



## Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio

### INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno social que constitui um grave problema de saúde pública, especialmente no estado do Rio Grande do Sul (RS). Essa forma de violência autoinfligida, na qual o indivíduo intencionalmente tira a própria vida, resulta da interação de múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais.

O comportamento suicida pode ser descrito a partir de um espectro de manifestações, tais como automutilação (especialmente em jovens), ideias de morte, ideação suicida, plano, tentativa e suicídio consumado. O fenômeno impacta não apenas os sobreviventes (familiares e pessoas próximas à vítima), como a comunidade em geral. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), de seis a 10 pessoas são diretamente afetadas pela perda, com prejuízos emocionais, sociais ou econômicos.

Segundo dados da OMS (2014), uma pessoa tira a própria vida a cada 40 segundos. A taxa mundial de suicídio no ano de 2012 foi de 11,4 por 100 mil habitantes (15 para homens e 8 para mulheres), o que equivale a 804 mil mortes.

No Brasil, o suicídio é a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (BRASIL, 2017a). Conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde/DATASUS/MS (BRASIL, 2018), a taxa de óbitos por suicídio foi de 6,13 por 100 mil habitantes em 2016 (9,8 para homens e 2,5

para mulheres), o que representou 11.433 mortes. O Rio Grande do Sul, historicamente, tem apresentado as maiores taxas de suicídio do país.

Apesar da magnitude do problema, este fenômeno ainda é cercado de desconhecimento, em função de ser um tabu, o que justifica a necessidade de ações de informação e mobilização social em todos os níveis, inclusive entre os profissionais de saúde.

A notificação de violência autoprovocada, que compreende autoagressão e tentativa de suicídio (TS), tornou-se compulsória no Brasil a partir de 2011 (BRASIL, 2017b). O número de casos notificados cresce a cada ano, à medida que a rede de serviços vem sendo sensibilizada e capacitada, o que é fundamental para subsidiar a implementação de políticas públicas.

### OBJETIVO

Descrever o perfil epidemiológico do suicídio e das TS no RS para subsidiar intervenções de promoção da vida e prevenção do suicídio.

### MÉTODO

Foi realizada uma análise descritiva, com dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), gerenciados pela Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES/RS).

Avaliou-se a população de indivíduos com cinco ou mais anos de idade que tentou ou morreu por suicídio no período de 01 de janeiro a 31 de

dezembro de 2016 no estado do RS. O banco de dados foi exportado do SINAN em 03 de agosto de 2017 e, do SIM, em 27 de agosto de 2018.

Das notificações de violência autoprovocada do SINAN, foram selecionadas somente as que continham o termo “tentativa de suicídio” e suas variações (como “tentativa de enforcamento”). Excluíram-se as duplicidades (casos da mesma pessoa com mesma data de notificação) e os casos cuja data da notificação no SINAN coincidia com a do registro de suicídio no SIM, uma vez que óbitos devem ser registrados unicamente neste sistema.

Foram calculadas as taxas de TS por Região de Saúde de origem da notificação. Para as taxas de suicídio, considerou-se a Região de Saúde de residência do indivíduo. Tais taxas foram padronizadas por idade e sexo, utilizando-se o método direto e tendo a população do estado como padrão<sup>1</sup>. A distribuição dos dados foi analisada em relação às variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, local de ocorrência, raça/cor e estado civil. Utilizaram-se os *softwares Excel 2007*, para cálculo das taxas padronizadas e proporções, e *TabWin 3.5* para geração dos mapas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No RS foram registrados 1.166 óbitos por suicídio no ano de 2016, correspondendo a uma taxa de 11,0 por 100.000 habitantes (17,8 para homens e 4,5 para mulheres), aproximadamente o dobro da brasileira. No mesmo período, foram notificados 3.700 casos de violência autoprovocada. Destes, 1.837 foram classificados como TS de acordo com a metodologia descrita, o que equivale a uma taxa de 17,4 por 100.000 habitantes. Observou-se

<sup>1</sup> Empregou-se a estimativa de população de 5 anos de idade ou mais para o ano de 2015 da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), por ser a que apresenta dados mais atuais por sexo e faixa etária, dentre as disponíveis no site do DATASUS/MS.

variação relevante entre as 30 Regiões de Saúde para ambas as taxas (Tabela 1).

**Tabela 1** - Taxas de suicídio e de tentativa de suicídio por Região de Saúde, padronizadas por idade e sexo, RS, 2016

Região de Saúde do RS	Suicídio*	Tentativa**
01 Verdes Campos	13,9	31,8
02 Entre Rios	11,6	1,7
03 Fronteira Oeste	8,4	5,2
04 Belas Praias	12,8	26,5
05 Bons Ventos	14,3	9,6
06 V.Paranhana/C. Serra	7	8,8
07 Vale dos Sinos	11,7	7,3
08 Vale Caí/Metropolitana	7,6	12,8
09 Carbonífera/Costa Doce	9,0	4,1
10 Capital/Vale Gravataí	7,0	27,6
11 Sete Povos Missões	15,3	9,6
12 Portal das Missões	8,2	5,4
13 Diversidade	13,3	40,8
14 Fronteira Noroeste	12,0	11,8
15 Caminho das Águas	19,2	7,4
16 Alto Uruguai Gaúcho	13,4	4,5
17 Planalto	17,9	53,3
18 Araucárias	9,0	0,0
19 Botucaraí	21,9	23,7
20 Rota da Produção	16,0	0,6
21 Sul	11,9	3,3
22 Pampa	9,1	4,5
23 Caxias e Hortênsias	9,5	17,2
24 Campos de Cima Serra	11,8	2,3
25 Vinhedos e Basalto	9,6	22,4
26 Uva Vale	10,1	8,1
27 Jacuí Centro	16,3	22,2
28 Vale do Rio Pardo	17,2	29,9
29 Vales e Montanhas	12,3	9,1
30 Vale da Luz	16,4	51,8
<b>Total do Estado</b>	<b>11,0</b>	<b>17,4</b>

\*Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166)

\*\*Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837).

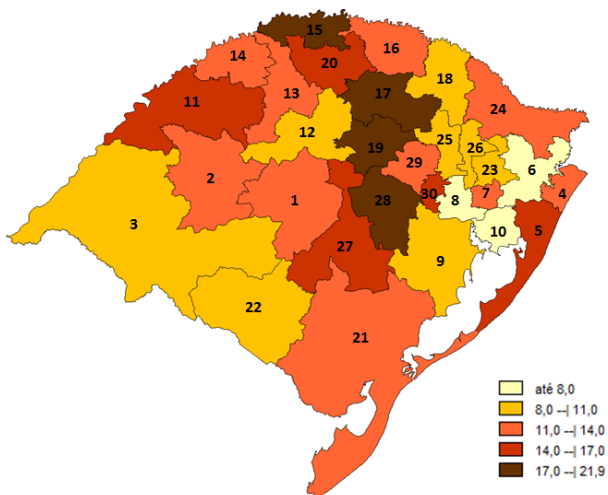
\*:\*\* Taxas por 100.000 habitantes.

As Regiões de Saúde 19 e 15, ao norte do estado, apresentaram as maiores taxas de suicídio, seguidas pelas Regiões 17 e 28 (Figura 1). Quanto

à notificação de TS, as Regiões 17 e 30 apresentaram as maiores taxas, seguidas pelas Regiões 13 e 01 (Figura 2).

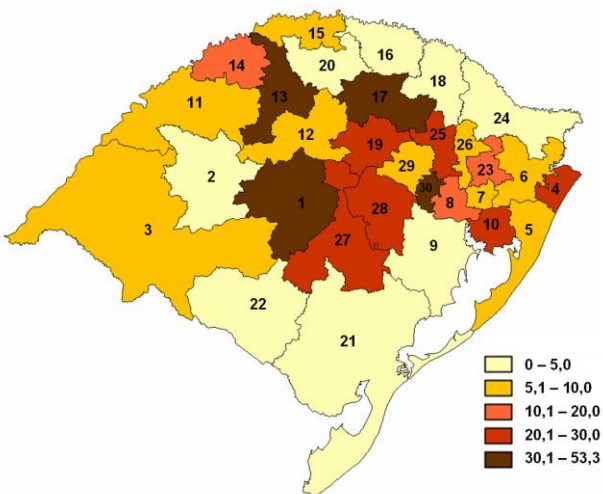
De acordo com a OMS (2014), espera-se que cada morte de adulto por suicídio corresponda a até 20 tentativas. Nesse sentido, observaram-se taxas de notificação de TS abaixo do esperado em todas as Regiões de Saúde do estado, conforme apresentado na Tabela 1.

**Figura 1** - Taxas de suicídio por Região de Saúde, padronizadas por idade e sexo, RS, 2016



Taxa por 100.000 habitantes.  
Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166).

**Figura 2** - Taxas de tentativa de suicídio por Região de Saúde, padronizadas por idade e sexo, RS, 2016

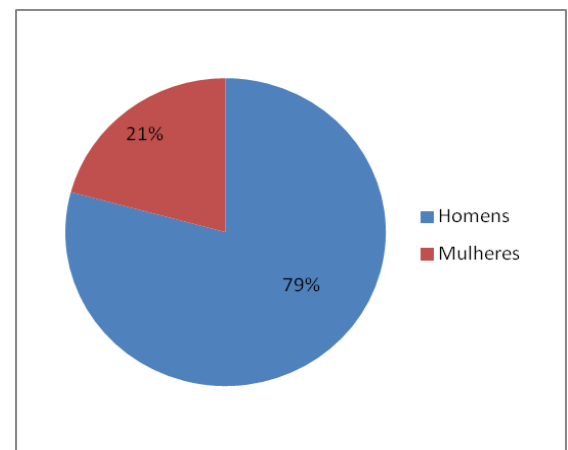


Taxa por 100.000 habitantes.  
Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837).

Em relação à distribuição por sexo (Figura 3), a maioria dos suicídios ocorreu na população

masculina (n = 920, 79%), corroborando dados do Brasil e do mundo (BRASIL, 2017c; OMS, 2014). A literatura aponta alguns possíveis fatores que expliquem esse padrão: diferenças na preferência e no acesso aos métodos, na busca por atendimento para transtorno mental, no consumo de álcool e na aceitação social quanto às formas de lidar com estresse e conflitos (OMS, 2014). Apenas em alguns países como Bangladesch, China, Indonésia, Iraque, Jordânia, Kuwait e Paquistão foram encontradas taxas de suicídio de mulheres semelhantes ou maiores que as dos homens no ano de 2012 (OMS, 2014).

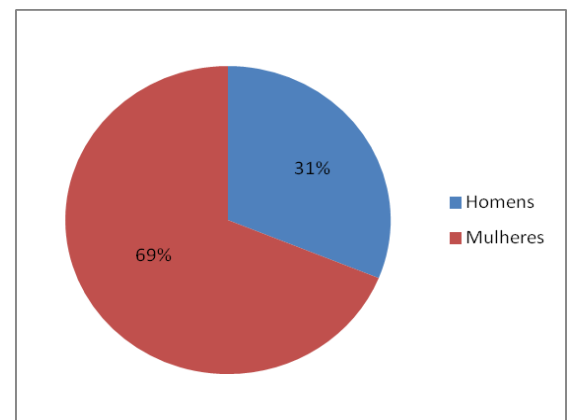
**Figura 3** - Proporção de suicídio por sexo, RS, 2016



Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166)

As notificações de TS (Figura 4), ao contrário, foram mais frequentes na população feminina (n = 1.265, 69%), conforme também observado nos dados brasileiros (BRASIL, 2017c).

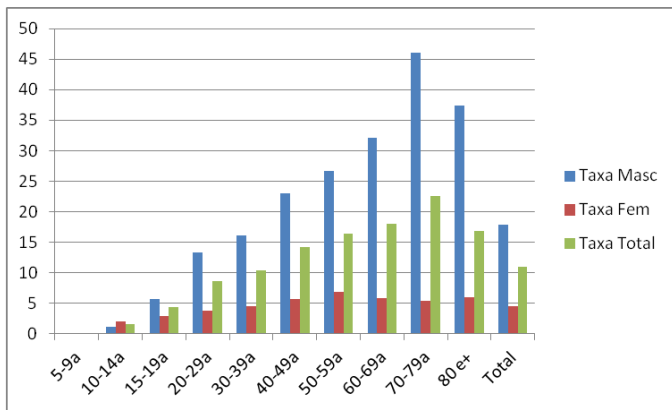
**Figura 4** - Proporção de tentativa de suicídio por sexo, RS, 2016



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837).

Apresenta-se, na Figura 5, a distribuição das taxas de suicídio por faixa etária. Observou-se aumento progressivo da incidência de suicídio até a faixa etária dos 70-79 anos, principalmente nos homens. Taxas de suicídio mais altas em idosos são encontradas em quase todas as regiões do mundo (OMS, 2014), incluindo o Brasil (BRASIL, 2017c). Já em relação às mulheres, a maior taxa ocorreu na faixa dos 50-59 anos.

**Figura 5 - Taxas de suicídio por faixa etária e sexo, RS, 2016**



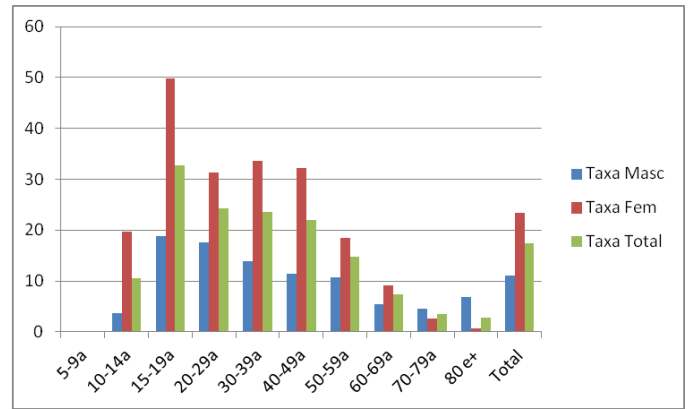
Taxa por 100.000 habitantes.  
Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166).

O suicídio entre pessoas idosas constitui hoje um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo. Em pessoas com mais de 65 anos, as tentativas tendem a ser mais efetivas, chegando à razão de duas tentativas para cada suicídio consumado (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Foram notificadas TS de pessoas de 10 a 96 anos de idade. Observaram-se maiores taxas na faixa etária de 15-19 anos, seguida pelas faixas compreendidas entre os 20 e 49 anos (Figura 6).

Quanto ao sexo, as taxas de notificação de TS foram expressivamente maiores nas mulheres, exceto a partir dos 70 anos.

**Figura 6 - Taxas de tentativa de suicídio por faixa etária e sexo, RS, 2016**

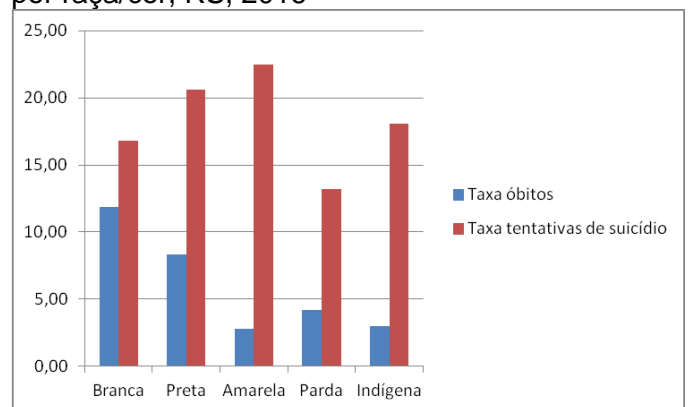


Taxa por 100.000 habitantes.  
Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837)

Comparando as Figuras 5 e 6, observa-se uma tendência oposta entre óbitos e TS em relação à faixa etária: para ambos os sexos, as mortes tendem a crescer com o aumento da idade, enquanto as tentativas decrescem.

Quanto à raça/cor observa-se que as maiores taxas de suicídio estão entre a raça branca, seguida da preta, enquanto as TS foram mais expressivas na raça/cor amarela (Figura 7). Ressalva-se, entretanto, que as altas taxas de TS entre a raça amarela (n= 08) e indígena (n= 06) correspondem a um pequeno número de casos que, relacionados com as baixas populações autodeclaradas (menos de 100 mil)<sup>2</sup>, superestimam as mesmas.

**Figura 7. Taxas de suicídio e tentativa de suicídio por raça/cor, RS, 2016**

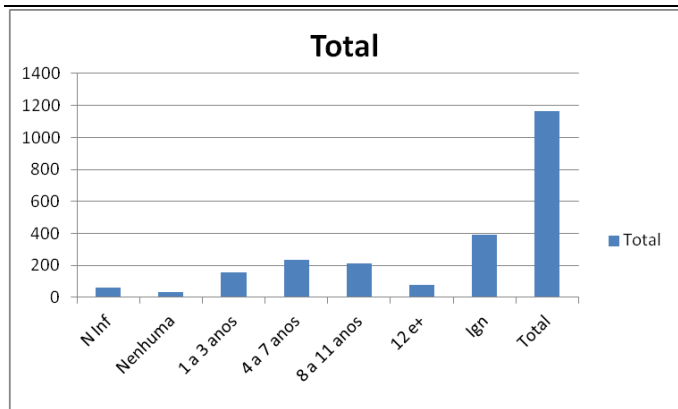


Taxa por 100.000 habitantes.  
Fonte: SIM/DGTI/SES-RS e SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.166 e 1.837).

<sup>2</sup>Para cálculo destas taxas, foi utilizada a população total do Censo Demográfico de 2010 (IBGE), por ser a que apresenta dados de raça/cor.

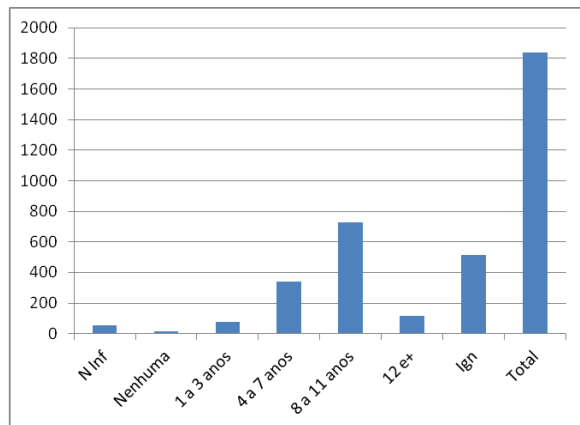
Quanto à escolaridade, a distribuição dos dados das categorias válidas em curvas unimodais apresentou maior frequência de suicídio (Figura 8) e de TS (Figura 9) na faixa de 4 a 11 anos de estudo. No entanto, a apresentação da variável em números absolutos e a alta parcela de casos "ignorados" limitaram a validade desta avaliação.

**Figura 8 -** Frequência de suicídio por faixa de escolaridade, RS, 2016



Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166).

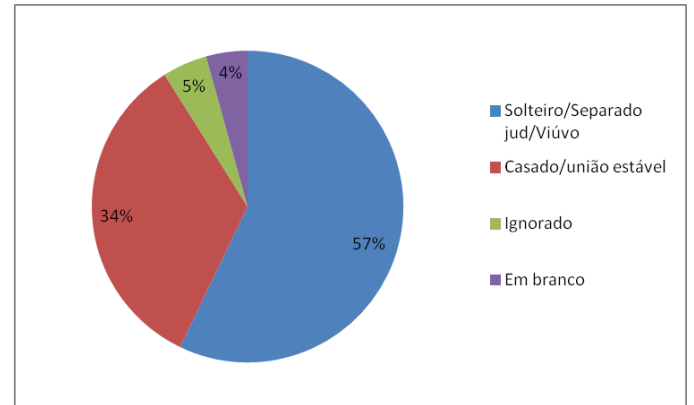
**Figura 9 -** Frequência de tentativa de suicídio por faixa de escolaridade, RS, 2016



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837).

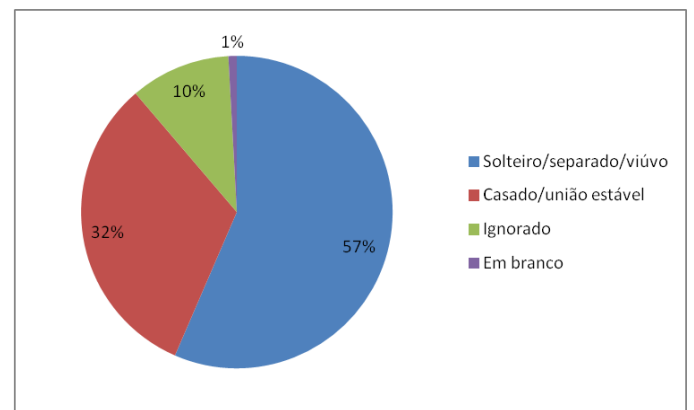
Em relação ao estado civil, observou-se maior proporção de solteiros/separados/viúvos, tanto nos casos de suicídio quanto de TS (Figuras 10 e 11). No Brasil, os óbitos por suicídio também ocorreram em maiores proporções nesta categoria (60,4%), praticamente o dobro dos casados/em união estável (31,5%) (BRASIL, 2017c).

**Figura 10 -** Proporção de suicídio por estado civil, RS, 2016



Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166).

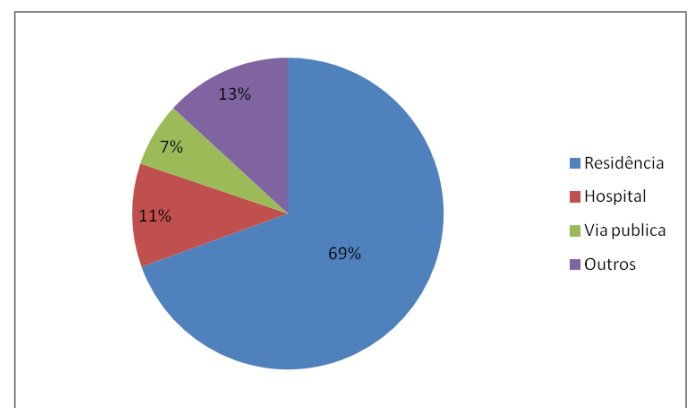
**Figura 11-** Proporção de tentativa de suicídio por estado civil, RS, 2016



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837).

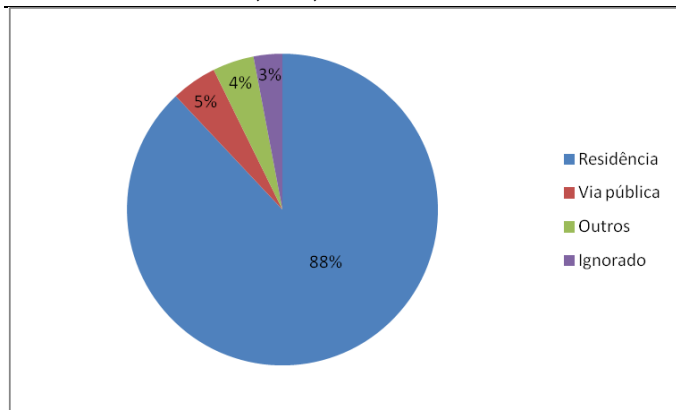
O local de ocorrência predominante, para ambos os eventos, foi a residência, onde registraram-se 69% dos suicídios e 88% das TS (Figuras 12 e 13).

**Figura 12 -** Proporção de suicídio por local de ocorrência, RS, 2016



Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166).

**Figura 13** - Proporção de tentativa de suicídio por local de ocorrência, RS, 2016



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837).

Conforme a Tabela 2, a presença de deficiência/transtorno (deficiência física, intelectual, visual, auditiva, transtorno mental e de comportamento) foi identificada em 49% das pessoas que tentaram suicídio. No Brasil, cerca de 26% das pessoas que tentaram suicídio possuíam alguma deficiência/transtorno (BRASIL, 2017b).

**Tabela 2** - Presença de deficiência/transtorno (deficiência física, intelectual, visual, auditiva, transtorno mental e de comportamento) nos casos de tentativa de suicídio, RS, 2016

Presença de deficiência/transtorno	n*	%
Sim	901	49,00
Não	598	32,55
Ignorado/vazio	338	18,39
Total	1837	100,00

\*Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS.

Dos 901 indivíduos que apresentavam alguma deficiência/transtorno, 604 (67,0%) tinham algum transtorno mental associado (32,2% dos homens e 33,2% das mulheres). Segundo a OMS (2014), a presença de transtornos mentais é um dos principais fatores de risco para o suicídio.

Do total de pessoas com notificação de TS, outro importante fator de risco, constatou-se que 225 homens (39,3%) e 597 mulheres (47,2%) já haviam tentado suicídio previamente. No Brasil, identificou-se que, entre os homens, 26,4% das TS tinham

caráter repetitivo, enquanto nas mulheres essa proporção chegou a 31,3% (BRASIL, 2017c).

Verificaram-se altas proporções de campos ignorados/vazios para as variáveis escolaridade (28,1%), deficiência/transtorno (18,4%) e violência de repetição (21,2%) nos registros das TS. Em boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (2017c), as mesmas variáveis apresentaram altas taxas de ignorados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Rio Grande do Sul, a taxa de suicídio tem sido quase duas vezes maior do que a brasileira, o que representa uma média de três mortes a cada dia. Essa distribuição não se dá de forma homogênea, sendo que, em Regiões específicas, os índices são expressivamente mais elevados.

Apesar dos altos índices, os dados de morbimortalidade podem estar subestimados, uma vez que a vigilância da violência autoprovocada é de implantação recente. Desde o ano de 2014, a notificação da violência interpessoal e autoprovocada é compulsória e imediata (em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível) (BRASIL, 2017b). A notificação de tentativas de suicídio tem o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos, visando a evitar sua repetição ou evolução para óbito.

Salienta-se, ainda, a importância da qualidade da informação para construção do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio e TS, subsidiando o planejamento de ações e medidas de controle.

Nesse contexto, a SES/RS tem desenvolvido ações voltadas à capacitação dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde. Essas ações visam sensibilizar os profissionais para notificação da violência autoprovocada, melhoria da qualidade dos registros, identificação de grupos vulneráveis, acolhimento das pessoas em risco e

desmistificação do fenômeno na sociedade.

O governo do estado, alinhado às orientações da OMS (2014) que reconhece a necessidade de ações multidisciplinares e intersetoriais para prevenção do suicídio, instituiu, através do Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016, o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Coordenado pelo Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis/CEVS e pela Coordenação de Saúde Mental/DAS, reúne diversos departamentos da SES/RS, outras Secretarias de Estado, Polícia Federal, Ministério Público, Organizações não Governamentais (como, por exemplo, Centro de Valorização da Vida - CVV, Associação Médico-Espírita do Rio Grande Do Sul - AMERGS, dentre outros), além de outros parceiros, na implementação de um plano de ação integrado para redução das mortes por suicídio.

Dentre as ações desenvolvidas pelo Comitê, criou-se, com a parceria da Escola de Saúde Pública, o Observatório de Análise de Situação do Suicídio do RS, cuja proposta inovadora oportuniza um modelo de vigilância qualitativa (RIO GRANDE DO SUL, 2018). Esse modelo pressupõe o conhecimento *in loco* do fenômeno do suicídio em seus diferentes modos de expressão, para subsidiar intervenções efetivas. O projeto piloto foi implantado na Região de Saúde 28 (Vale do Rio Pardo), por apresentar uma das maiores taxas de suicídio no estado e pelo manifesto interesse dos trabalhadores de saúde e gestores municipais.

Considerando a situação epidemiológica já apresentada, o estado do RS foi selecionado pelo MS para desenvolver um Projeto de Prevenção do Suicídio, que será realizado nas Regiões de Saúde Planalto, Caxias e Hortências e Vale do Rio Pardo. Dentre as atividades programadas estão ações de vigilância e qualificação da informação,

gestão/cuidado, prevenção do suicídio e promoção da saúde.

Cabe ressaltar que tanto o trabalho do Observatório quanto o do Projeto do MS levará em consideração os grupos de maior vulnerabilidade: idosos no que se refere à morte autoinfligida e jovens no que diz respeito às tentativas de suicídio.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BOTEGA, J. N. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Setembro Amarelo**: Ministério da Saúde Lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. 2017a. 34 slides. Apresentação em Power-point.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 04, de 28 de setembro 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 03 de outubro de 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: 2017c, v. 48, n. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de **Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS/MS)**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006.

CRUZ, C. W.; FATTAH, N.; VOLKMER, A. N.; BELLINI, M. I. B. **Análise de situação das mortes por suicídio do estado do Rio Grande do Sul**. 2017. Projeto de pesquisa, submetido ao Edital 01/2017 FAPERGS – Auxílio Recém Doutor. Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, 2017.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G.. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, v. 44, n. 4, p. 750-757.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.  
**Prevenção do Suicídio:** um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.  
**Preventing suicide:** a global imperative. Geneva: OMS, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016. Institui Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 23 de dezembro 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria nº 678, de 09 de julho de 2018. Institui Observatório de Análise de Situação do Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 12 de julho de 2018.

**Palavras-chave:** Aconselhamento. Adolescente. Adulto. Criança. Estatísticas de Saúde. Grupos Étnicos. Homens. Ideação Suicida. Idoso. Mulheres. Notificação de Doenças. Prevenção e Controle. Promoção da Saúde. Suicídio. Tentativa de Suicídio. Vigilância Epidemiológica. Rio Grande do Sul.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Secretaria Estadual da Saúde**

Centro Estadual de Vigilância em Saúde/RS | Rua Domingos Crescêncio, 132  
Bairro Santana | Porto Alegre | RS | Brasil CEP 90650-090 | +55 51 3901-1070  
comitesuicidio@saude.rs.gov.br

**EXPEDIENTE:**

**Responsáveis técnicos:** Alethéa Sperb, Andréia Novo Volkmer, Carolina Nunes Port, Claudete Iris Kmetzsch, Claudia Weyne Cruz, Eduardo Viegas da Silva, Marilise Fraga de Souza, Nathalia Fattah, Priscila Pauli Kist, Centro de Informação e Documentação.

**Apoio:** Departamento de Ações à Saúde, Escola de Saúde Pública/RS

O Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio é um instrumento de informação para os trabalhadores da rede intersetorial editado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, disponível no endereço eletrônico [www.cevs.rs.gov.br](http://www.cevs.rs.gov.br).