dos autores durante o processo editorial.

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE.

A versão original deste documento – em inglês – encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>. A versão traduzida para o português das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver foi publicada na RESS v. 24, n. 3, 2015, disponível em: <https://goo.gl/HFaUz7>.

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS. A relação completa encontra-se no website da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

A seguir são relacionados os principais guias.

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/>

Ensaio clínico: CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/> (inglês) e <https://goo.gl/NfUawv> (português).

Estimativas em saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting), disponível em: <http://gather-statement.org/> (inglês) e <https://goo.gl/VXLMhW> (português).

Relato de sexo e gênero: SAGER (Sex and Gender Equity in Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://goo.gl/zwTZqy> (português)

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e e-mail de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results e Conclusion.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusión.

Palabras-clave

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. Epidemiol Serv Saude. 2015 abr-jun; 24(2):197-206.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

- Número com suplemento

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro:

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo:

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de

Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum software para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até cinco tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa, o limite é de três tabelas e/ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e/ou figuras.

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser elaboradas em branco e preto ou escala de cinza.

Tabelas e quadros (estes, classificados e intitulados como figuras) devem ser apresentados em arquivo de texto. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text).

Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em arquivo de texto ou em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Mapas devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas originalmente produzidos em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos.

Gráficos devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Imagens de satélite e fotografias devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida. Quanto a esta sigla, a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua forma original em inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)

Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde.

Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará o potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista, o

atendimento aos requisitos éticos e o relatório do sistema de detecção de plágio. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

A revista adota os sistemas Turnitin-Ephorus e Ithenticate para identificação de plágio.

Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores ad hoc), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito. Nessa etapa, espera-se que os revisores ad hoc avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores ad hoc não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores ad hoc devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo COPE, disponíveis em: http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o Núcleo Editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores ad hoc, bem como, quando pertinente, indica aspectos passíveis de aprimoramento na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas à observação de padrões de apresentação adotados para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo Núcleo Editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

As considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda se identificar a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo, sendo os autores informados a respeito.

Prova de prelo

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à Secretaria Executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br

Endereço para correspondência:

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde

SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO700 - 7º andar, Asa Norte, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70.719-040

Telefones: (61) 3315-3464 / 3315-3714

Envio de manuscritos

A RESS não efetua cobrança de taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos. A submissão dos manuscritos deverá ser feita via Sistema SciELO de Publicação. Caso os autores não recebam e-mail com a confirmação da submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: ress.svs@gmail.com.

Como arquivo suplementar, os autores devem anexar a Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.
2. Folha de rosto:
 - a. Modalidade do manuscrito;
 - b. Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
 - c. Título resumido, em português;
 - d. Nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição de afiliação por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e e-mail de cada um dos autores;
 - e. Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone;
 - f. Paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
 - g. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente;
 - h. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do autor e título do trabalho, nome da instituição de ensino e ano de defesa.
3. Resumo e palavras-chave: em português, inglês e espanhol, para artigos originais, de revisão e notas de pesquisa, em formato estruturado: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Palavras-chave/ Keywords/Palabras clave, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde (disponível em:
4. Corpo do manuscrito: artigos originais, de revisão e notas de pesquisa devem conter as seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Observar o limite de palavras de cada modalidade.
5. Informação sobre o número e a data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa; número de registro do ensaio clínico ou da revisão sistemática; e outras considerações éticas, no último parágrafo da seção de Métodos.
6. Parágrafo contendo a contribuição dos autores.

7. Agradecimentos somente com anuência das pessoas nomeadas.

8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJE (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco; para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três; e para relatos de experiência, não devem exceder o total de quatro..

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

ANEXO B – Projeto de Monografia

CURSO DE ENFERMAGEM

Jéssica Santos

SUICÍDIO DE JOVENS NO RIO GRANDE DO SUL: ISSO ACONTECE?

Santa Cruz do Sul
2017

Jéssica Santos

SUICÍDIO DE JOVENS NO RIO GRANDE DO SUL: ISSO ACONTECE?

Projeto de pesquisa apresentado à Disciplina de Trabalho de Curso I, do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Enf^a. Dra. Rosylaine Moura

Santa Cruz do Sul
2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	7
2.1	Objetivo Geral	7
2.2	Objetivos Específicos	7
3	MARCO TEÓRICO	8
3.1	O fenômeno do suicídio na história da humanidade.....	8
3.2	A juventude como fator de risco para o suicídio.....	11
4	METODOLOGIA.....	15
4.1	Tipo de Estudo.....	15
4.2	População e local da pesquisa.....	16
4.3	Aspectos técnicos e éticos.....	18
4.4	Técnica de coleta de dados	18
4.5	Tratamento dos dados	19
4.6	Divulgação do dados.....	19
5	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	20
6	ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA	21
7	CRONOGRAMA	22
8	ORÇAMENTO	23
	REFERÊNCIAS.....	24
	APÊNDICE A – Justificativa da ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	27
	APÊNDICE B – Formulário de coleta de dados no DATASUS	28

1 INTRODUÇÃO

Apesar de sua inevitabilidade, a morte é encarada como um “tabu” na maioria das sociedades mundiais contemporâneas. A conceituação de morte pode diferir de acordo com paradigmas religiosos, filosóficos e biológicos. Mesmo assim, é o indicador biológico que baliza a temporalidade, que afinal define este fenômeno. Segundo Ferraz e Gonçalves (2007), a determinação do momento exato da morte tem importantes implicações tanto do ponto de vista legal, como social e ético.

No que tange às ciências da saúde, especialmente a epidemiologia, a causa básica da morte constitui uma informação de suma importância no planejamento, avaliação e gerenciamento das ações de saúde voltadas à população. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a causa básica de morte é “(a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal” (OMS, 1946).

Mesmo com a transição demográfica e epidemiológica experimentada nas últimas décadas por vários países - e também pelo Brasil - que resultou em maior esperança de vida ao nascer e envelhecimento populacional expressivo, ainda ocorrem muitas mortes prematuras potencialmente evitáveis do ponto de vista da saúde pública. Entre estas mortes encontram-se as mortes de crianças, adolescentes e jovens.

Jovem é, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), uma nova categoria sociológica utilizada para representar o momento de preparação de sujeitos para assumirem o papel de adultos na sociedade. No Brasil, a partir da implementação em 2004 da Política Nacional da Juventude (PNJ), passou-se a considerar jovem todo cidadão ou cidadã brasileira de 15 a 29 anos. Estes tiveram seus direitos instituídos no Estatuto da Juventude através da Lei nº 12.852 de agosto de 2013 (BRASIL, 5 de agosto de 2013, art. 38).

As principais causas de morte deste grupo populacional que no passado eram as epidemias de doenças infecciosas passam a ser substituídas, desde o final do século XX, pelas mortes por causas externas (VERMELHO; MELLO JORGE, 1996).

As causas externas compõem o Capítulo XX da Décima Classificação Internacional das Doenças (CID-10). São chamadas desta forma para diferenciá-las das chamadas “causas naturais” que indicam a morte por deterioração do organismo ou da saúde, devido a doenças e envelhecimento (OMS, 2008).

Nas causas externas ou também “causas não naturais” estão inseridas as mortes causadas por acidente de transporte (V01 a V99), outras causas externas de traumatismos acidentais (W00 a X59), lesões autoprovocadas intencionalmente ou suicídios (X60 a X84), agressões ou homicídios (X85 a Y09), eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34), intervenções legais e operações de guerra (Y35 e Y36), complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40 a Y84), sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade (Y85 a Y89) e fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificados em outra parte (Y90 a Y98).

No Brasil, desde 1998, tem-se elaborado periodicamente documento denominado Mapa da Violência. Este busca analisar as mortes violentas no país, por se entender que estas são produto de um conjunto de situações sociais e estruturais mais amplas. Neste sentido, as mortes consideradas violentas são aquelas causadas por acidentes de trânsito, homicídios e suicídio, monitoradas periodicamente pelo Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2014).

Nas análises divulgadas no Mapa de 2014, vê-se que as mortes violentas já ultrapassam a taxa de 100 óbitos/100.000 jovens no país. As taxas de homicídio tiveram um incremento brutal na última década passando de 4 para 75/100.000 e representa a primeira causa de óbito desta faixa etária, especialmente entre homens negros moradores das periferias dos grandes centros urbanos. Estas taxas chegam a ser maiores do que as taxas de homicídios de jovens que vivem em países em guerra (WAISELFISZ, 2014).

Os jovens também se encontram entre as vítimas prioritárias nos acidentes de transportes que são resultantes da combinação de fatores que os coloca em grande risco. O abuso de álcool nos finais de semana, excesso de velocidade durante a madrugada e colisões frontais, geralmente são ingredientes para um desfecho fatal (BRASIL, 2005). Chama a atenção a crescente e elevada mortalidade por acidentes com motocicletas, veículo muito utilizado por este grupo populacional (WAISELFISZ,

2014).

As taxas de suicídio entre os jovens, especialmente entre os de 17 e 18 anos, tem apresentado surpreendente e significativa elevação, bem acima da taxa média de suicídios das outras faixas etárias, chegando a aproximadamente 5 suicídios para cada 100.000 jovens no país o que corresponde a terceira causa de óbito entre os jovens brasileiros (WAISELFISZ, 2014).

Na maioria das regiões do mundo, as taxas de suicídio são mais baixas entre menores de 15 anos e mais elevadas entre os maiores de 70 anos em ambos os sexos. A nível mundial, 8,5% das mortes de jovens de 15 a 29 anos são derivadas de suicídio que representa a segunda principal causa de morte nesta faixa etária, ficando atrás somente das mortes por acidentes de trânsito. Em alguns países da Ásia, o suicídio corresponde a 17,6% do total de óbitos em jovens, sendo a principal causa de morte neste grupo etário (WHO, 2014).

No Rio Grande do Sul, estado com taxas historicamente elevadas de suicídio na população em geral, estudo apontava, já em 2006, para uma tendência crescente de suicídio entre jovens ou para a “juvenilização do suicídio” no estado (MENEGHEL, et al. 2004). Mesmo assim, são escassas as pesquisas sobre este tema no estado.

Desta forma, busca-se através deste estudo conhecer o perfil epidemiológico deste agravo no estado do Rio Grande do Sul. Para isso foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa: Como tem sido o comportamento deste fenômeno entre os jovens no Rio Grande do Sul? Quais as características dos jovens que se suicidam no Rio Grande do Sul?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar o perfil epidemiológico do suicídio de jovens no Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a incidência e a tendência histórica do suicídio de jovens no Rio Grande do Sul.
- Descrever o perfil epidemiológico dos jovens que se suicidaram no Rio Grande do Sul.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 O fenômeno do suicídio na história da humanidade

Registros de casos de suicídio são encontrados desde o princípio da humanidade e são entendidos e interpretados de acordo com o paradigma vigente em cada época da história. Explicações sociais, econômicas, psicológicas e culturais são algumas das utilizadas na interpretação deste complexo e multifacetado fenômeno (FERREIRA JUNIOR, 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o suicídio é determinado por múltiplos fatores que se combinam de maneira complexa e variável e que dependendo da forma como cada pessoa lida com os eventos dolorosos e estressantes da vida, estes fatores podem ser atenuados ou intensificados, resultando ou não em comportamento suicida (WHO, 2014).

A palavra suicídio é derivada do latim (*sui* = de si próprio; *caedere* = matar) e substituiu a expressão usada até então, *homicídio de si próprio* (MINOIS, 1998). Segundo o dicionário de língua portuguesa, suicídio significa “ação de acabar com a própria vida, de se matar: ele cometeu suicídio” (Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu último informe define suicídio como o “ato de o indivíduo matar-se deliberadamente”, sugerindo desta forma, que há no ato, uma intenção consciente do indivíduo (WHO, 2014). Também para Araújo, Vieira e Coutinho (2010), há no suicídio uma vontade racional de morrer, tendo o indivíduo a real noção do resultado do ato efetuado.

No entanto, Cassorla (2004), contesta a intencionalidade do ato suicida, que segundo ele, não é tão óbvia como se pensa. Conclui que o desfecho fatal está mais relacionado ao método utilizado, à possibilidade de acesso ao socorro adequado, à resistência física e às condições de saúde prévias do que propriamente à voluntariedade da ação. Também contribuindo com esta afirmação, Rapeli e Botega (2005) e Botega *et al.* (2009) verificaram através de um estudo de base populacional que apenas um terço das pessoas que tentaram o suicídio relataram que havia o real desejo de morrer. Estes estudiosos mostram que mesmo em casos em que se utiliza métodos de alta letalidade, o suicídio é marcado pela ambivalência entre o viver e o morrer, e que na maioria das vezes estas manifestações do sofrimento

psíquico constituem apenas uma forma de pedir ajuda, sendo, portanto passível de prevenção.

Para Meneghel *et al.* (2015), pensar na própria morte é uma atitude que pode se repetir ao longo da vida e pode fazer parte do processo de amadurecimento e envelhecimento humano, mas quando o indivíduo elabora um plano e arquiteta a sua realização, esse comportamento deixa de ser natural e se torna mais concreto, podendo passar da ideação para a tentativa ou para o suicídio propriamente dito.

O suicídio é na verdade a ponta do *iceberg* do que se define como comportamento suicida, que é “todo o ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (WERLANG e BOTEGA, 2004, p.17). Desta forma, este comportamento pode ser entendido como um *continuum* e dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado (WERLANG e BOTEGA, 2004; WERLANG *et al.*, 2005).

Em seu último informe sobre o tema a OMS sugere, em função da diversidade de fatores de risco para o suicídio, que se proceda uma compilação em três grandes grupos, quais sejam: sistemas de saúde e sociedade, comunidade e relações e fatores individuais (WHO, 2014). A dificuldade de acessar os serviços de saúde, o estigma à utilização dos serviços de saúde mental, a divulgação inadequada de suicídios nos meios de comunicação e a facilidade em acessar os meios utilizados para suicidar-se são alguns dos fatores considerados como de risco para o suicídio presentes nas sociedades e sistemas de saúde.

Em relação às comunidades e as relações interpessoais as situações de guerras e conflitos, as vivências de estresse por exílio e aculturação, a discriminação, os traumas e abusos, assim como o isolamento, a falta de apoio social e os conflitos nas relações são consideradas de risco ao suicídio. Como as taxas de suicídios mantém grandes variações entre países, regiões e comunidades no mundo inteiro, os estudiosos acreditam que existem também variações nos fatores de risco para o suicídio como as características culturais, religiosas e históricas de cada população (WHO, 2014).

Os fatores individuais de risco têm sido bastante estudados e atualmente tendem a ser considerados hegemônicos quando se trata de suicídio, entre eles, cita-se a tentativa de suicídio anterior, os transtornos mentais, o alcoolismo, o desemprego, a falência ou derrocada financeira, a desesperança, a dor crônica, os antecedentes familiares de suicídio, os fatores genéticos e biológicos (WHO, 2014).

De acordo com Botega (2015), os principais fatores precipitantes para o suicídio são: embriaguez, separação conjugal, desilusão amorosa, conflitos relacionais, perda de emprego, falência, desonra e acesso fácil a meios letais. Além destes, também problemas no nível psíquico como ansiedade, impulsividade, transtornos de humor, transtornos afetivos, baixa autoestima, sentimentos de desesperança e solidão, sofrimento intenso, frustrações, estresse, esquizofrenia e psicopatologias em geral são citados como fatores que podem intensificar situações vivenciadas (ABREU, 2010). Também o uso inadequado da internet, especialmente entre os jovens, pode estimular, incitar, orientar os meios e até mesmo transmitir pessoas se suicidando em tempo real (WHO, 2014).

No entanto, para Luthar (2003), algumas características pessoais podem auxiliar no enfrentamento de dificuldades da vida, como eventos estressantes e traumas vividos na infância, protegendo, desta forma, o indivíduo do suicídio, como: estabilidade emocional, otimismo, identidade pessoal desenvolvida, boa autoestima, competência pessoal e capacidade de resolver problemas e de pedir ajuda quando necessário.

Apesar de estar presente desde o princípio dos tempos, a OMS passou a considerar o suicídio um problema de saúde pública mundial a partir do final do século XX (WHO, 1999). Para Ferreira Junior (2015) o suicídio além de um grave problema de saúde pública, em função da complexidade e de sua determinação múltipla, resulta em grande impacto econômico e social. O suicídio de um familiar, amigo ou de alguém próximo é um fato devastador para a maioria das pessoas que além do luto precisam conviver com a vergonha, a raiva e a culpa resultantes do estigma, o que pode exercer influência permanente em suas vidas tornando-as mais vulneráveis aos transtornos mentais ou ao próprio suicídio.

Em 2012 foram registrados 804 mil suicídios no mundo, sendo que o Brasil apesar de apresentar taxa baixa (5,8/100.000), ocupou neste ano, a 8ª posição no

ranking de países com maior número de suicídios, chegando há quase 12 mil casos neste ano (WHO, 2014).

O Rio Grande do Sul já apresenta há várias décadas as maiores taxas de suicídio do país, registrando mais de 1.000 suicídios a cada ano (LOVISI *et al.*, 2009; MARÍN-LÉON; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012; NOGUEIRA, 2013). Entre 1980 e 1999, as taxas de suicídio apresentaram aumento gradativo com a idade, sendo mais elevadas após os 70 anos. No entanto, pesquisa realizada no final do século XX aponta para uma tendência de diminuição na idade dos suicidas, ou seja, o fenômeno tem afetado indivíduos cada vez mais jovens, o que os autores chamaram de “juvenilização do suicídio” (MENEGHEL *et al.*, 2004).

3.2 A juventude como fator de risco para o suicídio

A juventude é o período em que se estrutura a identidade do indivíduo, sendo que nesta etapa do desenvolvimento humano podem ocorrer mudanças significativas nos níveis sociais, familiares, físicos e afetivos (ORES *et al.*, 2012). A adolescência se caracteriza por ser um período do desenvolvimento em que ocorrem muitas modificações com o indivíduo, e, muitas vezes, para dar conta de tais modificações o indivíduo precisa reorganizar-se psicologicamente (CAMPOS, 2001).

Muitas vezes condutas iniciadas na juventude, apenas com caráter exploratório, podem tornar-se permanentes, trazendo consequências desastrosas para o futuro do indivíduo e da família, contribuindo também para aumentar o risco de suicídio nessa faixa etária (ORES, *et al.*, 2012).

Segundo Braga e Dell’Aglia (2013), entre os fatores de risco para o suicídio em jovens é possível encontrar: isolamento social, abandono, violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, impulsividade, estresse, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima e rendimento escolar deficiente.

Conforme a OMS, a variação das taxas de suicídio entre os sexos femininos e masculinos se devem principalmente às desigualdades de gênero. No sexo masculino os padrões de consumo de álcool, as formas de resolver conflitos, o acesso aos meios letais e também a diferença entre a busca de terapia para transtornos mentais aumenta o risco. Em 2012 no Brasil, a razão entre os sexos encontrada foi de 3,5 suicídios masculinos para cada suicídio feminino, ou seja, neste ano, 78% dos suicídios foram cometidos por homens (WHO, 2014).

Já no sexo feminino fatores como casamentos precoces e arranjos, gravidez indesejada, aborto, falta de autonomia sexual e reprodutiva, baixa escolaridade e *status* social, poucas oportunidades de trabalho e dependência econômica do cônjuge ou da família extensa, violência doméstica e abuso sexual são contribuintes para o comportamento suicida (BEAUTRAIS, 2006; DREVIES *et al.*, 2011).

Freitas e Botega (2002) em um estudo com 120 gestantes adolescentes atendidas em um serviço público de pré-natal, encontraram entre elas, depressão, ansiedade, 19 jovens com ideação suicida e 16 que já haviam tentado suicídio anteriormente. Desta forma os autores associaram ideação suicida à depressão, a ser mãe solteira e também ao baixo apoio social recebido configurando a gravidez na adolescência como um fator de risco para o suicídio nesta etapa da vida.

Beautrais (2006) cita também como fatores de risco para a autoagressão feminina o início precoce a vida sexual em comunidades conservadoras, a presença de abortos, gravidez indesejada e problemas com a imagem corporal. Meneghel *et al.* (2015) citam em seu artigo Minayo *et al.* (2010) complementam que violência doméstica e abuso sexual, padrões conservadores de gênero e sofrimento mental, assim como o exercício da prostituição e a exploração sexual, são preditores deste comportamento. Um estudo de base populacional, realizado no Brasil, apontou que tanto a ideação, quanto o plano e as tentativas de suicídio são mais prevalentes em mulheres (Drevries, 2013).

Nas pesquisas acima, que citam as questões de gênero como fatores de risco para o comportamento suicida, a faixa etária não foi considerada, mas é bem possível que, diante destas circunstâncias, os jovens estejam entre os mais

afetados. Segundo Ballone (2004) a segunda causa de morte na juventude de 15 a 19 anos, é o suicídio.

No Japão, por exemplo, o suicídio tem sido ao longo dos anos, o principal responsável pelas mortes de jovens. Em 2014, este fato se repetiu com um aumento expressivo de frequência no mês de setembro, coincidentemente, o mês de volta às aulas no Japão. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e o governo japonês, esse fenômeno pode estar relacionado com a rigidez do regime escolar no país, com o *bullying* ou com os casos de jovens adultos que concluíram os estudos, e não conseguem emprego ou se manter empregados. Outro fenômeno social que ocorre com jovens japoneses é conhecido como “*hikikomori*” que significa isolamento social causado pela tecnologia.

Segundo Benedict (1988) e Silva (1992), a cultura e a religião do Japão influenciam nestes fatores. O entendimento do suicídio como pecado, tão propalado no cristianismo, não encontra eco no país de maioria budista, para os quais a morte é considerada uma passagem para outra existência. Culturalmente, o suicídio no Japão, desde os tempos antigos, era considerado como um ato de honra, como por exemplo no caso dos pilotos da aviação japonesa (*kamikaze*), que se suicidavam ao se jogar, juntamente com os aviões carregados de explosivos, contra seus alvos na Segunda Guerra Mundial.

Também na China o suicídio aparece como primeira causa de morte, especialmente em mulheres das áreas rurais. Entre as diversas razões, versam problemas familiares, pressões no trabalho, poucas oportunidades de educação e níveis de interação social limitados, além de discussões sobre relacionamentos e violências sexuais (CHINA DAILY, 2008).

No período de 1980 a 2012, o Brasil apesar de ter registrado 216.211 mortes por suicídio na população em geral (8º país em número de mortes no mundo em 2012), com aumento de 62,5%, tem taxas de suicídio consideradas baixas (de 3,3/100.000 em 1980 para 5,3/100.000 em 2012) quando comparadas a outros países (WAISELFISZ, 2014; WHO, 2014).

Comparando com o Rio Grande do Sul, encontramos no ano de 2012 registros de 10.321 suicídios no país com taxa de 5,3/100.000 e 1.178 suicídios no estado com taxa de 10,9/100,000, a maior do país, fato que tem se mantendo já há

alguns anos. Quanto a população jovem, neste mesmo ano, ocorreram 2.900 mortes por suicídio no país, com taxa de 5,6/100.000 e 214 suicídios de jovens no Rio Grande do Sul com taxa de 8/100.00, também maior do que a taxa brasileira (WAISELFISZ, 2014). Em relação aos jovens, os estados de Roraima e Mato Grosso do Sul tem apresentado historicamente taxas mais elevadas do que as gaúchas, fato talvez explicado pelos suicídios de jovens indígenas, descritos em vários estudos.

Segundo Waiselfisz (2014), o suicídio vem crescendo no país à sombra dos dois grandes gigantes das mortes violentas: os homicídios e os acidentes de trânsito e talvez por isso tenha recebido pouca atenção das autoridades e dos pesquisadores, apesar da elevação significativa das taxas de suicídio de jovens de 17 e 18 anos, bem acima das taxas encontradas na população em geral, nos últimos anos.

Em município no interior do Rio Grande do Sul, com taxas elevadas de suicídio na população em geral que variaram de 7 a 28/100.000 no período de 2003 a 2014, a pesquisadora encontrou mortalidade proporcional por suicídio entre os jovens de 10,2%, em contraste com os 3,7% da realidade brasileira, o que pelo menos para esta realidade, mostra o impacto do suicídio na determinação de morte nesta faixa etária (MOURA, 2016).

4 METODOLOGIA

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a metodologia científica é o estudo sistêmico e lógico dos métodos empregados, e se refere à um conjunto de dados iniciais e as operações organizadas através de um sistema que possibilita elencar decisões segundo os objetivos propostos no estudo.

Tartuce (2006) aponta que a metodologia científica trata de método e ciência. Método, do grego *methodos*; *met'hodos* significa, literalmente, “caminho para chegar a um fim”. Ciência, por sua vez, compreende o conjunto de saberes necessários e sistematicamente ordenados em relação a determinado domínio do conhecimento. É, portanto, o caminho em direção a um objetivo. Já para Minayo (1993) a metodologia científica possibilita associar o significado e a intenção como parte inerente dos atos, das relações e das estruturas sociais. Sendo assim, o presente capítulo abordará o percurso metodológico a ser construído ao longo da pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

O percurso metodológico utilizado terá como base o método epidemiológico do tipo ecológico com abordagem quantitativa de caráter descritivo e exploratório.

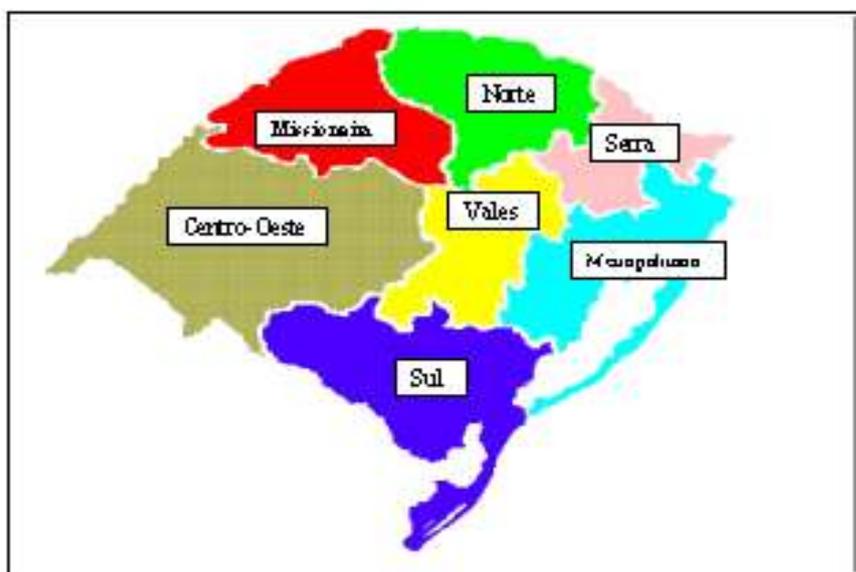
Para Minayo (2007, p. 56), “o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática”. Leopardi (2002, p. 116), expõe que “a pesquisa quantitativa tem maior poder de generalização dos achados científicos do que a pesquisa de natureza qualitativa”.

Os estudos epidemiológicos objetivam investigar “a distribuição e os determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações específicas. Os resultados destes estudos podem ser utilizados, portanto, para controlar problemas de saúde da população. Dentre os estudos epidemiológicos, o do tipo ecológico objetiva comparar a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas (COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 População e local da pesquisa

A população da pesquisa será composta por todos os jovens (15 a 29 anos) que tenham se suicidado no Rio Grande do Sul no período de 2004 a 2015 e que esta informação tenha sido registrada como causa básica em sua Declaração de Óbito, e por sua vez, esteja disponível a acesso público no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) nas categorias X60 a X84 e Y87.

O estudo terá como enfoque o estado do Rio Grande do Sul que está localizado na região Sul do Brasil. O estado possuía em 2015, de acordo com a estimativa do IBGE, uma população de 11.247.972 milhões de habitantes, sendo 2.659.278 com idade de 15 a 29 anos (jovens) o que corresponde a 23,64% do total da população gaúcha. O estudo utilizará como base de análise a divisão territorial utilizada pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul que é a das Macrorregionais de Saúde, divididas atualmente em sete (7) unidades denominadas: Centro Oeste; Metropolitana; Missioneira; Norte; Serra; Sul e Vales (DCR/SES, 2011).



As Macrorregiões englobam a divisão microrregional que é organizada administrativamente através das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e estão assim distribuídas:

- Macrorregião Centro-Oeste: Com sede em Santa Maria, abrange 42 municípios e 1.003.068 habitantes. Composta pela 4ª CRS (31 municípios e 537.745

habitantes) com sede em Santa Maria e pela 10ª CRS (11 municípios e 465.323 habitantes) com sede em Alegrete.

– Macrorregião Metropolitana: Com sede em Porto Alegre, abrange 88 municípios e 4.578.706 habitantes. Composta pela 1ª CRS (24 municípios e 3.536.162 habitantes) com sede em Porto Alegre; pela 2ª CRS (42 municípios e 678.495 habitantes) com sede em Porto Alegre e pela 18ª CRS (23 municípios e 341.119 habitantes) com sede em Osório.

– Macrorregião Missioneira: Com sede em Ijuí, abrange 80 municípios e 914.886 habitantes. Composta pela 9ª CRS (13 municípios e 172.070 habitantes) com sede em Cruz Alta; pela 12ª CRS (25 municípios e 289.155 habitantes) com sede em Santo Ângelo; pela 14ª CRS (22 municípios e 226.933 habitantes) com sede em Santa Rosa e pela 17ª CRS (20 municípios e 226.728 habitantes) com sede em Ijuí.

– Macrorregião Norte: Com sede em Passo Fundo, abrange 143 municípios e 1.132.681 habitantes. Composta pela 6ª CRS (58 municípios e 594.766 habitantes) com sede em Passo Fundo; pela 11ª CRS (31 municípios e 215.573 habitantes) com sede em Erechim; pela 15ª CRS (26 municípios e 160.891 habitantes) com sede em Palmeira das Missões e pela 19ª CRS (28 municípios e 161.451 habitantes) com sede em Frederico Westphalen.

– Macrorregião Serra: Com sede em Caxias do Sul, abrange 48 municípios e 1.079.881 habitantes. Composta pela 5ª CRS (48 municípios e 1.079.881 habitantes) com sede em Caxias do Sul.

– Macrorregião Sul: Com sede em Pelotas, abrange 28 municípios e 1.027.333 habitantes. Composta pela 3ª CRS (22 municípios e 844.738 habitantes) com sede em Pelotas e pela 7ª CRS (6 municípios e 182.595 habitantes) com sede em Bagé.

– Macrorregião Vales: Com sede em Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado, abrange 69 municípios e 905.045 habitantes. Composta pela 8ª CRS (12 municípios e 200.284 habitantes) com sede em Cachoeira do Sul; pela 13ª CRS (13 municípios e 340.712 habitantes) com sede em Santa Cruz do Sul e pela 16ª CRS (42 municípios e 364.039 habitantes) com sede em Lajeado.

4.3 Aspectos técnicos e éticos

Como o estudo utilizará dados secundários disponíveis pública e de forma continuada no banco de dados do DATASUS, não há necessidade de solicitar autorização para realização da coleta de dados, visto que, eles serão acessados de forma agregada, ou seja, sem a possibilidade de conhecer-se a identidade de cada caso. Desta forma, não haverá risco de desconforto aos familiares dos jovens que se suicidaram, pois a identidade dos indivíduos no banco de dados não é conhecida. Por esta razão justifica-se a não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) seguindo o art. 14 da Resolução 510/2016 do CNS/MS que diz que sendo inviável a efetuação do processo de Consentimento Livre e Esclarecido: “a dispensa desse processo deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP”.

4.4 Técnica de coleta de dados

De acordo com Gil (1996), a coleta de dados em uma pesquisa deve ser sistemática. No presente estudo, os dados epidemiológicos dos jovens que se suicidaram serão coletados a partir de um formulário pré-estabelecido pela pesquisadora que será preenchido para cada uma das Macrorregiões de Saúde (APÊNDICE B).

Serão coletados os dados disponíveis no DATASUS através do endereço eletrônico <<http://www2.datasus.gov.br>>, seguindo-se os links: Acesso à Informação; TABNET; Estatísticas Vitais; Mortalidade - 1996 a 2015, pela CID-10; Mortalidade geral; Rio Grande do Sul. Inicialmente será realizada a busca por local de moradia, por ano e por categoria do CID-10, complementadas pelas seguintes variáveis: Faixa etária detalhada: 15 a 19 anos; 20 a 24 anos e 25 a 29 anos. Sexo: Masculino; Feminino; Ignorado. Cor/raça: Branca; Preta; Amarela; Parda; Indígena; Ignorado. Escolaridade: Nenhuma; De 1 a 3 anos; De 4 a 7 anos; De 8 a 11 anos; 12 anos e mais; 1 a 8 anos; 9 a 11 anos; Ignorado. Estado Civil: Solteiro; Casado; Viúvo; Separado Judicialmente; Outro; Ignorado. Local de Ocorrência: Hospital; Outro Estabelecimento de Saúde; Domicílio; Via Pública; Outros; Ignorado.

A missão do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é prover órgãos sistematizados de informação com suporte de informática necessários ao

planejamento, operação e controle do SUS, sendo a implementação de sistemas e coordenação das atividades relacionadas à informática realizada por meio de manutenção de dados nacionais, com o funcionamento integrado inerente aos mesmos (BRASIL, 2011).

4.5 Tratamento dos dados

Depois de coletados, os dados serão digitados no Programa Excel® para compor o banco de dados da pesquisa que possibilitará a análise quantitativa. A partir da análise estatística serão construídas tabelas e gráficos que possibilitem conhecer a tendência histórica e o perfil deste fenômeno no Rio Grande do Sul.

O papel do método estatístico é, antes de tudo, fornecer uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado (LAKATOS; MARCONI, 2001). As técnicas estatísticas de tratamento de dados variam desde as mais simples como a descrição de frequências percentuais, médias e desvio-padrão até as mais complexas como coeficientes de correlação e análise de regressão, entre outras (RICHARDSON, 1999).

4.6 Divulgação dos dados

Após sua finalização, os resultados do estudo serão divulgados por meio de uma apresentação e defesa pública de monografia, avaliada de acordo com regimento próprio, por banca examinadora destinada pelo Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC. Após aprovação da banca, os principais resultados do estudo comporão artigo científico a ser encaminhado a revista científica indexada na área da saúde pública.

5 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Ao final deste estudo ecológico pretende-se contribuir com informações e indicadores epidemiológicos atualizados e pertinentes que subsidiem autoridades de saúde na tomada de decisão diante desta problemática. Desta forma, entende-se que ações de prevenção do suicídio voltadas aos jovens, poderão talvez, poupar vidas que têm sido precocemente interrompidas no estado.

6 ESTRUTURA DA MONOGRAFIA

1 INTRODUÇÃO

2 MARCO TEÓRICO

2.1 O fenômeno do suicídio na história da humanidade

2.2 A juventude como fator de risco para o suicídio

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

3.2 População e local da pesquisa

3.3 Aspectos técnicos e éticos

3.4 Técnica de coleta de dados

3.5 Tratamento dos dados

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A – Justificativa da ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B - Formulário de coleta de dados no DATASUS

7 CRONOGRAMA

Atividades	2017					
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Pesquisa em referências científicas	X	X	X	X	X	
Cadastramento do Projeto na Plataforma Brasil e encaminhamento ao CEP	X					
Coleta de dados no DATASUS		X				
Organização do Banco de Dados no Excel		X	X			
Cruzamento dos dados e análise estatísticas			X	X		
Discussão dos dados e resultados				X	X	
Elaboração do texto em formato de Artigo Científico					X	
Apresentação à Banca Examinadora						X
Encaminhamento do Artigo para publicação						X

8 ORÇAMENTO

Especificação	Quantidade	Valor em R\$
Material para consumo:		
CD	1 unidades	2,00
Folhas A4	500 unidades	12,00
Cartucho para impressora preto e branco	01 unidade	30,00
Cartucho para impressora colorido	02 unidade	42,00
Lápis	01 unidades	0,25
Caneta esferográfica azul	01 unidades	1,50
Borracha	01 unidades	0,50
Materiais diversos	Diversos	20,00
Passagens	15 unidades	187,50
Total		R\$ 295,75

REFERÊNCIAS

- ABREU, *et al.* *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>. Acesso em 24 mar. 2017.
- ARAÚJO, L.C.; VIEIRA, K.; COUTINHO, M. 2010. *Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio*. *Psico-USF*, 15(1):47-57. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>> Acesso em 16 de mar. 2017.
- BALLONE, G. J. *Suicídio na adolescência*. 2004. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=59&sec=20>>. Acesso em: 2 jun. 2017.
- BEAUTRAIS, A. L. *Women and suicidal behavior*. *Crisis*. v. 27, n. 4, p.153-56, 2006.
- Botega NJ. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BOTEGA, N. J. *et al.* *Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.12, p. 2632-38, 2009.
- BOTEGA, n. J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. *Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero*. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v.6, n.1, p.1-15, 2013.
- BRASIL, 2011. *DATASUS, Departamento de informática do SUS*. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em 21 mai. 2017.
- BRASIL. 2015. *Brasil é o quinto país no mundo em mortes por acidentes no trânsito*. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/35535-brasil-e-o-quinto-pais-no-mundo-em-mortes-por-acidentes-no-transito.html>>. Acesso em 20 mai. 2017.
- BRASIL. 2016. *Grave Problema de Saúde Pública suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo*. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&Itemid=839>. Acesso em 30 jun. 2017.

- CAMPOS, D. M. de S. *Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- CASSORLA, R. M. S. *Suicídio e autodestruição humana*. In: WERLANG, B. G.; BRASIL, 2010. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Editora MS. Brasília, 2010.
- COSTA; BARRETO. *Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento*. 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>> Acesso em 30 mai. 2017.
- DREVIES, K. *et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. *Social Science and Medicine*, v. 73, p.79-86, 2011.
- Durkheim E. *O Suicídio*. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença; 1982.
- FERRAZ, GONÇALVES. *Conceitos e critérios de morte*. 2007. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte_16-4_Web.pdf>. Acesso em 23 mar. 2017.
- FERREIRA, A. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Editora Positivo. 2014.
- Índice de suicídio de jovens chineses é o maior do mundo. 2013. Disponível em: <<https://www.epochtimes.com.br/indice-de-suicidio-de-jovens-chineses-e-o-maior-do-mundo/#.WVaGRRXyvlW>>. Acesso em 28 jun. 2017.
- JUNIOR, Avimar Ferreira. *O comportamento suicida no Brasil e no mundo*. 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Ferreira-Junior-2015-O-comportamento-suicida-no-Brasil-e-no-mundo.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2017.
- LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2ª edição. Florianópolis: UFSC/Pós – Graduação em Enfermagem, 2002.
- MENEGHEL, S. N. *et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul*. *Rev. de Saúde Públ. São Paulo*, v.38, n. 6, p. 804-10, 2004.
- MENEGHEL, S. N. *et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero*. *Cienc Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1721-1730, 2015.

- Minayo MCS, Cavalcante FG, Figueiredo AE, Mangas RM. *Estudo sobre tentativas de suicídio em idoso sob a perspectiva da saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
- MINOIS, G. *História do suicídio*. Lisboa: Teorema, 1998.
- ORES, L. *et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo*. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n2/09.pdf>> Acesso em 24 mar. 2017.
- RAPELI, C. B.; BOTEAGA, N.J., 2005. *Perfis clínicos de indivíduos que fizeram tentativas graves de suicídio internados em um hospital universitário: análise de agrupamento*. Rev Bras Psiquiatr. v. 27, n.4, p.285-9, 2005.
- RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- SILVA, M. *Suicídio – trama da comunicação*. Dissertação do Mestrado, 1992. Psicologia Social, PUCSP.
- VERMELHO, L.L.; MELLO JORGE, M.H.P. *Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência)*. Revista de Saúde Pública, v. 30, n. 4, 1996.
- WASELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil*. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude e Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, 2014.
- WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. 2005. *Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência*. Revista Interamericana de Psicologia, 39(2):259-266.
- World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. 2014.

APÊNDICE A – Justificativa da ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: Suicídio de jovens no Rio Grande do Sul: isso acontece?

Vimos através deste justificar a dispensa do TCLE visto que a pesquisa utilizará informações que constam num banco de dados de acesso público (DATASUS) disponibilizado a partir das informações registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Esse sistema é alimentado a partir do documento intitulado Declaração de Óbito (DO). Estes dados secundários são disponibilizados no formato agregado sendo impossível a identificação de dados individuais.

O DATASUS encontra-se à disposição online, vinte e quatro horas por dia, durante os sete dias da semana para qualquer usuário que tiver interesse em consultá-lo, portanto, não será necessário solicitar autorização para realizar a coleta de dados, bem como a apresentação dos dados da pesquisa. Os dados coletados não são informações confidenciais e sigilosas, assim como não produzirá desconfortos ou riscos previsíveis ou passíveis de prevenção.

As exigências referentes às pesquisas que envolvem coleta de dados primários, de material biológico, manipulação medicamentosa, entre outras, não se aplicam a esta pesquisa, portanto, pois trata-se de uma pesquisa epidemiológica, sem a participação de voluntários, sendo esta a razão da não utilização do TCLE, pois o consentimento individual é impraticável.

Salienta-se que é de conhecimento da pesquisadora os aspectos éticos envolvidos em atividades de pesquisa que inclua seres humanos em nosso país, os mesmos estão regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução nº 510 de 26 de maio de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - Ministério da Saúde.

Santa Cruz do Sul, 1º de julho de 2017.

Jéssica Santos
Acadêmica de Enfermagem

Rosylaine Moura
Profª Enfª Dra.Orientadora

APÊNDICE B – Formulário de coleta de dados no DATASUS**Macrorregião de Saúde:** _____ **ANO:** _____**Município:** _____

- 1. Faixa Etária:** 15 a 19 anos (_ _); 20 a 24 anos (_ _); 25 a 29 anos (_ _); Ignorada (_ _).
- 2. Sexo:** Masculino (_ _); Feminino (_ _); Ignorado (_ _).
- 3. Cor/Raça:** Branca (_ _); Preta (_ _); Amarela (_ _); Parda (_ _); Indígena (_ _); Ignorado (_ _).
- 4. Escolaridade:** Nenhuma (_ _); De 1 a 3 anos (_ _); De 4 a 7 anos (_ _); De 8 a 11 anos (_ _); 12 anos e mais (_ _); 1 a 8 anos (_ _); 9 a 11 anos (_ _); Ignorado (_ _).
- 5. Estado Civil:** Solteiro (_ _); Casado (_ _); Viúvo (_ _); Separado Judicialmente (_ _); Outro (_ _); Ignorado (_ _).
- 6. Local de Ocorrência:** Hospital (_ _); Outro Estabelecimento de Saúde (_ _); Domicílio (_ _); Via Pública (_ _); Outros (_ _); Ignorado (_ _).
- 7. Método:**
X60(_ _); X61(_ _); X62(_ _); X63(_ _); X64(_ _); X65(_ _); X66(_ _); X67(_ _); X68(_ _); X69(_ _): autointoxicação por exposição.
X70(_ _); X71(_ _): lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento e afogamento.
X72 (_ _); X73 (_ _); X74 (_ _); X75 (_ _); X76 (_ _): lesão autoprovocada intencionalmente por armas de fogo, fumaça e chamas
X77 (_ _): lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes
X78 (_ _): lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante
X79 (_ _); X80 (_ _); X81 (_ _): lesão autoprovocada intencionalmente por objeto ou precipitação
X82 (_ _): lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo à motor
X83 (_ _); X84 (_ _): lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios específicos e não específicos
Y87 (_ _): sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente ou agressão por fatores de intenção indeterminada