



## INFORME EPIDEMIOLÓGICO DVE/CEVS 07-2023\* SUICÍDIO E LESÃO AUTOPROVOCADA

\* Atualizado em 08/09/2023

### DEFINIÇÃO DO AGRAVO

O conceito de violência autoprovocada compreende ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio e suicídio (consumado) (MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS], 2016). Os casos de *autoagressão* (como cortes sem intenção de morte) e de *tentativa de suicídio* (ato de tentar cessar a própria vida) são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando-se o termo agregador **lesão autoprovocada**. A definição de caso corresponde a:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, **autoprovocada**, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra **mulheres e homens em todas as idades**. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT (MS, 2016).

Já os dados de *mortalidade por suicídio* são disponibilizados através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que é alimentado a partir das Declarações de Óbito.

### CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL

O suicídio é um grave problema de saúde pública global. Dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) indicam mais de 700 mil suicídios no ano de 2019, representando uma a cada 100 mortes no mundo (1,3%). A taxa padronizada por idade foi de 9 por 100 mil habitantes, sendo 2,3 vezes maior em pessoas do sexo masculino.

O suicídio está entre as principais causas de morte globalmente, à frente de guerras e homicídios. Entre jovens de 15 a 29 anos, ocupa o quarto lugar (OMS, 2021).

Enquanto a maior parte dos suicídios ocorre em países de baixa e média renda, os países ricos apresentam a maior taxa (10,9 por 100 mil habitantes). Nos últimos 20 anos, as taxas reduziram em 36% — a única região onde houve aumento foi a das Américas, com 17% no mesmo período (OMS, 2021).

Além disso, a OMS estima uma prevalência anual de quatro tentativas de suicídio para cada 1 mil adultos, ou mais de 20 tentativas para cada suicídio consumado (OMS, 2014).

### CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL

Em 2019, a taxa de mortalidade por suicídio no país foi de 6,6 por 100 mil habitantes, a maior já registrada até então, com um risco 3,8 vezes maior para homens na comparação com mulheres (MS, 2021a). Entre jovens de 15 a 29 anos de idade, o suicídio representou a terceira maior causa de morte, superado apenas por homicídios e acidentes de transporte (MS, 2021b). No período entre 2010 e 2019, houve aumento da incidência em todos os grupos etários, com destaque para adolescentes (15 a 19 anos), assim como em todas as regiões do Brasil (MS, 2021a). Note-se que a região sul apresenta, historicamente, as maiores taxas de mortalidade por suicídio.



## CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO RIO GRANDE DO SUL (RS)

### Notificação de lesão autoprovocada (autoagressão e tentativa de suicídio)

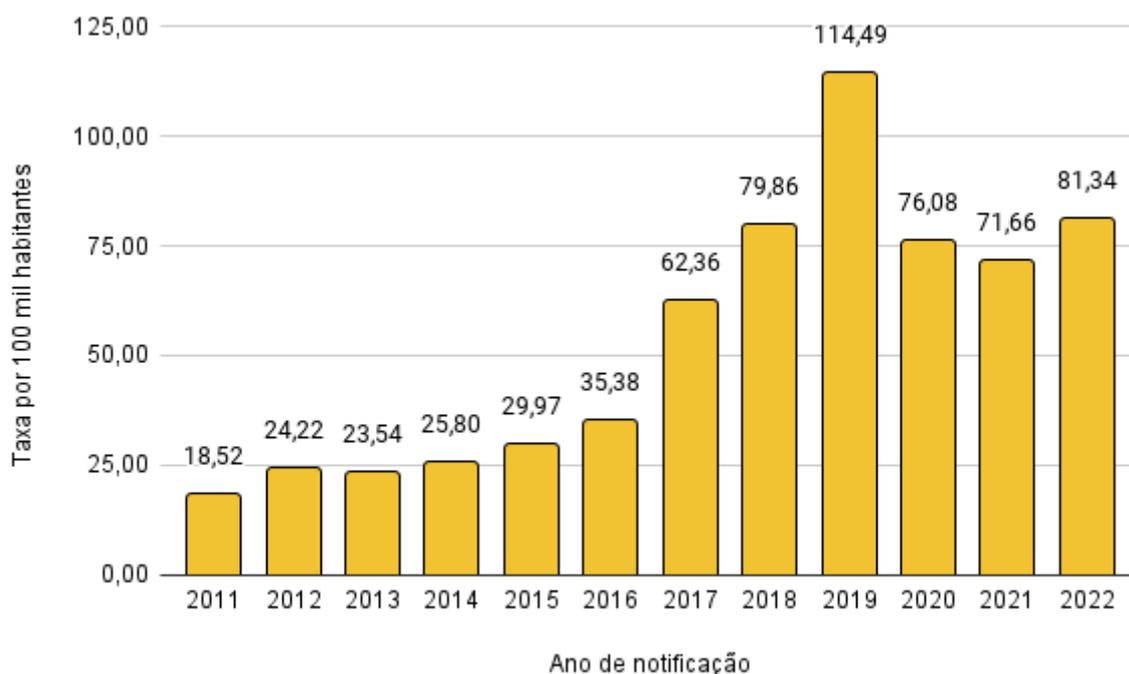
A notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal/autoprovocada tornou-se compulsória, em todo território nacional, a partir da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (MS, 2011).

De 2011 a 2022, notificaram-se 251.684 casos de violência interpessoal/autoprovocada no estado RS, dos quais 27,1% (68.308) foram de lesão autoprovocada (LA). No primeiro ano da série histórica, foram realizadas 1.906 notificações, chegando ao pico de 12.209 no ano de 2019.

A Figura 1 apresenta a taxa de notificação para cada 100 mil habitantes acima de cinco anos de idade<sup>1</sup>. Nota-se o aumento de casos de LA notificados no período, à medida que a rede de serviços de saúde e, mais recentemente, intersetorial, é sensibilizada para a identificação de situações de violência e capacitada para o preenchimento da ficha.

Em 2020 e 2021, primeiros anos da pandemia de Covid-19, observa-se queda significativa das taxas de notificação: 33,5% em 2020, na comparação com o ano anterior. Já em 2022, verifica-se aumento de 13,5% em relação ao ano anterior, sugerindo uma retomada do crescimento registrado no período pré-pandêmico.

Figura 1. Taxa de notificação de lesão autoprovocada por ano de notificação, RS, 2011-2022 (n=68.308)



Taxas de 2022 calculadas com população de 2021.

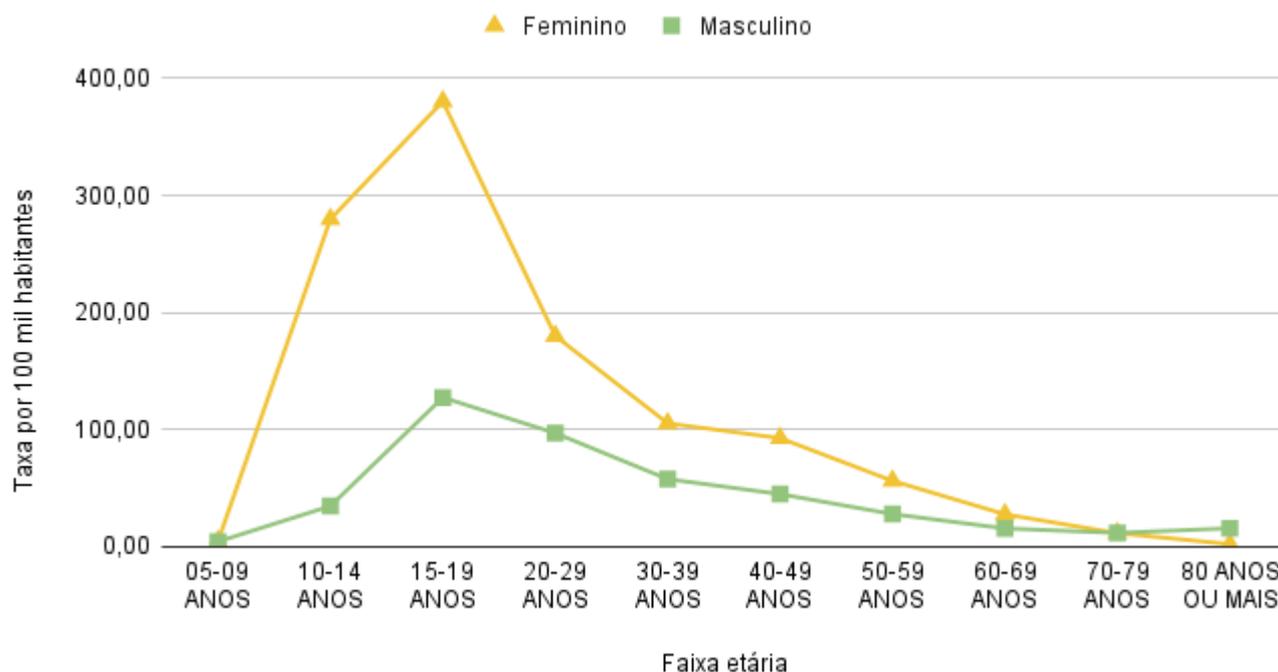
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados exportado em 18/08/2023.

Nesse período, 69,0% das notificações foram de pessoas do sexo feminino. 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. Na



Figura 2, nota-se que, 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.

Figura 2. Taxa de notificação de lesão autoprovocada, por faixa etária, segundo sexo, RS, 2022\* (n=8.751)



\*Taxa de 2022 calculada com população de 2021.

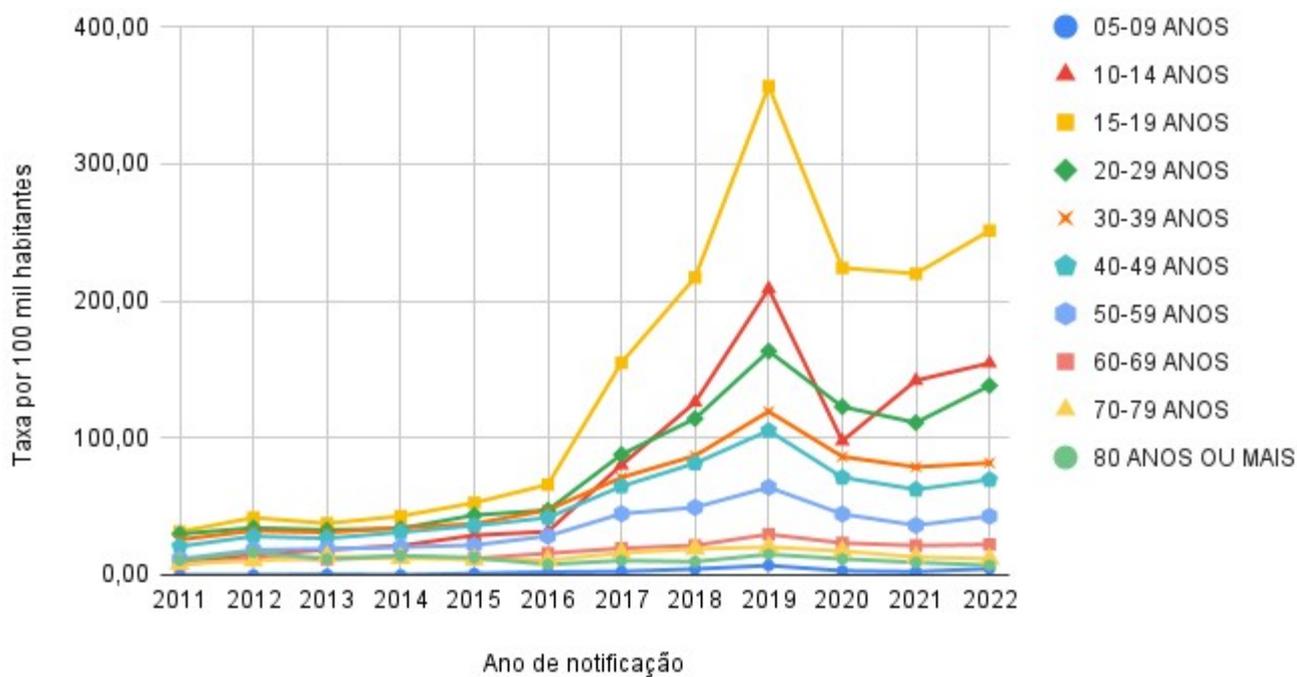
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados exportado em 18/08/2023.

Na Figura 3, chama atenção a queda de 53,2% nas notificações da faixa etária de 10 a 14 anos entre 2019 e 2020, seguida de um aumento de 31,1%. Essa foi a única faixa etária que apresentou aumento na taxa de notificação em 2021, na relação com o ano anterior.

A partir da atualização, em 2015, da ficha de notificação, foram incluídos campos sobre orientação sexual e identidade de gênero. As Figuras 4 e 5 apresentam os dados registrados a partir do ano seguinte. Chama atenção a grande proporção média de notificações com os campos ignorados no período: 30,7% em relação à orientação sexual e 38,2% em relação à identidade de gênero. Neste campo, a opção "não se aplica" deve ser indicada no caso de pessoas cisgênero.



Figura 3. Taxa de notificação de lesão autoprovocada, por ano, segundo faixa etária, RS, 2011-2022 (n=68.308)

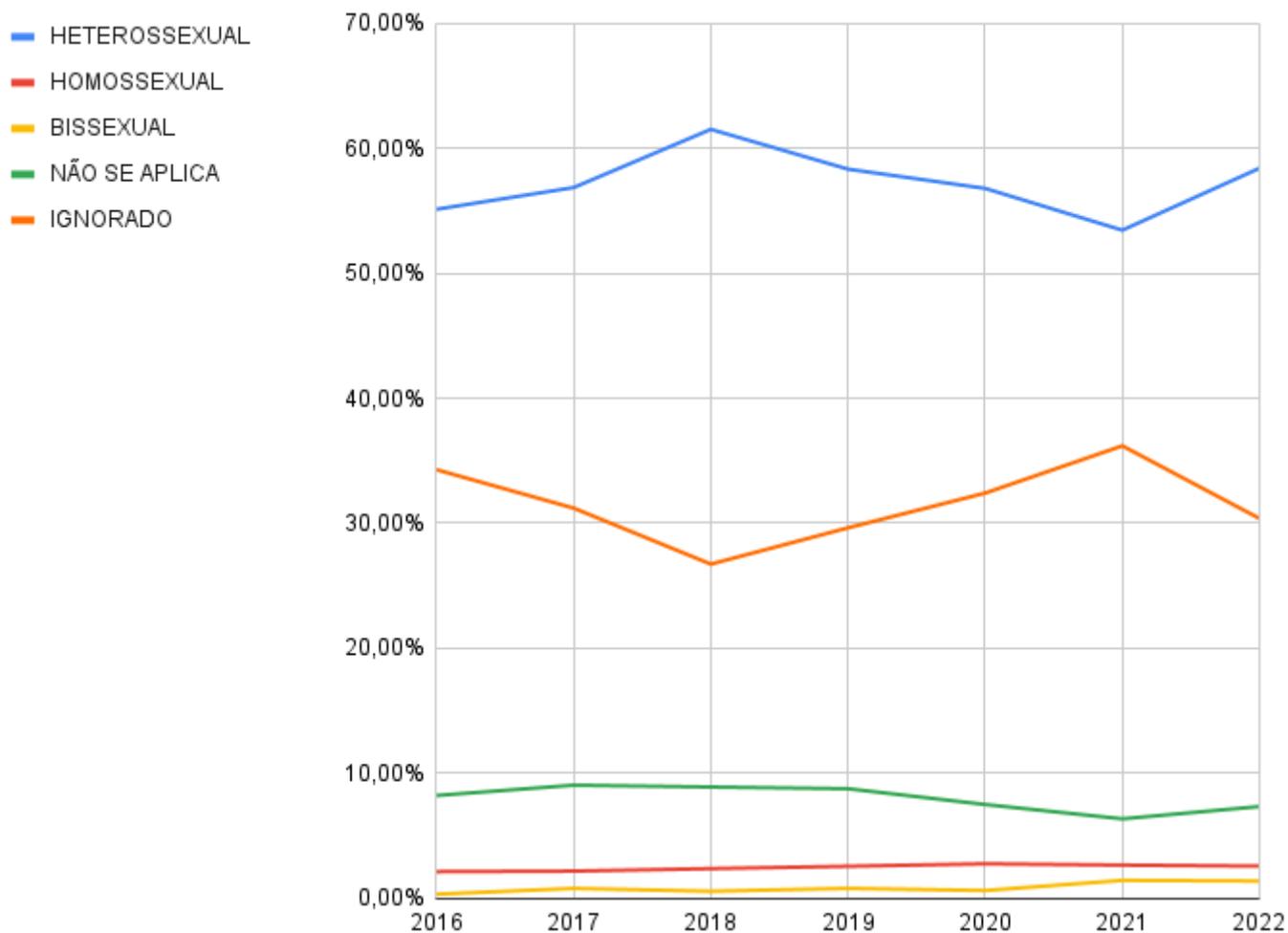


Taxas de 2022 calculadas com população de 2021.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados exportado em 18/08/2023.



Figura 4. Proporção de notificação de lesão autoprovocada, por ano de notificação, segundo orientação sexual, RS, 2016-2022\* (n=55.432\*)

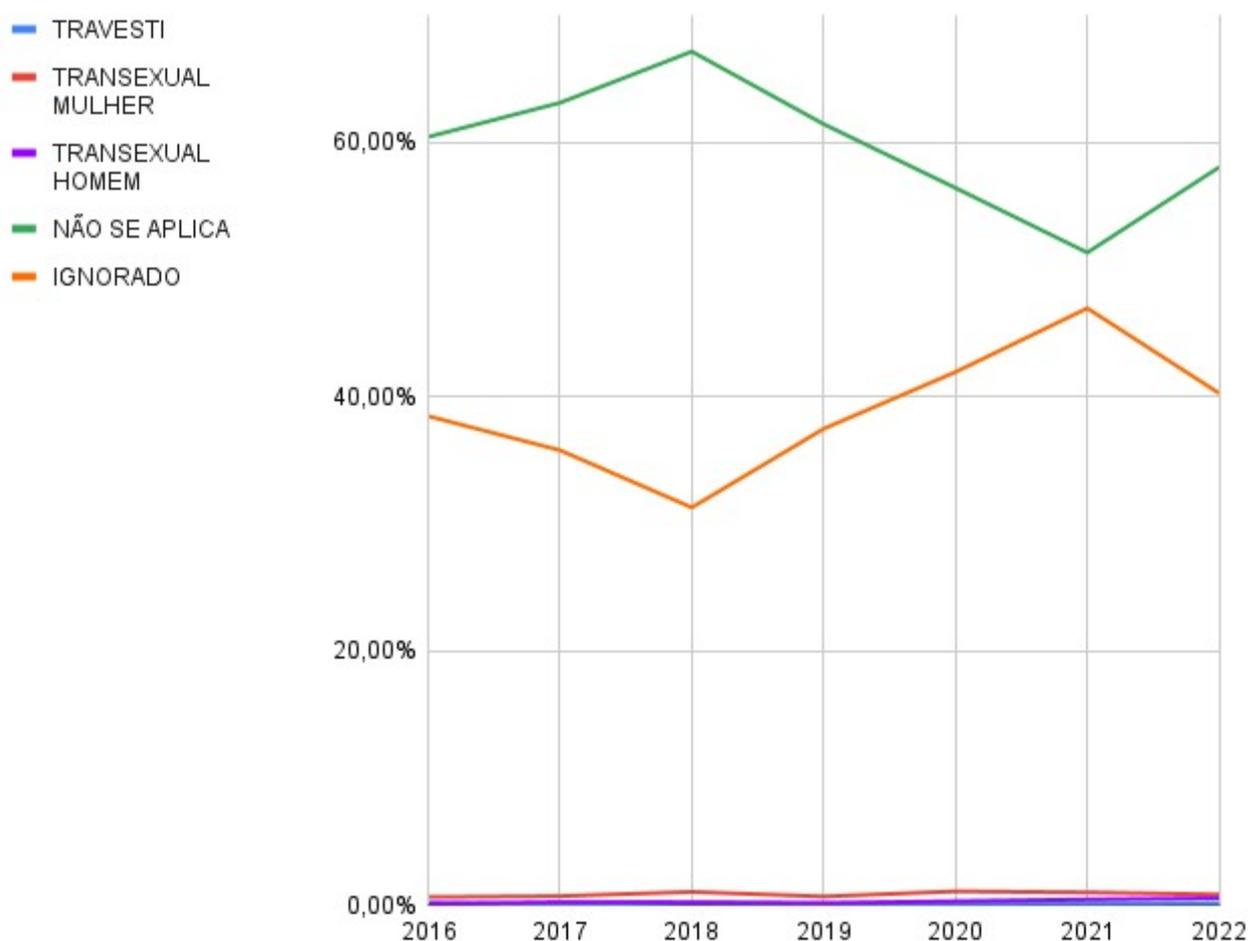


\*Notificações de pessoas a partir dos 10 anos de idade, conforme instrutivo do MS.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados exportado em 18/08/2023.



Figura 5. Proporção de notificação de lesão autoprovocada, por ano de notificação, segundo identidade de gênero, RS, 2016-2022\* (n=55.432\*)



\*Notificações de pessoas a partir dos 10 anos de idade, conforme instrutivo do MS.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados exportado em 18/08/2023.

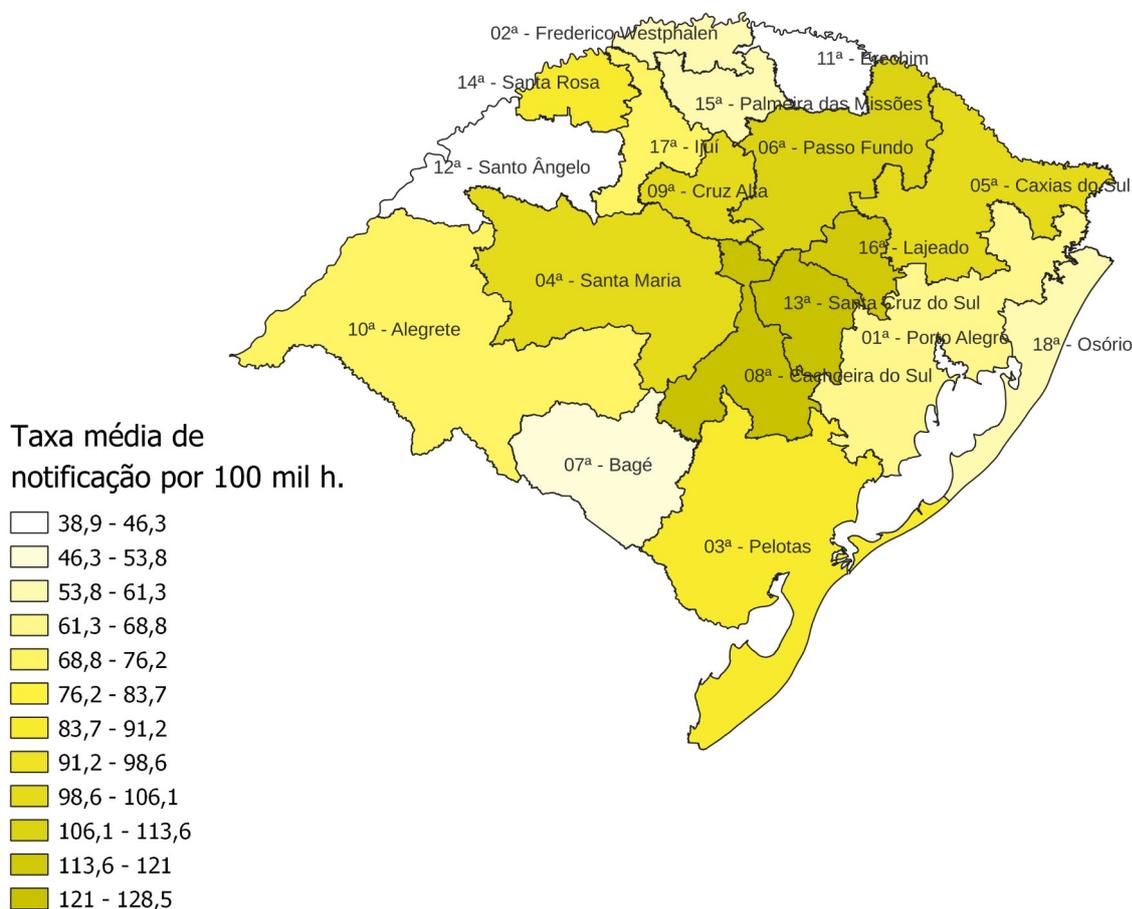
Em 43,9% das notificações realizadas entre 2011 e 2022, a LA já havia ocorrido outras vezes. Há que se ter em conta que a característica essencial da autoagressão (não suicida) é o comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões à superfície do seu corpo (APA, 2014). No mesmo sentido, estima-se que 50% das pessoas atendidas em pronto-socorro por tentativa de suicídio já haviam tentado previamente (CAIS *et al.*, 2009). Também importa ressaltar que 19,7% das notificações apresentaram esse campo ignorado/em branco.



Mais da metade das notificações indicaram envenenamento/intoxicação como método utilizado (52,6%), o que inclui medicamentos, produtos químicos, agrotóxicos, etc. Em segundo lugar, aparece o uso de objeto perfuro-cortante, com 21,5% das notificações, seguido por enforcamento (12,4%). Em 87,1% das notificações, o local de ocorrência da LA foi a residência.

As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que se destacaram com as maiores taxas médias de notificação nos últimos seis anos concentram-se na região dos vales (8<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> CRS). A 12<sup>a</sup> CRS foi a coordenadoria com menor taxa: 38,8 por 100 mil habitantes (Figura 6). Nesse período, 69,5% dos municípios gaúchos realizaram alguma notificação. Em 2019, foram 78,8%, maior percentual registrado em toda a série histórica.

Figura 6. Taxa média de notificação de lesão autoprovocada, por Coordenadoria Regional de Saúde de notificação, RS, 2018-2022\*



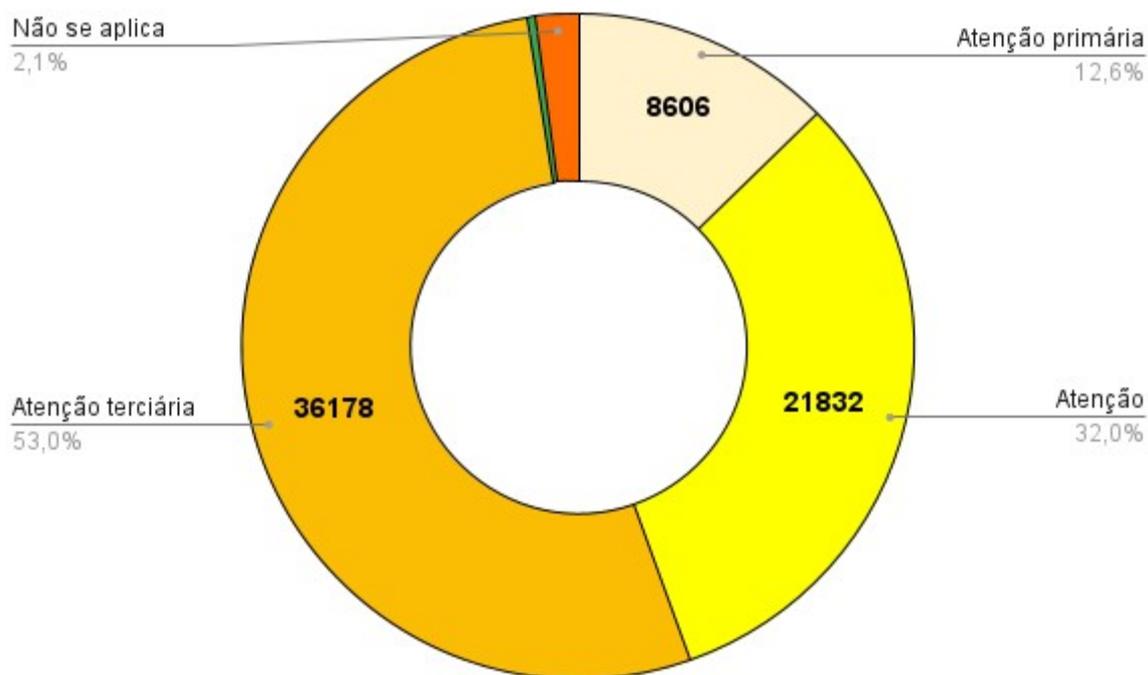
Taxas de 2022 calculadas com população de 2021.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados exportado em 18/08/2023.

Quanto aos serviços de saúde notificadores, foram registrados 1.923 CNES diferentes no período entre 2011 e 2022. Do total de notificações, 53,0% foram realizadas pela atenção terciária, incluindo serviços de urgência/emergência e hospitais (Figura 7).



Figura 7. Proporção de serviços notificadores por nível de atenção, RS, 2011-2022 (n=68.308)



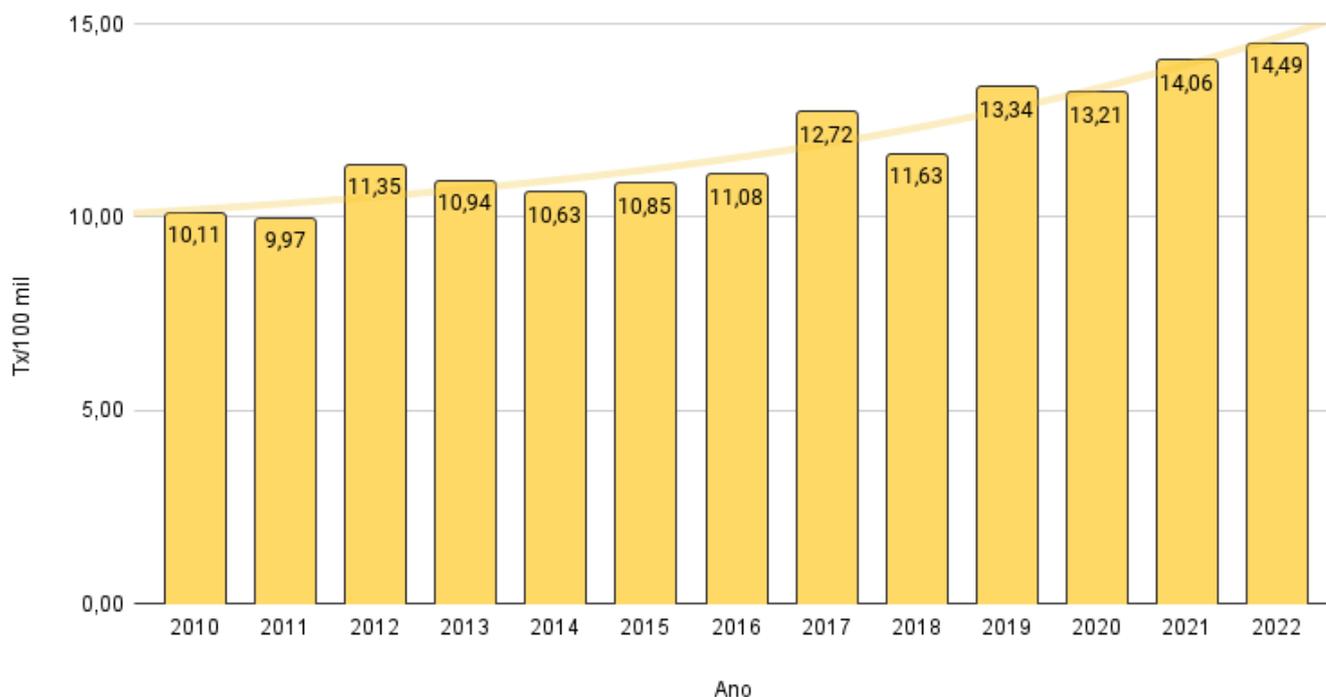
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados exportado em 18/08/2023.

### Mortalidade por suicídio

O RS apresenta, historicamente, as maiores taxas de mortalidade por suicídio do país. Os dados de 2022, embora ainda preliminares, indicam 1.560 mortes no estado, o que equivale a uma taxa de 14,4 por 100 mil habitantes — a maior da série histórica. É possível observar, durante o período, uma linha de tendência crescente para a taxa de mortalidade por suicídio (Figura 8). Entre o início e o fim do período, a taxa teve um aumento de 4,49 casos por 100 mil habitantes, sendo a taxa de 2022 43,3% maior que a de 2010.



Figura 8. Taxa de mortalidade por suicídio por ano do óbito, RS, 2011-2022\* (n=16.271)

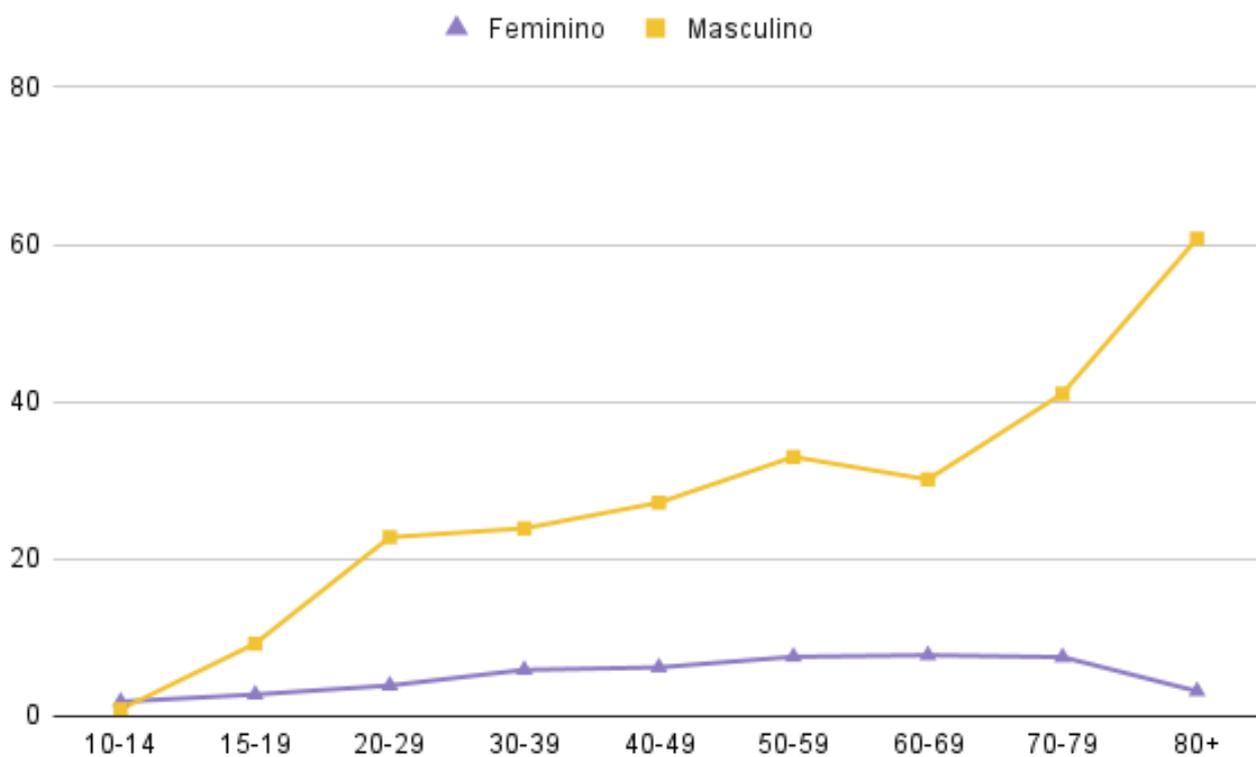


\*Dados preliminares, acessados em 25/082023 pelo BI. Taxas de 2022 calculadas com população de 2021.  
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Oitenta por cento dos suicídios registrados no RS são de pessoas do sexo masculino. Nota-se, na Figura 9, que a taxa de mortalidade dos homens aumenta conforme avança a faixa etária, aumentando também a diferença em relação ao sexo feminino. Na Figura 10, chama atenção o aumento da taxa de mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos, a partir de 2018, e de idosos de 70 a 79 anos e 80 anos e mais, a partir de 2019. Ressalta-se que os dados de 2022 são preliminares.



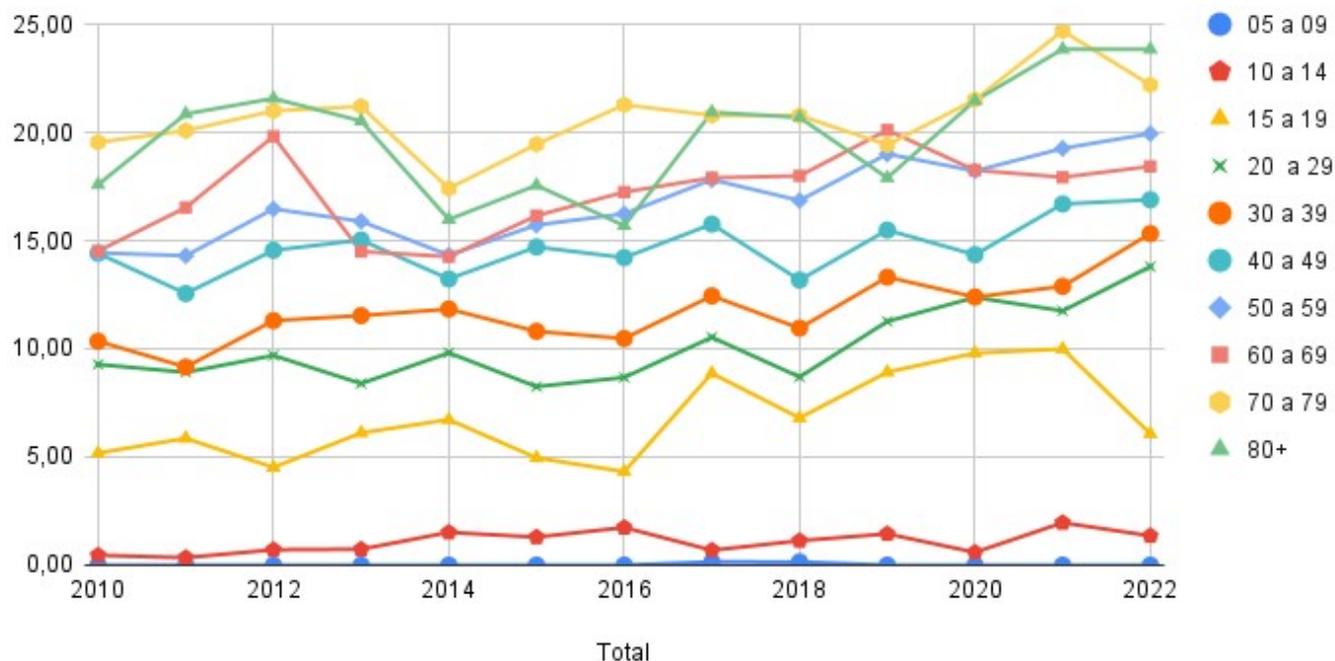
Figura 9. Taxa de mortalidade por suicídio, por faixa etária, segundo sexo, RS, 2022\* (n=1.529)



\*Dados preliminares, acessados em 25/082023 pelo BI. Taxas de 2022 calculadas com população de 2021.  
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.



Figura 10. Taxa de mortalidade por suicídio, por ano do óbito, segundo faixa etária, RS, 2011-2022\* (n=16.271)



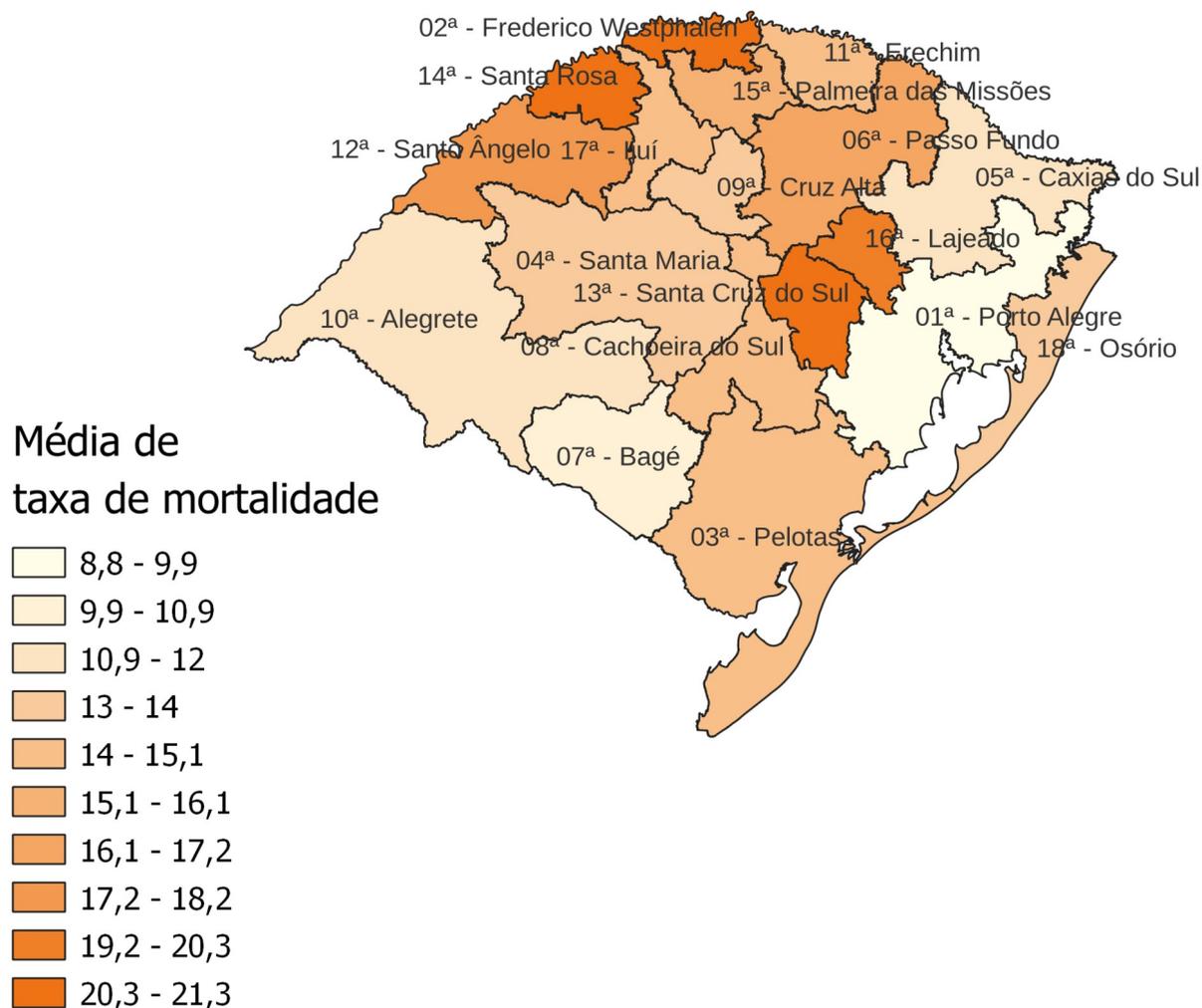
\*Dados preliminares, acessados em 25/08/2023 pelo BI. Taxas de 2022 calculadas com população de 2021.  
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Em 2021, o óbito ocorreu no próprio domicílio em 64,6% dos casos e, no hospital, em 10,3%.

As maiores taxas de mortalidade por suicídio concentram-se no centro e no noroeste do estado, com destaque para 2<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> CRS (Figura 11).



Figura 11. Taxa média de mortalidade por suicídio, por Coordenadoria Regional de Saúde de residência, RS, 2018-2022\*



\*Dados preliminares, acessados em 25/08/2023 pelo BI. Taxas de 2022 calculadas com população de 2021.  
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

A Tabela 1 compara o número esperado de notificações e o número registrado, por CRS, no ano de 2022, considerando-se uma prevalência anual de vinte tentativas de suicídio para cada óbito por suicídio (OMS, 2014). É possível observar que mesmo após o relativo retorno ao convívio social e término da pandemia, as notificações de lesão autoprovocada ainda estão muito abaixo do esperado, não tendo sequer retornado aos níveis pré-pandêmicos.

Cabe destacar que as notificações aqui apresentadas incluem também situações de autoagressão (sem intenção de morte), o que significa um número de notificações ainda mais abaixo do que o estimado na comunidade.



Tabela 1. Número de óbitos, estimativa de notificações e notificações realizadas, por CRS, RS, 2022

CRS	Óbitos	Notificações esperadas	Notificações no Sinan	
			n	% do esperado
1 <sup>a</sup>	446	8.920	2.630	29,5
2 <sup>a</sup>	45	900	110	12,2
3 <sup>a</sup>	122	2.440	848	34,8
4 <sup>a</sup>	96	1.920	619	32,2
5 <sup>a</sup>	163	3260	1.475	45,2
6 <sup>a</sup>	116	2.320	592	25,2
7 <sup>a</sup>	31	620	143	23,1
8 <sup>a</sup>	25	500	183	36,6
9 <sup>a</sup>	22	440	105	23,9
10 <sup>a</sup>	52	1.040	323	31,1
11 <sup>a</sup>	33	660	66	10,0
12 <sup>a</sup>	60	1200	112	9,3
13 <sup>a</sup>	75	1.500	496	33,1
14 <sup>a</sup>	43	860	166	19,3
15 <sup>a</sup>	26	520	87	16,7
16 <sup>a</sup>	96	1.920	370	19,3
17 <sup>a</sup>	44	880	161	18,3
18 <sup>a</sup>	70	1400	267	19,1
<b>Total</b>	<b>1.565</b>	<b>31.300</b>	<b>8.756</b>	<b>28,0</b>

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (banco de dados exportado em 25/08/2023 e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM).



## RECOMENDAÇÕES

A notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas vítimas de violência e tem como objetivos:

- 1) Intervir nos cuidados em saúde e prevenir a violência de repetição;
- 2) Proteger e garantir direitos por meio da articulação das redes de atenção e proteção;
- 3) Conhecer a magnitude e a gravidade das violências, retirando os casos da invisibilidade;
- 4) Subsidiar as políticas públicas para prevenção e atenção às situações de violência, indicando prioridades e permitindo a avaliação das intervenções.

Além de compulsória, a notificação de tentativa de suicídio tornou-se imediata (em até 24h) no ano de 2014, por meio da Portaria nº 1.271 do MS, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos (MS, 2014). A vigilância epidemiológica, desde o registro oportuno até o monitoramento regular dos dados, é a espinha dorsal de qualquer estratégia efetiva de prevenção do suicídio (OMS, 2014).

Os dados aqui apresentados demonstram a predominância de notificação daqueles casos que necessitam de atendimento de urgência/emergência. Estima-se que apenas uma em cada três pessoas que tentam o suicídio chega a ser atendida em um serviço de urgência (BOTEGA *et al.*, 2009). A procura depende de fatores como a gravidade do evento (potencial risco de morte), o acesso e a confiança no sistema de saúde, bem como o estigma social e o medo da criminalização do ato (BOTEGA *et al.*, 2009). Desse modo, revela-se imprescindível a sensibilização dos serviços da atenção primária e secundária para a identificação do comportamento suicida, a fim de possibilitar uma avaliação de risco adequada e evitar a evolução dos casos.

Recomenda-se aos gestores regionais e municipais esforços no sentido de:

- ✓ Retomar o crescimento das notificações de LA, conforme tendência observada antes da pandemia de Covid-19;
- ✓ Aumentar a notificação de LA em serviços da atenção primária e secundária;
- ✓ Garantir a notificação, o manejo e o encaminhamento dos casos de tentativa de suicídio em tempo oportuno;
- ✓ Melhorar a completitude dos campos da ficha de notificação, especialmente quanto à violência de repetição (Campo 53 - Ocorreu outras vezes), orientação sexual e identidade de gênero.



## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2011, n. 18, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jun. 2014, n. 108, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 52, n. 33, set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, 2021. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, 2016. 92 p.

CAIS, C. F. S. *et al.* Factors Associated with Repeated Suicide Attempts. **Crisis**, v. 30, n. 2, p. 73–78, mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide**: a global imperative. Genebra, 2014. 89 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. Genebra, 2021. 28 p.