

Suicídio. Saber, agir e prevenir.



Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde

Introdução

O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida.¹ Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS),² o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte.¹

Ainda que o cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido.³ Sabe-se que o fenômeno do suicídio é complexo, influenciado por vários fatores, e que generalizações de fatores de risco são contraproducentes. A partir de uma análise contextual é possível compreender situações de maior risco, entre elas ter acesso aos meios de cometer suicídio, apresentar dificuldade em lidar com estresses agudos ou crônicos da vida, e sofrer violência baseada em gênero, abuso infantil ou discriminação. O estigma em relação ao tema do suicídio impede a procura de ajuda, que pode evitar mortes.¹ Da mesma forma, sabe-se que falar de forma responsável sobre o fenômeno do suicídio opera muito mais como um fator de prevenção do que como fator de risco, podendo, inclusive, se contrapor a suas causas.

Assim, falar do tema sem alarmismo e enfrentando os estigmas, bem como conscientizar e estimular sua prevenção, pode contribuir para reverter a situação crítica que estamos vivendo. De fato, intervenções eficientes, bem fundamentadas, baseadas em evidências e em dados seguros, podem ser aplicadas a determinados grupos e indivíduos para se prevenir as tentativas de suicídio e evitar o óbito por essa causa.³ Nesse sentido, o objetivo deste boletim é apresentar a situação epidemiológica das tentativas e óbito por suicídio no Brasil e a atuação da rede de atenção à saúde.

Métodos

Estudo descritivo do perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio, bem como aqueles que evoluíram a óbito por essa causa no Brasil, no período de 2011 a 2016.

Os dados sobre as lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio foram extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan), a partir das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada no período de 2011 a 2016.

Foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas dos casos de lesões autoprovocadas (raça/cor, escolaridade, idade, presença de deficiência/transtorno e zona de residência) e das características da ocorrência (local de ocorrência, violência de repetição e relação com o trabalho), segundo o sexo dos indivíduos. Entre as lesões autoprovocadas, foram selecionadas aquelas notificadas como tentativa de suicídio. Destaca-se que ideação suicida não é objeto de notificação e, para a presente análise, foram consideradas todas as variações apresentadas no banco de dados para tentativa de suicídio, tentativas de cessar a própria vida e autoextermínio. Para esses casos procedeu-se, de forma similar, com a descrição das características sociodemográficas dos casos e das características das ocorrências.

Os dados referentes aos óbitos foram captados pela declaração de óbito e registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a 2015. Os óbitos foram codificados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10).⁴ Foram utilizados, para este boletim, os óbitos cujas causas básicas foram classificadas como: lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), intoxicação exógena de intenção indeterminada (Y10 a Y19) e seqüela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0). As duas últimas categorizações foram incluídas na

análise considerando-se a literatura que descreve a mudança de classificação dos óbitos devido a possíveis falhas na codificação da causa.^{5,6}

Foram calculadas as taxas brutas de mortalidade segundo sexo (masculino e feminino), por 100 mil habitantes, das seguintes variáveis: faixa etária (5 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 anos ou mais); escolaridade, em anos de estudo (0 a 3; 4 a 7; 8 a 11; 12 e mais); e raça/cor da pele (branca, negra (preta + parda), amarela e indígena). Também foi realizada a distribuição espacial das taxas de mortalidade por suicídio, bem como calculada a variação das taxas nos anos de 2011 e 2015, segundo sexo e Unidade da Federação (UF). Essa variação, entre 2011 e 2015, foi estimada subtraindo-se os valores das taxas.

Foram utilizadas, como denominadores para o cálculo das taxas de mortalidade, as somas das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 2011 a 2015.

Além disso, foram descritas as proporções, para ambos os sexos, das variáveis estado civil (solteiro/divorciado/viúvo; casado/união estável) e meio utilizado para autoprovar a lesão (enforcamento; intoxicação exógena; arma de fogo; e outras formas).

Resultados

Perfil das lesões autoprovaradas e tentativas de suicídio registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no período de 2011 a 2016

No período de 2011 a 2016, foram notificados no Sinan 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovaradas. Desse total, 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovarada, sendo 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) casos em homens. Considerando-se somente a ocorrência de lesão autoprovarada, identificaram-se 48.204 (27,4%) casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens. Observe-se que, do total de notificações por

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Adeilson Loureiro Cavalcante, Sônia Maria Feitosa Brito, Adele Schwartz Benzaken, Daniela Buosi Rohlfs, Elisete Duarte, Geraldo da Silva Ferreira, João Paulo Toledo, Márcia Beatriz Dieckmann Turcato, Maria de Fátima Marinho de Souza, Maria Terezinha Villela de Almeida.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Maria de Fátima Marinho de Souza e Thereza de Lamare Franco Netto (Editoras Científicas), Lúcia Rolim Santana de Freitas (Editora Assistente).

Colaboradores

Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (DANTPS/SVS/MS): Aglaêr Alves da Nóbrega, Gabriela Chagas Dornelles, Isabella Vitral Pinto, Kauara Rodrigues Dias Ferreira, Mariana Gonçalves de Freitas, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo.

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde (CGMAD/DAPES/SAS/MS): Adelia Benetti de Paula Capistrano, Cinthia Lociks Araújo, Marina Rios Amorim, Patrícia Santana Santos do Amaral.

Coordenação Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde (CGSAJ/DAPES/SAS/MS): Ana Luísa Lemos Serra, Caroline Maria Arantes de Moraes.

Coordenação de Atenção Primária à Saúde Indígena/Departamento de Atenção à Saúde Indígena/Secretaria Especial de Saúde Indígena (DASI/SESAI/MS): Fernando Pessoa de Albuquerque, Lívia Vitenti.

Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde (COSAPI/DAPES/SAS/MS): Helena Cerveira Lopes.

Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização/Secretaria de Atenção à Saúde (CGPNH/SAS/MS): Hiojuma Figueiredo de Moraes Monteiro.

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/Secretaria de Vigilância em Saúde (CGST/DSAST/SVS/MS): Raquel Dantas da Rocha, Vânia Beatris Cardeal Dos Santos.

Coordenação Nacional de Saúde do Homem/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde (CNSH/DAPES/SAS/MS): Renata Gomes Soares.

Normalização

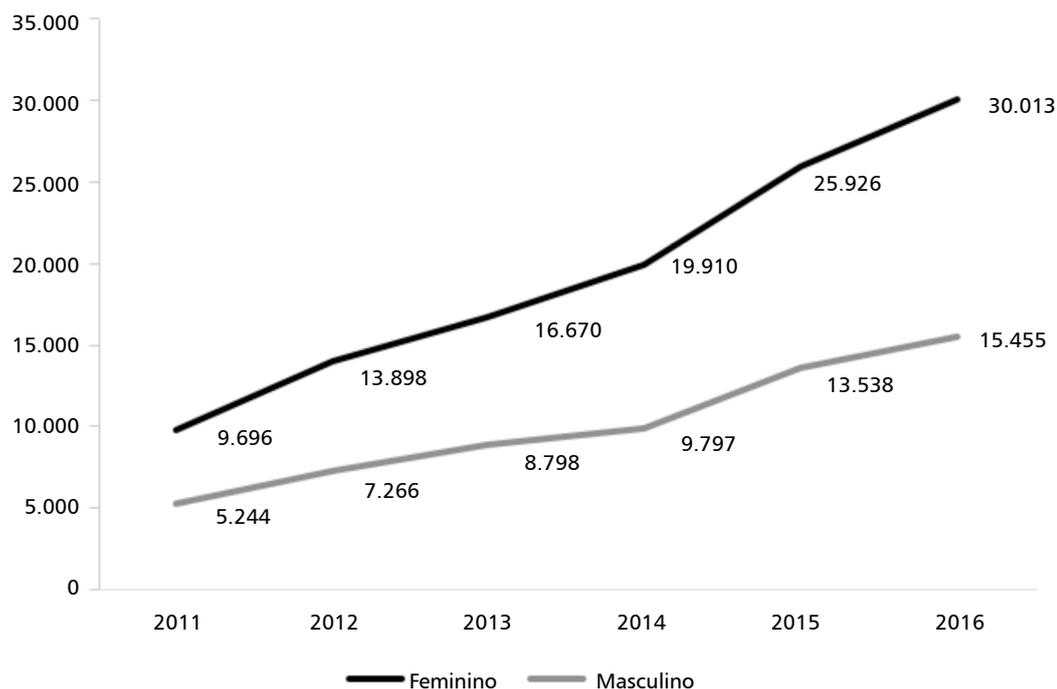
Ana Flávia Lucas de Faria Kama (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)



Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

Figura 1 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Brasil, 2011 a 2016

lesão autoprovocada, foram identificados 15 casos com sexo ignorado; e, do total de notificações por lesão autoprovocada e tentativa de suicídio, foram identificados 4 casos com sexo ignorado.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos casos notificados de lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, no período em estudo. Entre 2011 e 2016, observou-se aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino de 209,5% e 194,7%, respectivamente.

A análise das notificações das lesões autoprovocadas no sexo feminino, segundo raça/cor, mostrou que 49,6% das mulheres eram brancas e 35,7%, negras (pardas + pretas). Em relação à escolaridade, 30,5% delas apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo e 23,5% ensino médio incompleto ou completo. Destaca-se o elevado percentual de casos com escolaridade ignorada (39,5%). A ocorrência de lesão autoprovocada se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 74,4% dos casos. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 19,6% dessas mulheres. A grande maioria delas, 89,4%, residia na zona urbana (Tabela 1), e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (51,2%) e Sul (25,0%) (Figura 2). Ressalte-se que 84,0% dos casos ocorreram

na residência, seguidos de 4,8% em via pública. Apesar da elevada proporção de dados ignorados (24,5%), chamou a atenção que 33,1% das lesões autoprovocadas tinham caráter repetitivo. Somente 0,8% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido pela mulher (Tabela 2).

Entre os homens, 49,0% eram brancos e 37,2% negros (pardos + pretos); 32,3% apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo e 19,6% ensino médio incompleto ou completo. A ocorrência de lesão autoprovocada também se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 70,1% dos casos. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 20,0% desses homens. A grande maioria deles, 86,2%, residia na zona urbana (Tabela 1), e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (49,6%) e Sul (26,2%) (Figura 2). Ocorreram na residência 72,4% dos casos, e 10,4% em via pública. As lesões autoprovocadas tiveram caráter repetitivo em 25,3% dos homens. Somente 1,1% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido por eles (Tabela 2). Observou-se, para os dois sexos, grande proporção de dados ignorados para as variáveis escolaridade e presença de deficiência/transtorno.

Na comparação entre mulheres e homens com registro de lesão autoprovocada, destacaram-se:

Tabela 1 – Características dos casos notificados de lesão autoprovocada, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2016

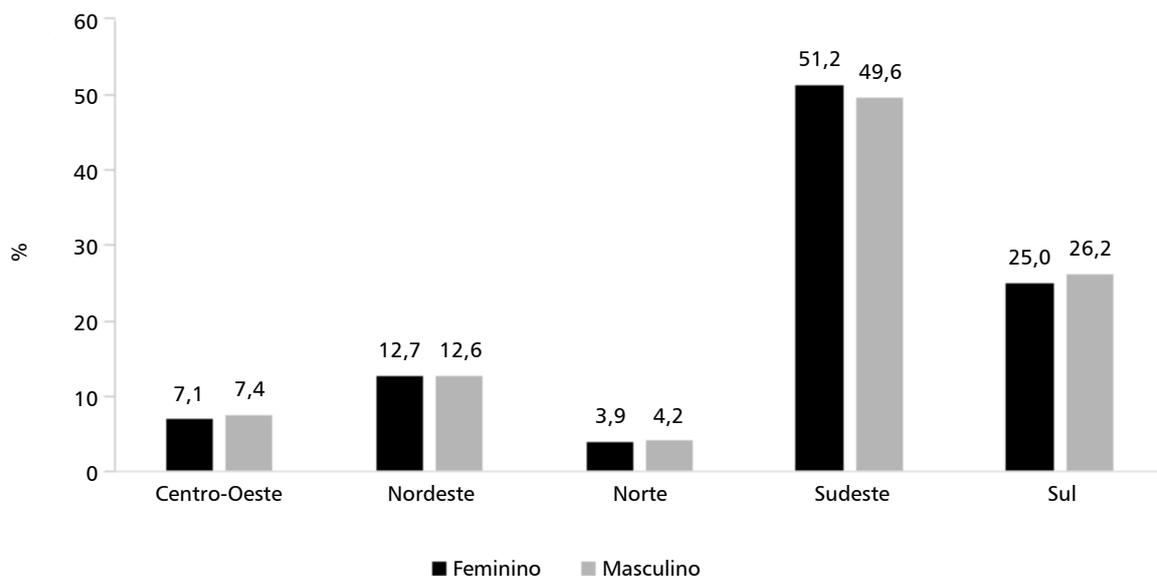
Características dos casos	Feminino (N=116.113)		Masculino (N=60.098)	
	n	%	n	%
Raça/cor				
Branca	57.586	49,6	29.436	49,0
Negra (preta + parda)	41.478	35,7	22.382	37,2
Amarela	735	0,6	409	0,7
Indígena	555	0,5	577	1,0
Ignorado	15.759	13,6	7.294	12,1
Escolaridade				
Analfabeto	967	0,8	814	1,4
Ensino fundamental incompleto	27.539	23,7	15.486	25,8
Ensino fundamental completo	7.838	6,8	3.910	6,5
Ensino médio incompleto	12.025	10,4	5.022	8,4
Ensino médio completo	15.218	13,1	6.709	11,2
Ensino superior incompleto	2.844	2,4	1.130	1,9
Ensino superior completo	2.815	2,4	1.085	1,8
Ignorado	45.872	39,5	25.083	41,7
Não se aplica	995	0,9	859	1,4
Faixa etária (em anos)				
0-9	1.146	1,0	998	1,7
10-19	30.075	25,9	11.789	19,6
20-29	30.099	25,9	17.243	28,7
30-39	26.207	22,6	13.130	21,8
40-49	17.060	14,7	8.114	13,5
50-59	7.806	6,7	4.774	7,9
60 e mais	3.716	3,2	4.049	6,7
Presença de deficiência/transtorno				
Sim	22.751	19,6	12.048	20,0
Não	67.440	58,1	33.726	56,1
Não se aplica	35	0,0	20	0,0
Ignorado	25.887	22,3	14.304	23,8
Zona de residência				
Urbana	103.853	89,4	51.786	86,2
Rural	8.497	7,3	6.101	10,2
Periurbana	859	0,7	473	0,8
Ignorado	2.904	2,5	1.738	2,9

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

perfil raça/cor similar; maior escolaridade das mulheres; maior proporção de idosos do sexo masculino (6,7%); maior proporção de homens com residência na zona rural (10,2%); e maior proporção de homens nas regiões Centro-Oeste, Norte e Sul do país.

A análise das notificações de tentativa de suicídio em mulheres mostrou que 53,2%

eram brancas e 32,8% negras (pardas + pretas). Quanto à escolaridade, 28,5% delas apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo e 25,5% ensino médio incompleto ou completo. A ocorrência de tentativa de suicídio se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 73,1% dos casos. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 25,5% dessas



Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

Figura 2 – Proporção de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e região de residência, Brasil, 2011 a 2016

Tabela 2 – Características da ocorrência dos casos de lesão autoprovocada notificados, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2016

Características da ocorrência	Feminino (N=116.113)		Masculino (N=60.098)	
	n	%	n	%
Local da ocorrência				
Residência	97.500	84,0	43.524	72,4
Escola	841	0,7	492	0,8
Local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústrias/construção	1.728	1,5	2.107	3,5
Via pública	5.612	4,8	6.222	10,4
Outro	2.693	2,3	2.968	4,9
Ignorado	7.739	6,7	4.785	8,0
Violência de repetição				
Sim	38.398	33,1	15.192	25,3
Não	49.216	42,4	29.066	48,4
Ignorado	28.499	24,5	15.840	26,4
Relação com trabalho				
Sim	930	0,8	684	1,1
Não	106.959	92,1	54.457	90,6
Ignorado	8.224	7,1	4.957	8,2

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

mulheres. A grande maioria delas, 92,1%, residia na zona urbana (Tabela 3), e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (44,8%) e Sul (33,4%) (Figura 3). Evidenciou-se que 88,9% dos casos ocorreram na residência, seguidos de 2,3% em via pública. Chamou a atenção o fato de 31,3% das lesões terem caráter repetitivo, embora fosse

elevada a proporção de dados ignorados (27,9%). Somente 0,6% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido pela mulher (Tabela 4).

Entre os homens notificados por tentativa de suicídio, 52,2% eram brancos e 34,8% negros (pardos + pretos). Com relação à escolaridade,

30,1% deles apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo e 22,6% ensino médio incompleto ou completo. Em 71,1%, os casos ocorreram nas faixas etárias de 10 a 39 anos. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 27,7% desses homens. A grande maioria deles, 89,9%, residia na zona urbana (Tabela 3), e os casos se concentraram nas regiões Sudeste

(42,8%) e Sul (34,9%) (Figura 3). A análise das características das ocorrências mostrou que 82,0% dos casos ocorreram na residência, seguidos de 5,4% em via pública. Apesar da elevada proporção de dados ignorados (29,6%), 26,4% das lesões tinham caráter repetitivo. Somente 0,7% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido pela pessoa (Tabela 4).

Tabela 3 – Características dos casos de tentativas de suicídio notificadas no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2016

Características	Feminino (N=33.269)		Masculino (N=14.931)	
	n	%	n	%
Raça/cor				
Branca	17.689	53,2	7.792	52,2
Negra (preta + parda)	10.923	32,8	5.194	34,8
Amarela	207	0,6	79	0,5
Indígena	69	0,2	54	0,4
Ignorado	4.381	13,2	1.812	12,1
Escolaridade				
Analfabeto	178	0,5	123	0,8
Ensino fundamental incompleto	7.239	21,8	3.428	23,0
Ensino fundamental completo	2.236	6,7	1.054	7,1
Ensino médio incompleto	3.621	10,9	1.421	9,5
Ensino médio completo	4.841	14,6	1.963	13,1
Ensino superior incompleto	1.035	3,1	414	2,8
Ensino superior completo	990	3,0	364	2,4
Ignorado	13.028	39,2	6.109	40,9
Não se aplica	101	0,3	55	0,4
Faixa etária (anos)				
0-9	117	0,4	62	0,4
10-19	8.018	24,1	2.565	17,2
20-29	8.551	25,7	4.646	31,1
30-39	7.760	23,3	3.398	22,8
40-49	5.333	16,0	2.142	14,3
50-59	2.521	7,6	1.260	8,4
60 ou mais	968	2,9	858	5,7
Zona de residência				
Urbana	30.640	92,1	13.417	89,9
Rural	1.584	4,8	978	6,6
Periurbana	365	1,1	184	1,2
Ignorado	680	2,0	352	2,4
Presença de deficiência/transtorno				
Sim	8.499	25,5	4.138	27,7
Não	16.265	48,9	6.762	45,3
Não se aplica	11	0,0	5	0,0
Ignorado	8.494	25,5	4.026	27,0

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

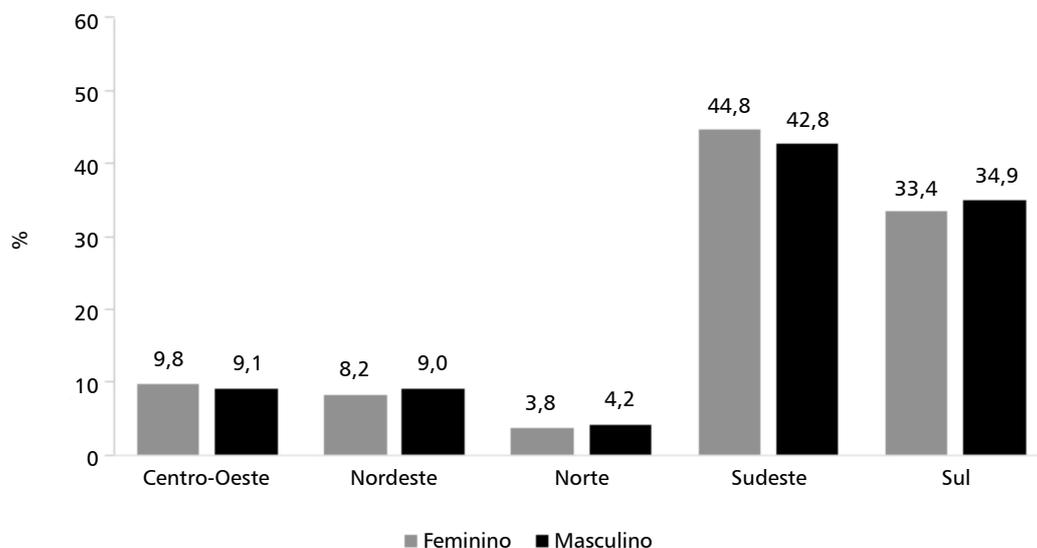


Figura 3 – Proporção de notificações de tentativas de suicídio, segundo sexo e região de residência, Brasil, 2011 a 2016

Tabela 4 – Características da ocorrência dos casos de tentativas de suicídio notificadas no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2016

Características	Feminino (N=33.269)		Masculino (N=14.931)	
	n	%	n	%
Local da ocorrência				
Residência	29.565	88,9	12.246	82
Escola	111	0,3	30	0,2
Local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústrias/construção	232	0,7	212	1,4
Via pública	779	2,3	807	5,4
Outro	503	1,5	569	3,8
Ignorado	2.079	6,2	1.067	7,1
Violência de repetição				
Sim	10.409	31,3	3.945	26,4
Não	13.575	40,8	6.561	43,9
Ignorado	9.285	27,9	4.425	29,6
Relação com trabalho				
Sim	197	0,6	102	0,7
Não	31.238	93,9	13.883	93
Ignorado	1.834	5,5	946	6,3

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

Perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015

No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o

feminino (2,4/100 mil hab.). Em ambos os sexos, o risco aumentou, ao longo do período, passando de 8,4 para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 para 2,5/100 mil hab. no feminino. Assim, o crescimento da taxa foi de 0,7/100 mil hab. no sexo masculino e de 0,2/100 mil hab. no feminino (Figura 4).

Independentemente do sexo, as maiores taxas de suicídio foram observadas na faixa etária de 70

e mais anos (8,9/100 mil hab.); com até 3 anos de estudo (6,8/100 mil hab.) e na população indígena (15,2/100 mil hab.). Entre os homens, a taxa de mortalidade por suicídio seguiu o mesmo padrão, com o maior valor na faixa etária de 70 anos e mais de idade (17,1/100 mil hab.); com até 3 anos de estudo (10,9/100 mil hab.) e na população indígena (23,1/100 mil hab.). Já entre as mulheres, a faixa etária mais acometida foi a de 50 a 59 anos (3,8/100 mil hab.), e aquelas com 12 e mais anos de estudos tiveram risco de óbito por suicídio (2,4/100 mil hab.) semelhante ao observado na faixa de 4 a 7 anos de estudo e 1,5 vez maior que o risco entre as mulheres com 8 a 11 anos de estudo (Tabela 5).

Analisando-se a proporção de óbitos segundo faixa etária e raça/cor da pele, observou-se que 44,8% dos suicídios ocorridos na população indígena foram cometidos por adolescentes (10 a 19 anos), valor oito vezes maior que o observado entre brancos e negros (5,7% em cada) nessa mesma faixa etária (Figura 5).

O perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio foi semelhante entre os sexos, com maiores proporções entre solteiros(as), viúvos(as) ou divorciados(as) (masculino 60,3%; feminino 60,7%) e entre os que usaram o enforcamento para perpetrar o ato (66,1% e 47,0%, respectivamente) (Tabela 6).

As maiores taxas de óbito por suicídio foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Mato Grosso do Sul que, no período estudado, apresentaram, respectivamente,

10,3, 8,8 e 8,5 óbitos por 100 mil hab. Nesses estados, as taxas segundo o sexo foram, respectivamente: masculino (16,5/100 mil hab.; 13,5 /100 mil hab.;13,3/100 mil hab.) e feminino (4,2/100 mil hab.; 4,1/100 mil hab.; 3,7/100 mil hab.). As maiores variações da taxa, em número de óbitos por 100 mil, no sexo masculino, foram observados nos estados de Roraima (5,1/100 mil hab.), Rondônia (3,1/100 mil hab.) e Amapá (2,2/100 mil hab.). No sexo feminino, o maior crescimento foi observado no Distrito Federal (1,1/100 mil hab.), seguindo-se os estados de Roraima, Amapá e Piauí, cada um com 0,9/100 mil hab. (Figura 6).

Discussão

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no Sinan desde 2011, quando a notificação passou a ser universal para todos os serviços de saúde públicos e privados do país.⁷ A violência autoprovocada compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio em pessoas dos sexos feminino e masculino, cujo desfecho não resulta em óbito. A notificação tem por objetivo vinculá-las aos serviços de saúde, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.⁷

A partir da Portaria MS nº 1.271/2014 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html),⁸ a tentativa de suicídio passou a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, devendo a notificação ser feita para a

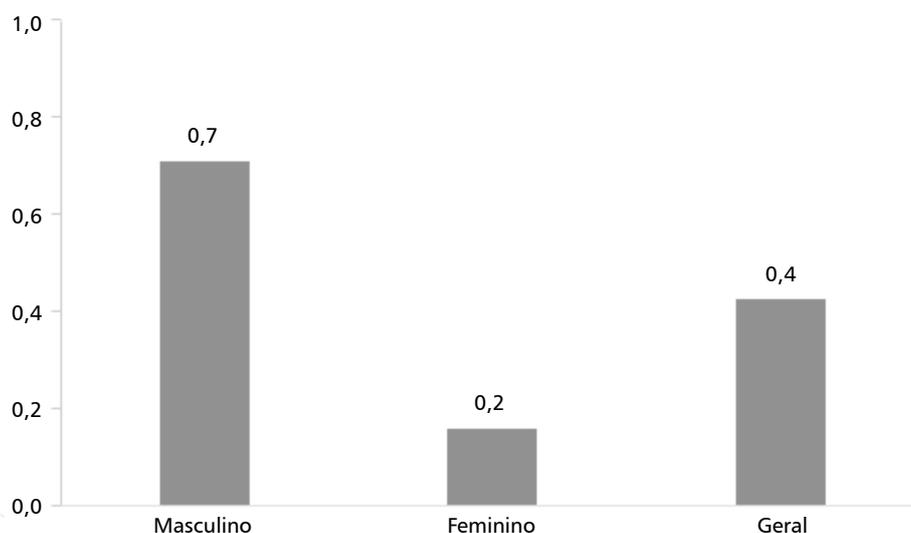


Figura 4 – Variação da taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil hab., segundo sexo, Brasil, 2011 a 2015

Tabela 5 – Taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil hab., segundo características sociodemográficas, Brasil, 2011 a 2015

Variáveis ^a	Taxa de mortalidade		
	Masculino	Feminino	Geral
Faixa etária (em anos)^b			
5-19	2,3	1,1	1,7
20-29	11,0	2,5	6,8
30-39	11,9	3,0	7,4
40-49	12,4	3,6	7,9
50-59	12,5	3,8	8,0
60-69	12,9	3,2	7,7
70 e mais	17,1	3,0	8,9
Escolaridade (anos de estudo)^c			
0-3	10,9	2,6	6,8
4-7	9,7	2,5	6,1
8-11	5,2	1,6	3,3
12 e mais	5,3	2,4	3,4
Raça/cor^c			
Branca	9,5	2,7	5,9
Negra (preta + parda)	7,6	1,9	4,7
Amarela	3,8	1,2	2,4
Indígena	23,1	7,7	15,2

^aDados ignorados/branco (<4%) não apresentados na tabela.

^bPesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD).

^cExcluída população menor de 10 anos.

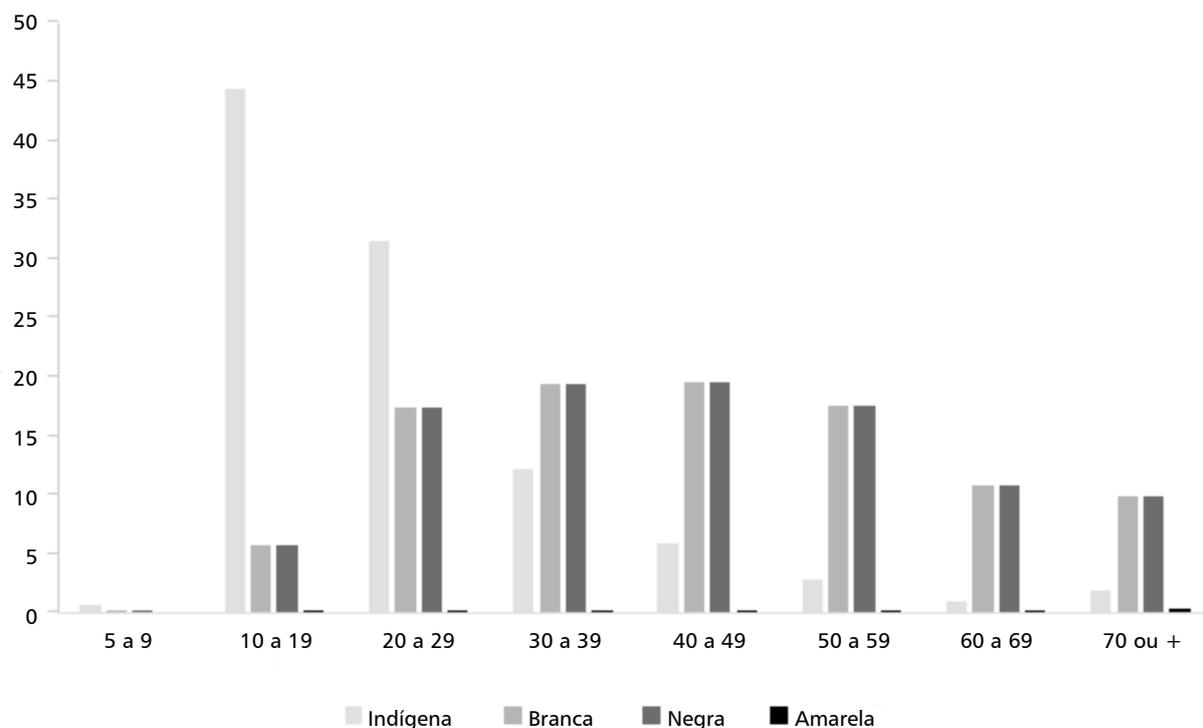


Figura 5 – Proporção de óbitos por suicídio, segundo faixa etária e raça/cor da pele, Brasil, 2011 a 2015

Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas. O início do cuidado para a pessoa também deve ser imediato, devendo ela receber os acompanhamentos de emergência necessários, bem como acompanhamento psicossocial na Rede de Saúde.

As lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio são fenômenos complexos e multicausais, e possuem como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal.^{9,10,11} Essas lesões correspondem ao fator de risco mais importante para o suicídio.^{9,12-14}

Apesar da ausência de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas em alguns municípios do país, e considerando-se que apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio é atendida por um serviço médico de urgência,^{9,13} a existência de uma base nacional de dados com as notificações de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio permitiu conhecer o perfil dos indivíduos atendidos pelo setor de saúde no período em estudo.

Um desafio importante é o preenchimento adequado e padronizado da causa de tentativa de suicídio na Ficha de Notificação Individual. Os dados apresentados neste boletim apontaram elevadas proporções de casos ignorados para as variáveis escolaridade, presença de deficiência/transtorno e violência de repetição. O diagnóstico mais fidedigno, as medidas de prevenção e o monitoramento mais eficaz dessas ocorrências dependem da correta classificação dos eventos e da qualidade no preenchimento dos campos da ficha.

Os dados do Sinan relativos às notificações de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio mostraram predominância da ocorrência em mulheres, raça/cor branca, nas faixas etárias

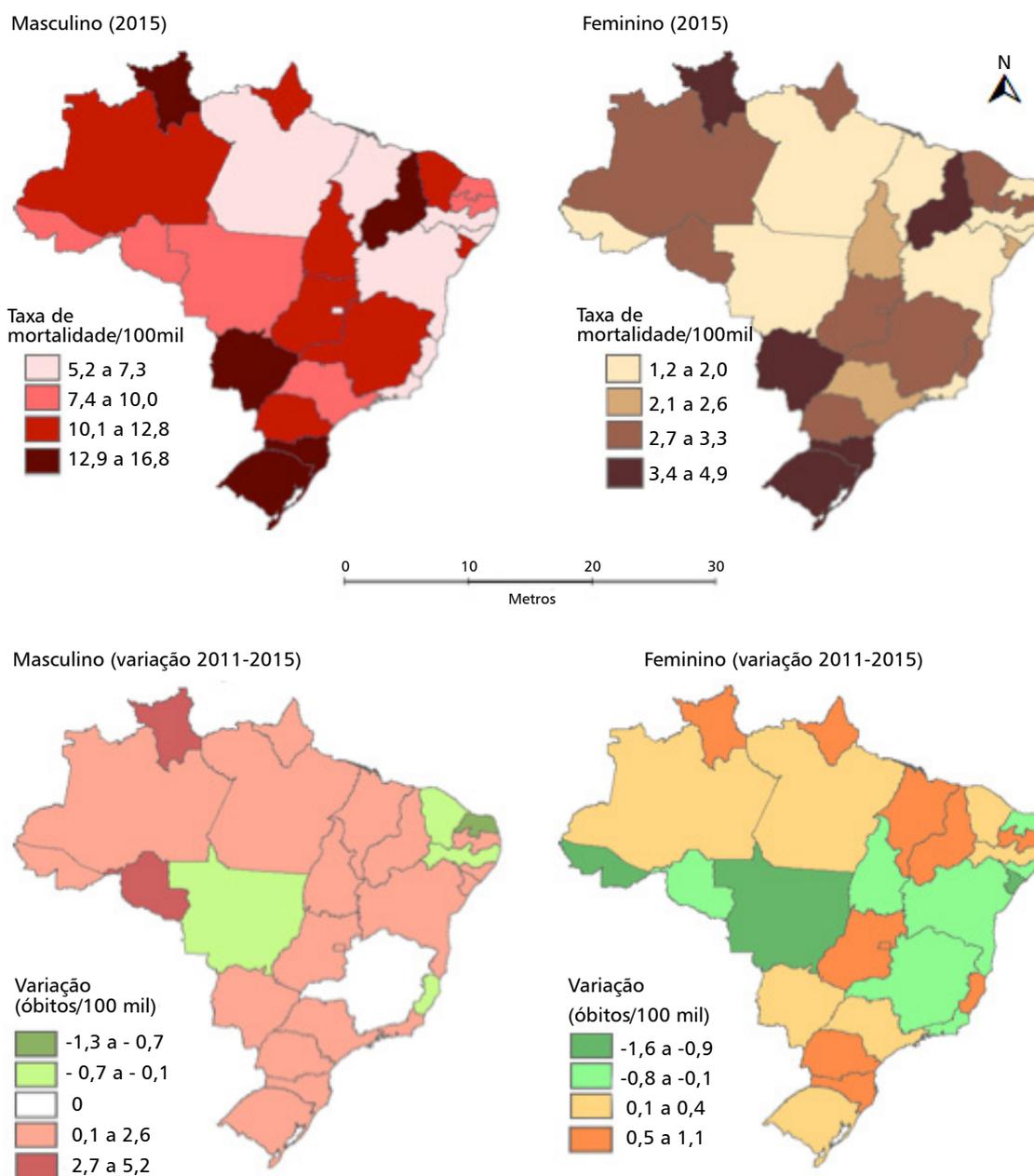
da adolescência (10-19 anos) e adultos jovens (20-39 anos), residentes da zona urbana e com escolaridade menor que 8 anos de estudo. Esses resultados vão ao encontro de dados de um inquérito de base populacional realizado em municípios brasileiros¹³ e de um estudo de coorte retrospectiva dos registros de tentativas de suicídio em boletins de ocorrência policial.¹²

Os dados relativos à presença de deficiência/transtornos apresentaram proporções similares entre mulheres e homens com notificação de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio. No entanto, os valores foram inferiores quando comparados aos resultados de outro estudo, o que pode ser devido, em parte, à proporção de casos com informação ignorada.⁹ Por sua vez, os dados relativos à relação entre trabalho e ocorrência de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio apresentaram proporções tímidas, e podem ser mais bem exploradas com outras bases de dados e em estudos específicos sobre o tema.

As proporções de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio com caráter repetitivo apresentaram valores importantes para ambos os sexos, mas foram maiores entre as mulheres, assim como observado em estudo realizado com pacientes atendidos em setores de emergência.¹² As pessoas que chegam a tentar o suicídio devem ser o principal foco das ações de vigilância e de ações preventivas dos profissionais e serviços de saúde. A tentativa de suicídio é a expressão de um processo de crise, que se desenvolve de forma gradual. Portanto, intervir precoce e adequadamente na situação, envolvendo a pessoa e seu conjunto de relações, é uma estratégia de prevenção do suicídio.

Tabela 6 – Proporção de óbitos por suicídio segundo características sociodemográficas e meio utilizado, Brasil, 2011 a 2015

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Situação conjugal						
Solteiro (a) /viúvo (a) /divorciado(a)	26.152	60,3	7.440	60,7	33.594	60,4
Casado (a) /união estável	13.574	31,3	3.935	32,1	17.509	31,5
Ignorado/branco	3.656	8,4	883	7,2	4.546	8,2
Meio utilizado						
Enforcamento	28.676	66,1	5.763	47,0	34.446	61,9
Intoxicação exógena	6.024	13,9	3.820	31,2	9.845	17,7
Arma de fogo	4.337	10,0	486	4,0	4.823	8,7
Outros	4.345	10,0	2.189	17,9	6.535	11,7



Fonte: SIM (óbitos) e IBGE (população).
Nota: Taxa e variação da taxa = número de óbitos/100 mil hab.
*Taxa de mortalidade por suicídio de 2015 – taxa de mortalidade por suicídio de 2011.

Figura 6 – Distribuição espacial da taxa e variação^a da taxa de mortalidade por suicídio, segundo o sexo e a Unidade da Federação, Brasil, 2011 a 2015

Dessa forma, a notificação imediata da tentativa de suicídio deve ser realizada oportunamente, sem prejuízo do acolhimento ao paciente, visto que o objetivo é desencadear o acompanhamento do caso, garantindo o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além da adoção de medidas terapêuticas adequadas. A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe a mobilização e a organização dos serviços

de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais.

A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil no período estudado, embora duas vezes menor que a taxa mundial no ano de 2012, apresentou um padrão

de comportamento semelhante quanto ao sexo e à situação conjugal.¹ Por outro lado, destacaram-se as maiores taxas de mortalidade nos adultos e idosos, ao contrário do observado nos dados mundiais.¹

Considerando-se a classificação da OMS de 1993,¹⁵ o Brasil apresenta um nível médio de taxa de mortalidade por suicídio (entre 5 e 15/100 mil hab) no sexo masculino. Nesse grupo, as maiores taxas foram observadas na população idosa a partir de 70 anos; em pessoas com baixa escolaridade; solteiros (as), viúvos (as) ou divorciados (as); e que usaram o enforcamento como principal meio para cometer o suicídio. A maioria dos estudos encontrados em uma revisão narrativa menciona as doenças graves e degenerativas, a dependência física, distúrbios e, principalmente, a depressão severa, como fatores desencadeadores do fenômeno¹⁶ nos idosos. Todavia, estudo realizado no Canadá aponta que o suicídio em idosos está associado a características individuais e sociais e, por isso, as políticas que visam trabalhar apenas os fatores individuais são menos propensas a influenciar significativamente o risco de suicídio nessa população.¹⁷ Por isso, ao se pensar no enfrentamento do suicídio, é importante considerar as múltiplas determinações envolvidas no fenômeno, e não somente as questões biológicas individuais.

O sexo feminino apresentou algumas características diferentes daquelas observadas entre os homens. A taxa de mortalidade por suicídio apresentou, segundo a classificação supracitada,¹⁵ um nível baixo (<5/100 mil hab.), e a maior taxa foi observada entre as mulheres adultas (40 a 59 anos). Quanto à escolaridade, ao contrário dos homens, entre os quais o risco diminuía à medida que a escolaridade aumentava, nas mulheres essa sequência decrescente foi interrompida na classe de 8 a 11 anos de estudo, que apresentou menor risco entre as classes de escolaridade.

Em ambos os sexos, o risco de óbito por suicídio na população indígena se destacou, por superar em mais de duas vezes o risco na população branca e pela alta proporção observada entre os adolescentes. Estes dados são concordantes com estudos que indicam a vulnerabilidade dessa população entre sociedades de todo o mundo, bem como com a existência de taxas mais altas de suicídio e de consumo de substâncias psicoativas entre os jovens indígenas em regiões ou nações como o Alasca, o Canadá, a Groenlândia, os países nórdicos e a Rússia.¹⁸

A questão do suicídio indígena interessa a pesquisadores e profissionais de diferentes áreas, e, devido às altas taxas, os estudos antropológicos e levantamentos epidemiológicos, assim como as intervenções para prevenção do suicídio, são realizadas de modo compartilhado com as comunidades indígenas, em especial, lideranças comunitárias e espirituais. Busca-se assim produzir ferramentas de prevenção condizentes com a realidade de grupos indígenas de diferentes regiões do país. Apesar disso, ainda há necessidade de fortalecer as redes comunitárias de proteção e promoção da saúde dos jovens indígenas e, para isso, são necessárias ações intersetoriais para além do setor saúde.

O enforcamento, a intoxicação exógena e as armas de fogo foram, nessa ordem, os meios mais utilizados para cometer o suicídio. Segundo a OMS,¹⁹ estratégias de restrição aos meios de cometer suicídio, como o controle do uso de agrotóxicos/pesticidas e de armas de fogo, reduzem a incidência do suicídio e são recomendadas como instrumentos de prevenção universal, ou seja, para a população geral. Todavia, mais estudos ainda são necessários para se verificar o impacto, por exemplo, da Lei nº 10.826/2003²⁰ – que, no art. 6º, “proíbe o porte de arma de fogo em todo o território nacional, salvo em casos excepcionais” –, bem como do acesso a agrotóxicos. Uma publicação de 2016 do Ministério da Saúde menciona a exposição humana a agrotóxicos como um problema de saúde pública, além de trazer dados que podem subsidiar a ampliação de ações integradas de prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos no Brasil.²¹

Rede de atenção à saúde

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental, antes centrado em internações em hospitais psiquiátricos, foi redirecionado para serviços comunitários de saúde mental, de forma a se promover a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais.²² A partir disso, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).²³

Com os objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial, articular ações entre

os serviços e ações intersetoriais, regular e organizar as demandas e fluxos de assistência, a RAPS propõe a qualificação do cuidado, por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo, considerando os diferentes níveis de complexidade de cada caso, bem como os grupos em situação de maior vulnerabilidade.²³

A RAPS tem na sua composição a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Assim, reforça-se a responsabilidade dos pontos de atenção da RAPS – desde Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passando por leitos de saúde mental em hospitais gerais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outros serviços de urgência e emergência –, para a realização do diagnóstico de necessidades de saúde de cada território, organização do cuidado em saúde mental, e efetivação da atenção psicossocial às pessoas com ideação

o suicida e seus familiares, a partir da construção de projetos terapêuticos singulares e do monitoramento dos casos. Mais informações sobre locais de atendimento estão disponíveis em <http://sage.saude.gov.br>.

Entre as estratégias de prevenção ao suicídio, estão as relacionadas aos sistemas de informação em saúde, incluindo a coleta e análise de dados sobre tentativa de suicídio e óbito por suicídio.^{1,18,19} No Brasil, dados epidemiológicos sobre as tentativas e óbitos por suicídio são disponibilizados por meio do Sinan e do SIM, respectivamente. No entanto, apesar de as tentativas de suicídio serem de notificação compulsória e imediata,⁸ ainda há barreiras a serem superadas, de forma a ser ampliada a abrangência da notificação por parte dos estabelecimentos de saúde. Entende-se a necessidade do uso de informações, tanto para o acionamento imediato da rede de atenção, o acompanhamento dos casos, a intervenção precoce e adequada e o monitoramento dos casos, quanto para a garantia da alimentação dos sistemas de informação em saúde para produção de informações consistentes que possam subsidiar tomadas de decisão e garantir a democratização das informações. Essas ações podem prevenir a

ocorrência e a concretização de novas tentativas de suicídio. Além disso, reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública e destinar recursos para sua prevenção é um caminho estratégico para preservar e melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas.

Referências

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2017 Sep 19]. 88p. Available in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
2. World Health Organization. Mental health. Suicide data [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 10]. Available in: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
3. Leenaars AA. Effective Public health strategies in suicides prevention are possible: a selective review recent studies. *Clin Neuropsychiatry*. 2005;2(1);21-31.
4. Organização Mundial de Saúde. CID-10: tradução Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.
5. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad Saúde Pública*. 2014 mai; 30(5):1057-66.
6. Rockett IRH, Hobbs G, De Leo D, Stack S, Frost JL, Ducatman AM, Kapusta ND, Walker RL. Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987-2006: two unrelated phenomena? *BMC Public Health*. 2010;10:705.
7. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 set 19]. 92 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

8. 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 República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 9; Seção 1:67.
9. Rosa, NM, Agnollo CMD, Oliveira RR, Mathias TAF, Oliveira MLF. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. J Bras Psiquiatr. 2016 set; 65(3):231-8.
10. Freitas, APA, Borges LM. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. Estud Pesqui Psicol. 2014 ago;14(2):560-77.
11. Minayo, MCS, Teixeira SMO, Martins JCO. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. Estud Psicol. 2016 jan-mar;21(1):36-45.
12. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública. 2013 jan;29(1):175-87.
13. Botega NJ, León-Marín L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009 dez; 25(12):2632-8.
14. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad Saúde Colet. 2013 jun;21(2):108-14.
15. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention for mental, neurological and psychological disorders: suicide [Internet]. Geneve: World Health Organization; 1993 [cited 2017 Aug 10]. 44 p. Available in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58959/1/WHO_MNH_MND_93.24.pdf
16. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Rev Saúde Pública. 2010 ago;44(4):750-7.
17. Ngui AN, Vasiliadis H, Prévile M. 2015. Individual and area-level factors correlated with death by suicide in older adults. Prev Med. 2015 Jun;75:44-8.
18. Organización Panamericana de La Salud. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015 [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de La Salud; 2016 [citado 2017 set 19]. 49 p. Disponible: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28416/9789275318973_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2012 [cited 2017 Sep 19]. 22 p. Available in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1
20. Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.826 de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas - Sinarm, define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2003 dez 23; Seção 1:1.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 set 19]. 139 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agrotoxicos_otica_sistema_unico_saude_v1_t.1.pdf
22. Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2001 abr 9; Seção 1:2.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 dez 26; Seção 1:230.