

Violências autoprovocadas e a saúde mental em mulheres atendidas em Unidades do Grupo Hospitalar Conceição

Autoras: Ananyr Porto Fajardo, Daiane Campos Fonseca, Irma Rossa, Ivana Varella, Nathália Silva Camargo



O **Janeiro Branco** é uma campanha mundial cujo objetivo é chamar a atenção de todas as pessoas para as questões e necessidades relacionadas à saúde mental e emocional. O mês de janeiro foi escolhido por ser um marco de reflexão sobre o que foi alcançado no ano anterior e do que pode vir a ser mais satisfatório na vida como um todo, considerando relacionamentos, iniciativas, decisões e desejos de superação ou manutenção de determinadas situações. A cor branca simboliza a possibilidade de recomeçar, de repensar, de reelaborar a própria história.¹

No Brasil, o movimento **Janeiro Branco** iniciou em Uberlândia em 2014.² No cenário nacional, a campanha Janeiro Branco – mês da conscientização sobre saúde mental foi instituída pelo Projeto de Lei 1.836/2019, sendo a lei sancionada em 25 de abril de 2023.³ O propósito da campanha é prevenir agravos e sofrimento decorrentes do estresse, como ansiedade, depressão e pânico.

O estado de saúde mental pode ser determinado tanto por atributos individuais como sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. Determinados grupos populacionais podem estar sob risco mais alto de transtornos mentais; sua vulnerabilidade pode ser devida a pobreza, doenças crônicas, maus tratos e negligência, uso de substâncias psicoativas e pertencimento a grupos minoritários. Aqui se incluem pessoas indígenas, LGBTQIAPN+, idosas, privadas de liberdade e aquelas expostas a emergências ambientais e humanitárias.⁴ Isso reforça a necessidade do olhar ampliado para as necessidades das pessoas atendidas por violência no Grupo Hospitalar Conceição.

Neste informe destacamos as mulheres em alusão ao mês da Saúde Mental porque são elas que tentam suicídio – um agravo de notificação compulsória imediata – com maior frequência. Por outro lado, o suicídio consumado é mais frequente em homens e a fonte de detecção deste agravo é o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), não sendo um agravo de notificação compulsória no âmbito hospitalar.⁵

Breve cenário da saúde mental no Brasil

O relatório *The Mental State of the World in 2022*,⁶ publicado em 2023 com base em respostas de usuários com acesso à internet, informa que o Brasil tem o terceiro pior índice de saúde mental entre 64 países. A ansiedade afeta quase 19 milhões de brasileiros e, nos últimos anos, as doenças mentais tiveram um aumento considerável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é considerado o país com maior número de pessoas ansiosas no mundo, com 9,3% da população diagnosticada. A OMS também alerta que um em cada quatro brasileiros/as no país sofrerá com algum transtorno mental ao longo da vida.³

Dados mundiais indicam que o número de suicídios vem aumentando no Brasil e no mundo. Entre 2000 e 2019, a taxa global de suicídios reduziu 36%. Entretanto, na Região das Américas, as taxas aumentaram 17% no mesmo período. Dados divulgados em 2018 apontam que, no Brasil, os índices de suicídio têm aumentado, especialmente na população idosa. Para os brasileiros idosos com mais de 70 anos, a taxa média de óbitos por suicídio foi de 8,9 por 100 mil habitantes nos últimos seis anos, enquanto a taxa média nacional foi de 5,5 por 100 mil habitantes. Contudo, a maior prevalência de casos notificados de lesão autoprovocada, assim como de tentativas de suicídio, se encontra na faixa etária entre 20 e 49 anos. O uso problemático de álcool e de outras drogas, a presença de sofrimento psíquico, a vulnerabilidade financeira e social atuam como fatores de risco importantes no cenário brasileiro.

Grupos com maior vulnerabilidade, como refugiados, migrantes, indígenas, pessoas LGBTQIAPN+ e pessoas privadas de liberdade, têm índices maiores de suicídio. Especificamente a população indígena brasileira registrou, entre 2011 e 2015, uma taxa média de suicídio quase três vezes maior em relação à da população em geral, sendo que 44,8% deles ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos. No Brasil, 51% dos casos de suicídio ocorrem dentro de casa.⁷ Entre 2010 e 2019, houve um aumento de 43% no número anual de mortes por suicídio. Em 2019, a taxa de mortalidade por suicídio entre homens foi de 10,7 por 100 mil, enquanto entre mulheres esse valor foi de 2,9. No entanto, observou-se aumento das taxas para ambos os sexos – 29% nas mulheres e 26% nos homens.⁸

No Rio Grande do Sul, a campanha Janeiro Branco foi instituída no estado pela Lei nº 15.412/2019,⁹ que foi revogada pela Lei nº 15.950, de 9 de janeiro de 2023.¹⁰ Historicamente, o estado mantém a maior taxa de suicídios do Brasil, ocupando a liderança neste ranking (12,4 mortes a cada 100 mil habitantes), o dobro da média nacional. Seguem-se Santa Catarina (10,6) e Piauí (9,5).¹¹ Chama a atenção que no primeiro semestre de 2018, 101 escolas estaduais do Rio Grande do Sul confirmaram 169 tentativas de suicídio e seis informaram casos de suicídio consumado de seus alunos.⁷

Em relação às lesões autoprovocadas, a taxa de notificações mais que dobrou de 2015 (12,38) para 2019 (30,9) no estado. Em termos gerais, as mulheres apresentam, em média, taxas de notificação que ultrapassam o dobro daquelas observadas entre os homens. Em 2022, essa diferença chegou a 7,6 vezes na faixa etária dos 10 a 14 anos. A partir da faixa etária dos 15 a 19 anos — que apresenta as maiores taxas para ambos os sexos —, as taxas diminuem à medida que aumenta a faixa etária. A partir da faixa dos 80 anos ou mais, as taxas do sexo masculino são maiores que a do feminino.¹²

Em Porto Alegre, entre 2017 e 2022 houve 5.444 notificações de tentativa de suicídio na cidade. Um total de 3.686 (67,7%) ocorreu com mulheres, sendo que nesta população concentraram-se nas faixas etárias dos 10 aos 29 anos (56,3%).¹³ Quanto aos óbitos, a relação é inversa, com maior proporção de vítimas do sexo masculino (77,1%) em relação ao feminino (22,7%). Entre 2001 e 2022, foram emitidas 1.989 declarações de óbito por suicídio em Porto Alegre. A faixa etária em que o suicídio mais ocorreu foi dos 20 aos 29 anos (20,6%), seguida por 30 aos 39 anos (20,2%). Nas mulheres, a faixa etária mais acometida foi dos 30 aos 39 anos (22%) e, em seguida, dos 40 aos 49 anos (19,6%). Quanto à raça/cor, proporção de óbitos se deu entre pessoas brancas (85,3%), enquanto que pretos e pardos somaram 13,3% dos óbitos por suicídio. Essa tendência se seguiu em ambos os sexos. Os meios mais utilizados foram o enforcamento (53,2%) e a arma de fogo (19%), o que se seguiu no sexo masculino (57,4% e 21,2%, respectivamente). Nas mulheres, o enforcamento também foi o principal meio (39%), enquanto que a precipitação de local elevado ficou em segundo lugar (20,5%). Os locais onde o óbito por suicídio mais ocorreu foram o domicílio (64%), seguido pelo hospital (14,4%). Nas tentativas de suicídio, o meio mais comum foi o envenenamento (70,1%) enquanto que o enforcamento corresponde a 9,15% dos casos.¹³

Aspectos Metodológicos

Foram incluídos os casos de violências autoprovocadas em mulheres atendidas no HNSC, HCC e UPA MS com idade a partir de 10 anos e cometidas entre janeiro/2012 e 31/12/2023. Os ciclos de vida seguem os critérios da OMS, estratificados em adolescentes 10 a 19 anos; mulher adulta 20 a 59 anos; e mulher idosa 60 anos e mais. Este informe sumarizado segue as orientações do Instrutivo para Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Ministério da Saúde.¹⁴ Para avaliarmos as taxas de lesões autoprovocadas em mulheres segundo a raça/cor selecionamos uma amostra de notificações e de hospitalizações e atendimentos ocorridos em 2023 e utilizamos a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de notificações de lesões autoprovocadas em mulheres com 10 anos ou mais atendidas no HCC, HNSC e UPA-MS em 2023} \times 1.000}{\text{Número de hospitalizações no HCC e HNSC + número de atendimentos na UPA-MS de mulheres com 10 anos ou mais no período}}$$

Resultados

Entre janeiro/2012 e 31/12/2023 foram notificados **13.006 casos de violência interpessoal ou autoprovocadas atendidos nas seguintes Unidades do GHC:** HNSC, HCC e UPA MS. Do total destas notificações 7.970 casos foram em mulheres (61,3%), com nítido predomínio de lesões autoprovocadas entre elas (3.038 casos; 60,3%), em relação às notificações de violência interpessoal (1.999 casos; 39,7%).

Selecionamos neste informe as mulheres com lesões autoprovocadas a partir de 10 anos de idade constituindo uma amostra de 3.038 notificações no período: 2.590 notificações de tentativas de suicídio (TS) (85,3%) e 448 notificações de autoagressões (14,7%).

Frequência de lesões autoprovocadas no tempo: 2012 a 2023

O número de notificações de lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio e autoagressões) em mulheres com idade a partir de 10 anos conforme o ano de notificação demonstra aumento de casos no período, principalmente a partir de 2017 até 2019. Com o início da pandemia pela Covid-19 em 2020 houve uma redução de 34,3% dos casos em relação ao ano anterior. Em 2021 aumentam os casos notificados novamente, atingindo um pico máximo em 2022 (figura 1).

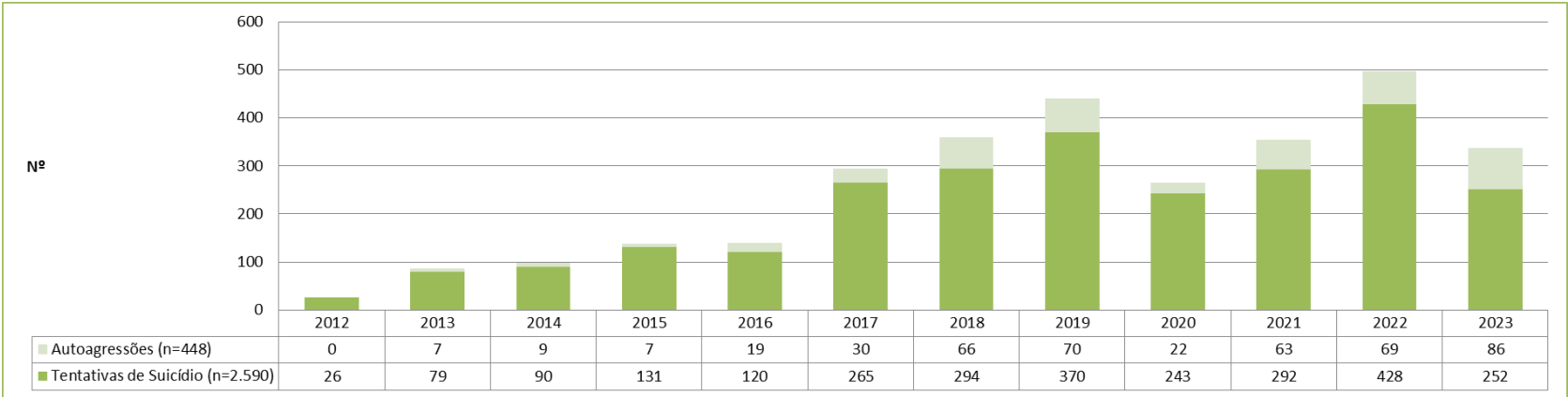


Figura 1. Número de casos notificados de autoagressões e tentativas de suicídio em mulheres a partir de 10 anos de idade conforme o ano de notificação. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 2023 (n=3.038).

Características das mulheres notificadas por lesões autoprovocadas

Ciclos de Vida

As lesões autoprovocadas predominaram entre as mulheres adultas com 20 a 59 anos (1.615 casos; 53,2%), seguidas das adolescentes entre 10 e 19 anos (1.298 casos; 42,7%) e idosas com 60 anos e mais (125 casos; 4,1%).

As distribuições de TS e das autoagressões conforme os ciclos de vida estão representadas na figura 2, onde observamos predomínio de TS em mulheres adultas (60,8%) e de autoagressões em mulheres adolescentes (90,8%). Não houve notificações de autoagressões em idosas.

Gestantes

Entre 1.612 mulheres desta população em idade reprodutiva notificadas para lesões autoprovocadas 78 estavam **gestantes** no momento da notificação (4,8%). E 22 delas estavam no primeiro trimestre (28,2%), 28 estavam no segundo trimestre (35,9%), 16 estavam no terceiro trimestre (20,5%) e em 5 das gestantes não havia informação sobre a idade gestacional (6,4%).

Situação conjugal

Para avaliarmos a **situação conjugal** excluímos as adolescentes com idade inferior a 15 anos e desta amostra de 2.464 mulheres identificamos relato de união estável ou estado civil casadas em 337 casos (13,7%), 64 notificações sem a informação (2,6%) e as demais 2.063 estavam solteiras, viúvas ou separadas (83,7%).

Orientação sexual

Quanto à **orientação sexual**, 941 relataram ser heterossexuais (31,0%), 46 homossexuais (1,5%), 19 bissexuais (0,6%), porém não havia informação em 2.032 casos notificados (66,9%). Em relação à identidade de gênero houve relato de travesti em 5 casos (0,2%), mulher trans em 9 casos (0,3%), homem trans em 18 casos (0,6%), em 2.048 casos estava registrado como “não se aplica” (67,4%) e em 812 casos a informação foi ignorada (26,7%).

Raça/cor

A maioria das mulheres com notificação de violência AP estava cadastrada no prontuário eletrônico como da raça/cor branca (2.386 casos; 78,5%), seguidas da raça/cor preta (400 casos; 13,2%) e de pardas (248 casos; 8,2%) constituindo 648 casos da raça/cor negra (21,4%). Apenas 4 casos estavam registrados como da raça/cor amarela (0,1%).

Para avaliarmos as taxas de notificações de violências autoprovocadas por raça/cor selecionamos as notificações nesta população realizadas em 2023 (amostra de 338 casos notificados) e utilizamos como denominador o total de hospitalizações no HNSC e HCC e o total de atendimentos na UPA MS em 2023 conforme raça/cor em mulheres com 10 anos

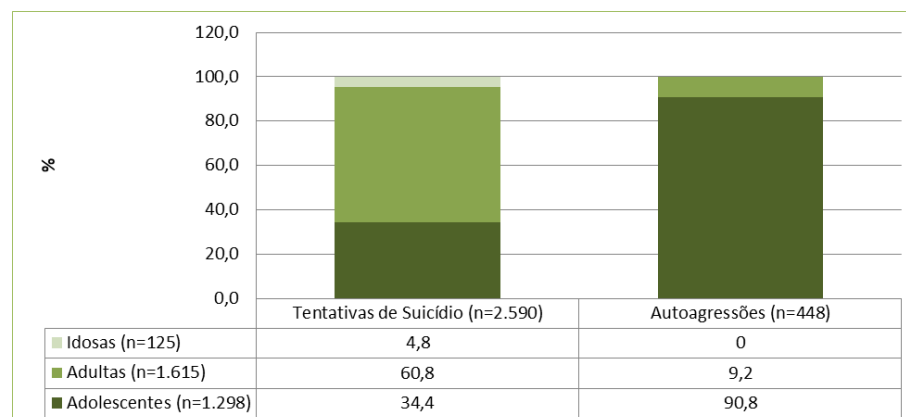


Figura 2. Distribuição dos casos notificados de autoagressões e tentativas de suicídio em mulheres a partir de 10 anos de idade conforme os ciclos de vida. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 2023 (n=3.038).

ou mais (amostra de 74.546 hospitalizações/atendimentos) por 1.000 hospitalizações/atendimentos no mesmo período.

A taxa de violências AP na raça/cor negra (pardas e pretas) foi quase 3 vezes a taxa encontrada na raça/cor branca (12,1 x 4,5 notificações/por 1.000 hospitalizações e atendimentos) (tabela 1). A prevalência de lesões autoprovocadas nesta população (mulheres a partir de 10 anos de idade) em 2023 (338 casos), considerando no denominador o total de hospitalizações nas unidades HNSC e HCC (18.087 hospitalizações) e o total de atendimentos na UPA-MS (56.459 atendimentos) de mulheres a partir de 10 anos de idade neste ano atingiu 4,5 casos por 1.000 hospitalizações/atendimentos (338 notificações/74.546 hospitalizações atendimentos).

Tabela 1 – Taxas de violência autoprovocadas em mulheres a partir de 10 anos de idade conforme raça/cor. HNSC, HCC e UPA-MS em 2023.

	Nº de hospitalizações/atendimentos HNSC, HCC e UPA-MS	Nº de notificações de violências AP	Taxas de violências AP conforme raça/cor (x1.000 hospitalizações/atendimentos)
Branca	60.014	268	4,5
Preta	11.152	43	3,9
Parda	3.289	27	8,2
Amarela	69	0	0,0
Indígena	22	0	0,0
Total	74.546	338	4,5

Presença de deficiências ou transtornos

Houve registro de deficiência ou transtorno em 1.551 mulheres atendidas com relato de lesões autoprovocadas (51,1%), em 691 casos não havia deficiência/transtornos (22,7%), porém a informação estava ignorada em 794 casos (26,1%). As frequências de deficiências ou transtornos por ciclos de vida estão demonstradas na figura 3.

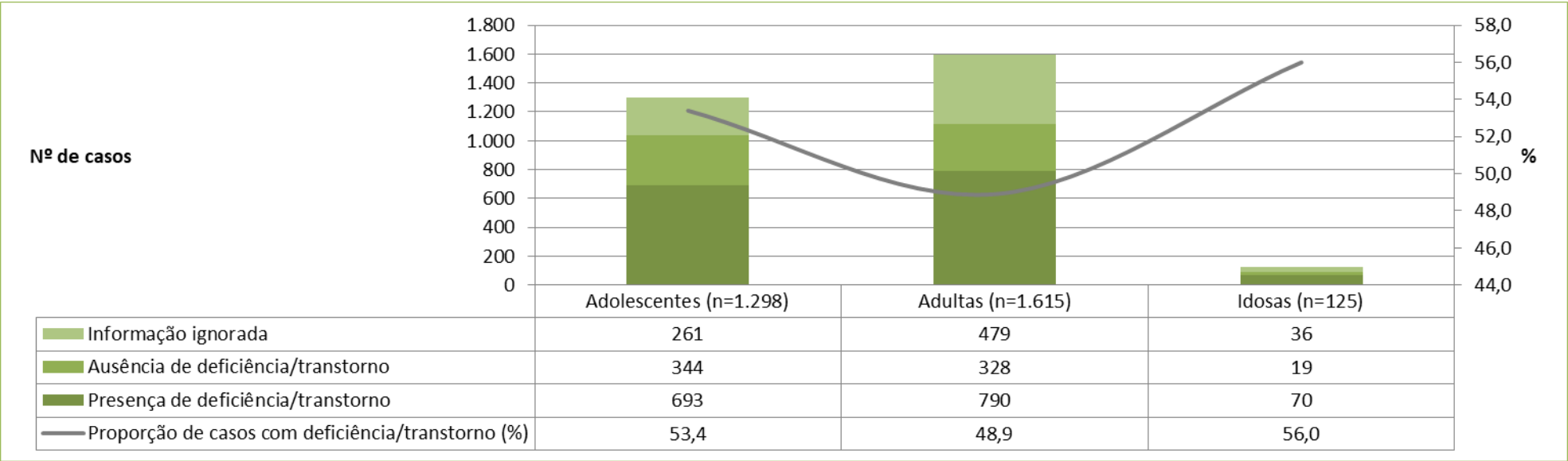


Figura 3. Frequências de presença de deficiência/transtorno dos casos notificados de autoagressões e tentativas de suicídio em mulheres a partir de 10 anos de idade conforme os ciclos de vida. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 2023 (n=3.038).

Em relação aos tipos de deficiências/transtornos registrados nas fichas de notificação identificamos o transtorno mental como o mais frequente (40,0%), seguido de transtorno de comportamento, que inclui o transtorno de uso de substâncias psicoativas (SPA) (19,7%). Houve o diagnóstico de deficiência física em 0,4% dos casos, intelectual (1,2%), visual (0,2%) e auditiva (0,1%).

Ao avaliarmos a presença de deficiência/transtorno conforme a raça/cor, identificamos maior proporção de casos com algum diagnóstico de deficiência ou transtorno entre as mulheres da raça cor branca (51,8%) semelhante ao encontrado em mulheres da raça/cor negra (48,8%) (figura 4).

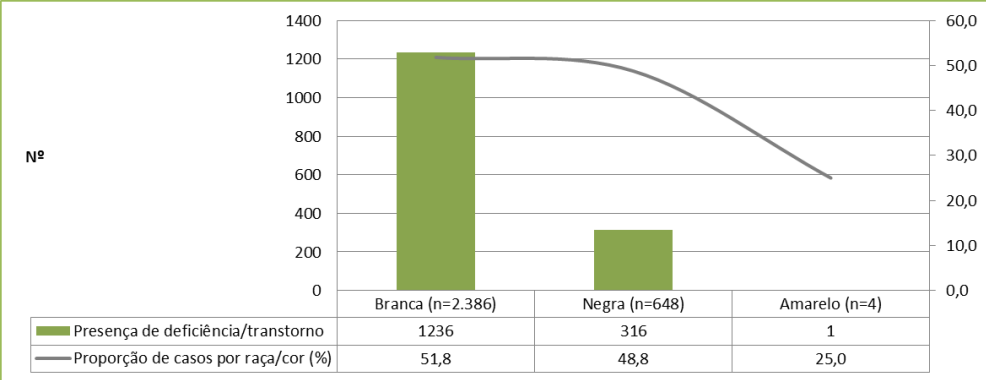


Figura 4. Frequências de deficiência/transtorno dos casos notificados de lesões autoprovocadas em mulheres a partir de 10 anos de idade conforme raça/cor. HNCS, HCC e UPA MS. 2012 a 2023 (n=3.038).

Na ficha Sinan para notificação de violências interpessoais e/ou autoprovocadas não há variável que possa identificar os tipos de transtornos mentais. Para complementar esta informação, analisamos o total de hospitalizações em mulheres com 10 anos ou mais no HNCS com CID-10 principal F00 a F99. Entre 17.666 hospitalizações em 2023 no HNCS de mulheres a partir de 10 anos de idade houve 278 pacientes (1,6%) com transtornos mentais. Entre estas 278 hospitalizações de pacientes com transtorno mental houve registro de CID-10 principal de depressão (CID-10 F32) em 54 pacientes (19,4%).

Meios de agressão

Devido às características dos atendimentos destas unidades do GHC, o meio de agressão mais frequente em tentativas de suicídio foi o envenenamento (87% dos casos), principalmente com o uso de medicamentos antipsicóticos, analgésicos, abuso de substâncias psicoativas e outros (tabela 2).

Entre os 448 casos notificados de autoagressões o meio mais frequente foi o uso de objetos perfurocortantes (80,4%), *skin picking* (6,0%), força corporal (4,2%), objetos contundentes (1,6%), outros meios (4,7%) e meio de agressão ignorado (3,1%).

Tabela 2 – Frequência de meios de agressão em tentativas de suicídio em mulheres com 10 anos ou mais, atendidas no HNCS, HCC e UPA-MS. 2012 a 2023 (n=2.590).

	Número de casos	Distribuição (%)
Envenenamento	2.265	87,0
Objetos perfurocortantes	136	5,2
Enforcamento	88	3,4
Projeção de altura/defenestração	35	1,3
Provocar atropelamento	34	1,3
Uso de substâncias/objetos quentes/provocar incêndios	15	0,6
Projeção de automóvel em movimento	11	0,4
Arma de fogo	6	0,2
Afogamento	3	0,1
Autossufocamento e outros meios	11	0,4

Observação: houve descrição de 2.604 meios de agressão pois pode haver mais de um meio em cada evento TS.

Frequência de lesões autoprovocadas conforme a unidade de atendimento GHC, local de ocorrência e município de residência

Unidade de atendimento do GHC

A maioria dos casos notificados de autoagressões foi atendida no HNSC (77,2%), seguida de casos atendidos no HCC (20,3%) e na UPA-MS (2,5%). Os casos notificados de tentativas de suicídio foram mais frequentemente atendidos no HNSC (47,8%) e na UPA MS (47,3%) e menos frequentes no HCC (4,9%), achado esperado pela menor faixa etária (figura 5).

Município de residência e local de ocorrência

Os locais de ocorrência das lesões autoprovocadas mais frequente foi uma residência (2.504 casos; 82,4%), via pública (32 casos; 1,1%), habitação coletiva (29 casos; 1,0%), comércio/serviços (28 casos; 0,9%) e outros (21 casos; 0,7%). Porém esta informação foi ignorada em 403 casos (13,3%).

A maioria das mulheres notificadas por lesões autoprovocadas era residente de Porto Alegre (2.577 casos; 84,8%). Os bairros de residência em Porto Alegre mais frequentemente identificados nesta população foram Sarandi, Rubem Berta, Santa Rosa de Lima e Mário Quintana (figura 6).

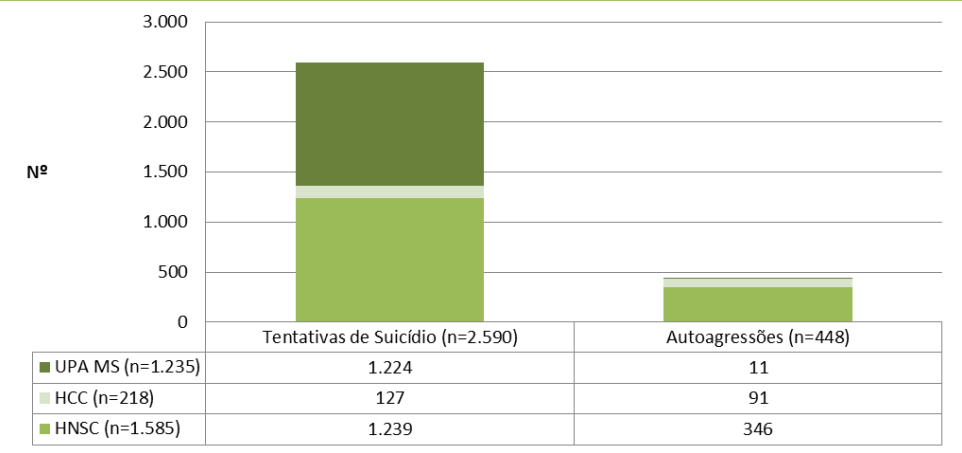


Figura 5. Número de casos notificados de autoagressões e tentativas de suicídio em mulheres a partir de 10 anos de idade por unidade de atendimento do GHC: HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 2023 (n=3.038).

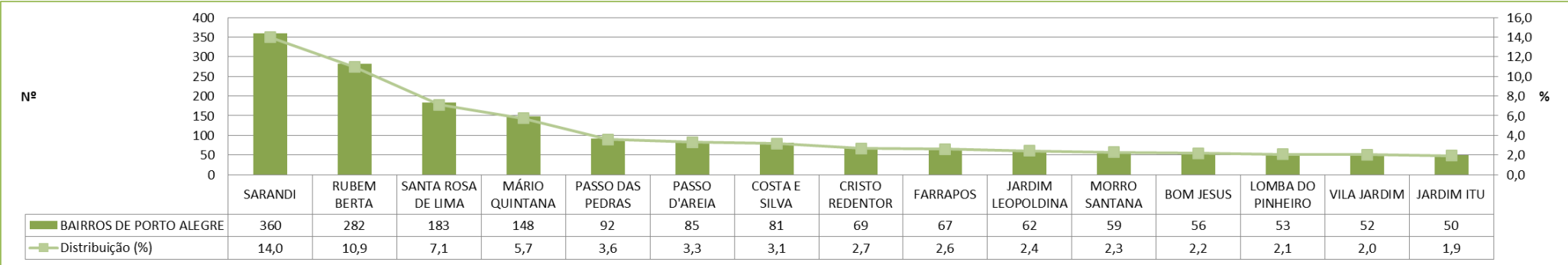


Figura 6. Número de casos notificados de autoagressões e tentativas de suicídio em mulheres a partir de 10 anos de idade por Bairros de residentes de Porto Alegre com mais de 50 notificações. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 2023 (n=2.577).

Considerações finais

Este informe enfoca as notificações de casos de violência autoprovocada em mulheres devido à maior frequência de tentativas de suicídio nesta população. Como se trata de um agravo de notificação compulsória imediata, é primordial conhecer a dimensão do problema e sensibilizar os profissionais e os gestores para o registro adequado e completo no âmbito do GHC.

Levando-se em conta que a condição de saúde mental pode ser causa e consequência de violência autoprovocada, podendo levar a tentativas de suicídio e suicídio consumado, é muito relevante conhecermos o perfil de deficiência física e mental e transtornos de comportamento das pessoas atendidas por autoagressões. Da mesma forma, conhecer as características das pacientes em todos seus recortes contribui para abordar o problema de maneira ampliada ao identificar aspectos de sua vida que podem não estar evidentes ao primeiro olhar. Para tanto, devemos avançar na redução de registros “ignorado”, especialmente em relação aos quesitos “identidade de gênero”, “deficiência mental” e “transtorno de comportamento”.

A presença de deficiência/transtorno mental é semelhante entre mulheres de raça/cor branca e negra. Entretanto, foi evidente uma frequência 3 vezes maior de lesões AP na raça negra em relação a mulheres de raça/cor branca. Possivelmente, outros fatores que não o transtorno mental isoladamente podem contribuir para este achado, como vulnerabilidade social, acesso insuficiente a serviços de saúde mental e pobreza.

As estratégias nacionais de prevenção do suicídio são essenciais para elevar a prevenção do suicídio na agenda política. Uma estratégia nacional e um plano de ação associado são necessários para impulsionar a implementação da prevenção do suicídio. Sem estes, os esforços provavelmente diminuirão e a prevenção do suicídio permanecerá negligenciada.¹⁵

A notificação é básica para prestar atenção integral às pessoas vítimas de violência. Objetiva intervir nos cuidados em saúde e prevenir a violência de repetição; proteger e garantir direitos por meio da articulação das redes de atenção e proteção; conhecer a magnitude e a gravidade das violências, retirando os casos da invisibilidade; e subsidiar as políticas públicas para prevenção e atenção às situações de violência, indicando prioridades e permitindo a avaliação das intervenções. Para tanto, é importante:¹⁶

- 1) promover a notificação de lesões autoprovocadas nos serviços de atenção primária e secundária;
- 2) assegurar que os casos de tentativa de suicídio sejam notificados, manejados e encaminhados adequadamente; e
- 3) aprimorar o preenchimento das fichas de notificação de maneira a completar as informações pertinentes em todos os campos, tentando evitar a condição de “ignorado”, especialmente no que se refere a violência de repetição, orientação sexual e identidade de gênero.

A equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HNSC e HCC realiza a busca ativa de casos de tentativas de suicídio e de autoagressões nos hospitais Nossa Senhora da Conceição e da Criança Conceição. A partir de janeiro de 2024 passamos a realizar a busca ativa destes casos atendidos na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar. Esta iniciativa almeja fortalecer a notificação como uma ferramenta tanto para estimar a magnitude do problema e seu monitoramento, quanto para contribuir para o acesso destas pacientes à rede de cuidado em todos os seus âmbitos. Em decorrência disto foi elaborada uma capacitação para qualificar a vigilância do agravo na instituição que deve ser disponibilizada em breve.

Recursos úteis em Porto Alegre⁷

Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS): Rua Prof. Manoel Lobato, 151 (Atendimento 24h)

Plantão de Emergência em Saúde Mental IAPI: Rua Três de Abril, 90 – Passo d'Areia (Atendimento 24h)

CAPS II – Adulto (Grupo Hospitalar Conceição): Rua Marco Polo, 278 – Cristo Redentor Fone: (51) 3337-0726

CAPS II – Adulto (Hospital de Clínicas de Porto Alegre): Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Santa Cecília Fone: (51) 2101-8710

CAPS AD III: Av. Carneiro da Fontoura, 57 – Jardim São Pedro Fone: (51) 3345-1759

CAPS AD III – Com 12 leitos para permanência noturna: Av. Pernambuco, 1700 – Navegantes Aberto 24 horas Fone: (51) 3230-6363

CAPS IV – Céu Aberto: Rua Comendador Azevedo, 97 – Floresta Aberto 24 horas Fone: (51) 3230-6366

CAPS Ad Vila Nova: Rua Av. Cavallhada, 1930 Fone: (51) 3230-6364

CAPS Glória – Cruzeiro Cristal: Rua Jaguari, 918 – Cristal Fone: (51) 3289-5727

CAPS Infância e Adolescência (Casa Harmonia): Av. Loureiro da Silva, 1995 – Cidade Baixa Fone: (51) 3289-2693

CAPS AD III Caminhos do Sol: Av. Protásio Alves, 7585 – Alto Petrópolis Fone: (51) 3407-5225

CAPS – AD Glória Cruzeiro Cristal: Rua Dr. Raul Moreira, 253 – Cristal Fone: (51) 3289-5734

CAPSi- GHC Centro de Atenção Psicossocial à Infância e à Adolescência: Rua Dom Diogo de Souza, 429 – Cristo Redentor Fone: (51) 3340-1238

CAPS AD III Girassol: Estrada João Antônio da Silveira, 440 – Restinga Fone: (51) 3248-7704

CAPS AD III Partenon-Lomba do Pinheiro: Rua Dona Firmina, 144 – São José Fone: (51) 3230-6360

CAPS IAPI: Rua Três de Abril, 2 – Passo d'Areia Fone: (51) 3222-2222

Centro de Valorização da Vida – CVV

Telefone: 188 (Ligação gratuita – 24h por dia) www.cvv.org.br (chat e e-mail)

Emergência

SAMU 192, UPA, Pronto Socorro, Hospitais e Emergências em Saúde Mental.

Referências

- ¹ Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Janeiro branco: mês de conscientização da saúde mental e emocional. Confira dicas e direitos previdenciários para quem tem algum tipo de transtorno. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/assuntos/janeiro-branco-mes-de-conscientizacao-pela-saude-mental-e-emocional>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ² Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Campanha 'Janeiro Branco' completa dez anos de existência em prol da saúde mental. 2024. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/campanha-janeiro-branco-completa-dez-anos-de-existencia-em-prol-da-saude-mental>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ³ Brasil. Senado Federal. Janeiro Branco é o mês da conscientização sobre a Saúde Mental. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2024/01/03/janeiro-branco-e-o-mes-da-conscientizacao-sobre-a-saude-mental>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ⁴ World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ⁵ Brasil. Portaria GM/MS Nº 217, de 1º de março de 2023. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo "Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes" por "Acidente de Trabalho" na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0217_02_03_2023.html. Acesso em: 26 jan. 2024.
- ⁶ Mental Health Million Project. The Mental State of the World in 2022. March 1, 2023. Disponível em: <https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2023/02/Mental-State-of-the-World-2022.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ⁷ Rio Grande do Sul. Defensoria Pública do Estado. Setembro Amarelo: mutirão pela vida. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/202305/10120008-setembro-amarelo.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: v. 52, n. 33, setembro de 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 26 jan. 2024.
- ⁹ Rio Grande do Sul. Lei nº 15.412, de 19 de dezembro de 2019. (Revogada pela Lei nº 15950/2023) Institui a Campanha de Estímulo ao Cuidado da Saúde Mental e Bem-Estar, denominada Janeiro Branco, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, e dá outras providências. (publicada no DOE nº 247, 2ª edição, de 19 de dezembro de 2019). Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-15412-2019-rio-grande-do-sul-institui-a-campanha-de-estimulo-ao-cuidado-da-saude-mental-e-bem-estar-denominada-janeiro-branco-no-ambito-do-estado-do-rio-grande-do-sul-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ¹⁰ Rio Grande do Sul. Lei nº 15.950, de 9 de janeiro de 2023. Consolida a legislação estadual relativa a eventos e datas estaduais, instituindo o Calendário Oficial de Eventos e Datas Comemorativas do Estado do Rio Grande do Sul, e dá outras providências. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-15950-2023-rio-grande-do-sul-consolida-a-legislacao-estadual-relativa-a-eventos-e-datas-estaduais-instituindo-o-calendario-oficial-de-eventos-e-datas-comemorativas-do-estado-do-rio-grande-do-sul-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ¹¹ Por que o RS é o Estado com a maior taxa de suicídios? GZH, Porto Alegre, 16 de setembro de 2022. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/09/por-que-o-rs-e-o-estado-com-a-maior-taxa-de-suicidios-cl82711980039016e0jb36iz6.html>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ¹² Rio Grande do Sul. Saúde mental e pandemia: quais os impactos e como mitigar? 2020. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/upload/arquivos/relatorio-saude-mental-e-pandemia-quais-os-impactos-e-como-mitigar.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

¹³ Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico das Violências Autoprovocadas e Óbitos por Suicídio. Setembro/2022 - 2ª Edição. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim_suicidio_set22.pdf. Acesso em: 24 jan. 2024.

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

¹⁵ WHO. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. 30 November 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>. Acesso em: 26 jan. 2024.

¹⁶ Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico DVE/CEVS 07-2023 - Suicídio e lesão autoprovocada. Atualizado em 08/09/2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202309/19110011-informe-epidemiologico-sobre-suicidio-e-lesoes-autoprovocadas.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.