

Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018

Introdução

O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morram por suicídio e, a cada adulto que se suicida, ao menos outros 20 atentam contra a própria vida¹. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)², o suicídio representa 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral e a segunda entre os jovens de 15 a 29 anos¹.

Ainda que o cenário seja preocupante, o suicídio pode ser prevenido³. Sabe-se que este fenômeno é complexo e multifatorial, de modo que generalizações de fatores de risco são contraproducentes. A partir de uma análise contextual é possível compreender as situações de maior risco, como ter acesso a meios de cometer suicídio, 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 impede a procura de ajuda, que poderia evitar mortes¹. Da mesma forma, sabe-se que abordar o fenômeno do suicídio de forma responsável opera mais como um fator de prevenção que como fator de risco.

Assim, discutir o tema sem alarmismo e enfrentando os estigmas, bem como conscientizar e estimular sua prevenção pode contribuir para o enfrentamento desse problema. De fato, intervenções eficientes, bem fundamentadas e baseadas em evidências, podem ser aplicadas a determinados grupos e indivíduos para se prevenir as tentativas de suicídio e evitar o óbito por essa causa. Nesse sentido, o objetivo deste boletim é apresentar a situação epidemiológica das violências autoprovocadas e óbitos por suicídio no Brasil, com

destaque para os jovens de 15 a 29 anos de idade e descrever a atuação da rede de atenção à saúde.

Métodos

Estudo descritivo do perfil epidemiológico dos indivíduos na faixa etária de 15 a 29 anos com notificação de violência autoprovocada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2018 (dados preliminares), bem como daqueles com registro de óbito por suicídio no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) entre 2011 e 2017.

Violências autoprovocadas/autoinfligidas compreendem ideação suicida, automutilações, tentativas de suicídio e suicídios. É importante ainda apontar que nem toda violência autoprovocada caracteriza uma tentativa de suicídio, pois podem ser uma forma de aliviar sofrimentos, sem que haja o objetivo de pôr fim à vida.

Os dados sobre violência autoprovocadas 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 2018, sendo que os dados de 2018 são preliminares (extraídos em 2 de agosto de 2019).

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no Sinan desde 2010, em serviços sentinelas, e foi ampliada a partir de 2011, quando a notificação passou a ser universal para todos

©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

Wanderson Kleber de Oliveira, Daniela Buosi Rohlfs, Eduardo Marques Macário, Elisete Duarte, Gerson Fernando Mendes Pereira, Julio Henrique Rosa Croda, Sônia Maria Feitosa Brito.

Equipe Editorial

Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (DASNT/SVS/MS): Eduardo Marques Macário, Valdelaine Araújo (Editores Científicos).

Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/DAEVS/SVS: Lúcia Rolim Santana de Freitas (Editora Responsável), Maryane Oliveira Campos (Editora Assistente).

Colaboradores

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis/ Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CGDANT/DASNT/SVS/MS): Cheila Marina Lima, Daíla Nina Freira, Karine Bonfante, Leandra Lofego Rodrigues, Mariana Alencar Sales, Rafael Bello Corassa, Rayone Moreira Costa, Valéria Cristina Albuquerque Brito, Vinícius Oliveira de Moura.

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas/Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CGIAE/DASNT/SVS/MS): Bruno Zoca, Laís Relvas, Marina Miranda, Roberto Carlos Reyes Lecca.

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, Marina Rios Amorim.

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/ Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/Secretaria de Vigilância em Saúde (CGSAT/DSASTE/SVS/MS): Milene Tramansoli Resende.

Coordenação de Saúde do Homem/Coordenação Geral de Ciclos de Vida/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção Primária a Saúde (COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS): Renata Gomes Soares.

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

Secretaria Executiva

Regina Coelum Barbosa Falcão (CGDEP/DAEVS/SVS)

Normalização

Ana Flávia Lucas de Faria Kama (CGDEP/DAEVS/SVS)

Diagramação

Fernanda Almeida (GAB/SVS)

Projeto Gráfico

Fred Lobo, Sabrina Lopes (GAB/SVS)

Distribuição Eletrônica

Alexandre Magno de Aguiar Amorim, Fábio de Lima Marques, Flávio Trevellin Forini (GAB/SVS)

■ Apresentação

Este boletim apresenta uma descrição do perfil epidemiológico dos casos de violência autoprovocada e óbitos por suicídio envolvendo jovens de 15 a 29 anos de idade no Brasil, no período de 2011 a 2018. Os dados de violência autoprovocada foram obtidos por meio da ficha de notificação individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Para os óbitos por suicídio, foram utilizados os dados registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

os serviços de saúde públicos e privados do país. A notificação abrange tentativa de suicídio. A ideiação suicida não constitui objeto de notificação, embora exija ações de atenção integral em saúde⁴.

No caso das tentativas de suicídio, a notificação adquiriu caráter imediato a partir da Portaria MS nº 1.271/2014, de modo que a notificação para a autoridade sanitária deve ser feita em até 24 horas, com vistas a agilizar o atendimento da pessoa e garantir atenção integral à saúde das vítimas, articulando ações intra e intersectoriais⁵.

Para identificação das tentativas de suicídio, foram analisados os campos de observação referentes à especificação do tipo de violência nos casos de lesão autoprovocada. Foram consideradas todas as variações apresentadas no banco de dados para tentativa de suicídio, tentativas de cessar a própria vida e autoextermínio. Ressalta-se, entretanto, que devido à estrutura da ficha de notificação individual no que tange ao registro da intencionalidade da lesão autoprovocada, a qualidade dessa informação se faz limitada, uma vez que profissionais podem descrever essa intencionalidade de formas distintas, ou mesmo não realizar a descrição necessária para sua identificação.

Foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas dos casos de violência autoprovocada (sexo, raça/cor da pele, escolaridade, idade, presença de deficiência/transtorno e zona de residência) e das características da ocorrência (local de ocorrência, violência de repetição), segundo o sexo dos indivíduos, na faixa etária de 15 a 29 anos de idade.

Os dados referentes aos óbitos por suicídio foram captados pela declaração de óbito e registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a 2017. Os óbitos foram codificados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID - 10).⁶ Neste boletim, foram incluídos os óbitos cujas causas básicas foram classificadas como: lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), intoxicação exógena de intenção indeterminada (Y10 a Y19) e sequela 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.^{7,8}

Foram calculadas as taxas de mortalidade por suicídio para a faixa etária de 15 a 29 anos, por 100 mil habitantes, segundo o sexo e Unidade da Federação de residência. Para esta última variável, foi calculada a variação percentual entre os anos de 2011 e 2017. As projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE- projeções 2010-2060) foram utilizadas como denominadores para o cálculo dessas taxas. As taxas nacionais de mortalidade por suicídio, na população a partir de 10 anos de idade, foram padronizadas segundo a idade com auxílio da população mundial.

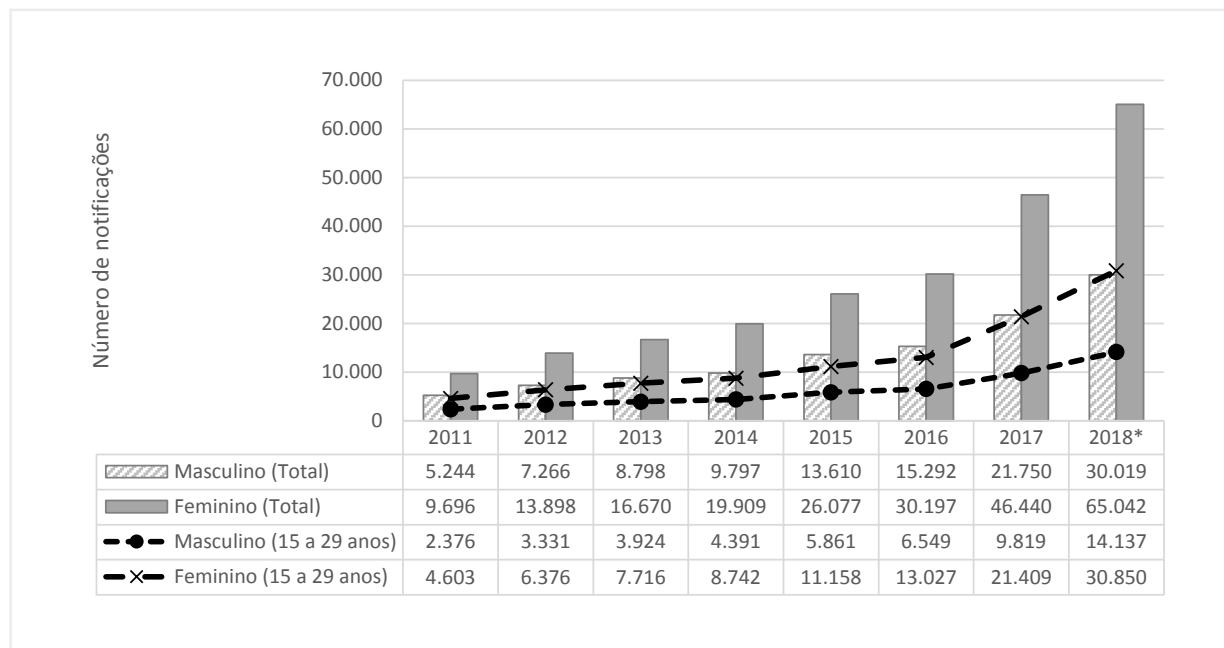
As seguintes variáveis foram apresentadas, segundo o sexo, por meio de frequências absolutas e relativas: escolaridade em anos de estudo (0 a 3; 4 a 7; 8 a 11; 12 e mais), raça/cor da pele (branca; negra (preta + parda); amarela e indígena), situação conjugal (solteiro(a), viúvo(a) ou divorciado(a); casado(a) ou união estável), local de ocorrência do óbito (domicílio; hospital; outro estabelecimento de saúde; via pública; outros locais), meio utilizado para autoprovocar a lesão (enforcamento; intoxicação exógena; arma de fogo; outro meio) e região de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste).

Resultados

Perfil das notificações de violência autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no período de 2011 a 2018

No período de 2011 a 2018 foram notificados 339.730 casos de violência autoprovocada, dos quais, 154.279 (45,4%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 103.881 (67,3%) nas mulheres e 50.388 (32,7%) nos homens. Dez registros tiveram o sexo da pessoa ignorado.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo e ano, no período em estudo. Entre 2011 e 2018, observou-se aumento das notificações em ambos os sexos, tanto na população geral quanto na população de 15 a 29 anos.

FIGURA 1. Número de notificações por violência autoprovocada, segundo sexo e ano, população total e na de 15 a 29 anos, Brasil, 2011 a 2018*

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. *2018: dados preliminares. Data de atualização dos dados: 2 de agosto de 2019.

Os estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná estão entre os que mais notificaram casos de violência autoprovocada entre jovens de 15 a 29 anos no período.

Já os estados de Sergipe e Amapá foram os que menos notificaram casos (Tabela 1).

TABELA 1. Casos notificados de violência autoprovocada entre jovens de 15 a 29 anos, segundo Unidade da Federação de residência, Brasil, 2011 a 2018*

Unidade da Federação	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	Total
Rondônia	19	8	15	19	47	64	187	258	617
Acre	21	39	34	47	143	165	344	360	1.153
Amazonas	46	46	86	127	221	156	156	286	1.124
Roraima	30	74	100	84	64	82	163	240	837
Pará	46	33	52	70	89	117	148	192	747
Amapá	39	37	65	22	17	31	43	72	326
Tocantins	145	156	247	224	265	353	466	710	2.566
Maranhão	30	88	87	96	147	71	124	330	973
Piauí	95	163	207	184	295	483	535	729	2.691
Ceará	36	50	115	152	318	423	702	1.092	2.888
Rio Grande do Norte	44	55	118	102	144	197	342	503	1.505
Paraíba	95	133	71	82	211	132	311	407	1.442
Pernambuco	235	222	457	521	516	545	998	1.693	5.187
Alagoas	439	460	518	466	450	396	668	984	4.381
Sergipe	2	6	26	19	20	14	58	130	275
Bahia	77	144	179	190	237	253	509	801	2.390
Minas Gerais	1.097	1.995	2.601	3.265	3.891	3.685	5.131	6.409	28.074
Espírito Santo	29	90	155	382	540	685	887	1.431	4.199

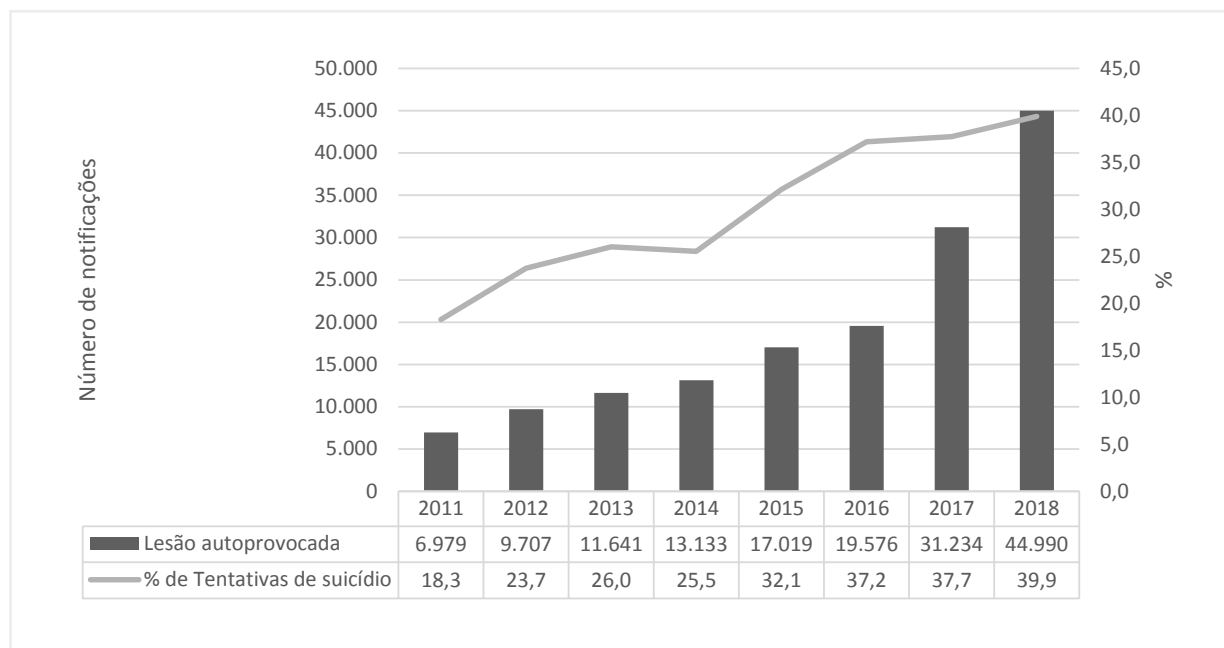
Unidade da Federação	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	Total
Rio de Janeiro	225	350	366	529	657	851	1.587	2.157	6.722
São Paulo	2.082	2.494	2.471	2.539	3.386	4.589	7.567	11.099	36.227
Paraná	274	653	830	1.080	1.688	2.189	3.689	5.280	15.683
Santa Catarina	407	630	948	936	1.146	1.210	1.739	2.513	9.529
Rio Grande do Sul	815	966	912	982	1.219	1.371	2.773	3.779	12.817
Mato Grosso do Sul	473	415	528	541	564	622	878	998	5.019
Mato Grosso	30	103	98	134	112	135	223	383	1.218
Goiás	107	233	278	258	461	497	642	1.143	3.619
Distrito Federal	41	64	77	82	171	260	364	1.011	2.070
Brasil	6.979	9.707	11.641	13.133	17.019	19.576	31.234	44.990	154.279

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. *dados preliminares. Data de atualização dos dados: 2 de agosto de 2019.

Das notificações de violência autoprovoada entre jovens de 15 a 29 anos, 52.444 (34,0%) casos puderam ser classificados como tentativas de suicídio. Ao longo do período, observou-se um aumento da proporção de registros de tentativas de suicídio, em relação ao total de lesões autoprovoadas, passando de 18,3%

em 2011, para 39,9% em 2018 (Figura 2), o que sugere uma melhoria na captação das tentativas de suicídio pelo sistema de vigilância, em especial a partir de 2014, quando foi estabelecida a notificação compulsória imediata.

FIGURA 2. Distribuição das notificações de violência autoprovoada e proporção de casos classificados como tentativas de suicídio entre jovens de 15 a 29 anos segundo ano de ocorrência, Brasil, 2011 a 2018*



Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. *dados preliminares. Data de atualização dos dados: 2 de agosto de 2019.

O perfil dos jovens 15 a 29 anos com notificação de violência autoprovocada mostra que eram predominantemente brancos (47,5%), com ensino médio incompleto ou completo (33,7%). Um quinto (19,5%) dos casos apresentou alguma deficiência/transtorno, e a maioria residia na zona urbana (89,4%)

e nas regiões Sudeste (48,8%) e Sul (24,6%) do Brasil (Tabela 2). Ressalta-se que foram observadas elevadas proporções de campos ignorados, chegando a 37,2% para a escolaridade, 22,0% para deficiência/transtorno e 11,7% para raça/cor da pele.

TABELA 2. Características dos casos notificados de violência autoprovocada entre jovens de 15 a 29 anos, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2018*

Variável	Masculino (N = 50.388)		Feminino (N = 103.881)		Total (N = 154.259)	
	N	%	N	%	N	%
Raça/Cor						
Branco	23.377	46,4	49.826	48,0	73.203	47,5
Negro (preto + pardo)	20.434	40,6	40.346	38,8	60.780	39,4
Amarelo	345	0,7	687	0,7	1.032	0,7
Indígena	631	1,3	548	0,5	1.179	0,8
Ignorado	5.601	11,1	12.474	12,0	18.075	11,7
Escolaridade						
Analfabeto	224	0,4	190	0,2	414	0,3
Ensino fundamental incompleto	9.446	18,7	15.499	14,9	24.945	16,2
Ensino fundamental completo	3.539	7,0	6.666	6,4	10.205	6,6
Ensino médio incompleto	7.651	15,2	18.976	18,3	26.627	17,3
Ensino médio completo	7.421	14,7	17.923	17,3	25.344	16,4
Ensino superior incompleto	1.824	3,6	4.898	4,7	6.722	4,4
Ensino superior completo	641	1,3	1.899	1,8	2.540	1,6
Ignorado	19.604	38,9	37.752	36,3	57.356	37,2
Não se aplica	38	0,1	78	0,1	116	0,1
Deficiência/transtorno						
Sim	10.667	21,2	19.431	18,7	30.098	19,5
Não	28.537	56,6	61.621	59,3	90.158	58,4
Ignorado	11.184	22,2	22.829	22,0	34.013	22,0
Zona de residência						
Urbana	44.353	88,0	93.555	90,1	137.908	89,4
Rural	4.323	8,6	7.123	6,9	11.446	7,4
Periurbana	302	0,6	546	0,5	848	0,5
Ignorado	1.410	2,8	2.657	2,6	4.067	2,6
Região de residência						
Norte	2.501	5,0	4.874	4,7	7.375	4,8
Nordeste	6.968	13,8	14.775	14,2	21.743	14,1
Sudeste	24.201	48,0	51.000	49,1	75.201	48,8
Sul	12.697	25,2	25.294	24,4	37.991	24,6
Centro-Oeste	4.004	7,9	7.921	7,6	11.925	7,7

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. *dados preliminares. Data de atualização dos dados: 2 de agosto de 2019.

Em relação ao local de ocorrência, a residência foi o local mais frequente (79,6%), sendo maior em mulheres (83,0%) do que em homens (72,6%), seguido da via pública (6,3%), sendo aproximadamente duas vezes mais frequente em homens (10,0%) do que em mulheres (4,5%). Violência de repetição foi identificada em 31,9% dos casos, com maior frequência entre mulheres (33,6%) em comparação aos homens (28,6%). Ressalta-se que 23,9% das notificações não apresentavam informações sobre o caráter de repetição da violência (Tabela 3).

O envenenamento foi o meio de agressão mais frequente, correspondendo a 50,4% dos meios registrados, seguido pelos objetos perfurocortantes (17,8%). Observou-se ainda maiores proporções de violências autoprovocadas com meios de maior potencial letal (enforcamento e armas de fogo) entre homens. No sexo masculino, 13,0% das autoagressões foram realizadas através de enforcamento e 4,2% por meio de armas de fogo, contra 4,7% e 0,7% no sexo feminino, respectivamente (Tabela 3).

TABELA 3. Características da ocorrência de casos de violência autoprovocada notificados entre jovens de 15 a 29 anos, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2018*

Variável	Masculino (N = 50.388)		Feminino (N = 103.881)		Total (N = 154.259)	
	N	%	N	%	N	%
Local de ocorrência						
Residência	36.600	72,6	86.170	83,0	122.770	79,6
Escola	421	0,8	900	0,9	1.321	0,9
Local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústrias/construção	1.429	2,8	1.472	1,4	2.901	1,9
Via pública	5.061	10,0	4.721	4,5	9.782	6,3
Outro	2.758	5,5	3.075	3,0	5.833	3,8
Ignorado	4.119	8,2	7.543	7,3	11.662	7,6
Violência de repetição						
Sim	14.413	28,6	34.871	33,6	49.284	31,9
Não	23.423	46,5	44.670	43,0	68.093	44,1
Ignorado	12.552	24,9	24.340	23,4	36.892	23,9
Meio de agressão**						
Enforcamento	4.072	13,0	2.760	4,7	6.832	7,6
Objeto contundente	791	2,5	1.251	2,1	2.042	2,3
Objeto perfurocortante	6.219	19,9	9.853	16,7	16.072	17,8
Objeto/substância quente	468	1,5	845	1,4	1.313	1,5
Envenenamento	13.041	41,6	32.455	55,1	45.496	50,4
Arma de fogo	1.311	4,2	385	0,7	1.696	1,9
Outros	5.426	17,3	11.381	19,3	16.807	18,6

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. *dados preliminares. **Campo de preenchimento múltiplo – percentuais calculados em relação ao total de meios de agressão registrados.

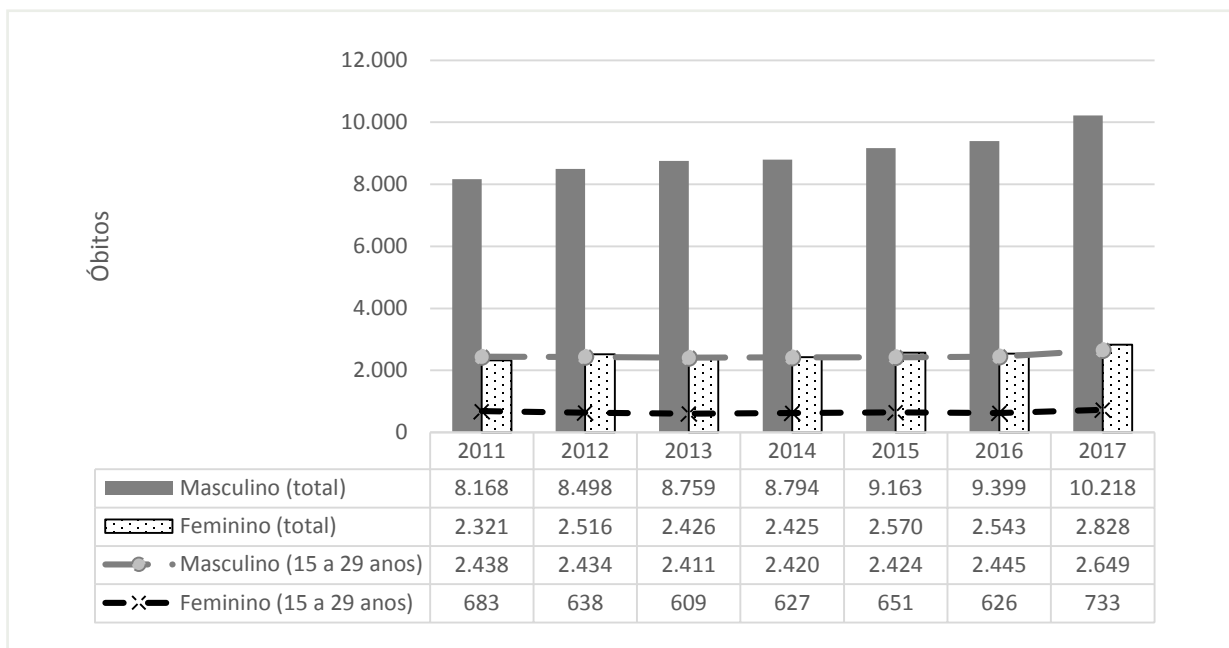
Perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2017

No período de 2011 a 2017, foram registrados 80.352 óbitos por suicídio na população a partir de 10 anos,

dos quais 21.790 (27,3%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 17.221 (79,0%) no sexo masculino e 4.567 (21,0%) no feminino.

Entre 2011 e 2017 verificou-se um aumento no número de óbitos por suicídio entre os jovens de 15 a 29 anos, sendo 8,7% entre os homens e 7,3% entre as mulheres (Figura 3).

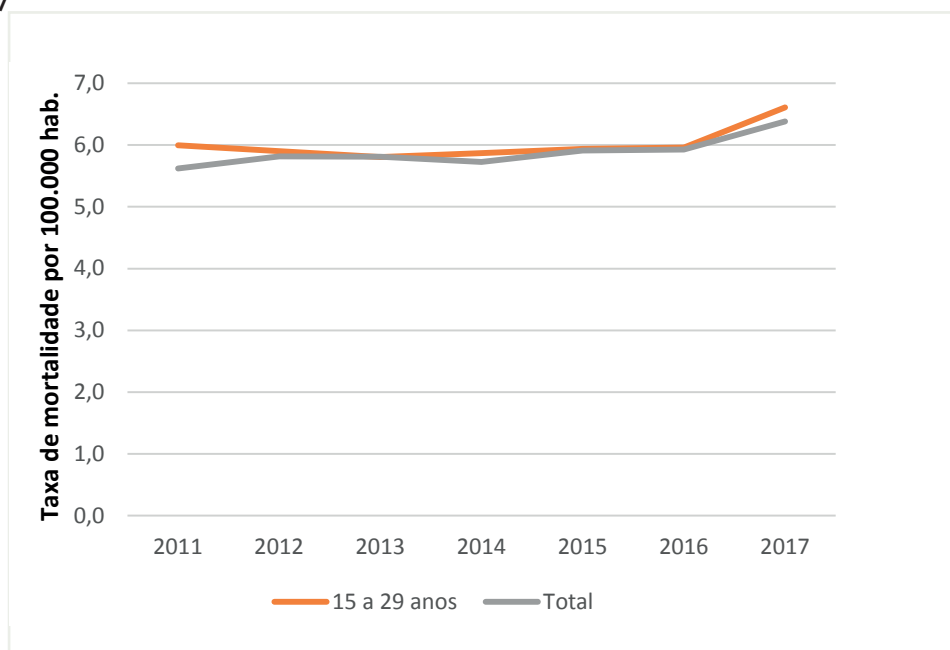
FIGURA 3. Número de óbitos por suicídio segundo sexo e ano, na população total (a partir de 10 anos) e na de 15 a 29 anos, Brasil, 2011 a 2017



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (18/06/2019)/Ministério da Saúde.

A taxa de mortalidade por suicídio na faixa etária de 15 a 29 anos permaneceu praticamente estável entre 2011 e 2016. No entanto, observa-se um aumento em 2017. De acordo com a Figura 4, observa-se que a taxa

de mortalidade por suicídio na faixa etária de 15 a 29 e na população a partir de 10 anos tem comportamento semelhante, tanto em termos de valores quanto em tendência.

FIGURA 4. Taxa de mortalidade por suicídio na população total (a partir de 10 anos) e na de 15 a 29 anos, Brasil, 2011 a 2017






Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (18/06/2019) / Ministério da Saúde

Comparando os anos de 2011 e 2017, houve um aumento de 10% na taxa de mortalidade por suicídio na população de 15 a 29 anos. A maioria das Unidades da Federação (UF) apresentou aumento da taxa de mortalidade por suicídio na população de 15 a 29 anos, com exceção de Roraima, Amazonas, Ceará, Minas Gerais, Sergipe, São

Paulo, Rio Grande do Norte e Alagoas. Os Estados de Mato Grosso do Sul e Roraima tiveram as taxas mais elevadas tanto em 2011 quanto em 2017. Os maiores aumentos percentuais na taxa de mortalidade ocorreram no Acre (81%) e em Goiás (61%); o Acre passou da 13ª para a 3ª posição no ranking entre as UFs (Tabela 4).

TABELA 4. Variação percentual da taxa de mortalidade por suicídio na população de 15 a 29 anos, por unidade da federação, Brasil, 2011 e 2017*

Unidade da Federação	2011	2017	Variação percentual (2011-2017)
Mato Grosso do Sul	11,9	14,8	25%
Roraima	13,7	12,7	-8%
Acre	6,3	11,4	81%
Piauí	8,7	11,4	32%
Amapá	9,4	10,4	11%
Santa Catarina	7,0	10,2	47%
Rio Grande do Sul	8,1	10,2	25%
Amazonas	11,5	9,4	-19%
Rondônia	6,9	9,2	32%
Goiás	5,7	9,1	61%
Tocantins	7,9	8,1	3%
Paraná	5,9	7,4	25%
Ceará	8,2	7,4	-10%
Distrito Federal	5,4	7,3	35%

Unidade da Federação	2011	2017	Variação percentual (2011-2017)	
Minas Gerais	7,5	7,3	-4%	
Sergipe	7,1	6,7	-5%	
Brasil	6,0	6,6		10%
Mato Grosso	6,0	6,5		9%
Maranhão	5,1	5,9		16%
São Paulo	6,0	5,8	-3%	
Rio Grande do Norte	5,8	5,4	-8%	
Pará	3,9	5,3		37%
Paraíba	4,8	5,0		4%
Pernambuco	4,7	5,0		5%
Espírito Santo	4,1	4,3		7%
Bahia	3,7	4,1		11%
Rio de Janeiro	3,0	3,6		20%
Alagoas	3,9	3,5	-10%	

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/Ministério da Saúde.

* taxas padronizadas

O perfil dos jovens de 15 a 29 anos que se suicidaram no período de 2011 a 2017 era majoritariamente do sexo masculino (79,0%), negros (54,9%), com 4 a 11 anos de estudo (58,2%), e de situação conjugal solteira, viúva ou

divorciada (84,0%). O sexo feminino apresentou perfil semelhante. Ressalta-se que foi observada elevada proporção de casos (22,1%) sem informação para a escolaridade Tabela 5.

TABELA 5. Características dos óbitos por suicídio entre indivíduos de 15 a 29 anos, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2017

Variável	Masculino (N=17.221)		Feminino (N=4.567)		Total (N=21.790)	
	N	%	N	%	N	%
Raça/cor da pele						
Branco	6.796	39,5	1.933	42,3	8.730	40,1
Negro (preto + pardo)	9.447	54,9	2.311	50,6	11.758	54,0
Amarelo	40	0,2	16	0,4	56	0,3
Indígena	388	2,3	131	2,9	520	2,4
Sem informação	550	3,2	176	3,9	726	3,3
Escolaridade (em anos de estudo)						
0 a 3	2.130	12,4	393	8,6	2.524	11,6
4 a 7	4.927	28,6	1.095	24,0	6.023	27,6
8 a 11	5.093	29,6	1.546	33,9	6.639	30,5
12 e mais	1.190	6,9	601	13,2	1.791	8,2
Sem informação	3.881	22,5	932	20,4	4.813	22,1
Situação conjugal						
Solteira/viúva/divorciada	14.461	84,0	3.629	79,5	18.092	83,0
Casada/união estável	1.672	9,7	672	14,7	2.344	10,8
Sem informação	1.088	6,3	266	5,8	1.354	6,2

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (18/06/2019) / Ministério da Saúde.

Em relação ao local de ocorrência do óbito, o domicílio foi o local mais frequente (57,3%), com percentual discretamente maior no sexo masculino (58,4%) em relação ao feminino (53,3%). O segundo local mais frequente foi o hospital (17,6%), onde o sexo feminino (29,0%) apresentou percentual duas vezes maior que o masculino (14,6%) (Tabela 6).

O enforcamento foi o meio mais frequentemente utilizado para o suicídio, com maior percentual no

sexo masculino (70,3%) do que no feminino (53,8%), seguido da intoxicação exógena que foi duas vezes mais frequente no sexo feminino (28,0%) do que no masculino (11,9%). A arma de fogo foi mais utilizada pelos homens (8,7%) do que pelas mulheres (4,6%) (Tabela 6).

Quanto à região de residência, um terço (36,5%) das pessoas que cometeram suicídio residia na região Sudeste e um quarto (25,3%) na Nordeste do país (Tabela 6).

TABELA 6. Características da ocorrência de óbitos por suicídio entre indivíduos de 15 a 29 anos, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2017

Variável	Masculino (N=17.221)		Feminino (N=4.567)		Total (N=21.790)	
	N	%	N	%	N	%
Local de ocorrência						
Domicílio	10.056	58,4	2.433	53,3	12.491	57,3
Hospital	2.506	14,6	1.326	29,0	3.832	17,6
Out est saude	280	1,6	128	2,8	408	1,9
Via publica	1.242	7,2	198	4,3	1.440	6,6
Outros	3.041	17,7	467	10,2	3.508	16,1
Ignorado	96	0,6	15	0,3	111	0,5
Local de ocorrência						
Residência	10.034	58,3	2.732	59,8	12.768	58,6
Habitação coletiva	396	2,3	61	1,3	457	2,1
Escolas, outras instituições e áreas de administração pública	236	1,4	66	1,4	302	1,4
Área para a prática de esportes e atletismo	31	0,2	3	0,1	34	0,2
Rua e estrada	1.043	6,1	170	3,7	1.213	5,6
Áreas de comércio e de serviços	217	1,3	42	0,9	259	1,2
Áreas industriais e em construção	33	0,2	3	0,1	36	0,2
Fazenda	206	1,2	18	0,4	224	1,0
Outros locais especificados	910	5,3	170	3,7	1.080	5,0
Local não especificado	4.115	23,9	1.302	28,5	5.417	24,9
Meio utilizado						
Enforcamento	12.099	70,3	2.456	53,8	14.557	66,8
Intoxicação exógena	2.043	11,9	1.280	28,0	3.323	15,3
Arma de fogo	1.490	8,7	211	4,6	1.701	7,8
Outros	1.589	9,2	620	13,6	2.209	10,1
Região de residência						
Norte	1.995	11,6	497	10,9	2.493	11,4
Nordeste	4.250	24,7	1.253	27,4	5.503	25,3
Sudeste	6.219	36,1	1.629	35,7	7.849	36,0
Sul	3.023	17,6	707	15,5	3.730	17,1
Centro-Oeste	1.734	10,1	481	10,5	2.215	10,2

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (18/06/2019) / Ministério da Saúde.

Discussão

Os resultados dessa análise demonstraram um aumento no número de notificações de lesão autoprovocada e na proporção de notificação de tentativas de suicídio entre jovens de 15 a 29 anos, de 18,3 em 2011 para 39,9 em 2018, indicando uma melhoria na captação violências autoprovocadas e na identificação das tentativas de suicídio pelo sistema de vigilância. Nesse sentido, ressalta-se que a proporção de municípios que notificaram violência interpessoal/autoprovocada aumentou de 38,0 em 2011, para 71,6 em 2017. Os maiores números de notificações de violência autoprovocada no período foram observados nos estados de São Paulo (36.227), Minas Gerais (28.074), Paraná (15.683) e Rio Grande do Sul (12.817). É importante ressaltar que os maiores números de notificação não refletem, necessariamente, uma maior incidência de violências autoprovocadas, mas uma melhor estruturação da rede de saúde e do sistema de vigilância em saúde, garantindo maior captação e a notificação adequada destes casos no Viva/Sinan.

O perfil geral dos casos de violência autoprovocada foram pessoas brancas, do sexo feminino, com escolaridade até o ensino médio, residentes na zona urbana. Esses resultados vão ao encontro de dados de um inquérito de base populacional realizado em municípios brasileiros⁹ e de um estudo de coorte retrospectiva dos registros de tentativas de suicídio em boletins de ocorrência policial¹⁰.

Em relação à presença de deficiência/ transtornos os dados apresentaram proporções similares entre mulheres e homens com notificação de lesão autoprovocada. No entanto, os valores foram inferiores quando comparados aos resultados de outros estudos, o que pode ser devido, em parte, à proporção de casos com informação ignorada¹¹.

As proporções de lesões autoprovocadas 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 emergência¹⁰. Somado a isso, mulheres somaram a maior proporção de casos de notificados de violência autoprovocada, e homens apresentaram maiores frequências de autoagressões com meios de maior potencial letal. Nesse sentido, a literatura é consistente em demonstrar que mulheres apresentam uma maior frequência de ideação e tentativas de suicídio, enquanto homens apresentam uma maior frequência de suicídios consumados^{12,13}.

Desse modo, 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 e de promoção da 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.

Ressalta-se que os dados apresentados neste boletim apontaram para elevadas proporções de casos sem informação para as variáveis escolaridade, presença de deficiência/transtorno e violência de repetição. Nesse sentido, 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. Outra limitação diz respeito à identificação das tentativas de suicídio no conjunto de lesões autoprovocadas. Nesse sentido, o instrutivo de preenchimento da ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada orienta, nos casos de violências autoprovocadas, o preenchimento da intencionalidade da violência no campo de observações. Entretanto, por se tratar de um campo aberto, não há padronização da forma de preenchimento, limitando a qualidade da análise desses dados. Ademais, ressalta-se que em cerca de metade dos registros de lesões autoprovocadas não há qualquer especificação quanto à intencionalidade da lesão no campo de observações. Assim, é provável haja um importante grau de subregistro dessa informação nas notificações.

O suicídio representou, na faixa etária de 15 a 29 anos, 6% das mortes violentas no Brasil, entre 2011 e 2017. Este estudo apontou aumento de 10% nas taxas de suicídio no Brasil, entre 2011 e 2017, sendo que o maior aumento ocorreu entre 2016 e 2017. Tal elevação das taxas de suicídio ocorreu em 19 Unidades da Federação, sem predomínio por região. Os perfis mais vulneráveis ao suicídio nessa faixa etária foram homens, com 4 a 11 anos de escolaridade, de raça negra, sendo o enforcamento o principal método utilizado.

O enforcamento, seguido da intoxicação exógena e armas de fogo, foram os meios mais utilizados para cometer o suicídio. No mundo, há evidências recentes sobre a prevenção do suicídio com regulamentações restritivas de acesso aos pesticidas¹⁴. Segundo a OMS¹⁵, 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.

Uma publicação de 2016 do Ministério da Saúde menciona a exposição humana a agrotóxicos como um problema de saúde pública, bem como dados que podem subsidiar a ampliação de ações integradas de prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas ou potencialmente expostas aos agrotóxicos no Brasil¹⁶.

Entre as estratégias de prevenção ao suicídio, estão aquelas relacionadas aos sistemas de informação em saúde, incluindo a coleta e análise de dados sobre tentativas e óbitos por suicídio¹⁷. No Brasil, apesar das tentativas de suicídio serem de notificação compulsória e imediata⁵, ainda é necessário ampliar a abrangência e qualidade da notificação. Entende-se a importância do uso de informações, tanto para a prevenção de tentativas e de óbitos, quanto para o acionamento imediato da rede de atenção e proteção, acompanhamento e intervenção precoce nos casos identificados como tentativas de suicídio.

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 promover a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais¹⁸. A partir disso, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011¹⁹ (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

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 vulnerabilidade¹⁹.

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, em realizar o diagnóstico de necessidades de saúde de cada território, organizar o cuidado em saúde mental, e efetivar a atenção psicossocial às pessoas com ideação 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>.

Além do fortalecimento dos sistemas e da rede já citados, um recente instrumento, para se avançar no aspecto da prevenção, é a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que visa à efetividade das estratégias de enfrentamento permanente das lesões autoprovocadas pelo poder público e se fundamenta na cooperação e na colaboração entre órgãos da administração pública federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, a fim de promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio.

Referências

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2019 Sep 10]. 89 p. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2019 Aug 30]. 45 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_20eng.pdf?sequence=1
3. Leenaars AA. Effective public health strategies in suicide prevention are possible: a selective review of recent studies. Clin Neuropsychiatry [Internet]. 2005 Feb [cited 2019 Sep 10];2(1):21-31. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2005-11020-004>
4. 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 jul 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 jun 9 [citado 2019 set 10];Seção 1:67. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
6. Organização Mundial de Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
7. Rockett IR, Hobbs G, De Leo D, Stack S, Frost JL, Ducatman AM, et al. Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987-2006: two unrelated phenomena? BMC Public Health [Internet]. 2010 Nov [cited 2019 Sep 10];10:705. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091585/>. doi: 10.1186/1471-2458-10-705
8. 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 [Internet]. 2014 [citado 2019 set 10];30(5):1057-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-1057.pdf>. doi: 10.1590/0102-311X00054213
9. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarrodo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 dez [citado 2019 set 10];25(12):2632-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2009001200010
10. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 jan [citado 2019 set 10];29(1):175-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2013000100020
11. Rosa NM, Agnolo CMD, Oliveira RR, Mathias TAF, Oliveira MLF. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2016 set [citado 2019 set 10];65(3):231-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n3/0047-2085-jbpsiq-65-3-0231.pdf>. doi: 10.1590/0047-2085000000129
12. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [citado 2019 set 10]. 346 p. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
13. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Suicide attempts by elderly women – from a gender perspective. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 Sep 10];20(6):1721-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1721.pdf. doi: 10.1590/1413-81232015206.02112015
14. Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. Lancet Glob Health [Internet]. 2017 Oct [cited 2019 Set 10];5(10):e1026-e1037. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30299-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30299-1/fulltext). doi: 10.1016/S2214-109X(17)30299-1
15. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [Internet]. 26 p. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental do Trabalhador. Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde: relatório nacional de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 set 10]. vol. 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agrotoxicos_otica_sistema_unico_saude_v1_t1.pdf
17. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework [Internet]. Geneva: World Health Organization: 2012 [cited 2019 Sep 10]. 22 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1
18. Brasil. Presidência da República. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2001 abr 9 [citado 2019 set 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011 dez 26 [citado 2019 set 10];Seção 1:230. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html