

---

## Boletim Epidemiológico DVE/CEVS/RS (Setembro - 2024)

---

### Lesão Autoprovocada e Suicídio

---

#### 1. Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo e multidimensional no qual se interseccionam diferentes fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos. É um grave problema de saúde pública global não só pelo número de vidas perdidas, mas também pelo impacto que provoca nas pessoas mais próximas à vítima – denominadas de sobreviventes – e na comunidade em geral (Brasil, 2018).

De modo geral, o comportamento suicida costuma estar associado à morte, porém, o fenômeno apresenta diferentes formas de manifestação antes do óbito, tais como: comportamento autolesivo, ideação suicida com ou sem plano de morte e tentativa de suicídio (Brasil, 2018).

É importante salientar que o comportamento autolesivo deve ser diferenciado da tentativa de suicídio, tendo em vista que a pessoa, ao se machucar, não tem a intenção de causar a própria morte. O ato de se lesionar, nesse caso, visa a regulação emocional e a atenuação da sensação de vazio. A autolesão pode ser feita por meio de arranhões, queimaduras, perfurações, mordeduras e cortes (Solka & Cruz, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021), morrem por suicídio, a cada ano, mais de 700 mil pessoas no mundo, sendo uma das principais causas de morte à frente de guerras e de homicídios. Embora seja um fenômeno presente em todas as regiões do globo, 80% de todos os óbitos ocorrem em países de média e baixa renda (Brasil, 2024). No mundo, entre jovens de 15 a 19 anos, o suicídio é a segunda principal causa de morte, o que é preocupante por ser uma faixa etária em que se deveria poder esboçar um projeto para a vida (Brasil, 2024).

Em 2019, a taxa global de suicídio foi de 9,0 por 100 mil habitantes. Para cada óbito por suicídio em adultos, estima-se que 20 pessoas tenham atentado contra a própria vida. Por vezes, as tentativas de suicídio, ou mesmo os casos de comportamento autolesivo, não são registrados, o que impede que o sistema de vigilância os identifique, dificultando a implementação de estratégias de cuidado.

Nos países em que não há um controle do registro de óbitos por meio de sistemas de estatísticas vitais, os dados sobre suicídio podem ser imprecisos e as mortes classificadas de forma indeterminada ou incorreta, como se a causa, por exemplo, fosse acidente. O Brasil, no entanto, conta com um sistema de registro que permite uma maior aproximação com a realidade das mortes por suicídios.

Em 2022, no Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 8,28 por 100 mil habitantes. Se comparada aos demais países, a taxa brasileira não é considerada alta. Contudo, pelo fato do Brasil ser um país populoso, em números absolutos, ocorreram 16.439 óbitos por esse agravo. A distribuição de mortes, no território, ocorre de forma desigual, sendo que em alguns estados brasileiros o fenômeno é mais preocupante, como é o caso do Rio Grande do Sul, cuja taxa de mortalidade, para o mesmo ano, foi de 14,59 por 100 mil habitantes, quase o dobro da taxa nacional. Por esse motivo,

torna-se necessário dar visibilidade aos dados. Nesta publicação, serão apresentados de forma detalhada o perfil dos suicídios e das notificações de violência autoprovocadas (comportamento autolesivo e tentativa de suicídio) no período de 2015 a 2023.

## 2. Método

Foi realizada análise descritiva dos dados de notificações de violência autoprovocada, acessados em 22 de agosto de 2024, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Sinan, e de dados sobre os óbitos por suicídio, acessados em 20 de agosto de 2024, no Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM. Os casos de lesão autoprovocada foram definidos como aqueles de pessoas residentes no Rio Grande do Sul/RS, com 5 anos ou mais de idade, cujo campo número 54 da ficha de notificação do Sinan (lesão autoprovocada) foi preenchido com a categoria “1 - Sim”. Os casos de suicídio foram definidos como aqueles registrados no RS, de pessoas com 5 anos ou mais de idade, com causa básica do óbito correspondente ao intervalo de códigos X60 a X84 da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10).

As taxas de incidência de lesão autoprovocada foram calculadas por meio da fórmula: (soma dos casos notificados no Sinan para o subgrupo populacional no período determinado / total da população do subgrupo no período determinado) \* 100.000 habitantes. Casos reincidentes foram contabilizados no numerador, portanto, tais taxas refletem a intensidade de ocorrência do evento na população em determinado período, e não a taxa de pessoas afetadas na população em determinado período.

As taxas de mortalidade foram calculadas por meio da fórmula: (soma de óbitos por suicídio registrados no SIM para o subgrupo populacional no período determinado / total da população do subgrupo no período determinado) \* 100.000 habitantes. Nenhuma taxa foi padronizada para idade e/ou sexo.

As bases populacionais utilizadas como denominadores para o cálculo de taxas foram as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), baseadas no censo de 2010, sendo que para os anos de 2022 e 2023 foi empregada a estimativa do IBGE para o ano de 2021. Apenas para cálculo das incidências segundo raça/cor foram utilizados dados populacionais do censo IBGE de 2022, estratificados por raça/cor, uma vez que não havia estimativa disponível do IBGE baseada no censo de 2010.

Os dados são apresentados de forma estratificada segundo características das pessoas (faixa etária, sexo, raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual), evolução temporal (anos de 2015 a 2023), distribuição geográfica (Coordenadorias Regionais de Saúde do RS), origem da notificação do Sinan na rede de atenção à saúde e natureza reincidente da lesão autoprovocada. Estes dados podem diferir quanto ao tamanho da amostra analisada, nas informações apresentadas, devido a diferenças de completude entre as variáveis (respostas em branco).

Para os dados de óbitos por suicídio, a análise de Qui-quadrado (teste de Aderência ou Ajustamento) foi usada para verificar as possíveis diferenças entre os óbitos observados e os esperados para diferentes estações do ano, meses, dias da semana e turnos.

### 3. Cenário Epidemiológico no Rio Grande do Sul - RS

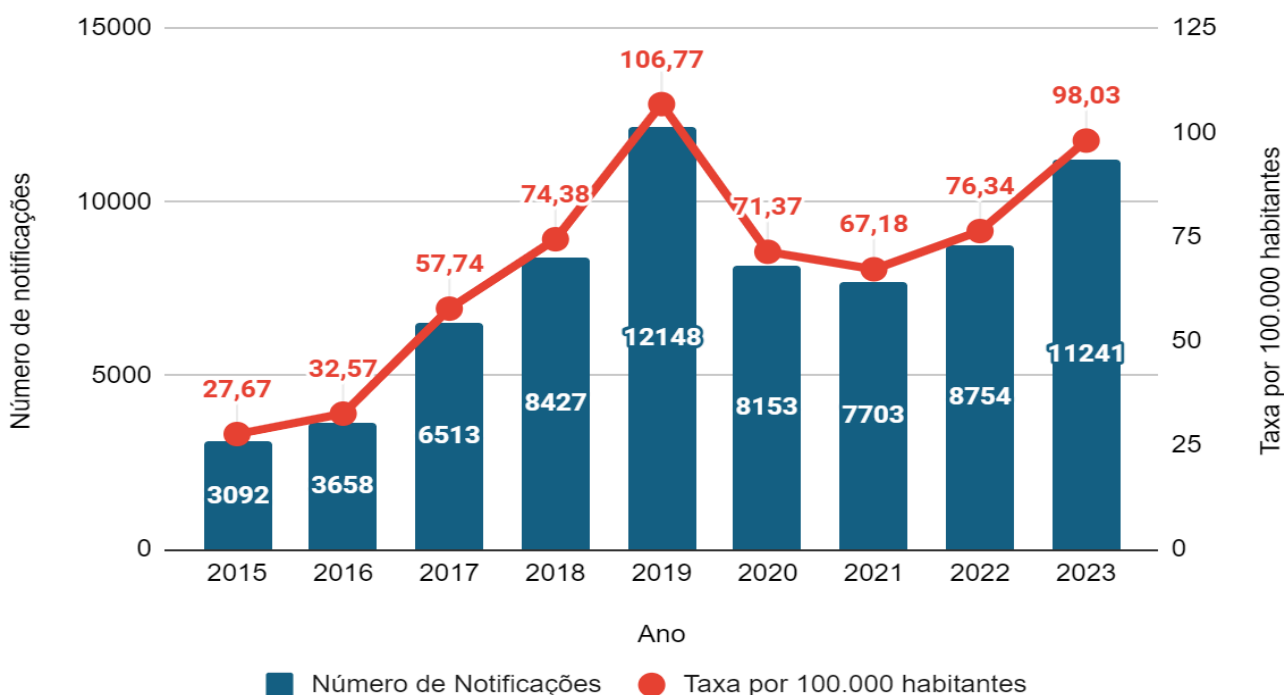
#### 3.1 Perfil das Notificações de Lesão Autoprovocada (comportamento autolesivo e tentativa de suicídio).

De 2015 a 2023, foram realizadas 227.111 notificações de violência interpessoal/autoprovocada no RS. Destas, 69.689 foram classificadas como comportamento autolesivo e tentativa de suicídio, o que representa 30,68% do total das notificações.

Entre 2015 e 2019, houve um crescimento constante no registro das notificações. Em 2019, foram computadas 12.148 notificações. No entanto, nos dois anos subsequentes, observa-se uma diminuição nos registros, provavelmente em virtude do empenho da rede de saúde no enfrentamento à pandemia de Covid-19.

O retorno no crescimento dos registros, a partir de 2022, deve-se à retomada dos esforços da vigilância na sensibilização dos serviços de saúde e, mais recentemente, da rede intersetorial, para a identificação de situações de violência e, conseqüentemente, registro na ficha de notificação da violência no Sinan.

**Figura 1.** Evolução do número e da taxa de notificações de violência por lesão autoprovocada, de 2015 a 2023, no RS, (n =69.689)

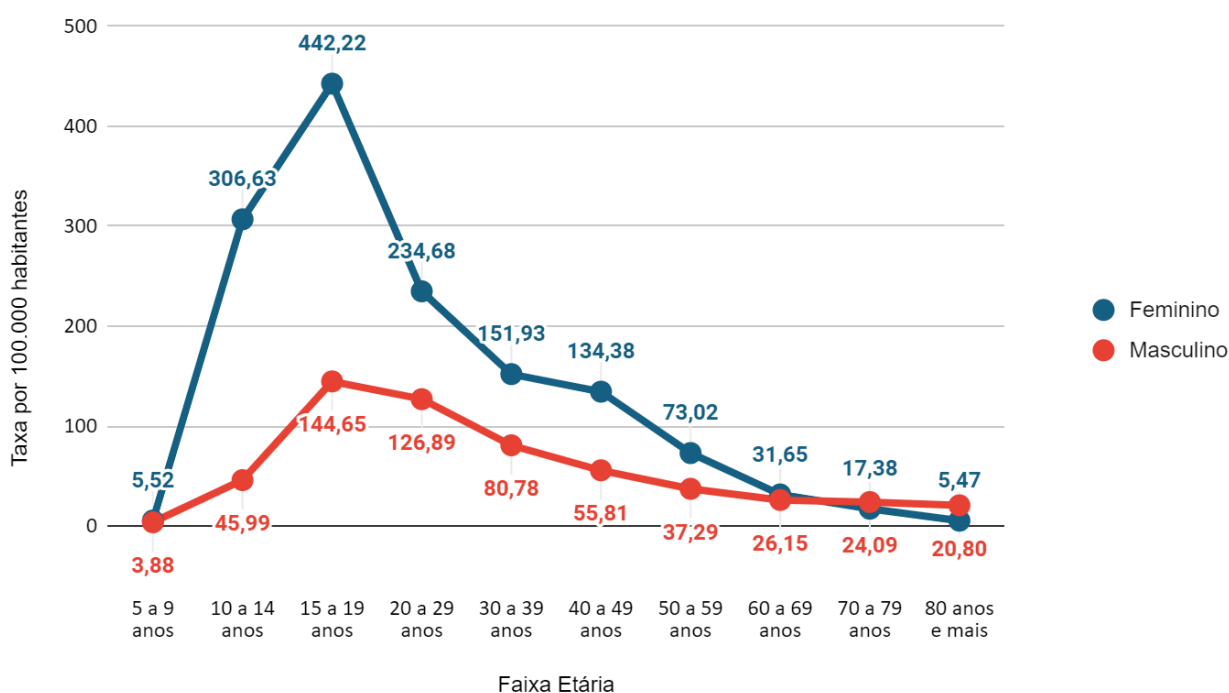


Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Entre 2015 e 2023, 69,94% das notificações de lesão autoprovocada ocorreram no sexo feminino, o que demonstra o predomínio de notificações deste agravo em mulheres - duas vezes mais frequente que em homens.

Na figura 2, nota-se que a partir da faixa etária de 10 a 14 anos um aumento crescente no sexo feminino com pico máximo na faixa etária subsequente. Dos 15 aos 19 anos, observa-se as maiores taxas na população jovem para ambos os sexos, sendo que as taxas diminuem à medida que aumenta a faixa etária. A partir dos 80 anos ou mais, as taxas do sexo masculino são maiores que as do sexo feminino.

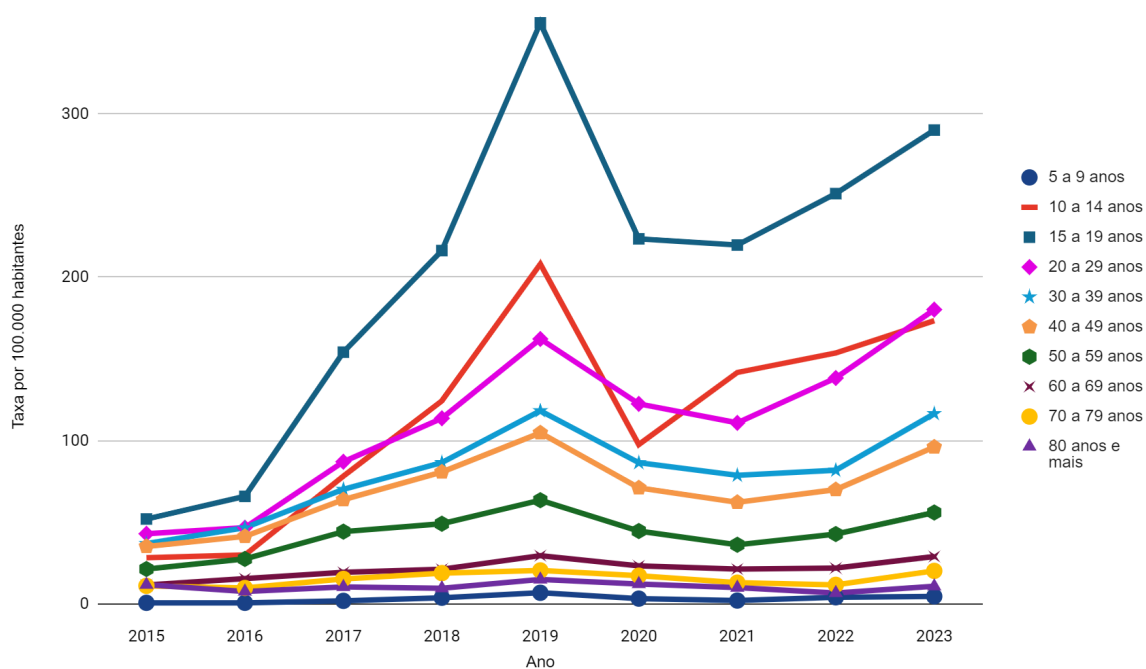
**Figura 2.** Taxa de notificações de violência por lesão autoprovocada, por faixa etária, segundo sexo, no RS, em 2023 (n =11.240)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Na figura 3, verifica-se que as maiores taxas de lesão autoprovocada no período estudado correspondem à faixa etária de 15 a 19 anos. Pode-se observar aumentos mais acentuados nas taxas de notificação das lesões autoprovocadas, nas faixas etárias entre 10 e 29 anos, no período de 2017 a 2019, retomando um aumento expressivo nos anos de 2022 e 2023.

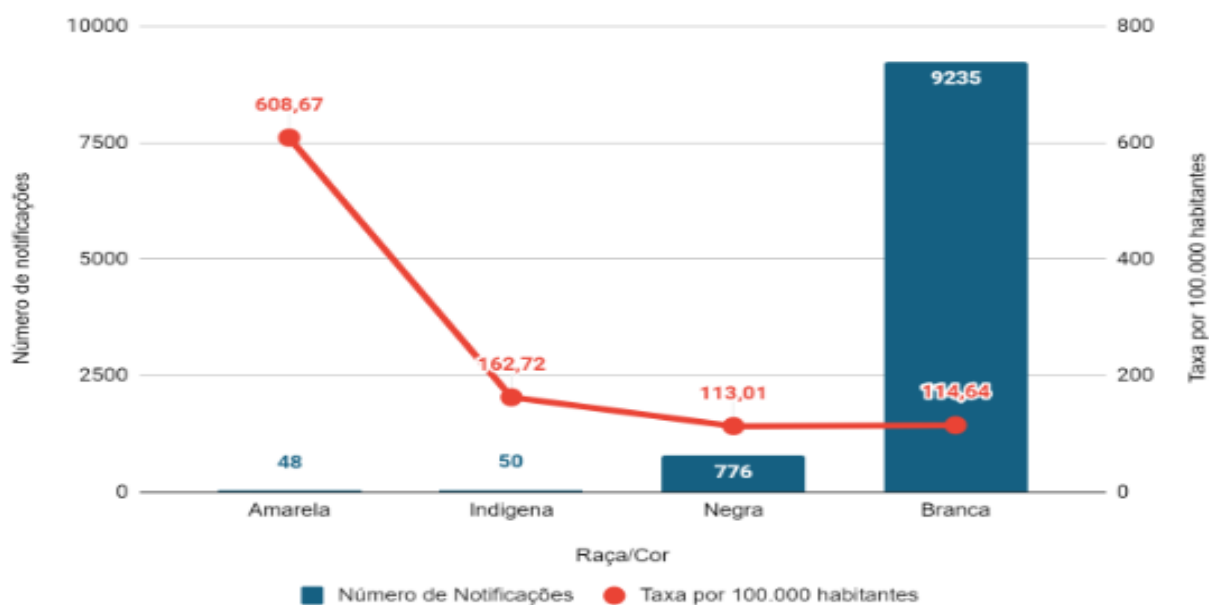
**Figura 3.** Evolução da taxa de notificação de violência por lesão autoprovocada, segundo faixa etária, RS, de 2015 a 2023 (n=69.689)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Quanto à raça/cor, observa-se, no ano de 2023, que a taxa de notificação de lesão autoprovocada para indivíduos da raça/cor branca é semelhante, quase se igualando, à taxa para pessoas com a raça/cor negra (soma de pardos e pretos). Pessoas com raça/cor amarela apresentaram a maior taxa, seguidas por aquelas de raça/cor indígena, em relação ao risco de atentar contra a própria vida

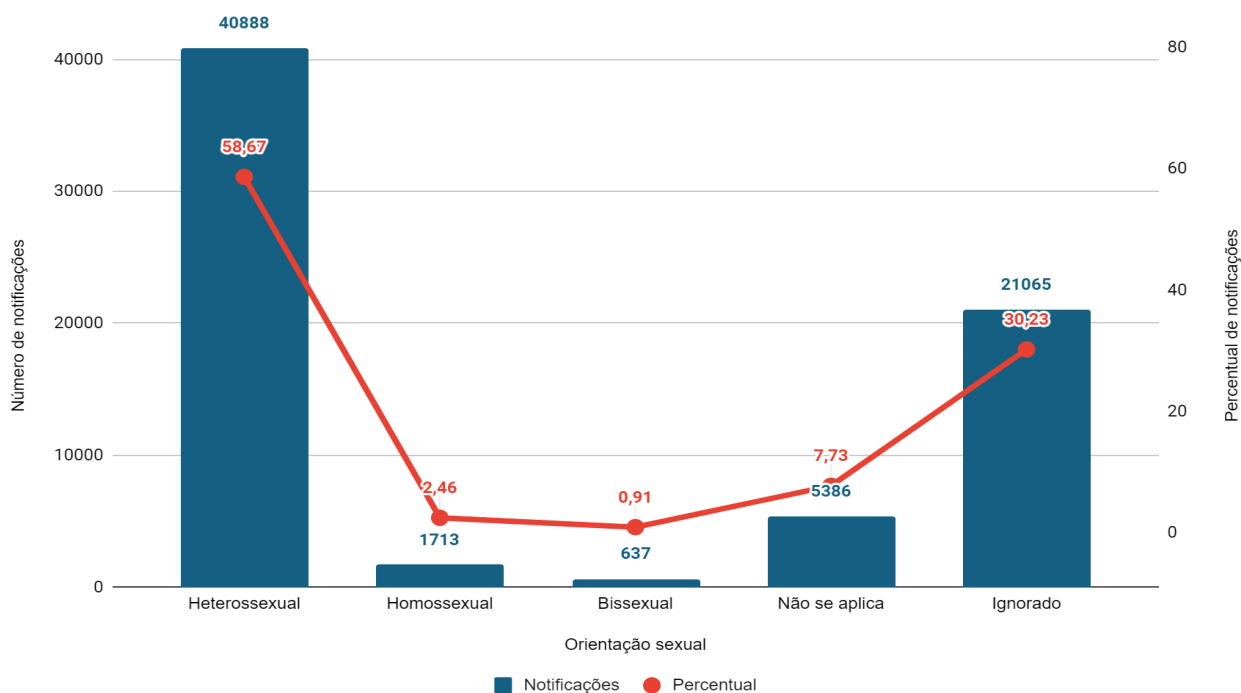
**Figura 4.** Número e taxa de notificações de violência por lesão autoprovocada, por raça/cor, no RS, em 2023 (n=11.241)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Entre 2015 e 2023, no que se refere à orientação sexual, 58,67% das notificações foram de heterossexuais; 2,46% de homossexuais, gays e lésbicas; e 0,91% de bissexuais. Chama a atenção o percentual de fichas (37,96%) com incompletude de dados para esta variável.

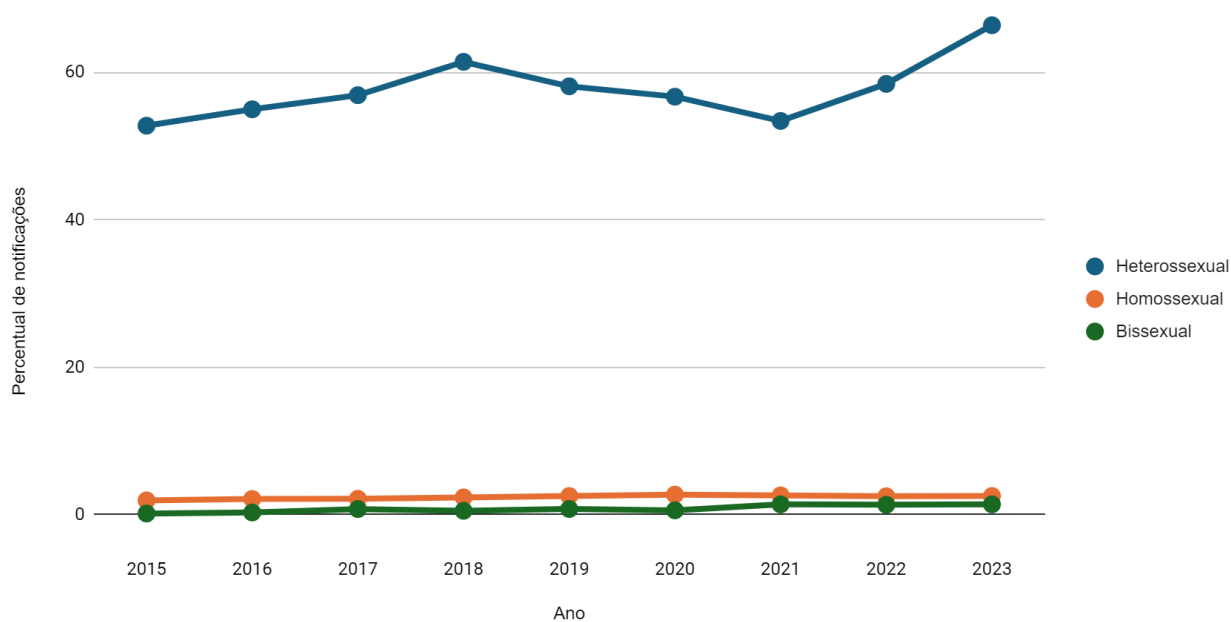
**Figura 5.** Número e percentual de notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo orientação sexual, no RS, de 2015 a 2023 (n=69.689)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

A Figura 6 exibe a evolução temporal, de 2015 a 2023, da distribuição percentual entre as categorias da variável orientação sexual. Tal distribuição considerou apenas as categorias de interesse para esta variável: heterossexual, homossexual e bissexual.

**Figura 6.** Evolução do percentual notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo orientação sexual, no RS, de 2015 a 2023 (n=43.238)

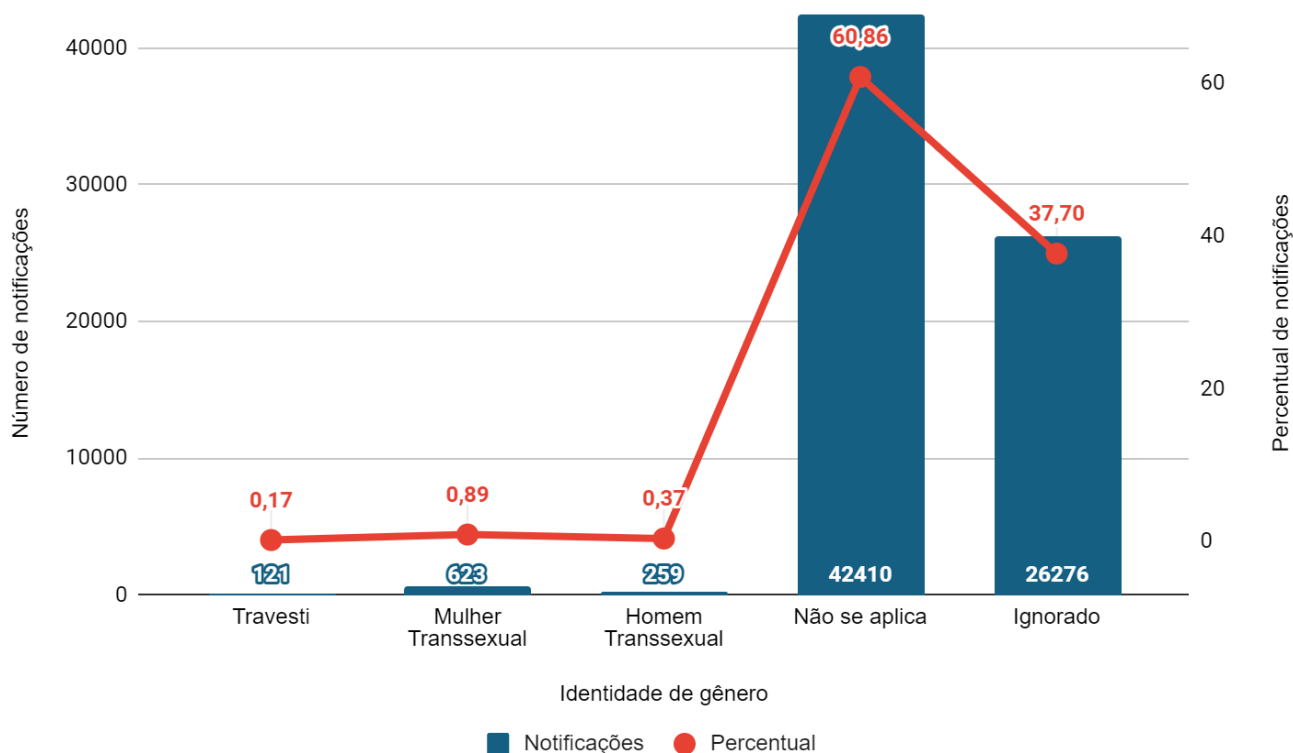


Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.



Destaca-se, na figura 7, o elevado número de notificações com o preenchimento no campo de “ignorado/em branco” (37,70%) e “não se aplica” com relação à variável identidade de gênero (60,86%). O campo “não se aplica” deve ser utilizado em duas situações: quando a identidade de gênero coincide com o sexo designado ao nascer, ou seja, a pessoa percebe-se como cisgênera; e, quando se tratam de crianças menores de 10 anos.

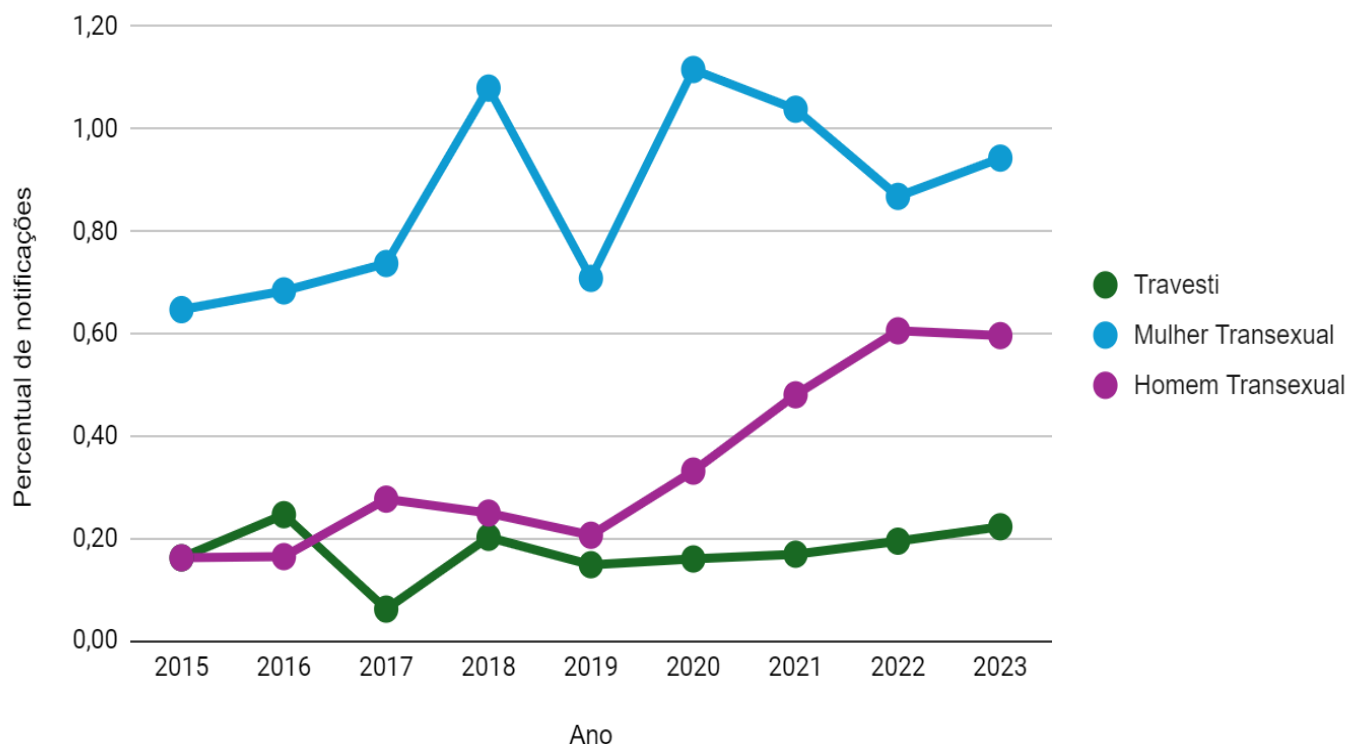
**Figura 7.** Número e percentual de notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo identidade de gênero, no RS, de 2015 a 2023 (n=69.689)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

A Figura 8 exibe a evolução temporal, de 2015 a 2023, da distribuição percentual entre as categorias da variável identidade de gênero. Tal distribuição considerou apenas as categorias de interesse para esta variável: travesti, mulher transexual e homem transexual. Percebe-se que Mulheres Transexuais apresentaram maiores proporções ao longo de todo o período. Adicionalmente, ocorreu um aumento na proporção de notificações de homens transexuais a partir de 2020.

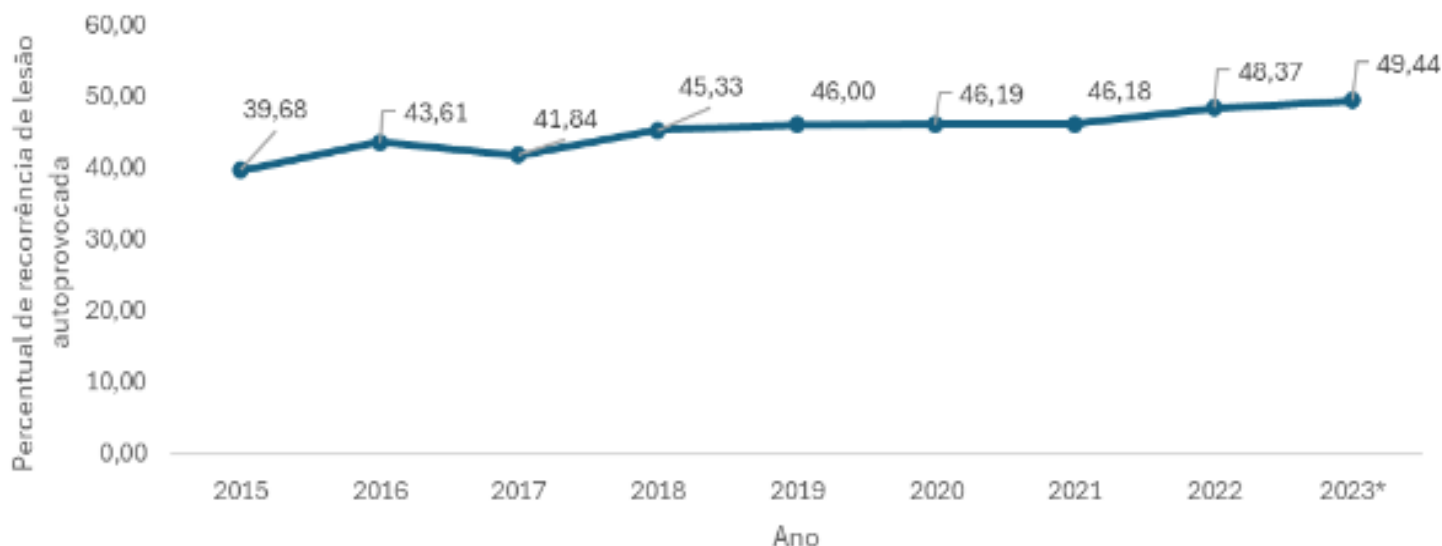
**Figura 8.** Evolução do percentual de notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo identidade de gênero, no RS, de 2015 a 2023 (n=1.003)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Na figura 9, ao analisar o percentual de notificações das lesões autoprovocadas que ocorreram mais de uma vez com a mesma pessoa (reincidência auto-referida), de 2015 a 2023, observa-se aumento ao longo da série histórica, que atingiu 49,44% em 2023. No mesmo sentido, a literatura estima que 50% das pessoas atendidas nos prontos-socorros por tentativa de suicídio já haviam tentado previamente (Cais *et al.*, 2009).

**Figura 9.** Evolução do percentual de reincidência nas notificações de violência por lesão autoprovocada, no RS, de 2015 a 2023 (n = 69.505)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

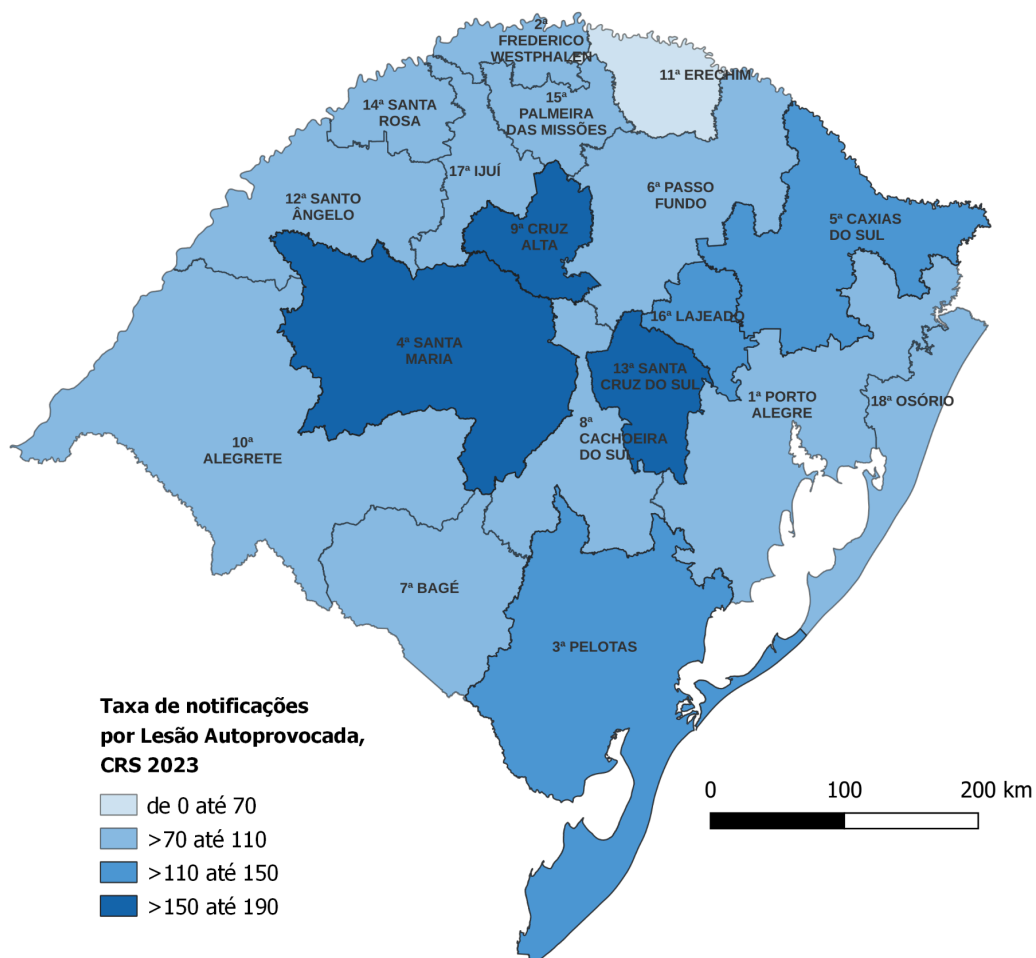
A tabela 1 apresenta as Coordenadorias Regionais de Saúde/CRSs por taxa de notificação de lesão autoprovocada, sendo que as que tiveram as maiores taxas, em 2023, foram a 13ª (185,88), 9ª (176,57) e 4ª (170,44).

**Tabela 1.** Notificação de lesão autoprovocada por Coordenadoria Regional de Saúde e taxa por 100 mil habitantes, RS, 2023

CRS/SEDE	Nº notificações	Taxa por 100 mil hab.
13° Santa Cruz do Sul	622	185,88
09° Cruz Alta	211	176,57
04° Santa Maria	941	170,44
05° Caxias do Sul	1681	142,57
16° Lajeado	456	133,75
03° Pelotas	1072	129,40
10° Alegrete	448	105,73
06° Passo Fundo	598	94,57
18° Osório	357	93,75
08° Cachoeira do Sul	172	90,15
17° Ijuí	185	85,40
07° Bagé	146	82,72
01° Porto Alegre	3612	82,61
14° Santa Rosa	172	81,35
02° Frederico Westphalen	138	80,80
15° Palmeira das Missões	117	76,71
12° Santo Ângelo	199	76,12
11° Erechim	106	48,09
<b>Total</b>	<b>11233</b>	<b>Taxa média = 107,58</b>

Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

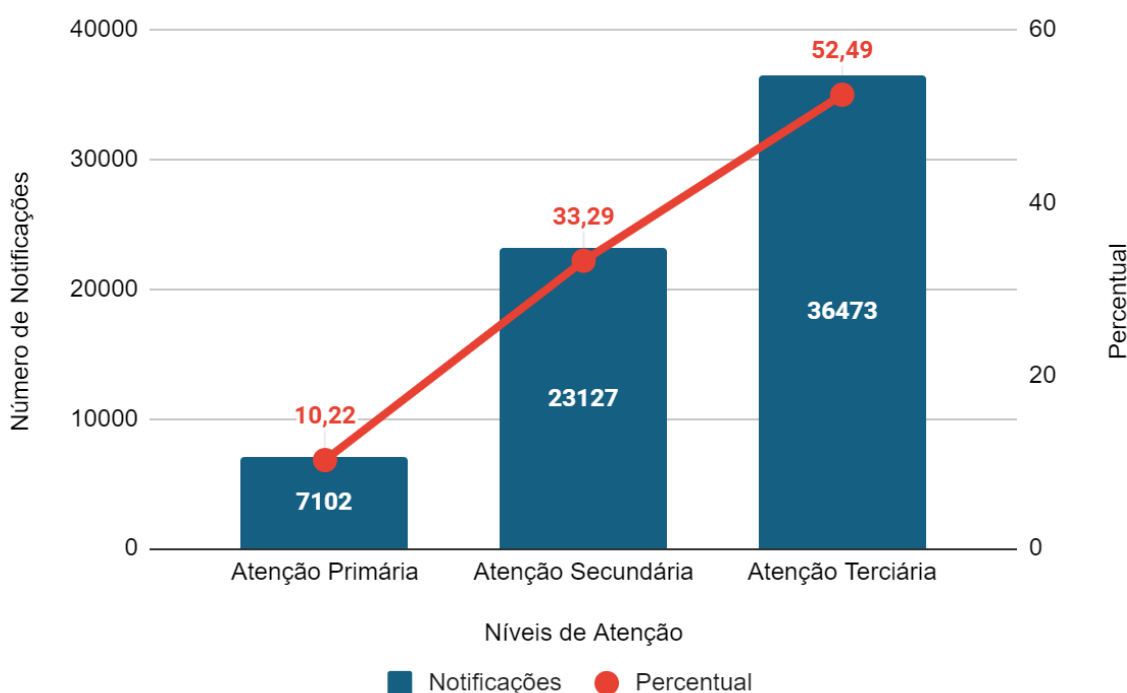
**Figura 10.** Taxa de notificações de lesão autoprovocada, por Coordenadoria Regional de Saúde, no RS, 2023



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Quanto ao nível de atenção do estabelecimento de saúde notificador, 52,49% das notificações foram realizadas pela atenção terciária, incluindo serviços de urgência/emergência e hospitais, possivelmente em decorrência da gravidade do estado de saúde da vítima (Figura 10). Na atenção primária, foram realizadas 7.102 notificações, o que representa somente 10,22% dos registros, entre 2015 e 2023.

**Figura 11.** Número e proporção de notificações de violência por lesão autoprovocada, por nível de atenção do estabelecimento notificador, no RS, de 2015 a 2023 (n=69.481)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

### Onde são registrados os dados de comportamento autolesivo e tentativa de suicídio?

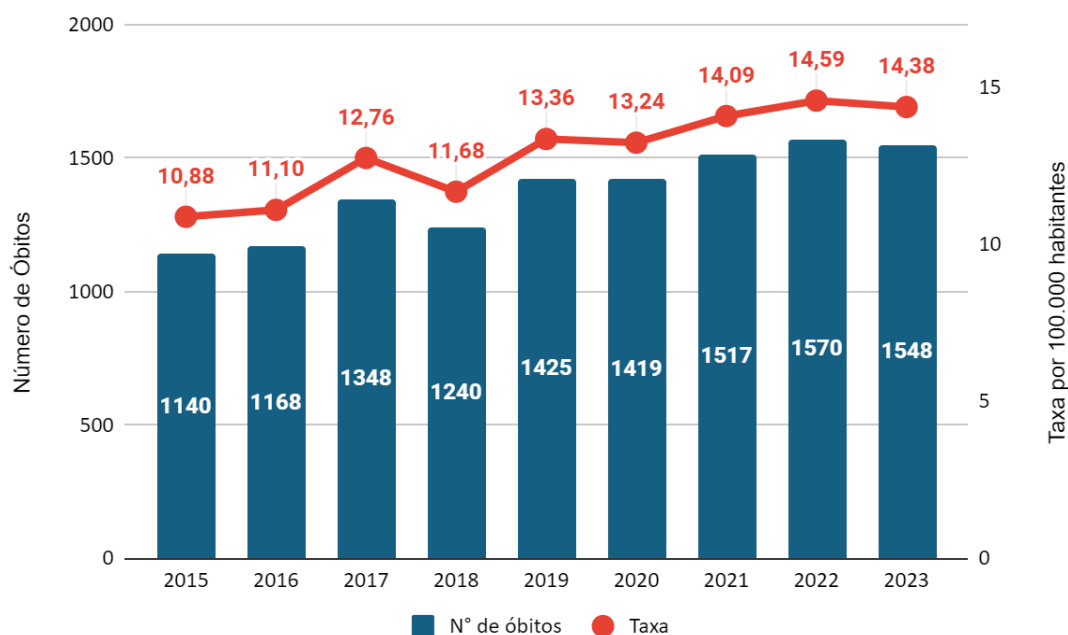
Os dados são registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN que é alimentado pelas secretarias municipais de saúde a partir das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Os profissionais de saúde e da rede intersetorial são os agentes notificadores.

A notificação do comportamento autolesivo e da tentativa de suicídio é compulsória e deve ser feita em até 24 horas, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos, conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271, de 6 de junho de 2014, O Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis/NVDANT/SES/RS é responsável, entre outras atividades, pela qualificação, organização e transmissão de dados ao DATASUS-MS.

### 3.2 Mortalidade por Suicídio

O Rio Grande do Sul, historicamente, apresenta as maiores taxas de mortalidade por suicídio do país. Entre 2015 e 2023, as taxas de mortalidade por suicídio no estado aumentaram 32,17%, passando de 10,8 para 14,38 por 100 mil habitantes. Em 2023, ainda que os dados sejam preliminares, foram registradas 1.548 mortes por esse agravo. No período referido, a maior taxa de mortalidade por suicídio ocorreu em 2022: 14,59 por 100 mil habitantes.

**Figura 12.** Evolução do número de óbitos e da taxa de suicídio por 100 mil habitantes, no RS, 2015 a 2023\* (n=12.376)

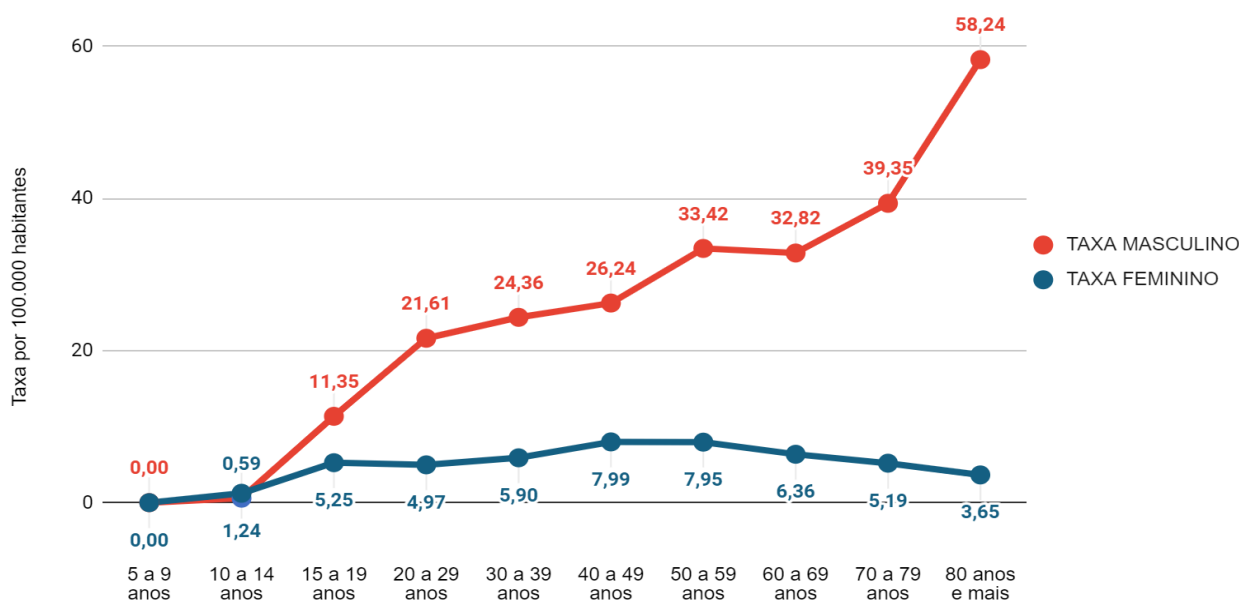


Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Aproximadamente oitenta por cento dos suicídios (80,04%) registrados no RS, em 2023, foram de pessoas do sexo masculino e 19,96% do sexo feminino. Portanto, o sexo masculino superou em 4 vezes o valor atingido pelo sexo feminino.

Ao analisar as taxas de suicídio por faixa etária (Figura 13), observa-se diferenças relevantes entre homens e mulheres. Dentre homens, as taxas aumentaram progressivamente com a idade, atingindo seu ápice em idosos acima de 80 anos (58,24 óbitos por 100 mil habitantes). Em contrapartida, dentre mulheres o risco de suicídio foi maior entre 40 e 49 anos (7,99 óbitos por 100 mil), seguido de declínio das taxas à medida que a idade aumenta.

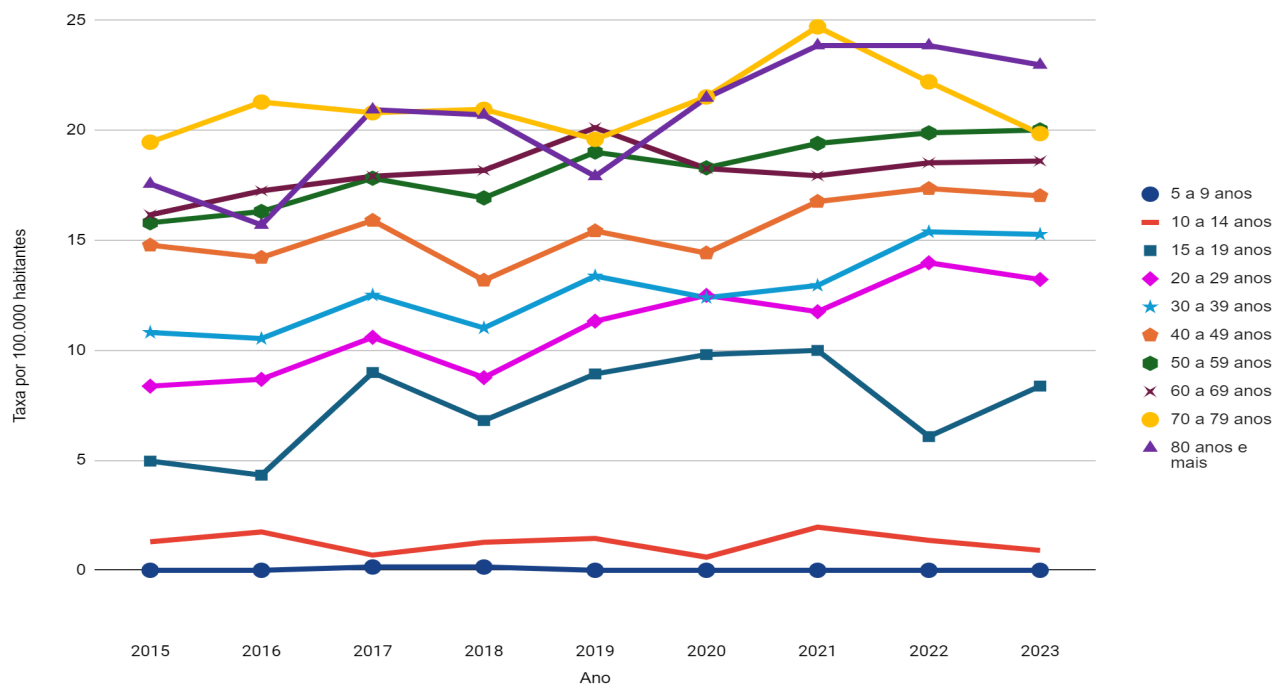
**Figura 13.** Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, segundo a faixa etária, estratificada por sexo, no RS em 2023\* (n =1.548)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS



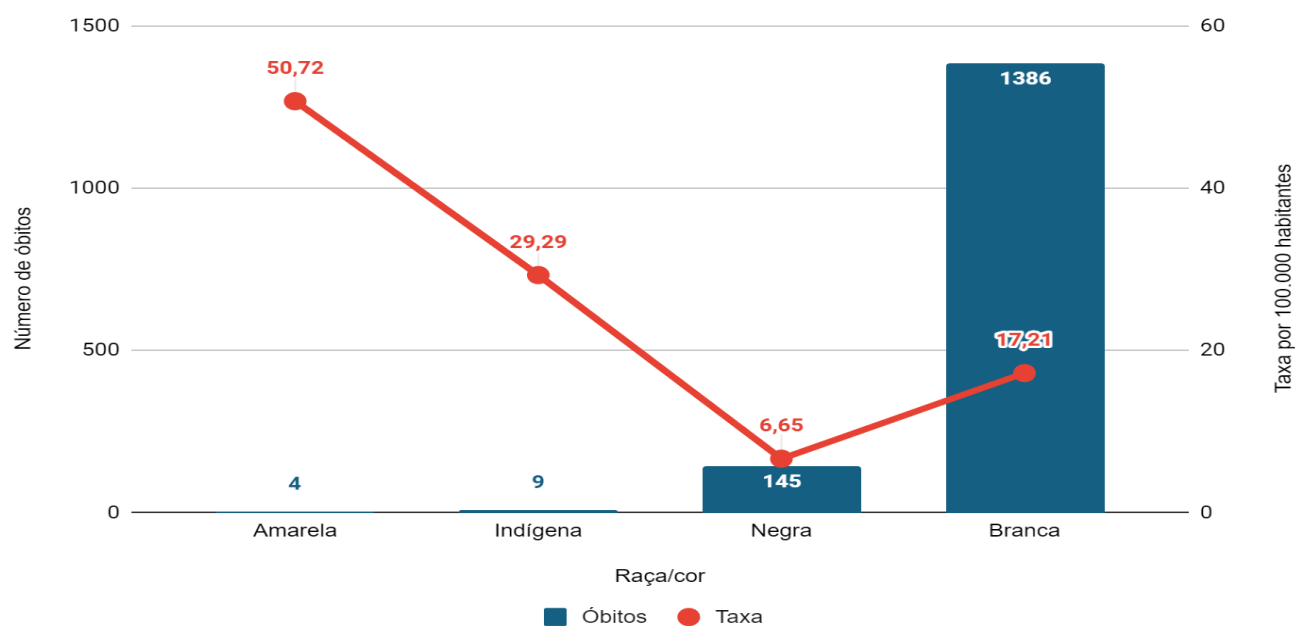
**Figura 14.** Evolução da taxa de mortalidade por suicídio, segundo a faixa etária, no RS, 2015 a 2023\* (n=12.347)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

As maiores taxas de mortalidade por suicídio ocorreram entre pessoas da raça/cor amarela e indígena (Figura 15), ainda que tais óbitos representem números absolutos muito inferiores aos ocorridos em pessoas da raça/cor branca e negra (soma de pretos e pardos). As taxas elevadas devem-se ao tamanho da população dos dois grupos.

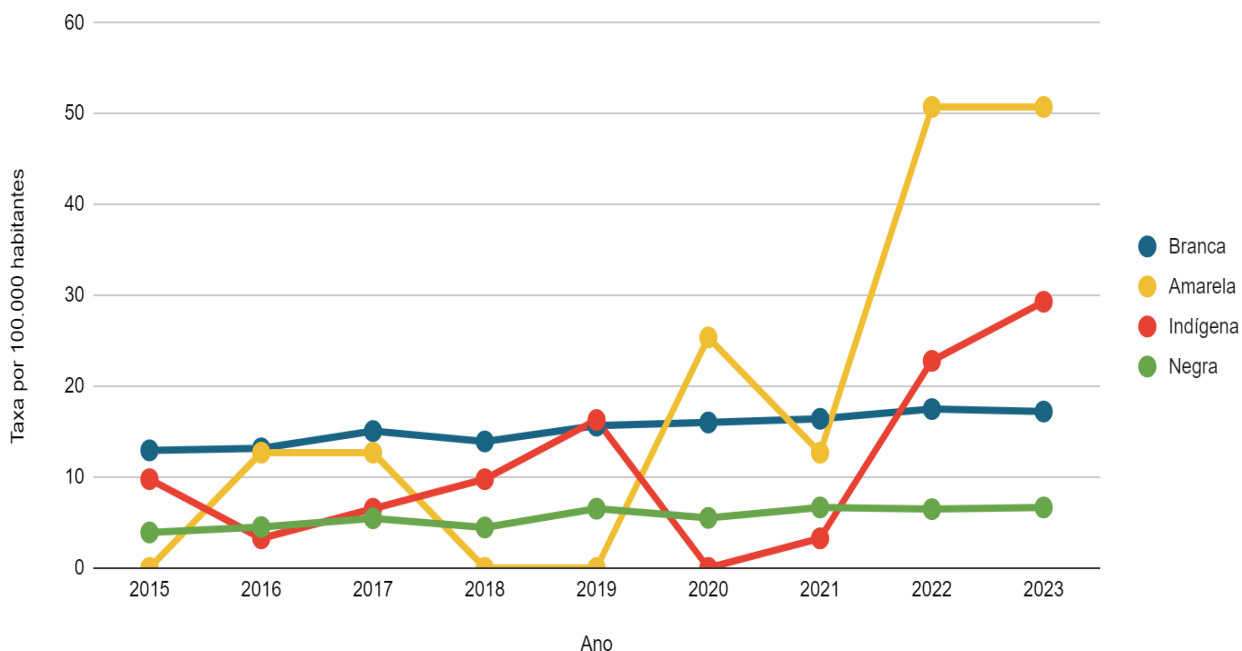
**Figura 15.** Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, segundo raça/cor, no RS em 2023\* (n=1.548)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

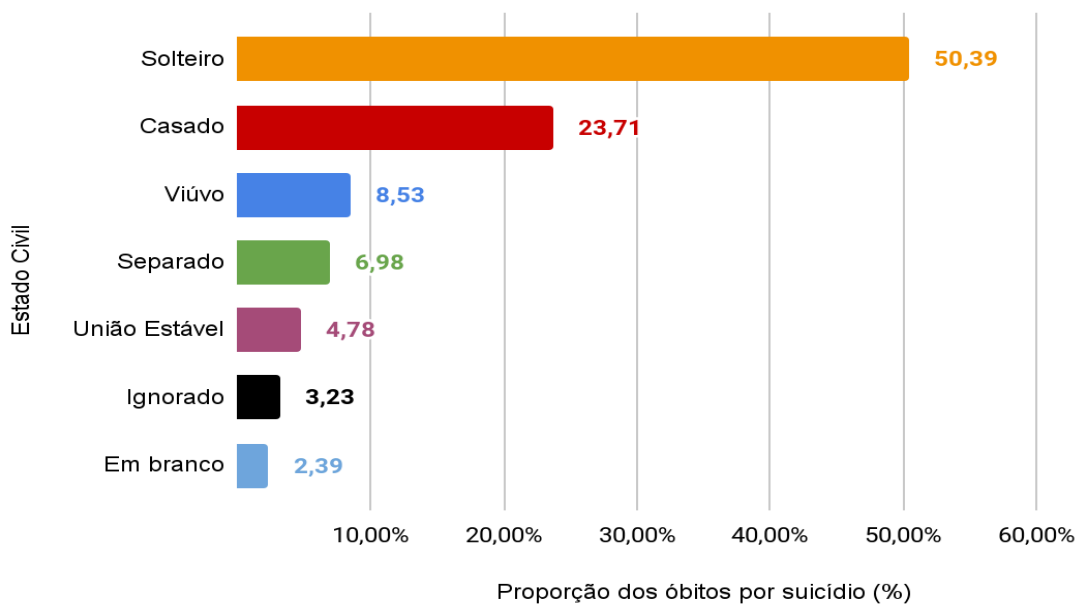
No período de 2015 a 2023\*, considerando o quesito raça/cor, identifica-se que a partir do ano de 2021 houve um incremento nas taxas de suicídio para a população amarela e indígena (Figura 16).

**Figura 16.** Evolução da taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, segundo raça/cor, no RS, de 2015 a 2023\* (n=12.347)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

**Figura 17.** Distribuição dos óbitos por suicídio, segundo estado civil, no RS, em 2023\* (n=1.548)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Quanto ao local dos óbitos, em 2023\*, a maior parte ocorreu no domicílio (67,65%), seguido de hospitais (9,4%), demais serviços de saúde (6,5%) e outros locais (16,6%).

O total de mortes por suicídio, em 2023\*, é apresentado, na tabela 2, por Coordenadorias Regionais de Saúde/CRSs, de acordo com a residência da vítima. Constata-se que as maiores taxas de óbito por suicídio ocorreram na 2ª, 9ª, 12ª, 6ª e 11ª CRS, respectivamente.

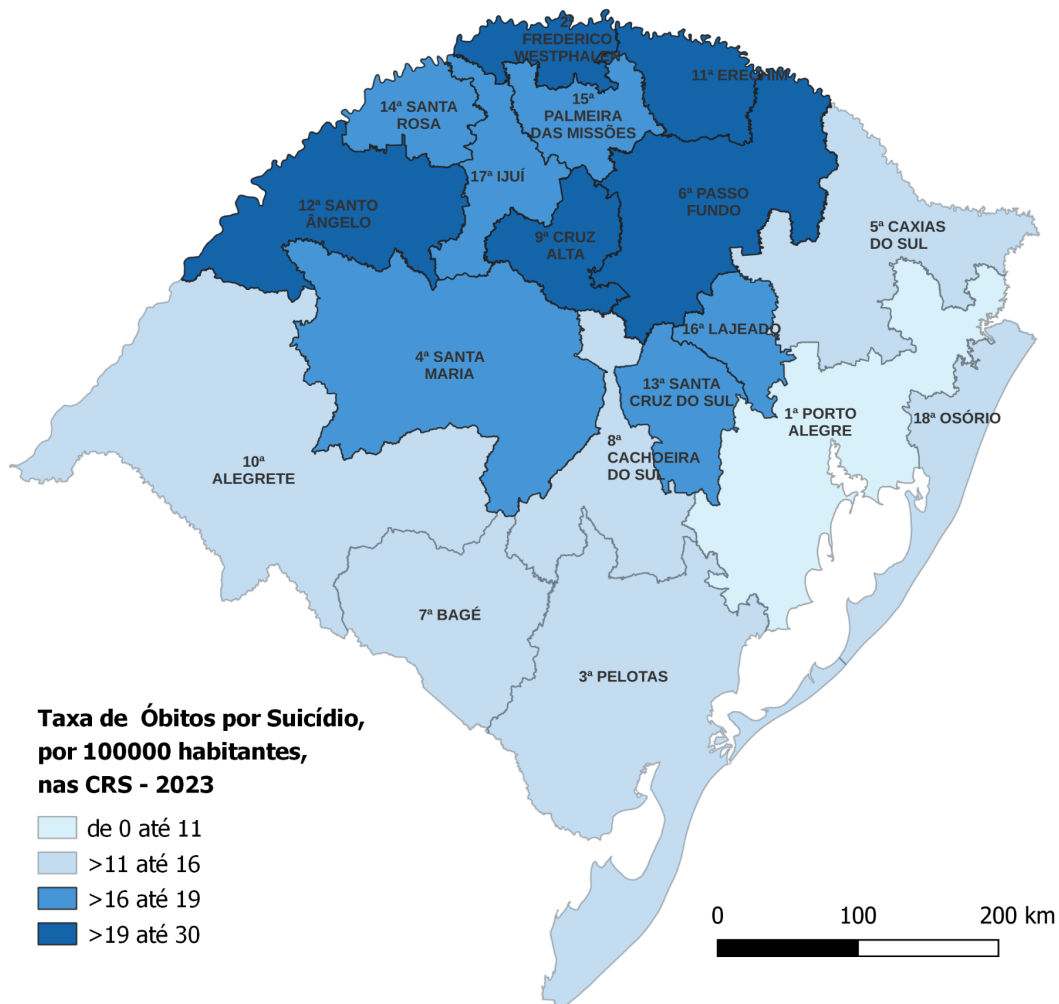
**Tabela 2.** Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, em 2023\*

CRS/SEDE	Nº Óbitos	Taxa por 100 mil hab.
02ª - Frederico Westphalen	51	29,86
09ª - Cruz Alta	25	20,92
12ª - Santo Ângelo	52	19,89
06ª - Passo Fundo	123	19,45
11ª - Erechim	42	19,06
13ª - Santa Cruz do Sul	59	17,63
17ª - Ijuí	37	17,08
14ª - Santa Rosa	36	17,03
16ª - Lajeado	58	17,01
04ª - Santa Maria	93	16,84
15ª - Palmeira das Missões	25	16,39
08ª - Cachoeira do Sul	30	15,72
03ª - Pelotas	126	15,35
10ª - Alegrete	65	15,34
18ª - Osório	58	15,23
05ª - Caxias do Sul	173	14,67
07ª - Bagé	23	13,03
01ª - Porto Alegre	466	10,64
De outro Estado	6	-
<b>Total</b>	<b>1548</b>	<b>Taxa média = 17,29</b>

Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

O mapa apresentado (Figura 18) mostra que as maiores taxas de mortalidade por suicídio, em 2023, ocorreram nas CRSs localizadas ao norte do estado: centro-norte, mesorregião e noroeste.

**Figura 18.** Taxa de mortalidade por suicídio, por Coordenadoria Regional de Saúde, no RS, em 2023\* (n = 1.548)



Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

Dentre os 43 municípios gaúchos com mais de 50 mil habitantes, foram listados, na tabela 3, os 20 municípios com maiores taxas de mortalidade por suicídio em 2023\*. Dentre eles, evidenciam-se as taxas mais elevadas em: São Gabriel (29,18), Carazinho (25,57) e Venâncio Aires (24,80). Os primeiros quatorze municípios, destacados na referida tabela, tiveram taxas iguais ou superiores à taxa do estado, em 2023\*, a qual foi de 14,38 óbitos por 100 mil habitantes.

**Tabela 3.** Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio nos 20 municípios do RS com as maiores taxas em 2023\*, dentre municípios com mais de 50 mil habitantes

Município (+ 50.000 hab.)	Nº Óbitos	Taxa por 100 mil hab.
São Gabriel	17	29,18
Carazinho	15	25,57
Venâncio Aires	17	24,80
Taquara	12	22,23
Santo Ângelo	15	20,58
Santana do Livramento	13	18,38
Cruz Alta	10	17,93
Passo Fundo	34	17,65
Erechim	17	16,78
Rio Grande	32	16,08
Esteio	12	15,35
Santa Cruz do Sul	19	15,21
Lajeado	12	14,83
Vacaria	9	14,48
Cachoeira do Sul	11	14,31
Pelotas	45	13,89
Caxias do Sul	66	13,45
Sapiranga	10	13,36
Canguçu	7	13,20
Farroupilha	9	12,94

Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), estima-se que ocorrem 20 tentativas de suicídio para cada óbito em adultos. A tabela 4 retrata o número absoluto de suicídios ocorridos em 2023\* e os valores estimados de tentativas de suicídio a partir dessa proporção (20:1), a fim de se comparar tais estimativas com os números de notificações de lesão autoprovocada que foram registradas no Sinan em 2023\*.

Constatou-se, no ano de 2023\*, que os maiores percentuais de registros no Sinan, em relação aos números estimados de notificações (baseados nos óbitos registrados), foram na 13ª CRS, sede Santa Cruz do Sul (52,71%); 4ª CRS, sede Santa Maria (50,59%); 5ª CRS, sede Caxias do Sul (48,58%) e 3ª CRS, sede Pelotas (42,54%).

Cabe salientar que tais registros não se referem apenas a adultos nem diferenciam o comportamento autolesivo da tentativa de suicídio, o que significa que as proporções de notificações em relação ao estimado para o território são ainda menores.

**Tabela 4.** Número de óbitos por suicídio, estimativa de número de tentativas de suicídio e notificações de lesão autoprovocada, registradas no Sinan (número e %), por Coordenadoria Regional de Saúde, no RS, em 2023\*

CRS/SEDE	Nº Óbitos	Notificações Estimadas	Notificação no Sinan	
			Nº	%
13ª - Santa Cruz do Sul	59	1180	622	52,71
04ª - Santa Maria	93	1860	941	50,59
05ª - Caxias do Sul	173	3460	1681	48,58
03ª - Pelotas	126	2520	1072	42,54
09ª - Cruz Alta	25	500	211	42,20
16ª - Lajeado	58	1160	456	39,31
01ª - Porto Alegre	466	9320	3612	38,76
10ª - Alegrete	65	1300	448	34,46
07ª - Bagé	23	460	146	31,74
18ª - Osório	58	1160	357	30,78
08ª - Cachoeira do Sul	30	600	172	28,67
17ª - Ijuí	37	740	185	25,00
06ª - Passo Fundo	123	2460	598	24,31
14ª - Santa Rosa	36	720	172	23,89
15ª - Palmeira das Missões	25	500	117	23,40
12ª - Santo Ângelo	52	1040	199	19,13
02ª - Frederico Westphalen	51	1020	138	13,53
11ª - Erechim	42	840	106	12,62
De outro Estado	6	-	-	0
<b>Total</b>	<b>1548</b>	<b>30840</b>	<b>11233</b>	<b>36,42</b>

Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

No ano de 2023\*, pode-se identificar, na tabela 5, diferenças na distribuição das proporções de óbitos por suicídio quanto às estações do ano ( $p < 0,014$ ), meses ( $p < 0,040$ ) e turnos do dia ( $p < 0,0001$ ). Para os dias da semana, as diferenças são casuais ( $p > 0,321$ ). O verão foi a estação com maior percentual de óbitos (27%). Os meses que apresentaram maior percentual de óbitos foram: janeiro (9,3%), março (9,6%), outubro (9,6%) e dezembro (9,5%). Com relação ao turno, o percentual mais elevado foi o da manhã (31,1%). Observa-se que mais da metade dos óbitos (57,7%) ocorreram pela manhã e à tarde. Não foram realizados estudos comparativos com os anos anteriores.

**Tabela 5.** Caracterização dos óbitos por suicídio, segundo estações do ano, meses, dias da semana, turnos do dia, no RS, 2023\* (n=1.548).

	Feminino		Masculino		Total	
	Nº. Óbitos	%	Nº. Óbitos	%	Nº. Óbitos	%
<b>Estação do Ano*</b>						
Outono	79	25,6	308	24,9	387	25,0
Inverno	63	20,4	272	22,0	335	21,6
Primavera	80	25,9	328	26,5	408	26,4
Verão	87	28,2	331	26,7	418	27,0
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	<b>1239</b>	<b>100</b>	<b>1548</b>	<b>100</b>
<b>Mês</b>						
Janeiro	38	12,3	106	8,6	144	9,3
Fevereiro	24	7,8	102	8,2	126	8,1
Março	25	8,1	123	9,9	148	9,6
Abril	28	9,1	94	7,6	122	7,9
Mai	26	8,4	110	8,9	136	8,8
Junho	20	6,5	95	7,7	115	7,4
Julho	22	7,1	86	6,9	108	7,0
Agosto	25	8,1	86	6,9	111	7,2
Setembro	19	6,1	93	7,5	112	7,2
Outubro	28	9,1	120	9,7	148	9,6
Novembro	23	7,4	108	8,7	131	8,5
Dezembro	31	10	116	9,4	147	9,5
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	<b>1239</b>	<b>100</b>	<b>1548</b>	<b>100</b>
<b>Dias da Semana</b>						
Segunda	46	14,9	197	15,9	243	15,7
Terça	51	16,5	186	15,0	237	15,3
Quarta	47	15,2	150	12,1	197	12,7
Quinta	41	13,3	185	14,9	226	14,6
Sexta	41	13,3	181	14,6	222	14,3
Sábado	40	12,9	168	13,6	208	13,4
Domingo	43	13,9	172	13,9	215	13,9
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	<b>1239</b>	<b>100</b>	<b>1548</b>	<b>100</b>
<b>Turno**</b>						
Madrugada	38	12,3	165	13,3	203	13,1
Manhã	93	30,1	389	31,4	482	31,1
Tarde	77	24,9	335	27,0	412	26,6
Noite	67	21,7	213	17,2	280	18,1
Não Respondido	34	11,0	137	11,1	171	11,0
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	<b>1239</b>	<b>100</b>	<b>1548</b>	<b>100</b>

Fonte: Sinan - Secretaria Estadual de Saúde do RS.

\*Foram consideradas as estações de acordo com o Instituto Nacional de Meteorologia, com o outono iniciando no dia 20 março às 00h06, o inverno iniciando no dia 20 de junho às 17h51, a primavera iniciando no dia 22 de setembro às 09h44 e o verão iniciando

dia 21 de dezembro às 06h20.

\*\*Foram considerados as seguintes informações sobre os turnos: a madrugada sendo durante o período das 00h00 às 06h00, a manhã sendo durante o período das 06h01 às 12h00, à tarde sendo durante o período das 12h01 às 18h00 e a noite sendo durante o período das 18h01 às 23h59.

### Onde são registrados os dados de mortalidade por suicídio?

São registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM. Esse sistema é alimentado pelas secretarias municipais de saúde-SMS, Coordenadorias Regionais de Saúde-CRSs e pelo Núcleo de Informações em Saúde-NIS a partir das Declarações de Óbito (DO) que, no caso de morte por suicídio, somente podem ser emitidas por médicos legistas.

O NIS/SES/RS é responsável, entre outras atividades, pela descentralização do sistema e também por avaliar e consolidar os dados, para remetê-los regularmente ao Departamento de Informação DATASUS do MS, conforme portaria 11/2009.

## 4. Discussão

No período analisado (2015-2023), foram registrados 12.376 óbitos por suicídio no Rio Grande do Sul, destes, 80,4% dos casos foram praticados por homens. Com isso, é possível afirmar que, no estado, assim como acontece em muitos países, o risco para suicídio foi 4 vezes maior para o sexo masculino.

Com o envelhecimento, as taxas de suicídio entre os homens sofreram incremento progressivo, chegando ao maior índice em idosos com idade igual ou superior a 80 anos (58,24 óbitos por 100 mil habitantes), conforme demonstrado anteriormente. Por sua vez, o risco de suicídio entre as mulheres diminuiu com o avançar da idade, sendo mais elevado entre os 40 e os 59 anos (8,0 óbitos por 100 mil habitantes).

Essa diferença de padrão entre homens e mulheres está relacionada, somado a outros fatores, a questões culturais. Em geral, os homens, na velhice, enfrentam o prejuízo no desempenho sexual, a interrupção do trabalho, a perda de *status* e do lugar de provedor da família. Além disso, a diminuição da autonomia e, por consequência, a maior necessidade de suporte social levam muitos idosos a crer que são um peso para os seus familiares.

Entre 2015 e 2023, houve 11.205 notificações de lesão autoprovocada, sendo que aproximadamente 70% foram praticadas por mulheres. Ao contrário dos homens, são elas que avolumam os índices de tentativa de suicídio, ainda que os óbitos por esse agravo sejam menores dentre mulheres. Esse paradoxo pode estar relacionado ao fato de que as mulheres utilizam métodos de menor letalidade na tentativa de suicídio.

Nos jovens, as taxas de lesão autoprovocada (comportamento autolesivo e tentativa de suicídio) foram expressivamente maiores na faixa etária de 15 a 19 anos,



entre meninas (442,22 por 100 mil habitantes) e meninos (144,65 por 100 mil habitantes). Para os adolescentes, são apontados como fatores de risco: baixo rendimento escolar, conflitos geracionais, uso de substâncias psicoativas, discriminação no ambiente escolar, cyberbullying, abuso sexual, dificuldade para estabelecimento de vínculos afetivos, negligência, abandono, violência psicológica e física, entre outros.

Quanto à violência autoprovocada na população LGBTQIAPN+, de modo geral, percebe-se que, no Brasil, há escassez de informações (Pinto et al., 2020), o que torna essencial a identificação desta população nas notificações de violência, por serem um dos únicos mecanismos oficiais de registro (Cerqueira; Bueno, 2024).

Sobre a orientação sexual, os indicadores sinalizam que ainda há dificuldades por parte dos/as profissionais da saúde em questionar os/as usuários/as sobre a expressão da sua sexualidade (Santos et al., 2022). Muito disso deve-se às práticas discriminatórias em serviços de saúde e aos estigmas contra essa população (Pinto et al., 2020).

No que se refere à identidade de gênero, chama a atenção os baixos percentuais de registro de lesão autoprovocada entre travestis, mulheres e homens transsexuais em comparação a pessoas cisgêneras. Embora a literatura indique que a população LGBTQIAPN+ tem elevadas taxas de violência autoprovocada (Santos et al., 2022), devido a subnotificação e a incompletude de dados no registro, esse fenômeno acaba sendo invisibilizado.

Sabe-se que o risco de suicídio é mais elevado em pessoas com orientações sexuais dissidentes e transgeneridade que na população em geral. O preconceito em relação às diferentes formas de expressão da sexualidade e da identidade de gênero na família, na escola, no trabalho e nos serviços de saúde aumenta a sensação de desamparo e, conseqüentemente, a probabilidade do desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade (Solka; Cruz, 2022).

Em relação ao quesito raça/cor, destaca-se o aumento das taxas de suicídio, a partir de 2021, entre a população amarela e indígena. Dentre os principais fatores de risco apontados para a morte autoprovocada entre os povos originários estão a aculturação, a desterritorialização e violação de direitos fundamentais e, por conseguinte, o aumento de uso de álcool (Araújo et al., 2023; Brasil 2020).

Quanto à distribuição de óbitos no espaço e no tempo, chama a atenção o fato de que os suicídios foram mais frequentes no domicílio, nos turnos da manhã e da tarde, período em que as vítimas encontram-se sozinhas, para evitar, assim, a intervenção de socorro dos seus familiares. Em relação aos dias da semana, a distribuição de óbitos não apresentou diferenças. Embora tenham sido identificadas variações na frequência dos óbitos entre os meses e as estações do ano, suas magnitudes não foram suficientemente grandes para determinar um período do ano de maior risco de suicídio para a população. Cabe ressaltar que, no Rio Grande do Sul como um todo, o fenômeno da morte autoprovocada é um problema de saúde

premente. O problema é ainda mais preocupante no norte, centro-norte e mesorregião do noroeste do estado, onde as taxas de mortalidade variaram de 19 a 30 óbitos por 100 mil habitantes no ano de 2023\*.

No período de 2015 a 2023, chama a atenção o fato de que a Atenção Primária em Saúde, porta de entrada do sistema, obteve o menor percentual (10,22%) de notificações de comportamento autolesivo e tentativa de suicídio. Isso demonstra que os serviços ainda não identificam as diferentes manifestações de sofrimento mental, que, por vezes, acabam sendo expressas, pela população, por meio de queixas inespecíficas de saúde.

## 5. Considerações Finais

Os resultados apresentados mostram a necessidade **inadiável de superação do preconceito**, que ainda existe em relação ao **sofrimento mental**, e do estigma referente ao comportamento suicida. Além disso, as ações de promoção à vida não devem ser restritas ao mês de setembro, sendo necessário a abordagem do tema nos processos de educação permanente. Contudo, falar sobre o suicídio requer preparo e responsabilidade para evitar um efeito iatrogênico nos grupos de maior vulnerabilidade. Esse **compromisso** deve ser assumido por todos e, de modo especial, pelos **profissionais que utilizam os meios de comunicação e redes sociais**. A **informação** deve ser **voltada para a promoção da vida e não centrada na morte** e de preferência sempre com a divulgação de serviços disponíveis para o atendimento à população.

As pessoas que apresentam indícios de comportamento suicida necessitam ser acolhidas na Rede de Atenção Psicossocial, sendo que a **Atenção Primária em Saúde**, pelo cuidado territorial, **ocupa importante papel** no acompanhamento longitudinal, tendo em vista que muitos usuários(as) acabam sendo identificados pelo sistema nos serviços de urgência e emergência quando o caso está mais grave. Contudo, além dos cuidados individuais, **a prevenção do comportamento suicida não pode prescindir da inviolabilidade dos direitos sociais**, tais como o direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à segurança, à previdência social, à moradia, à proteção da maternidade e da infância. Ademais, é necessário enfrentar as diferentes expressões de violência que se constituem em fatores de risco para o suicídio, como: discriminação da comunidade LGBTQIAPN+, o abuso sexual de crianças e adolescentes, *bullying*, negligência de idosos, violência física e psicológica contra mulheres, violação das terras indígenas, imposição de um ideal de masculinidade tóxica aos homens, assédio moral no trabalho, racismo, entre outras.

A **notificação das lesões autoprovocadas e de outras formas de violência** constituem-se em **uma ferramenta essencial** para dar visibilidade à magnitude do fenômeno e subsidiar as políticas públicas de promoção da vida e prevenção do suicídio. **Esse desafio somente poderá ser alcançado com o engajamento de toda a rede intersetorial, pública e privada.**

## Referências

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

ARAUJO, J. A. P. et al. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. **The Lancet Regional Health. Americas**, [United Kingdom ], v. 26, local. 100591, Oct. 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00165-5/fulltext?uuiid%3A9839ea72-4676-4583-93e4-debed1a28f1e](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00165-5/fulltext?uuiid%3A9839ea72-4676-4583-93e4-debed1a28f1e). Acesso em: 4 set. 2024.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xY3cvFBxmGnnGYWcxjyrw5h>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 18, p. 37, 26 jan. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/01/2011&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=88>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. 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**: seção 1, Brasília, DF, n.108, p. 67-68, 9 jun. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/06/2014&jornal=1&pagina=67&totalArquivos=144>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 51, n. 37, p. 1-7, set. 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no37#:~:text=Analisando%20a%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20mortalidade,9%25%20\(Figura%20\) .](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no37#:~:text=Analisando%20a%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20mortalidade,9%25%20(Figura%20) .) Acesso em: 4 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, 6 fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações**

**Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021- 2030.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf) . Acesso em: 29 ago. 2024.

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

CAIS, C. F. S. et al. Factors associated with repeated suicide attempts. **Crisis**, [Germany], v. 30, n. 2, p. 73–78, Mar. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19525165/>. Acesso em: 2 ago. 2024.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. Bioestatística: Princípios e Aplicações, Brasil, Artmed, 2003.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2024.** Brasília, DF: Ipea; FBSP, 2024. 129 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/14031/12/AtlasViolencia2024.pdf> . Acesso em: 2 ago. 2024.

PINTO, I. V. et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [São Paulo], v. 23, local. e200006.SUPL.1, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjrbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 2 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Mortalidade no Rio Grande do Sul: série histórica de 2000 a 2015 de causas selecionadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil Estados 2018:** uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. p. 279-295. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_estados\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_mortalidade.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_estados_2018_analise_situacao_saude_mortalidade.pdf). Acesso em: 29 ago. 2024.

SANTOS, R. O. et al. Caracterização das notificações de violência autoprovocada em Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 15, n. 45, p. 26-47, 2022. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/cgt/article/view/13624>. Acesso em: 2 ago. 2024.

SOLKA, A. C.; CRUZ, C. W. Características das adolescências com comportamento autolesivo no Rio Grande do Sul: análise das notificações de violência autoprovocada do Sinan. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 10, n. 3, 2022. Disponível em: [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/9411](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/9411) . Acesso em: 29 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide:** a global imperative. Geneva:

WHO, 2014. 89 p. Disponível em:  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1)  
. Acesso em: 29 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. Geneva: WHO, 2021. 28 p. Disponível em:  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>  
. Acesso em: 29 ago. 2024.

## **Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde**

### **Divisão de Vigilância Epidemiológica**

#### Técnica

Ana Maria Nunes Mendes

Andreia Novo Volkmer

Cecília de Fátima Queiroz Rokembach

Eduardo Viegas da Silva

Marcia Elisa Krahl Fell

Roselaine Batista

#### Estagiários

Allan Henrique Almeida Terres

Fernanda Gonçalves Cavalheiro

Marina Madeira Silva

### **Divisão de Apoio Técnico**

#### Técnica

Adriana Schwanck de Bittencourt

## **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

### **Divisão Acadêmica e de Políticas Públicas de Educação em Saúde/Divisão de Pesquisa**

#### Técnica

Claudia Weyne Cruz

### **Divisão Acadêmica e de Políticas Públicas de Educação em Saúde**

#### Residente do Programa de Vigilância em Saúde

Gil Leonhardt Ramos