Informe Epidemiológico 2019

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC/HCC

Setembro Amarelo: A Situação das Tentativas de Suicídio

- ✓ O SUICÍDIO é responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se a 18ª principal causa de morte em 2016. Isto representa uma morte a cada 40 segundos no mundo.
- ✓ Estima-se que anualmente mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e a cada adulto que se suicida, pelo menos outras 20 tentam o suicídio a cada ano.
- ✓ **Os suicídios PODEM SER EVITADOS EM TEMPO OPORTUNO, com base em evidências e com intervenções de baixo custo.** Para uma efetiva prevenção, as respostas nacionais necessitam de uma ampla estratégia multisetorial.

Quem está em risco?

Embora a relação entre distúrbios suicidas e mentais (em particular, depressão e abuso de álcool) esteja bem estabelecida em países de alta renda, vários suicídios ocorrem de forma impulsiva em momento de crise, com um colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida – tais como problemas financeiros, términos de relacionamento ou dores crônicas e doenças. Além disso, o enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida. As taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI); e pessoas privadas de liberdade. **O fator de risco mais relevante para o suicídio é a tentativa anterior.**

Métodos de suicídio

Estima-se que cerca de 20% dos suicídios globais acontecem por auto-envenenamento com pesticidas, dos quais a maioria ocorre em zonas rurais de países com baixa e média renda. Outros métodos recorrentes são enforcamento e uso de armas de fogo. **O conhecimento dos métodos de suicídio mais utilizados é importante para a elaboração de estratégias de prevenção** que têm se mostrado eficazes, como a restrição de acesso aos meios de suicídio.

Prevenção e controle

Os suicídios são evitáveis. Há uma série de medidas que podem ser tomadas junto à população, subpopulação e em níveis individuais para prevenir o suicídio e suas tentativas, incluindo:

- Redução de acesso aos meios utilizados (por exemplo, pesticidas, armas de fogo e certas medicações);
- Cobertura responsável pelos meios de comunicação;
- Introdução de políticas para reduzir o uso nocivo do álcool;
- Identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias, dores crônicas e estresse emocional agudo;
- Formação de trabalhadores não especializados em avaliação e gerenciamento de comportamentos suicidas;
- Acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio e prestação de apoio comunitário.

O suicídio é uma questão complexa e, por isso, os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração entre os múltiplos setores da sociedade, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois apenas uma abordagem não pode impactar em um tema tão complexo quanto o suicídio.

A Situação das Tentativas de Suicídio

No Brasil

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como tema para o Dia Mundial da Saúde, lembrado em 7 de abril, **a depressão** (fator de risco importante para tentativas de suicídio e suicídio), dada a importância do tema. Ainda segundo a OMS, **o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo nas Américas**. Em 2015, 788 mil pessoas morreram por suicídio. Isso representou quase 1,5% de todas as mortes no mundo, figurando entre as 20 maiores causas de morte em 2015.

No país, entre 2011 e 2016, foram notificados no Sinan 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Considerando-se somente a ocorrência de lesão autoprovocada, que inclui as autoagressões e as tentativas de suicídio, identificaram-se 48.204 casos de tentativas de suicídio (**TS**), sendo mais frequente em mulheres (33.269casos; 69,0%). Observou-se aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino de 209,5% e 194,7%, respectivamente (figura 1). A análise das notificações de **TS** em mulheres mostrou que 53,2% eram brancas e 32,8% negras (pardas + pretas), com presença de deficiência ou transtorno em 25,5% delas. A grande maioria delas, 92,1%, residia na zona urbana e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (44,8%) e Sul (33,4%). Entre os homens notificados por **TS**, 52,2% eram brancos e 34,8% negros (pardos + pretos) com presença de deficiência ou transtorno em 27,7% desses homens. A grande maioria deles, 89,9%, residia na zona urbana e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (42,8%) e Sul (34,9%).

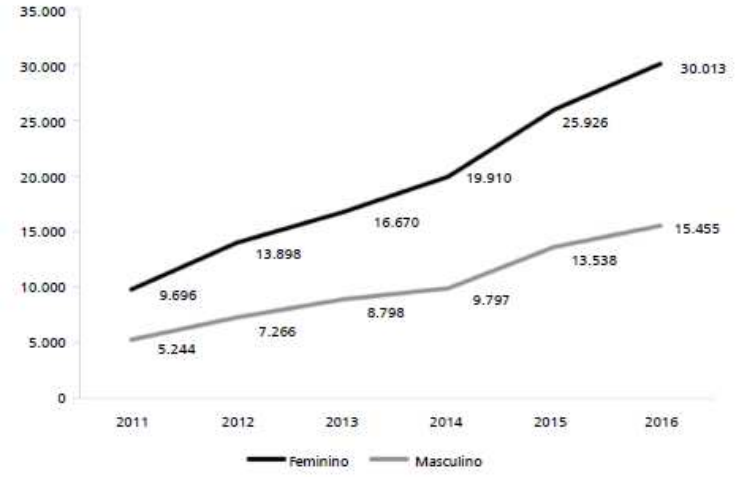


Figura 1. Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano. Brasil, 2011 a 2016.

Os óbitos por Suicídio no Brasil foram de 55.649, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. 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.). 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).

As maiores taxas de óbito por suicídio/100 mil habitantes, foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul (10,3), de Santa Catarina (8,8) e do Mato Grosso do Sul (8,5) (figura 2). Houve aumento do número de óbitos por suicídio neste período no Rio Grande do Sul com variação de 0,1 a 2,6 casos/100 mil habitantes entre os homens e de 0,1 a 0,4 óbitos/100 mil habitantes entre as mulheres.

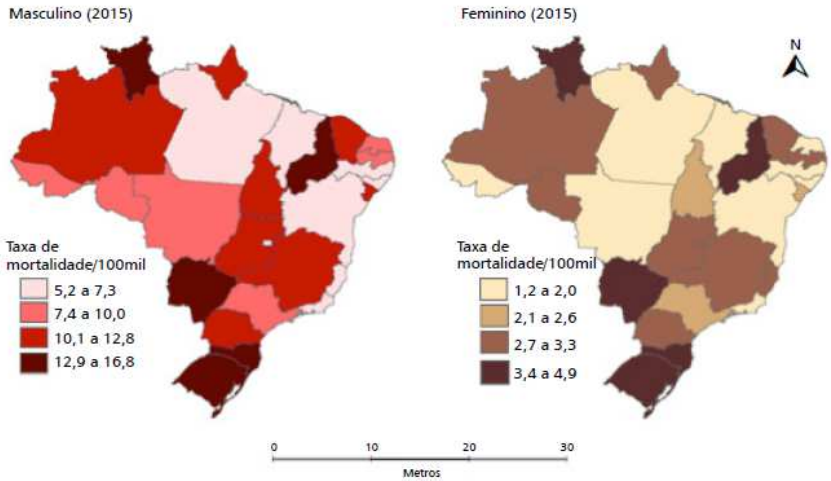


Figura 2. Distribuição espacial da taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, segundo o sexo e a Unidade de Federação. Brasil, 2011 a 2015.

No Rio Grande do Sul, **em 2016,** foram registrados 1.166 óbitos por suicídio, atingindo taxa de 11,0 por 100 mil habitantes (17,8 para homens e 4,5 para mulheres), aproximadamente o dobro da brasileira, **o que representa uma média de 3 mortes a cada dia**. No

mesmo período, foram notificados 3.700 casos de violência AP e 1.837 foram classificados como **TS**, o que equivale a uma taxa de 17,4 por 100 mil habitantes. Houve aumento da incidência de suicídio até a faixa etária dos 70-79 anos, principalmente nos homens como observado em quase todas as regiões do mundo (OMS, 2014), incluindo o Brasil. Entre as mulheres, a maior taxa ocorreu entre 50 e 59 anos (Fig. 3).

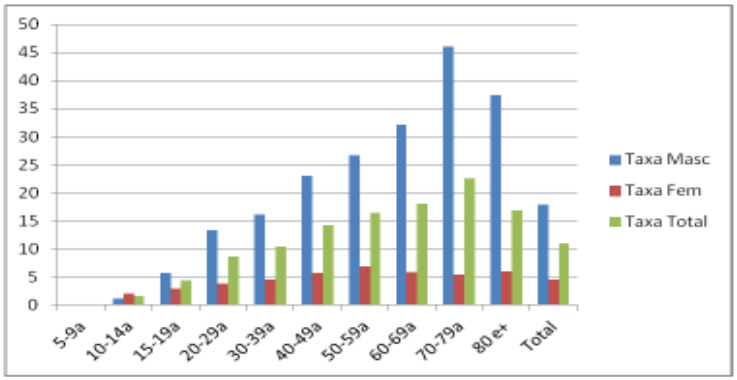


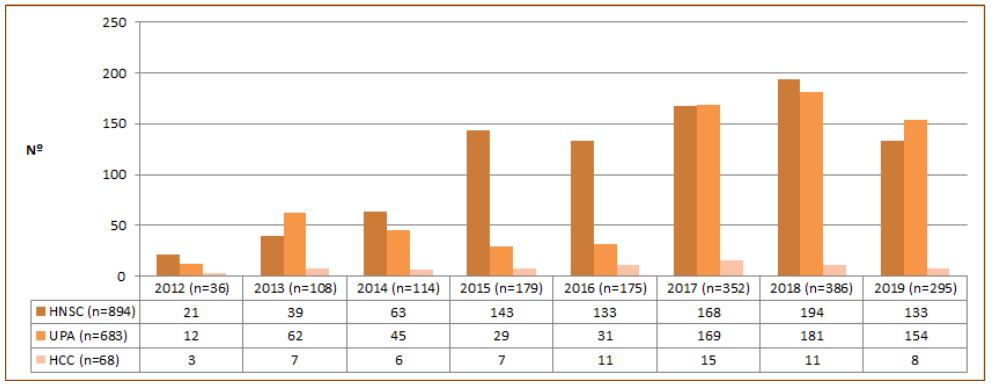
Figura 3. Taxa de suicídio por faixa etária e sexo. Rio Grande de Sul, 2016.

Em residentes de Porto Alegre, entre 2006 e 2016, houve 1.061 óbitos por suicídio, sendo 117 casos em 2006 e 96 casos em 2016, demonstrando estabilidade na tendência ao longo do tempo. Em 2016 a taxa de suicídio foi 3,18 entre as mulheres (a cada 100 mil mulheres) e 11,01 entre os homens (a cada 100 mil homens), o que representou cerca de três vezes mais suicídios entre os homens. A maior proporção de suicídios ocorreu entre adultos jovens (dos 20 aos 49 anos) (56,4%) e na raça/cor branca (87,5%).

No Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição e UPA Moacyr Scliar

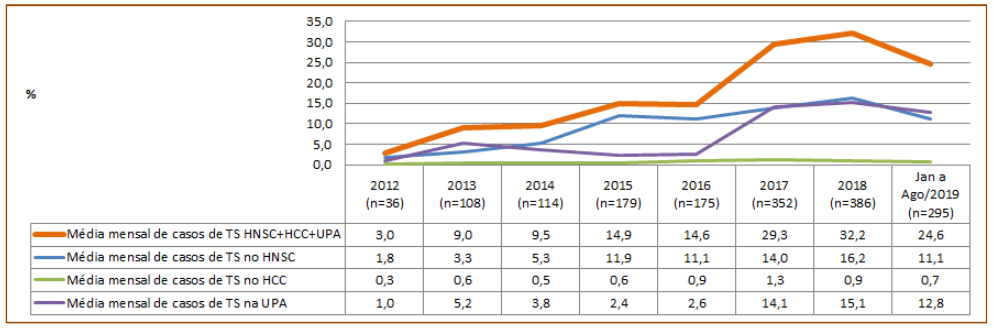
Os resultados apresentados neste informe são de casos atendidos e notificados de tentativas de suicídio no HNSC, HCC e UPA Moacyr Scliar entre 01 de janeiro de 2012 e 31 de agosto de 2019. Os aspectos metodológicos da vigilância epidemiológica hospitalar podem ser consultados no informe epidemiológico 2018 – Setembro Amarelo: A Situação das Lesões Autoprovocadas (https://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.14563.pdf). Neste informe atual a distribuição por unidade foi realizada considerando a unidade de atendimento e não a unidade de notificação como nas publicações anteriores.

No período avaliado foram atendidos e notificados 7.379 casos de **violência interpessoal (IP) ou autoprovocada** (AP), sendo 2.237 casos no HNSC (30,3%), 4.163 casos no HCC (56,4%) e 979 casos na UPA MS (13,3%). Entre o total de casos, 1.868 são de lesões autoprovocadas (25,3%): 1.645 casos de TS e 223 casos de autoagressões. Entre os 1.645 casos notificados de TS, 894 pacientes foram atendidos no HNSC (54,3%), 683 pacientes na UPA MS (41,5%) e 68 pacientes no HCC (4,1%). Observamos tendência crescente de atendimentos dos casos de TS no HNSC e UPA MS de 2012 a 2018 (figura 4). A média mensal de casos notificados de TS aumentou de 3 casos em 2012 para 32,2 casos em 2018. Em 2019 houve redução da média mensal de casos de TS, tanto no HNSC quanto na UPA MS. A frequência e a média mensal dos casos de TS, atendidos no HCC, se mantém estável no período (figura 5).



	2012 (n=36)	2013 (n=108)	2014 (n=114)	2015 (n=179)	2016 (n=175)	2017 (n=352)	2018 (n=386)	2019 (n=295)
HNSC (n=894)	21	39	63	143	133	168	194	133
UPA (n=683)	12	62	45	29	31	169	181	154
HCC (n=68)	3	7	6	7	11	15	11	8

Figura 4. Número de casos notificados de Tentativas de Suicídio por ano de notificação e Unidades do GHC. HNSC, HCC e UPA MS, 2012 a 31/08/2019 (n= 1.645).



	2012 (n=36)	2013 (n=108)	2014 (n=114)	2015 (n=179)	2016 (n=175)	2017 (n=352)	2018 (n=386)	Jan a Ago/2019 (n=295)
Média mensal de casos de TS HNSC+HCC+UPA	3,0	9,0	9,5	14,9	14,6	29,3	32,2	24,6
Média mensal de casos de TS no HNSC	1,8	3,3	5,3	11,9	11,1	14,0	16,2	11,1
Média mensal de casos de TS no HCC	0,3	0,6	0,5	0,6	0,9	1,3	0,9	0,7
Média mensal de casos de TS na UPA	1,0	5,2	3,8	2,4	2,6	14,1	15,1	12,8

Figura 5. Média mensal de casos notificados de Tentativas de Suicídio conforme o ano de notificação. HNSC, HCC e UPA MS, 2012 a 31 de agosto de 2019 (n=1.645).

Perfil dos casos notificados por Tentativas de Suicídio nas Unidades GHC

A análise dos 1.645 pacientes com **TS** atendidos nestas três Unidades do GHC demonstra um predomínio de casos do sexo feminino (74,7%), da raça/cor branca (80,1%) e de residentes de Porto Alegre (85,4%). Observamos um nítido predomínio de casos notificados de TS em pacientes residentes dos bairros Rubem Berta e Sarandi, entre os moradores de Porto Alegre (figura 6). Quanto à escolaridade a maioria destas pessoas com **TS** havia cursado até o Ensino Fundamental completo (62,7%), e em 4,9% dos casos a informação foi ignorada. Em relação aos ciclos de vida, a maioria era de adultos entre 20 e 49 anos (1.086 casos; 66,0%) e de adolescentes entre 10 e 19 anos (461 casos; 28,0%), seguidos dos idosos, ou seja, idade a partir de 60 anos (87 casos; 5,3%) e de crianças até 9 anos (11 casos; 0,7%). Em 37,9% dos casos houve o relato de tentativas prévias de suicídio, em 24,1% foi o primeiro episódio e em 37,9% dos casos a informação foi ignorada. Em relação aos meios de agressão identificamos que entre o total de casos de **TS** o envenenamento foi o mais frequentemente utilizado (84,8%), seguido de objeto pérfuro-cortante (6,4%), enforcamento (4,9%), provocar atropelamento ou atirar-se do carro em movimento (1,5%), projeção de altura (1,3%) e outros (0,7%).Pode ocorrer mais de um meio de agressão por **TS**.

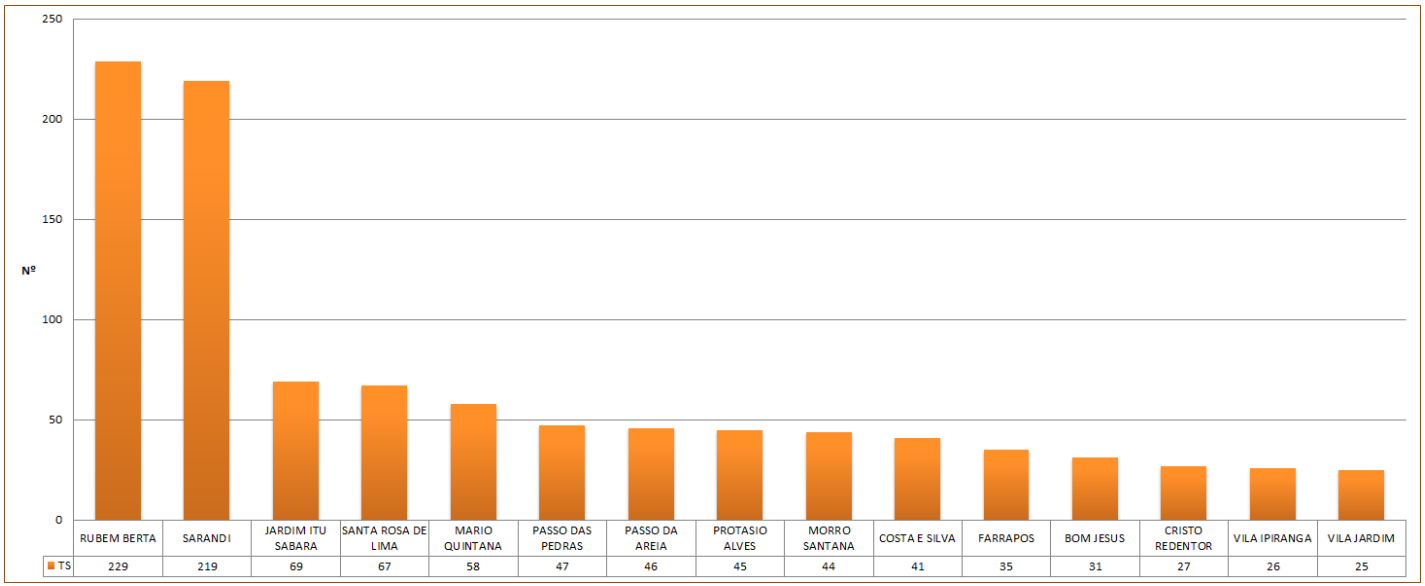


Figura 6. Frequência de notificações de tentativas de suicídio conforme os bairros de residência entre os moradores de Porto Alegre. HNSC, HCC e UPA MS, 2012 a 31 de agosto de 2019 (n=1.645).

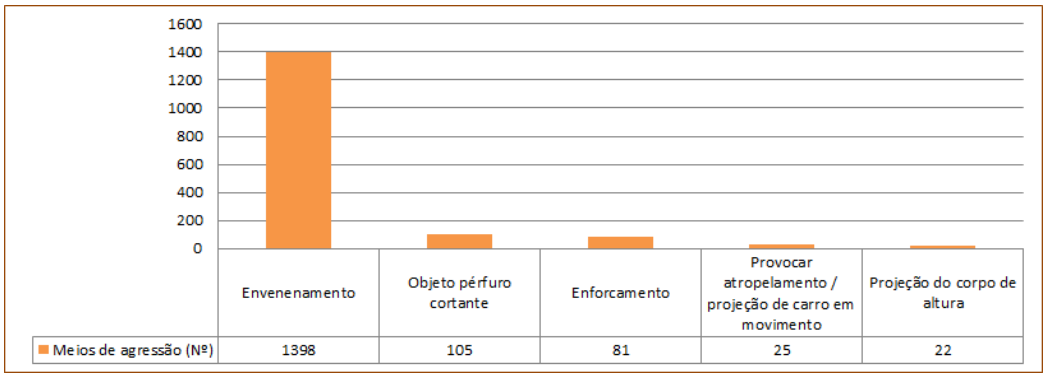


Figura 7. Frequência dos Meios de Agressão nos casos notificados de tentativas de suicídio. HNSC, HCC e UPA MS, 2012 a 31 de agosto de 2019 (n=1.645).

Avaliação da qualidade da Vigilância Epidemiológica Hospitalar das Lesões Autoprovocadas

Em 2017 houve 6.642 lesões AP notificadas no Rio Grande do Sul e 995 lesões AP notificadas entre residentes de Porto Alegre. Nas três Unidades avaliadas do GHC (HNSC, HCC e UPA/MS) houve, no mesmo ano, 393 lesões AP notificadas e destas 332 eram de residentes de Porto Alegre. Portanto, em 2017, estas três Unidades do GHC foram responsáveis por 5,9% das lesões AP do estado do Rio Grande do Sul e 33,4% das notificações de lesões AP entre residentes de Porto Alegre, o que demonstra a grande representatividade destas Unidades em relação ao total destas lesões notificadas pelos demais Serviços de Saúde da cidade.

Entre o total de 1.645 casos de tentativas de suicídio atendidos e notificados nas três unidades do GHC entre 2012 e agosto/2019, a maioria foi notificada mediante busca ativa por profissionais do NHE/HNSC-HCC (927 casos; 56,4%) e os demais foram notificados espontaneamente por profissionais da assistência. Quando avaliamos a fonte notificadora por unidade do GHC identificamos que no HNSC, HCC e UPA MS a notificação de TS ocorreu mediante busca ativa pelos profissionais do NHE em 69,6%, 57,4% e em 38,9% dos casos, respectivamente.

Conclusão

- ✓ Mesmo diante deste cenário alarmante e considerando a complexidade do fenômeno, o Suicídio pode ser prevenido. O dia 10 de setembro é marcado pelo Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio e a Organização Mundial da Saúde reconhece o suicídio e as tentativas de suicídio (**TS**) como prioridade na agenda global de saúde e incentiva os países a desenvolverem e reforçarem suas estratégias de prevenção, quebrando estigmas e tabus que existem sobre o assunto.

- ✓ O Plano Mundial para a Saúde Mental 2013-2020 aderida pelo Ministério da Saúde preconiza reduzir em 10% as taxas de suicídio até 2020. Para que as respostas sejam eficazes, é necessária uma estratégia de prevenção multissetorial e abrangente do suicídio. Entre os indicadores recomendados para o monitoramento das ações implementadas está o número de hospitalizações por **TS**. **Neste contexto salientamos a importância da notificação compulsória imediata destes casos atendidos por TS tanto para a construção do perfil epidemiológico e subsidiar o planejamento de ações e medidas de controle quanto para a garantia de acolhimento, prestação de cuidados necessários e vinculação em serviços de saúde mental para adoção de medidas terapêuticas adequadas.**

- ✓ No Brasil, a notificação de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados desde 2011. A partir de 2014 a Portaria Nº 1.271, de 6 de Junho, definiu que a notificação de lesões autoprovocadas deve ser imediata à vigilância do agravo na esfera municipal com o propósito de garantir a intervenção oportuna dos casos, visando evitar a sua repetição e a evolução para o óbito.

- ✓ A notificação é a ferramenta disparadora do cuidado no âmbito da rede de atenção, sendo o instrumento adequado para acionar os seus diferentes pontos, inclusive a atenção psicossocial, visto que a tentativa de suicídio é um fator de risco importante para o suicídio.

Referências

1.World Health Organization. **Preventing suicide**: a global imperative: executive summary. Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1>. Acesso em: 17 set. 2018.
2.World Health Organization. **Mental health. Suicide data. Age-standardized suicide rates (per 100.000 population), both sexes**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: 6 set. 2018.
3.World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208895/9789241549578_eng.pdf;jsessionid=198CA7EE8F6ECD60728F7257924773E9?sequence=1>. Acesso em: 11 set. 2019.
4.Organização Pan Americana da Saúde Brasil. Folha informativa – Suicídio. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 11 set. 2019.
5.Rio Grande do Sul. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Suicídio. Disponível em: https://www.cevs.rs.gov.br/suicidio
6.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. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 17 set. 2018.
7.BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil. Disponível em: <http://file://L:/BOLETIM%20EPIDEMIOLOGICO/Boletim%20Informativo/Viol%C3%AAncia/Informe%20Setembro%20Amarelo%202018%2014092018/artigos/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf >. Acesso em: 02 out. 2018.
8.BOLETIM DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, v. 1, n. 1, set. 2018. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.
9.BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde,n. 68, 2018. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim_68final.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.