SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

BOLETIMEPIDEMIOLÓGICO 002/2019

Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

LESÕES AUTOPROVOCADAS E SUICÍDIOS

2009- 2018

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 2019.

Aproximadamente 800 mil mortes por suicídio têm ocorrido a cada ano em todo o mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Em dados de 2016, a taxa padronizada de mortalidade por sexo e idade foi estimada em 10,6 suicídios para cada 100.000 habitantes (WHO, 2018-1). No ano de 2013 a 66ª assembleia mundial de saúde da OMS adotou o primeiro Plano de Ação em Saúde Mental, sendo a Prevenção de Suicídios uma parte deste plano. O objetivo lançado foi o de reduzir a taxa de suicídios nos países em 10% até 2020. O relatório lançado em 2014 a respeito da prevenção ao suicídio teve como foco introduzir este importante tema nas agendas de políticas públicas em escala global a fim de construir e aumentar a conscientização sobre o suicídio como um tema de política pública (WHO, 2014). Em 2018 a OMS publica um documento baseado nos dados do relatório de 2014 e em exemplos de estratégias de prevenção de suicídio em diversos países, com o objetivo de servir como fonte e reforço para que governos possam estabelecer, em suas agendas de política pública, estratégias que se adaptem às suas realidades locais. É fundamental que governos assumam papel de liderança em estratégias de prevenção de suicídio, uma vez que estão em papel privilegiado para desenvolver e fortalecer o monitoramento, bem como disseminar dados e informações que embasem ações (WHO, 2018-2).

Entre o ano 2000 e 2012 o número absoluto de suicídios no mundo reduziu em cerca de 9% (aproximadamente 80 mil mortes a menos), com taxas de mortalidade 26% menores, apesar do aumento populacional. Foram verificadas, no entanto, sensíveis diferenças locais entre os 172 membros da Organização Mundial de Saúde. Enquanto que em 85 países houve queda de cerca de 10% nas taxas de mortalidade, em 29 houve aumento de 10% e em 58 houve pouca diferença relativa no período. Embora não se possa ainda explicar as razões para essas rápidas mudanças nas taxas de mortalidade por suicídio, o relatório aponta melhora global nas condições de saúde nesses 12 anos, com redução de 18% nas taxas de mortalidade por todas as causas. Sendo assim, se o padrão se mantiver, é considerado possível atingir a meta de reduzir em 10% a taxa global de suicídios no mundo, entre 2013 e 2020[1].

Mundialmente, os suicídios são responsáveis por 50% do total de mortes por violência em homens e 71% nas mulheres, mas há diferenças de acordo com a condição socioeconômica do local. Aponta o relatório que, em países mais ricos, homens morrem três vezes mais por suicídio do que mulheres, mas em países de renda média e baixa as razões de homens para mulheres são mais baixas, estimando-se em cerca de 1,5 homem para cada mulher. Em relação à idade, as taxas de suicídios são maiores em pessoas com 70 anos ou mais, tanto para homens quanto para mulheres. Em alguns países, as taxas de suicídios são maiores entre os mais jovens e, globalmente, o suicídio é a segunda causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos.

Para cada suicídio, no entanto, de acordo com uma estimativa mundial, pode haver mais de 20 tentativas. Tentativas de suicídio anteriores são consideradas o fator de risco isolado mais importante para o suicídio, na população geral. Tanto para os suicídios como para as tentativas, a melhora na disponibilidade e qualidade nos registros de dados vitais ou de internações hospitalares é fundamental para ações de prevenção (WHO, 2014).

O perfil epidemiológico dos suicídios e tentativas realizado pelo Ministério da Saúde em 2018(MS, 2018-1), apontou que, no Brasil, a taxa de mortalidade global por suicídio foi superior a 6/100 mil habitantes no ano de 2017. Vale

[1]WHO (2014). Pag 26.

destacar que, em 10 anos, as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil aumentaram em 22%[2] (de 4,9 mortes por 100 mil habitantes em 2008 para 6,02 em 2017). Com base nos dados do boletim epidemiológico de 2017(MS, 2017-1), o Ministério da Saúde lançou uma agenda estratégica preconizando ações coordenadas para a redução dos óbitos por suicídio até 2020, estando em consonância com a meta da Organização Mundial da Saúde. As ações são em diversos âmbitos, como a promoção da saúde, vigilância e qualificação da informação, prevenção e atenção integral e a elaboração de um Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento do Suicídio no Brasil, a partir da instituição de um Comitê Gestor de Trabalho intersetorial e interinstitucional(MS, 2017-2).

Desde o ano de 2011 as violências interpessoais e autoprovocadas integram a lista de doenças e agravos de notificação compulsória[3] e, assim, a notificação desses agravos passou a ser universal para todos os serviços de saúde públicos e privados do país. A partir de 2014[4], a tentativa de suicídio passou a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, devendo a notificação ser feita para a Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas. O início da atenção para a pessoa e familiares deve ser imediato, o que inclui os cuidados de emergência necessários e o acompanhamento psicossocial na Rede de Saúde.

A notificação é um importante instrumento para prover informações cada vez mais qualificadas sobre perfis, fatores de risco e de proteção com vistas a orientar tomada de decisão e implementação de políticas públicas globais ou locais. A existência de uma base nacional de dados com informações mais aprimoradas (SINAN) vem permitindo que, aos poucos, se conheça o perfil das vítimas atendidas no setor de saúde, regional e nacionalmente. Além disso, a notificação tem por objetivo vincular as vítimas aos serviços de saúde, gerando maior eficácia de medidas de proteção e prevenção de novas ocorrências. A violência autoprovocada, no entanto, carrega ainda estigma no âmbito dos serviços de saúde, e da sociedade como um todo, acarretando subnotificação.

Na definição de termos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), comportamento suicida refere-se a um espectro que inclui a ideação suicida, pensamentos de morte, planos, tentativas de suicídio e os suicídios. O suicídio é definido como o ato deliberado de matar a si mesmo e tentativa de suicídio, para os fins daquele relatório, é o termo que designa qualquer comportamento suicida não fatal, referindo-se a auto envenenamento intencional e autolesões intencionais que podem ou não ter intenção fatal ou resultado fatal[5].

O Ministério da Saúde (MS, 2016-1) adota a classificação dos tipos de violência feita pela Organização Mundial de Saúde, a partir de quem comete o ato violento: violência interpessoal, violência comunitária e violência autoprovocada/auto infligida. A violência autoprovocada compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no VIVA[6], há a importante ressalva de que requer ações de atenção integral em saúde. Deve-se ressaltar também complexidade e variedade de

[2]Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

[3]Embora não esteja citada na Portaria de Consolidação no. 4, ressalta-se que, no âmbito das ações de vigilância do MS, a Portaria nº 104, de 25/01/ 2011 se tornou um marco importante por ter incluído a violência na lista de notificação obrigatória. Esta portaria foi revogada pela Portaria 1271 de 06/06/2014.

[4] Portaria de Consolidação MS-GM no. 4/2017 revogou a Portaria nº 204/2016.

[5]A inclusão das lesões autoprovocadas sem intenção de morte na definição de "tentativas de suicídio" foi feita uma vez que, como aponta o relatório, a intenção de suicídio pode ser difícil de avaliar e pode estar impregnada de ambivalência e encobrimento. Casos de morte resultantes de lesões autoprovocadas com ou sem a clara intenção suicida prévia podem acontecer e não são simples de avaliar.

[6] VIVA- Vigilância de Violências e Acidentes

abordagens sobre automutilação[7], com ou sem a intenção de morte. O que importa é destacar o sofrimento mental que pode estar por trás dessa prática e, assim, o risco à vida na falta de cuidados e intervenções necessárias.

Este é um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio[8] registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, das lesões autoprovocadas notificadas em serviços de saúde na Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do VIVO/ SINAN (Componente I – Vigilância Contínua) e das tentativas de suicídio por envenenamento notificadas em serviços de saúde na Ficha de Notificação/Investigação de Intoxicações Exógenas-SINAN. O estudo abarca essas ocorrências no estado do Rio de Janeiro, no período 2009 a 2018 para o SIM e para o SINAN. Os dados foram tabulados com a ferramenta Tab. para Win32 e planilhas do Excel 2010. A análise descritiva das características sociodemográfica e das características da ocorrência cobriram período de 2014 a 2018 no que se refere ao SIM e ao SINAN.

Para o cálculo dos coeficientes de mortalidade e das taxas de notificação foi usado como denominador população estimada apresentada nas seguintes fontes:

2000 a 2015- Estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagências de Informações para a Saúde - Ripsa, para 2000 a 2013 e pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE, para 2014 a 2015.

2016 a 2018: Estimativas preliminares efetuadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, a partir das Estimativas segundo o IBGE/TCU, estratificadas por idade e sexo segundo a situação de 2015 das Estimativas segundo a Ripsa, conforme Deliberação CIB-RJ nº 5.840 de 06 de Junho de 2019.

Causas Externas. Estado do Rio de Janeiro, 2009 a 2018[9].

O impacto da mortalidade por causas externas é de grandes proporções em todo o país, sobretudo quando as principais vítimas são jovens. No Brasil, em 2017, causas externas foram a 1ª causa de morte de 1 a 39 anos. As agressões foram a primeira dentre todas as outras causas de morte, na faixa de 10 a 39 anos. Este mesmo cenário foi verificado no estado do Rio de Janeiro no ano de 2018, o que tem se repetido nos últimos 10 anos[10].

De acordo com o gráfico 1, na série histórica realizada no período de 2009 a 2018 verificou-se que, no estado do Rio de Janeiro, as maiores taxas de mortalidade por causas externas têm sido as agressões. Em seguida, os acidentes por outras causas, acidentes de transporte, eventos cuja intenção é indeterminada, suicídios e intervenções legais. Dentre essas causas, os suicídios apresentaram a maior variação percentual do início ao final de série histórica, registrando um aumento de 81% no coeficiente de mortalidade. O contrário se verificou com os acidentes de transporte, que obtiveram redução de 30%, e as causas por intenção indeterminada, que reduziram em 23%. As

[7]Para Minayo (2005, p.207), a automutilação se refere ao "ato que consiste na destruição direta e deliberada de parte do corpo ainda que sem intenção de se matar".

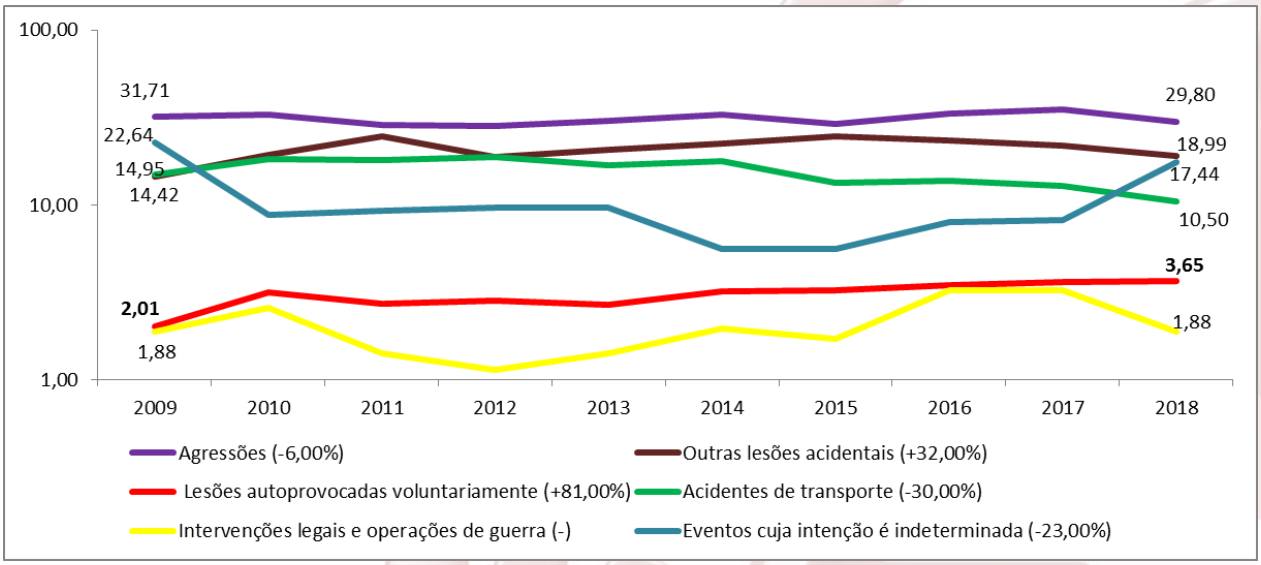
[8] Considerado para este boletim óbitos cujas causas básicas foram classificadas como lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84) registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM:1996 a 2010: Ministério da Saúde MS. Situação da base nacional em 23/05/2019 e 2011 em diante: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

[9]Ressaltamos que as informações de óbitos de 2018 do estado do Rio de Janeiro são preliminares e sujeitas a alterações (base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019).

[10] Exceção nos anos de 2009, 2011 e 2012, quando as agressões foram a primeira causa de óbito dos 15 anos 39 anos no estado do Rio de Janeiro. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM:1996 a 2010.Ministério da Saúde - MS. Situação da base nacional em 23/05/2019. 2011 em diante: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

taxas de mortalidade por agressão mantiveram-se elevadas, contudo estáveis, com pequena queda no último ano. A redução na variação percentual das causas por intenção indeterminada pode significar melhora na qualidade das informações, embora se perceba tendência crescente nos dois últimos anos. Os números de suicídios, em especial, podem ser afetados pelo elevado número de mortes por causas não definidas. A precisão na coleta de informações sobre suicídios, como é sabido, reveste- se de questões complexas que dificultam a avaliação da natureza dessas mortes, como o acobertamento familiar, estigmas e outros.

Gráfico 1- Taxas de Mortalidade usando escala logarítmica, por 100 mil hab., segundo causa externa. Estado do Rio de Janeiro, 2009-2018



Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM:
1996 a 2010.Ministério da Saúde - MS. Situação da base nacional em 23/05/2019.
2011 em diante: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

Suicídios, 2017- Estado do Rio de Janeiro em relação ao Brasil[11].

Em 2017 foram registrados no Brasil 1.2495 suicídios, representando uma taxa de mortalidade de 6,02 suicídios para cada 100 mil habitantes. Os suicídios foram a 13ª causa geral de morte no país, ocupando a 5ª posição na faixa etária dos 10 a 19 anos, a 7ª na faixa de 20 a 39 anos e 10ª e 14ª nas faixas de 40 a 59 anos e 60 anos e acima, respectivamente.

As regiões do país com maiores taxas de mortalidade por suicídio foram Sul e Centro-Oeste (9,65 e 7,06 por 100 mil habitantes, respectivamente). Em 2017 o estado do Rio de Janeiro registrou 607 suicídios, sendo o 7º do país com maior número absoluto deste agravo no ano. Os estados com maiores números foram São Paulo e Minas Gerais, com 2.306 e 1.515 suicídios, respectivamente. Ressalte-se que são os dois estados mais populosos do país, sendo o Rio de Janeiro o terceiro mais populoso. A taxa de mortalidade do estado do Rio de Janeiro em 2017 foi de 3,63 suicídios para cada em 100 mil habitantes, correspondendo 25º coeficiente de mortalidade do país, maior apenas que a dos estados do Pará e de Alagoas, com 3,60 e 3,08 por 100 mil habitantes, respectivamente. Os estados com

[11] Foram utilizados os dados de mortalidade do ano de 2017 do Estado do Rio de Janeiro com a finalidade de compará-los aos dados nacionais, que, no momento da construção deste trabalho, estavam encerrados no ano de 2017.

maiores taxas de mortalidade em 2017 foram Rio Grande do Sul e Santa Catarina (11,91 e 10,56 por 100 mil habitantes, respectivamente).

Suicídios no Estado do Rio de Janeiro, 2009 a 2018.

Em 2018 foram registrados 626[12] suicídios no estado do Rio de Janeiro, com taxa de mortalidade de 3,65 por 100 mil habitantes, sendo a 39ª causa geral de morte. Os suicídios no estado vêm aumentando a posição no ranking das maiores causas de morte nas faixas etárias até 59 anos, embora com menor expressão do que a estatística nacional. No estado, o grupo etário de 10 a 19 anos foi o que apresentou maior variação, passando da 20ª causa em 2009 para 14ª em 2018. No ano de 2018, as lesões autoprovocadas intencionalmente foram 11ª causa de morte na faixa de 20 a 39 anos, a 15ªna de 40 a 59 e a 19ª na faixa de 60 anos e acima[13].

O coeficiente de mortalidade por suicídio no estado aumentou 81% de 2009 a 2018. O crescimento foi gradativo de 2013 a 2018, tendo permanecido acima de 3 por 100 mil habitantes nos últimos cinco anos (tabela 1). Apesar das oscilações observadas no período de 2009 a 2018, todas as regiões, exceto a Centro-Sul, apresentaram aumento nos coeficientes de suicídio comparando o início e o final da série histórica. Variações percentuais mais expressivas foram observadas na região do Médio Paraíba e Metropolitana II (aumento de 138% e 192%, respectivamente), tendo esta última apresentado aumento gradativo nas taxas ao longo do decênio. A Região Serrana merece também destaque por ter apresentado as maiores taxas de mortalidade do estado nos três últimos anos (5,20; 5,55 e 6,20 suicídios por 100 mil habitantes, respectivamente).

[12]Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

[13]Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM:1996 a 2010: Ministério da Saúde - MS. Situação da base nacional em 23/05/2019. 2011 em diante: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

Tabela 1- Taxas de Mortalidade por 100 mil hab, segundo Região de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2009-2018

Região de Saúde	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	*VPR%	
Baía da Ilha Grande	2,51	1,63	2,80	2,74	5,77	3,77	5,19	2,92	3,59	3,49	▲	39
Baixada Litorânea	1,51	2,78	2,99	3,20	2,58	3,59	3,38	4,72	4,50	2,67	▲	77
Centro-Sul	4,69	5,30	3,10	3,40	1,54	4,90	3,36	5,17	1,82	4,13	▼	12
Médio Paraíba	1,75	4,77	2,43	4,15	4,82	4,45	3,30	2,72	3,84	4,18	▲	138
Metropolitana I	1,87	2,91	2,61	2,68	2,33	2,66	3,02	3,12	3,31	3,14	▲	68
Metropolitana II	1,24	1,85	1,83	2,12	2,46	2,54	2,52	2,80	3,37	3,62	▲	192
Noroeste	2,72	6,33	3,61	6,89	2,69	5,96	3,86	5,33	3,84	5,48	▲	101
Norte	3,25	3,45	3,99	1,74	3,09	4,53	3,92	4,66	5,16	4,28	▲	31
Serrana	2,63	5,24	3,69	4,00	3,77	4,83	4,70	5,43	5,20	6,20	▲	136
ERJ	**2,01**	**3,17**	**2,73**	**2,88**	**2,69**	**3,18**	**3,26**	**3,47**	**3,62**	**3,65**	▲	81

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM:1996 a 2010.Ministério da Saúde - MS. Situação da base nacional em 23/05/2019. 2011 em diante: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.
*Variação Proporcional Relativa

Segundo tabelas 1. A, 1.B, 1.C e 1.D, entre 2014 a 2018 houve redução no número de municípios com registros de residentes que foram a óbito por suicídio, apesar do crescente número e taxa de mortalidade no estado por este agravo. Em 2018 o número de municípios que registraram suicídios se elevou em relação ao ano anterior, mas foi grande o número de municípios com residência ignorada[14]. Deste período, 2014 foi o ano em que mais municípios registraram esse agravo (73) e 2017 o ano em que menos municípios registraram (64).

Considerando os municípios com mais de 100 mil habitantes, aqueles que apresentaram taxas de suicídios mais altas nos últimos 5 anos foram Nova Friburgo, Petrópolis, Teresópolis(região Serrana), com médias de seis e cinco óbitos por 100 mil, respectivamente (tabela 1.D). O município de Niterói, região Metropolitana II, (tabela 1.C) também se destacou no período de cinco anos, com média superior a cinco suicídios por 100 mil habitantes e o segundo maior número absoluto(número menor apenas que o do município do Rio). Este município teve a particularidade de apresentar aumento progressivo, com variação de 200% de 2014 a 2018, sendo a maior taxa de mortalidade do estado no último ano (8 por 100 mil habitantes em 2018).

Em relação às demais regiões, na Baía da Ilha Grande (tabela 1.A) destacou-se o município de Angra dos Reis, que apresentou as maiores taxas de mortalidade. Embora com oscilações, houve diminuição em 2018. Na Baixada Litorânea, Araruama vem apresentando taxas altas e crescentes nos últimos três anos, superior a cinco por 100 mil habitantes, em 2018.

Na região Centro- Sul (tabela 1.B), em que municípios têm menos de 100 mil habitantes, destacou-se Miguel Pereira, com cinco casos de suicídio em 2018, tendo sido o maior número e maior taxa de mortalidade da região(houve oscilação no período de 5 anos, entre 1 e 4 casos por ano).

[14] Em 2018 houve 15 suicídios com município de residência ignorada. Este foi o maior número em 10 anos. Os números maiores registrados haviam sido 6 casos em 2009 e 2012.

No Médio Paraíba (tabela 1.B) destacaram-se Barra Mansa e Resende, ambos com as maiores taxas da região, sendo que o primeiro reduziu a mortalidade em 2018, enquanto que o último aumentou.

Na região Metropolitana I (tabela 1.C), Magé apresentou a maior taxa média da região nos cinco anos (cerca de quatro por 100 mil habitantes), tendo aumentado em 2018. O município do Rio de Janeiro, mais populoso e com maior número de casos do estado, vem apresentando constância nas taxas mortalidade de 2016 a 2018, semelhantes às do estado.

Na região Noroeste (tabela 1.D), onde, como a Centro-Sul, todos os municípios têm menos de 100 mil habitantes, destacou-se Itaperuna. Este município tem apresentado os maiores números de suicídio, chegando a nove casos em 2018, o mais altos de série histórica nesta região.

Na região Norte (tabela 1.D), Campos e Macaé, ambos com mais de 100 mil habitantes, têm apresentado as maiores taxas da região, sendo que Campos apresentou decréscimo na taxa nos últimos três anos e Macaé estabilidade nos últimos dois anos.

Tabela 1.A -Números de suicídios e taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes), segundo municípios/região de saúde. Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Baia da Ilha Grande	**10**	**3,77**	**14**	**5,19**	**8**	**2,92**	**10**	**3,59**	**10**	**3,49**
Angra dos Reis	9	4,87	10	5,31	7	3,66	8	4,11	7	3,49
Mangaratiba*	0	0,00	4	9,81	1	2,41	2	0,00	1	2,29
Paraty*	1	2,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	4,69
Baixada Litorânea	**27**	**3,59**	**26**	**3,38**	**37**	**4,72**	**36**	**4,50**	**22**	**2,67**
Araruama	7	5,79	5	4,07	4	3,20	6	4,73	7	5,37
Armação dos Búzios*	1	3,29	2	6,44	0	0,00	3	9,30	2	6,02
Arraial do Cabo*	3	10,39	0	0,00	3	10,32	0	0,00	2	6,65
Cabo Frio	6	2,93	6	2,88	9	4,24	10	4,63	6	2,70
Casimiro de Abreu*	0	0,00	2	4,96	2	4,86	1	2,38	0	0,00
Iguaba Grande*	0	0,00	0	0,00	1	3,78	4	14,85	0	0,00
Rio das Ostras	3	2,36	6	4,55	9	6,59	6	4,25	0	0,00
São Pedro da Aldeia*	1	1,05	1	1,03	5	5,08	5	5,00	2	1,94
Saquarema*	6	7,41	4	4,86	4	4,78	1	1,17	3	3,42

Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

*Municípios com menos de 100 mil habitantes.

Tabela 1.B -Números de suicídios e taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes), segundo municípios/região de saúde. Centro- Sul e Médio Paraíba, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Centro-Sul	**16**	**4,90**	**11**	**3,36**	**17**	**5,17**	**6**	**1,82**	**14**	**4,13**
Areal*	1	8,42	1	8,35	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Comendador Levy Gasparian*	0	0,00	0	0,00	1	12,11	0	0,00	0	0,00
Engenheiro Paulo de Frontin	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mendes*	1	5,53	1	5,53	2	11,04	0	0,00	3	16,15
Miguel Pereira*	1	4,03	1	4,03	4	16,09	1	4,02	5	19,61
Paracambi*	2	4,07	2	4,04	1	2,00	0	0,00	0	0,00
Paraíba do Sul*	2	4,74	1	2,36	5	11,70	0	0,00	0	0,00
Paty do Alferes*	1	3,74	2	7,46	0	0,00	0	0,00	1	3,61
Sapucaia*	0	0,00	0	0,00	1	5,68	2	11,26	0	0,00
Três Rios*	6	7,60	3	3,78	2	2,52	2	2,52	3	3,68
Vassouras*	2	5,67	0	0,00	1	2,81	1	2,80	2	5,45
Médio Paraíba	**39**	**4,45**	29	**3,30**	**24**	**2,72**	**34**	**3,84**	**38**	**4,18**
Barra do Piraí*	2	2,07	2	2,06	2	2,06	0	0,00	6	6,00
Barra Mansa	15	8,35	6	3,33	4	2,22	10	5,57	6	3,26
Itatiaia*	2	6,67	1	3,31	0	0,00	4	13,03	1	3,17
Pinheiral*	1	4,22	1	4,19	1	4,15	1	4,12	2	8,02
Piraí*	0	0,00	1	3,59	0	0,00	0	0,00	2	6,90
Porto Real*	1	5,57	1	5,47	0	0,00	0	0,00	1	5,16
Quatis*	1	7,45	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Resende	7	5,63	4	3,19	7	5,55	4	3,15	7	5,37
Rio Claro*	1	5,63	0	0,00	1	5,60	2	11,12	1	5,42
Rio das Flores**	1	11,32	1	11,24	1	11,18	0	0,00	1	10,84
Valença*	1	1,36	5	6,78	2	2,70	2	2,69	1	1,31
Volta Redonda	7	2,67	7	2,66	6	2,28	11	4,15	10	3,68

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

* Municípios com menos de 100 mil habitantes ** Municípios com menos de 10 mil habitantes

Tabela 1.C-Números de suicídios e taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes), segundo municípios/região de saúde. Metropolitana I e Metropolitana II, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Metropolitana I	**268**	**2,66**	**306**	**3,02**	**317**	**3,12**	**337**	**3,31**	**328**	**3,14**
Belford Roxo	7	1,46	10	2,08	10	2,02	12	2,42	6	1,18
Duque de Caxias	21	2,39	27	3,06	20	2,26	24	2,69	31	3,39
Itaguaí	4	3,41	3	2,52	4	3,31	4	3,27	1	0,79
Japeri	5	5,04	3	3,00	2	1,99	3	2,96	3	2,89
Magé	8	3,42	9	3,83	9	3,81	9	3,79	11	4,51
Mesquita	4	2,35	7	4,10	2	1,17	3	1,75	5	2,85
Nilópolis	4	2,53	7	4,42	0	0,00	4	2,53	5	3,08
Nova Iguaçu	19	2,36	18	2,23	16	2,01	14	1,75	14	1,71
Queimados	2	1,40	6	4,18	6	4,15	3	2,06	1	0,67
Rio de Janeiro	184	2,85	201	3,10	237	3,65	249	3,82	245	3,66
São João de Meriti	8	1,74	12	2,61	10	2,17	11	2,39	5	1,06
Seropédica*	2	2,44	3	3,62	1	1,20	1	1,18	1	1,15
Metropolitana II	**51**	**2,54**	**51**	**2,52**	**57**	**2,80**	**69**	**3,37**	**76**	**3,62**
Itaboraí	8	3,52	6	2,62	10	4,33	11	4,73	11	4,61
Maricá	9	6,29	6	4,09	2	1,33	4	2,61	5	3,17
Niterói	13	2,62	22	4,43	26	5,22	24	4,81	41	8,01
Rio Bonito*	1	1,75	1	1,74	3	5,18	1	1,72	2	3,34
São Gonçalo	18	1,74	14	1,35	15	1,44	27	2,57	16	1,48
Silva Jardim*	1	4,69	2	9,39	0	0,00	1	4,71	1	4,59
Tanguá*	1	3,11	0	0,00	1	3,06	1	3,03	0	0,00

Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

* Municípios com menos de 100 mil habitantes

Tabela 1.D-Números de suicídios e taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes), segundo municípios/região de saúde. Noroeste, Norte e Serrana, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Noroeste	**20**	**5,96**	**13**	**3,86**	**18**	**5,33**	**13**	**3,84**	**19**	**5,48**
Aperibé*	2	18,38	0	0,00	1	8,96	2	17,71	0	0,00
Bom Jesus do Itabapoana*	1	2,79	4	11,12	1	2,78	1	2,77	3	8,11
Cambuci*	3	20,20	0	0,00	1	6,75	2	13,22	1	6,45
Cardoso Moreira*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,99	0	0,00
Italva*	1	6,90	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Itaocara*	2	8,76	0	0,00	2	8,80	0	0,00	2	8,60
Itaperuna*	4	4,06	2	2,02	5	5,02	3	3,00	9	8,77
Laje do Muriaé**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	27,71	1	13,54
Miracema*	1	3,74	0	0,00	3	11,28	2	7,53	0	0,00
Natividade*	1	6,65	2	13,32	1	6,67	0	0,00	1	6,53
Porciúncula*	2	10,93	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Santo Antônio de Pádua*	3	7,30	3	7,29	4	9,70	0	0,00	1	2,36
São José de Ubá**	0	0,00	1	13,88	0	0,00	0	0,00	1	14,02
Varre-Sai**	0	0,00	1	9,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Norte	**40**	**4,53**	**35**	**3,92**	**42**	**4,66**	**47**	**5,16**	**40**	**4,28**
Campos dos Goytacazes	16	3,33	21	4,34	25	5,13	23	4,69	20	3,97
Carapebus*	2	13,60	0	0,00	3	19,62	0	0,00	0	0,00
Conceição de Macabu*	1	4,54	1	4,51	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Macaé	13	5,66	8	3,41	5	2,09	11	4,51	11	4,37
Quissamã*	0	0,00	0	0,00	1	4,32	1	4,25	0	0,00
São Fidélis*	2	5,30	2	5,30	4	10,61	1	0,00	4	10,36
São Francisco de Itabapoana*	3	7,26	1	2,42	0	0,00	7	16,99	3	7,11
São João da Barra*	3	8,75	2	5,78	4	11,47	4	11,37	2	5,53
Serrana	**45**	**4,83**	**44**	**4,70**	**51**	**5,43**	**49**	**5,20**	**60**	**6,20**
Bom Jardim*	0	0,00	1	3,81	3	11,35	1	3,76	2	7,33
Cachoeiras de Macacu*	1	1,79	1	1,78	7	12,37	6	10,52	3	5,12
Cantagalo*	1	5,05	2	10,12	0	0,00	2	10,15	3	14,87
Carmo*	1	5,53	0	0,00	1	5,46	0	0,00	1	5,33
Cordeiro*	0	0,00	0	0,00	1	4,73	1	4,71	2	9,17
Duas Barras*	1	9,01	1	8,99	1	8,97	1	8,95	1	8,73
Guapimirim*	0	0,00	1	1,77	2	3,50	1	1,73	0	0,00
Macuco**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	17,94
Nova Friburgo	12	6,51	10	5,41	13	7,02	11	5,93	13	6,84
Petrópolis	12	4,03	19	6,37	16	5,37	11	3,69	19	6,22
Santa Maria Madalena*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,83	0	0,00
São José do Vale do Rio Preto	1	4,80	1	4,78	0	0,00	2	9,47	2	9,23
São Sebastião do Alto**	0	0,00	1	11,05	0	0,00	1	11,00	0	0,00
Sumidouro*	3	19,86	2	13,22	1	6,60	0	0,00	2	12,84
Teresópolis	13	7,58	4	2,31	6	3,44	11	6,25	10	5,53
Trajano de Moraes*	0	0,00	1	9,66	0	0,00	0	0,00	1	9,42
ERJ	**437**	**2,67**	**525**	**3,19**	**536**	**3,24**	**576**	**3,46**	**607**	**3,63**

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

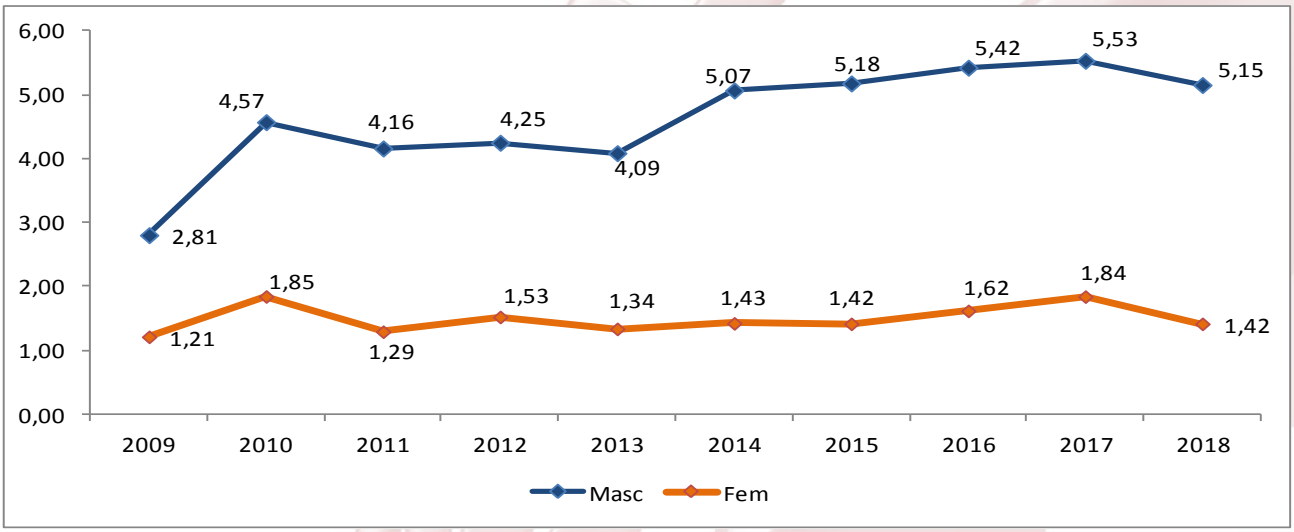
* Municípios com menos de 100 mil habitantes

** Municípios com menos de 10 mil habitantes

Suicídios e Dados Sociodemográficos. Estado do Rio de Janeiro

Em 10 anos os coeficientes de mortalidade de suicídio por 100 mil habitantes têm se apresentado, em média, três vezes superiores no sexo masculino comparados aos do sexo feminino (gráfico 2). Neste período as taxas de mortalidade aumentaram em ambos os sexos, mas têm crescido mais rapidamente no sexo masculino. Do início ao final da série histórica, as taxas de mortalidade no sexo masculino aumentaram 84%. Entre 2009 e 2010 houve elevação de 22%, mantendo-se com patamares acima de quatro por 100 mil habitantes, ultrapassando, em 2014, cinco suicídios por 100 mil habitantes. No sexo feminino, por outro lado, o crescimento da mortalidade por suicídios foi inferior, ficando por volta dos 17%. De 2009 a 2018 os coeficientes de mortalidade no sexo feminino permaneceram estáveis, não chegando a atingir dois por 100 mil habitantes.

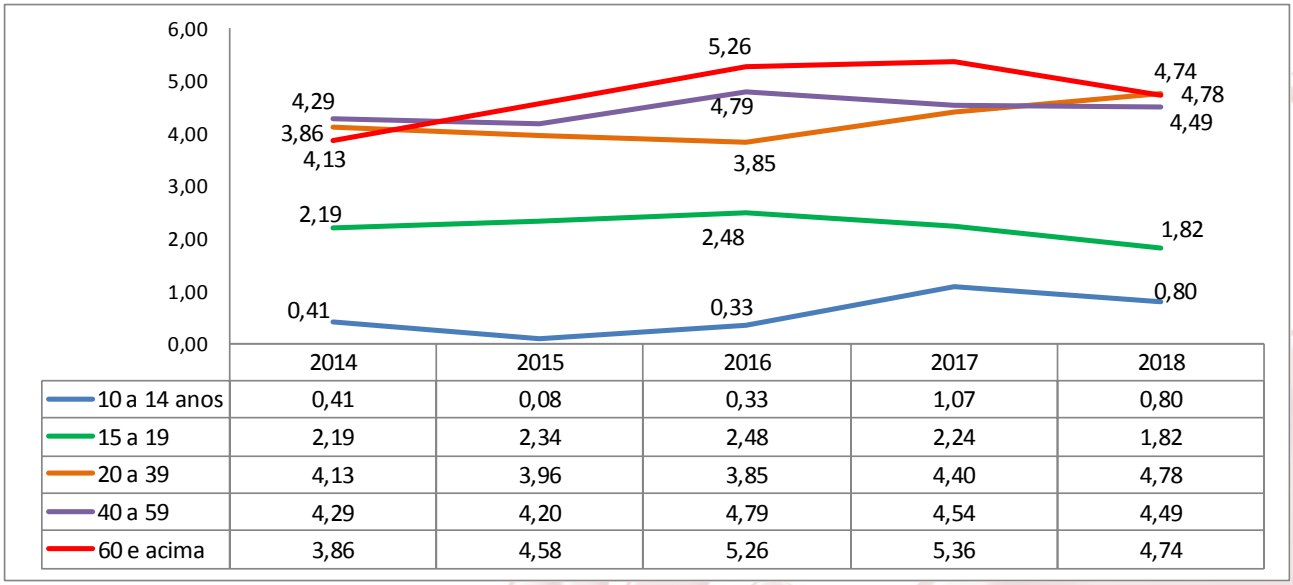
Gráfico 2- Taxas de Mortalidade, por 100 mil hab., segundo Sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2009-2018



Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

De acordo com a gráfico 3, nos últimos 5 cinco anos a faixa de 60 anos e acima tem apresentado as taxas de mortalidade por suicídio mais altas do estado, com crescimento gradual , embora com queda de 11% no último ano. Em segundo lugar, as maiores taxas têm se concentrado na faixa de 40 a 59 anos, mantendo-se estáveis nos cinco anos observados. Merece destaque a faixa de 20 a 39 anos em razão do aumento no coeficiente de mortalidade nos dois últimos anos. Esta faixa etária atingiu em 2018 o seu patamar mais alto, com pouca diferença em relação aos idosos. Vale ressaltar que, apesar de coeficientes de mortalidade baixos, a maior variação percentual foi observada na faixa dos 10 a 14 anos, com aumento de taxa em aproximadamente 100% em cinco anos. A faixa de 15 a 19 anos, por outro lado, teve redução na mortalidade em 27% nos últimos três anos.

Gráfico 3- Taxas de Mortalidade, por 100 mil hab., segundo Faixa Etária. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018



	2014	2015	2016	2017	2018
10 a 14 anos	0,41	0,08	0,33	1,07	0,80
15 a 19	2,19	2,34	2,48	2,24	1,82
20 a 39	4,13	3,96	3,85	4,40	4,78
40 a 59	4,29	4,20	4,79	4,54	4,49
60 e acima	3,86	4,58	5,26	5,36	4,74

Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

Quanto à faixa etária e sexo, em cinco anos o risco de suicídio em homens é mais elevado na faixa etária de 60 anos e acima (tabela 2). As taxas foram crescentes atingindo queda no último ano (mais de 9 por 100 mil habitantes para 7 por 100 mil). Em mulheres, as taxas mais elevadas passam a concentrar-se na faixa de 60 e acima de 2015 a 2018, com crescimento progressivo das taxas nesta faixa etária. A mortalidade por suicídio tem sido maior em homens em todas as faixas etária. Contudo, em 2018 verificou-se que na faixa de 10 a 14 anos o coeficiente de mortalidade foi superior no sexo feminino. Nesta faixa etária as diferenças entre os sexos têm sido menores.

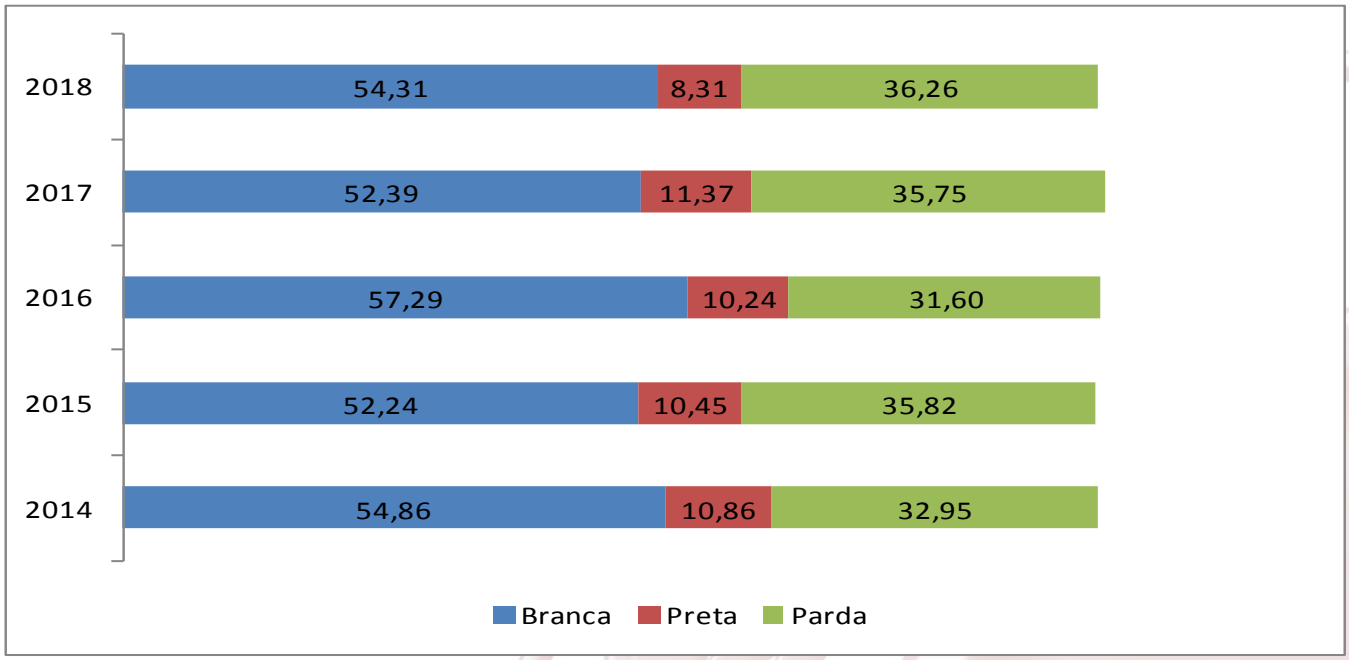
Tabela 2- Taxas de Mortalidade, por 100 mil hab., segundo Faixa Etária e Sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Fx et/Sexo/Ano	10 a 14 anos		15 a 19		20 a 39		40 a 59		60 e acima	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2014	0,48	0,33	3,13	1,23	6,45	1,82	6,78	2,01	7,37	1,39
2015	0,16	0,00	3,27	1,38	6,32	1,63	6,74	1,86	8,27	1,97
2016	0,49	0,17	3,70	1,22	5,97	1,73	7,57	2,24	9,42	2,31
2017	1,13	1,01	2,79	1,67	6,52	2,30	7,06	2,23	9,58	2,37
2018	0,63	0,99	2,29	1,33	7,59	1,98	6,69	2,48	7,79	2,59

Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

O gráfico 4 mostra como variaram os percentuais de suicídios de acordo com raça/cor em cinco anos. Os percentuais de suicídios entre os brancos têm sido maiores, mantendo- se acima de 52% e o de negros (pretos e pardos) têm permanecido acima de 40%, ambos com pouca variação percentual relativa. O percentual de pretos reduziu em 23%, enquanto que o de pardos aumentou em 10%. Ressaltamos não ter havido registro de suicídio em indígenas no estado neste período e percentual menor que 1% para amarelos.

Gráfico 4- Proporção de Suicídios segundo Raça/Cor. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018



Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

De acordo com a tabela 3, de 2014 a 2018 a proporção de suicídios tem sido mais alta em pessoas com escolaridade de 4 a 7 anos de estudos, (uma média cerca de 30%). Nos últimos dois anos, no entanto, as proporções maiores têm sido em pessoas com escolaridade mais elevada (8 a 11 anos).

Quanto ao estado civil, observa-se, em cinco anos, constância na proporção maior de suicídios em pessoas solteiras (média acima de 58%), seguido de pessoas casadas (em média 26%). O local de ocorrência de suicídios mais frequente tem sido o domicílio, permanecendo também constante com média superior a 50%, seguida de outros locais e hospital (em torno de 20%), sem variações relevantes.

Quanto à ocupação, os percentuais maiores estão em "ocupação não especificada" (média de 30%), seguida de “não ocupados", com percentuais variando entre 20% e 25%. Em seguida, percentuais mais altos estão entre aqueles com profissões ligadas à produção de bens e serviços industriais (com queda de 39% no período) e as profissões ligadas à venda em comércio e as ligadas à ciência e artes (aumentos de 15% e 30%, respectivamente).

Tabela 3- Proporção de óbitos por Suicídio segundo Características Sociodemográficas e Local de Ocorrência. Rio de Janeiro, 2014-2018

Ano/Proporção	2014	2015	2016	2017	2018
Escolaridade					
Nenhuma	3,25	2,05	2,26	1,48	2,24
1 a 3 anos	15,49	13,62	13,19	14,00	13,90
4 a 7 anos	30,02	30,22	28,65	30,15	24,12
8 a 11 anos	27,72	28,73	29,51	31,63	33,39
12 anos e mais	15,49	17,16	21,53	18,12	20,45
Ignorado	8,03	8,21	4,86	4,61	5,91
Estado civil					
Solteiro	59,46	57,12	55,63	58,35	59,27
Casado	22,94	25,28	28,42	26,94	24,28
Viúvo	3,44	4,87	5,37	3,80	0,30
Separado jud.	8,80	8,80	7,80	8,93	9,27
Outro	2,87	1,50	0,52	0,83	0,48
Ignorado	2,49	2,43	2,25	1,16	3,67
Local ocorrência					
Hospital	17,97	20,60	17,50	19,50	20,45
Outro estab. de saúde	4,02	4,12	5,20	5,45	5,27
Domicílio	52,77	52,62	52,51	52,56	50,64
Via pública	5,16	1,87	4,68	3,31	2,40
Outros	20,08	20,79	19,76	19,01	21,25
Ignorado	0,00	0,00	0,35	0,17	0,00
Ocupação					
Memb. Forças armadas, Policiais, Bombeiros militares	0,19	0,37	0,52	0,17	0,32
Memb. Diregentes poder públ/ de org de interesse públ e empresas	2,10	2,06	1,73	2,81	2,72
Prof das ciências e das artes	7,84	6,74	8,84	7,27	10,22
Técnicos de nível médio	4,21	5,24	7,28	4,30	4,47
Trab serv administr.	3,25	4,12	2,08	2,98	1,92
Vendedores do comércio em lojas e merc.	11,09	10,11	10,92	10,25	12,78
Trab Agropec, florestas e pesca	1,15	2,06	2,25	1,65	3,04
Trab Produção de bens e serv industr.	19,31	13,30	13,86	11,90	11,82
Trab. Em serv de reparação e manut.	1,53	1,50	0,87	1,49	0,80
Não ocupados	21,22	23,41	21,32	25,45	20,45
Ocup não especif.	28,11	31,09	30,33	31,74	31,47

Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

O gráfico 5 mostra como variaram em proporção os métodos mais utilizados para os suicídios, comparando 2014 e 2018. O enforcamento tem sido o meio mais empregado, mantendo constância com proporções de 45% a 55% em cinco anos, seguido meio não especificado, que teve aumento superior a 200% ao longo do período. Em seguida, os métodos com proporções mais elevadas foram intoxicação exógena, que manteve proporções constantes (cerca de 10%), arma de fogo e precipitação de local elevado (entre 10% e 6% e entre 13% e 3,5%, respectivamente).

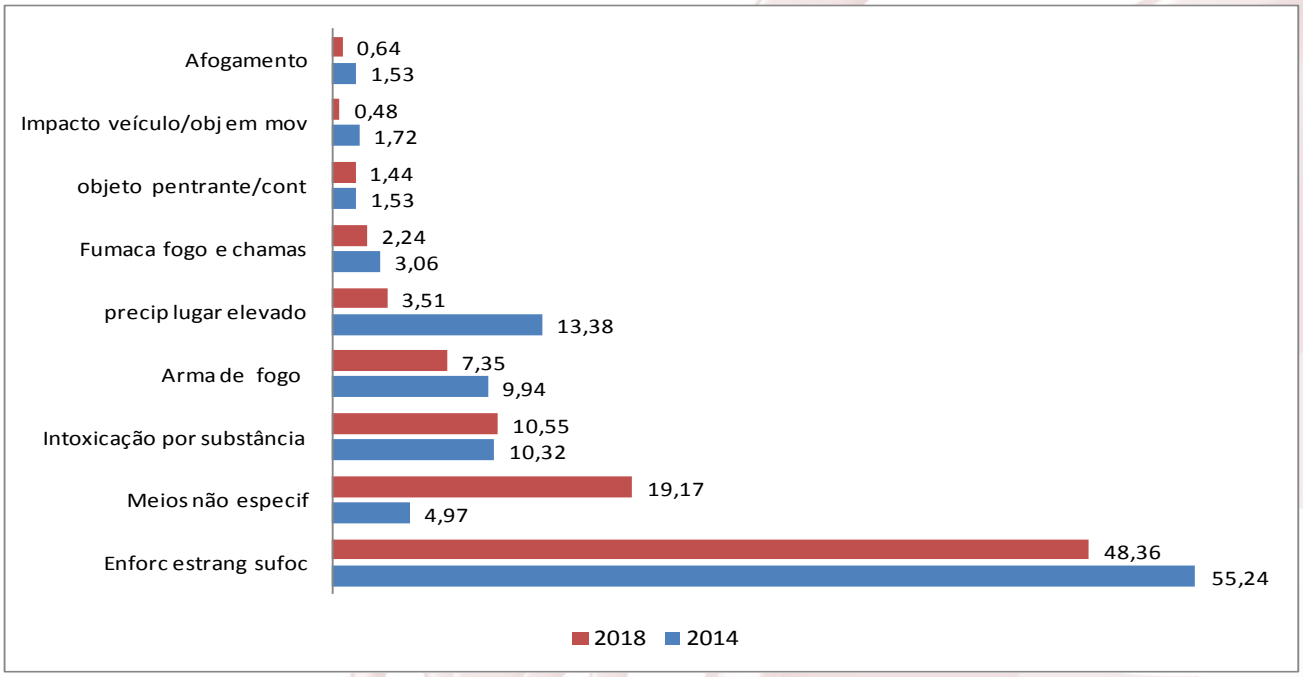
O enforcamento é o método mais empregado tanto no sexo masculino quanto no feminino. Predomina entre os homens com proporções acima de 60% com poucas variações nos cinco anos se, entre as mulheres, com proporções entre 25% e 35% (tabela 4). O segundo meio mais utilizado pelos homens é o disparo por arma de fogo, com proporções que oscilaram entre 10% e 5%, sendo o terceiro a intoxicação exógena, variando entre 6% e 7%. Entre as

mulheres, no entanto, o segundo meio com maiores proporções foi intoxicação exógena, 18% e 24% e o terceiro a precipitação de local elevado, com proporções entre 7% e 20%.

Meios não especificados têm tido proporções altas em ambos os sexos, entre 7% e 36% nas mulheres e entre 5% e 25% nos homens.

Cabe destacar que as substâncias utilizadas nos suicídios eram os pesticidas, mas em 10 anos este padrão foi modificado passando a ser os medicamentos, tanto em homens quanto em mulheres. Nos últimos 10 anos o uso de pesticidas caiu mais de 100% em ambos os sexos e o uso de medicamentos cresceu entre 70% e 60%, em homens e mulheres[15].

Gráfico 5- Proporção de meios empregados para o suicídio. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com Óbitos ocorridos até junho/2019.

[15]De acordo com MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2009 a 2018 para causa do óbito por autointoxicação intencional (X61 a X69).

Tabela 4-Proporção de Meios Empregados para o Suicídio segundo Sexo e Ano. Rio de Janeiro, 2014-2018

Meios/ano/sexo	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Afogamento	1,50	1,64	0,48	0,83	1,14	0,00	0,00	0,62	0,22	0,61
Arma de fogo	10,22	9,02	5,32	6,61	9,34	1,45	6,54	4,93	8,74	3,64
Enforc estrang sufoc	62,09	25,41	62,47	30,58	50,11	30,43	59,82	36,42	62,66	33,33
Fumaça fogo e chamas	1,25	9,02	0,97	11,57	0,68	4,35	1,58	5,56	0,87	5,45
Intoxicação exógena	6,24	23,78	7,26	21,48	6,39	19,54	7,01	18,51	5,68	24,26
Objeto pentrante/cont.	1,50	1,64	1,69	0,83	2,05	0,72	2,26	0,62	1,53	1,21
precip lugar elevado	11,22	20,49	6,30	15,70	4,33	6,52	4,29	7,41	1,31	9,70
Impacto veículo/obj em mov	1,50	2,46	1,21	0,83	0,23	0,72	0,23	0,62	0,22	1,21
Meios não especif	4,49	6,56	13,80	11,57	25,51	36,23	18,06	24,69	18,78	20,61

Fonte.: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 12/09/2019, com óbitos ocorridos até junho/2019.

Violência Autoprovocada/Tentativas de Suicídio no Rio de Janeiro, 2009-2018

Tentativas de suicídio são consideradas, isoladamente, o maior preditor ou fator de risco para as mortes por suicídios. De acordo com a literatura disponível, é estimado que as tentativas de suicídio superassem o número de suicídios de 10 a 20 vezes, ou ainda mais, dependendo da localidade[16]. O monitoramento da prevalência e informações sociodemográfica ligadas a esse agravo são valiosos para o planejamento de estratégias de prevenção e atenção à população em geral ou àquelas em situação de maior vulnerabilidade. Nacionalmente é possível obter informações sobre violência autoprovocada a partir das notificações da ficha de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/SINAN), com implantação no país desde 2006[17]. Além disso, é possível obter dados sobre tentativas de suicídio por envenenamento a partir das fichas de notificação/investigação de intoxicações exógenas do SINAN.

Notificações de Violência Autoprovocada no VIVA-SINAN 2009-2018

Segundo o Ministério da Saúde (2018), foi notificado no SINAN um total de 95.061 casos de violência autoprovocada no Brasil[18], o que correspondeu a um aumento de 536% do registro dessas ocorrências no país em relação em relação ao ano de 2011.

De acordo com o gráfico 6, em 2018 foram registradas 4.662 casos de violência autoprovocada no SINAN. O número dessas notificações vem progressivamente aumentando no estado do Rio de Janeiro nesses 10 anos observados, mas de formas diferentes de 2008 a 2013 e de 2014 a 2018. No primeiro quinquênio, foi registrado total de 2.331 notificações de violência autoprovocada, correspondendo a um aumento de 764%. Já no segundo quinquênio (2014-

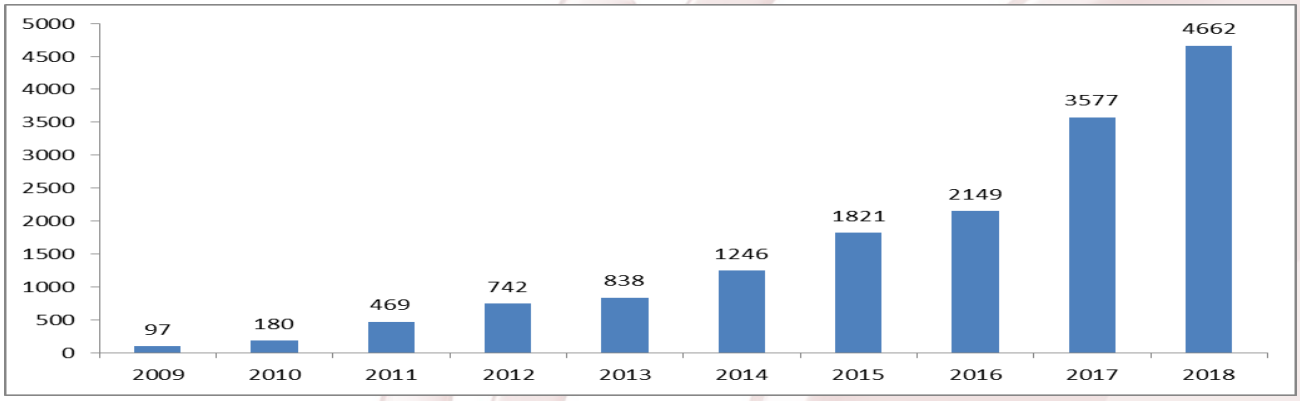
[16]Botega, N. (2014).

[17]Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006 é um marco importante por ter instituído incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). APortaria ministerial vigente que trata da notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos e privados é a Portaria de Consolidação nº 4 de 28/09/2017 (Anexo V).

[18] Dados preliminares, atualizados em 2 de agosto de 2019.

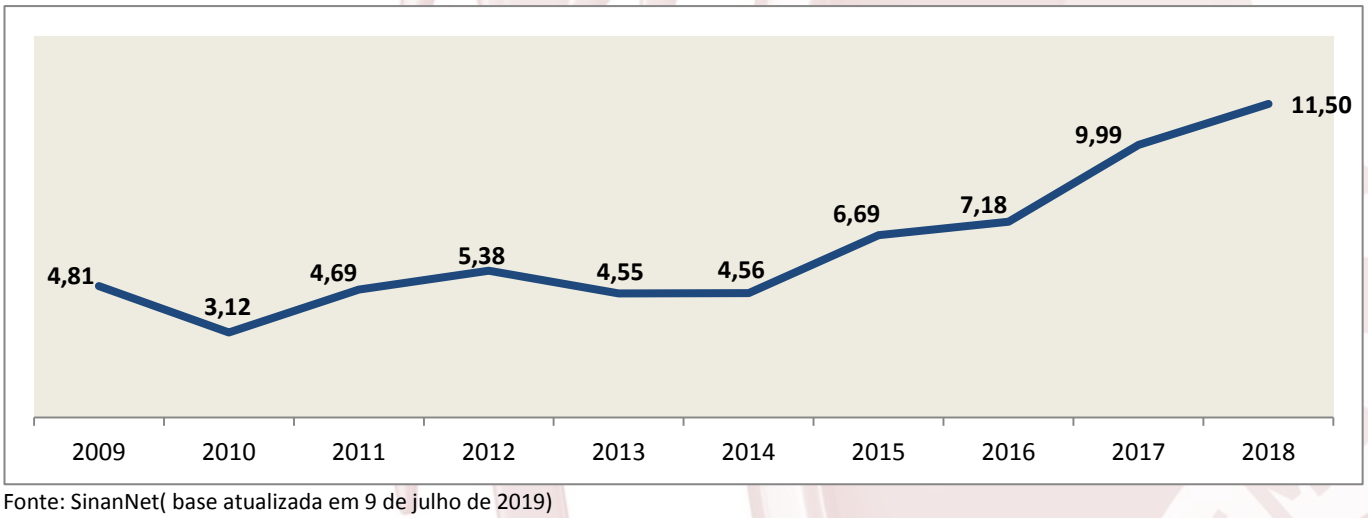
2018) foram realizadas 13.455 notificações no total, com aumento de 274%. O aumento mais veloz nos primeiros cinco anos pode ser explicado pelo fato de o sistema VIVA estar no início da implantação e expansão no estado com um número crescente de municípios aderindo a este instrumento de notificação. De 2014 a 2018, apesar do menor percentual de crescimento, o volume de notificações mais expressivo pode ser explicado pelo fato de a notificação da violência autoprovocada ter se tornado compulsória e imediata em 2014, sendo os municípios e profissionais de saúde alertados constantemente em relação a isto. Esta informação pode ser corroborada pelo que mostra o gráfico 7, com a proporção de violência autoprovocada em relação aos outros tipos de violência notificadas no SINAN. De 2009 a 2013 a aumento na proporção de violência autoprovocada em relação às demais violências foi cerca de 5%, enquanto que de 2014 a 2018 este percentual aumentou para mais que 150%.

Gráfico 6- Número de notificações de violência autoprovocada. Rio de Janeiro, 2009 – 2018



Fonte.:SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

Gráfico 7- Distribuição percentual de violência autoprovocada em relação ao total de violências notificadas no SINAN. Rio de Janeiro, 2009 -2018



Fonte: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

Em relação às regiões de saúde, a tabela 5 mostra que no período de 2014 a 2018 a região Metropolitana I apresentou maior número de casos de lesão autoprovocada notificados (8759), seguida da região Metropolitana II, que ficou responsável por 1.181 notificações. A Serrana se destaca como a terceira região com maior número de

casos notificados no estado (992) nestes cinco anos. Chama atenção as regiões Centro-Sul e Noroeste que apresentaram o menor número de notificações, 55 e 131, respectivamente.

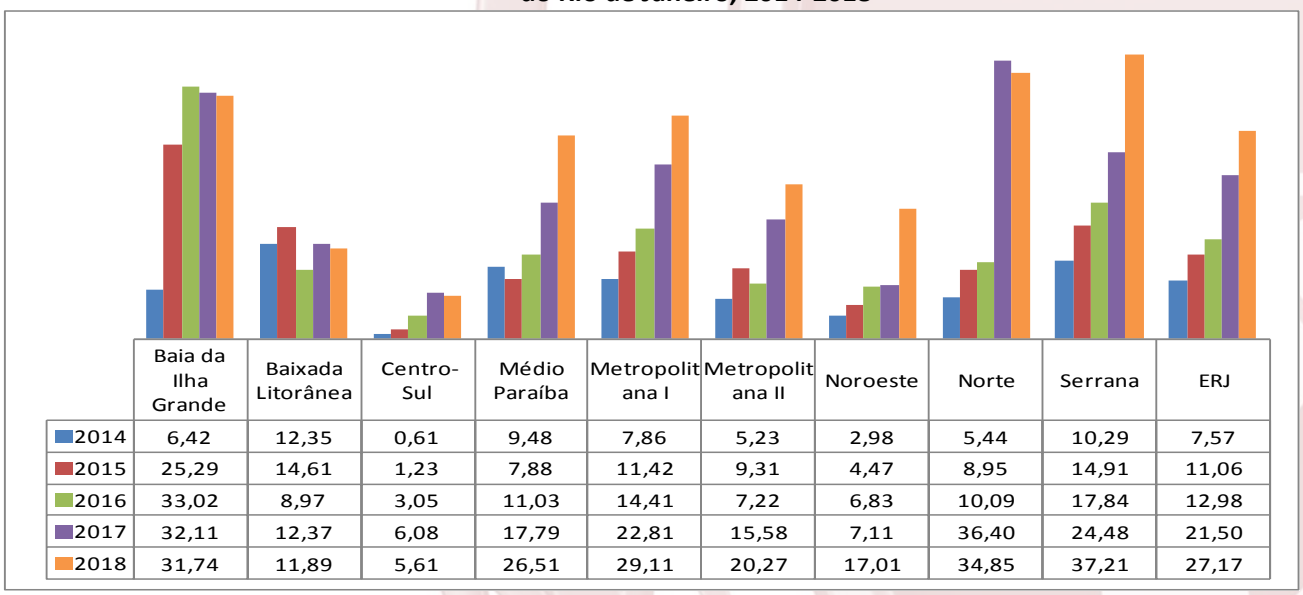
Tabela 5- Números de Notificações de Violência Autoprovocada, Segundo Região de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Baia da Ilha Grande	17	67	89	88	91	352
Baixada Litorânea	93	110	69	97	98	467
Centro-Sul	2	4	10	20	19	55
Médio Paraíba	83	69	97	157	241	647
Metropolitana I	792	1151	1458	2316	3042	8759
Metropolitana II	105	187	146	317	426	1181
Noroeste	10	15	23	24	59	131
Norte	48	79	90	328	326	871
Serrana	96	139	167	230	360	992
ERJ	**1246**	**1821**	**2149**	**3577**	**4662**	**13455**

Fonte: Sinan Net (base atualizada em 9 de julho de 2019)

O gráfico 8 e tabelas 6 A,B,C e D mostram a evolução do estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde em relação às notificações de violência autoprovocada e seu quantitativo populacional entre 2014 e 2018. Considerando as taxas de notificações de violência autoprovocada, o estado do Rio de Janeiro se destacou com 27,17 notificações por 100 mil habitantes em 2018, o que correspondeu a um aumento progressivo de260% de aumento no período (gráfico 8). Quanto às taxas mais altas nos cinco anos, destacam-se as regiões da Baía da Ilha Grande, com taxas de notificação que vêm se mantendo numa média de 30/100 mil em anos, com ligeiro decréscimo; a região Norte, com taxas superiores a 24/100 mil nos últimos dois anos e a região Serrana, com taxas de notificação crescentes no período de cinco anos, sendo a mais alta do estado em 2018(37,21 notificações de violência autoprovocada por 100 mil habitantes).

Gráfico 8- Taxas de Notificação de Violência Autoprovocada, por 100 mil hab., segundo Região de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018



	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana I	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	ERJ
2014	6,42	12,35	0,61	9,48	7,86	5,23	2,98	5,44	10,29	7,57
2015	25,29	14,61	1,23	7,88	11,42	9,31	4,47	8,95	14,91	11,06
2016	33,02	8,97	3,05	11,03	14,41	7,22	6,83	10,09	17,84	12,98
2017	32,11	12,37	6,08	17,79	22,81	15,58	7,11	36,40	24,48	21,50
2018	31,74	11,89	5,61	26,51	29,11	20,27	17,01	34,85	37,21	27,17

Fonte: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

A Baia da Ilha Grande apresentou elevação da taxa de notificações de violência autoprovocada entre 2014 (6,42/100 mil) e 2018 (31,74/100 mil), o que representa um aumento de 395% deste coeficiente nesta região. Cabe ressaltar que, com exceção de 2014, nos anos subsequentes a Baía da Ilha Grande apresentou taxas de notificação superiores às do estado. De acordo com a Tabela 6.A, o município de Angra dos Reis sozinho foi responsável por 310 notificações das 352 realizadas pela região. Em 2016 encontra-se o maior número de notificações neste município (84) e taxa de 44,61 por cem mil habitantes.

No mesmo período, a Baixada Litorânea apresenta oscilações nas taxas de notificações por 100 mil habitantes, com 12,35 (2014), 14,61 (2015), 8,97(2016), 12,37(2017) e 12,26 (2018). Com 69 casos notificados, em 2016 apresenta sua menor taxa de notificação (8,97). Rio das Ostras é o município que puxa esta região, pois apresenta o maior número de notificações (159), seguido de Casimiro de Abreu com 92 notificações. Os municípios de Cabo Frio e Arraial do Cabo, ao longo dos cinco anos, foram os que realizaram o menor número de notificações, dois e sete respectivamente. Ainda de acordo com a tabela 6.A é possível observar que Iguaba Grande e Cabo Frio não apresentaram notificações entre 2014 e 2016.

Tabela 6.A-Números de Notificações de Violência Autoprovocada e Taxas de Notificação por 100 mil hab, Segundo Municípios/Região de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Baia da Ilha Grande	**17**	**6,42**	**67**	**25,29**	**89**	**33,02**	**88**	**32,11**	**91**	**32,68**
Angra dos Reis	7	3,78	67	36,23	84	44,61	76	39,69	76	39,05
Mangaratiba*	0	0,00	0	0,00	1	2,45	8	19,25	4	0,00
Paraty*	10	25,02	0	0,00	4	9,88	4	9,76	11	0,00
Baixada Litorânea	**93**	**12,35**	**110**	**14,61**	**69**	**8,97**	**97**	**12,37**	**98**	**12,26**
Araruama	11	9,09	4	3,31	3	2,44	1	0,80	1	0,79
Armação dos Búzios*	12	39,42	11	36,14	9	28,97	7	22,10	18	55,80
Arraial do Cabo*	0	0,00	2	6,93	2	6,87	1	3,44	2	0,00
Cabo Frio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,47	1	0,46
Casimiro de Abreu*	11	27,91	14	35,52	20	49,62	25	60,73	22	52,38
Iguaba Grande*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	11,35	8	29,70
Rio das Ostras	29	22,80	33	25,95	22	16,67	42	30,74	33	23,38
São Pedro da Aldeia*	22	23,08	21	22,03	4	4,13	3	3,05	2	2,00
Saquarema*	8	9,89	25	30,90	9	10,93	14	16,72	11	12,91

Fonte: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)
* Municípios com menos de 100 mil habitantes

Entre 2014 e 2018, apesar das baixas taxas de notificações/100 mil (0,61em 2014 e 5,61 em 2018), a região Centro - Sul apresentou aumento no número de casos notificados e se destaca como a região estadual com maior crescimento na taxa de notificações de lesão autoprovocada por cem mil habitantes (815%). Deve-se destacar que todos os municípios desta região têm menos que 100 mil habitantes. Em 2017 se observa o maior número de notificações (20) e a maior taxa (6,8). Dos 55 casos notificados na região, Vassouras realizou 32 registros. Essa região chama atenção pelo elevado número de municípios silenciosos Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Paraíba do Sul, Paty do Alferes e Sapucaia. Cabe ressaltar ainda que o município de Paracambi registrou em 2016 seu único caso de lesão autoprovocada nestes cinco anos. (Tabela 6.B)

A Tabela 6.B mostra que região do Médio Paraíba apresentou progressivo e gradativo aumento no número de notificações, com 83 em 2014 e 241 em 2018. Volta Redonda, Piraí e Barra do Piraí, entre 2014 e 2018, foram os municípios da região Médio Paraíba que mais notificaram lesão autoprovocada, com 135, 99 e 98 registros, respectivamente. No mesmo período, Rio das Flores (2) e Itatiaia (4), realizaram notificações em apenas um ano: o primeiro município em 2018 e o segundo em 2016. Excetuando o ano de 2014, com 9,48 notificações por 100 mil habitantes, a região vem mantendo taxas de notificações menores que o estado.

Tabela 6.B -Números de Notificações de Violência Autoprovocada e Taxas de Notificação por 100 mil hab., Segundo Municípios/Região de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Centro-Sul	**2**	**0,61**	**4**	**1,23**	**10**	**3,05**	**20**	**6,08**	**19**	**5,75**
Areal*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	33,17	2	0,00
Comendador Levy Gasparian*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Engenheiro Paulo de Frontin	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mendes*	2	11,06	1	5,53	1	5,53	0	0,00	0	0,00
Miguel Pereira*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	8,04
Paracambi*	0	0,00	0	0,00	1	2,02	0	0,00	0	0,00
Paraíba do Sul*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Paty do Alferes*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sapucaia*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Três Rios*	0	0,00	3	3,80	0	0,00	2	2,52	5	6,30
Vassouras*	0	0,00	0	0,00	8	22,58	14	39,30	10	27,96
Médio Paraíba	**83**	**9,48**	**69**	**7,88**	**97**	**11,03**	**157**	**17,79**	**241**	**27,20**
Barra do Piraí*	5	5,18	9	9,32	10	10,32	38	39,11	36	36,94
Barra Mansa	0	0,00	2	1,11	0	0,00	4	2,22	3	1,67
Itatiaia*	0	0,00	0	0,00	4	13,23	0	0,00	0	0,00
Pinheiral*	6	25,32	4	16,88	37	154,90	23	95,53	22	90,60
Piraí*	33	119,66	30	108,79	16	57,47	9	32,04	11	38,98
Porto Real*	5	27,83	2	11,13	3	16,42	5	26,95	3	15,93
Quatis*	0	0,00	5	37,26	11	81,22	9	65,86	8	58,03
Resende	7	5,63	3	2,41	10	7,99	13	10,31	23	18,12
Rio Claro*	0	0,00	1	5,63	0	0,00	3	16,81	2	11,12
Rio das Flores**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	22,26
Valença*	25	34,04	0	0,00	0	0,00	28	37,84	42	56,58
Volta Redonda	2	0,76	13	4,96	6	2,28	25	9,48	89	33,56

Fonte: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)
* Municípios com menos de 100 mil habitantes
** Municípios com menos de 10 mil habitantes

Conforme mostrou a tabela 5, a Região Metropolitana I apresentou 8.759 notificações no período analisado, o que representa 65% das notificações estaduais realizadas no quinquênio. Historicamente, esta região vem mantendo suas taxas acima da estadual: 7,86/100 mil em 2014 e 29,86/100 mil em 2018. O principal município notificador é a capital, Rio de janeiro, com 7.263 notificações ao longo dos cinco anos, seguido por Duque de Caxias 818 notificações (tabela 6. C). Esses dois municípios juntos representam 92% das notificações (8081) realizadas pela região no mesmo período. Em contrapartida, Itaguaí é o município com menor número de notificações (5). Cabe destacar que o município de Seropédica não apresentou qualquer notificação deste agravo e Nilópolis só realizou notificações em 2015 (5) e em 2016(2).

A metropolitana II é outra região que se destaca com elevado número de notificações para este tipo de violência. Apesar de apresentar aumento de 298% dos casos notificados entre 2014 e 2018, suas taxas sempre se apresentaram abaixo da estadual: 5,23 por 100 mil habitantes em 2014, 9,31 em 2015, 7,22 em 2016, 15,58 em 2017 e 20,81 em 2018. Niterói e São Gonçalo são municípios responsáveis pelo elevado número de notificações da região, com575 e 433 respectivamente.

Tabela 6.C-Números de Notificações de Violência Autoprovocada e Taxas de Notificação por 100 mil hab., Segundo Municípios/Região de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Metropolitana I	**792**	**7,86**	**1151**	**11,42**	**1458**	**14,41**	**2316**	**22,81**	**3042**	**29,86**
Belford Roxo	3	0,63	4	0,83	1	0,21	6	1,21	17	3,43
Duque de Caxias	208	23,68	176	20,04	117	13,25	179	20,18	138	15,49
Itaguaí	1	0,85	1	0,85	0	0,00	0	0,00	3	2,45
Japeri	10	10,09	3	3,03	1	1,00	20	19,89	8	7,90
Magé	42	17,98	24	10,27	21	8,94	48	20,31	53	22,32
Mesquita	52	30,50	36	21,12	13	7,61	4	2,34	17	9,93
Nilópolis	0	0,00	5	3,16	4	2,53	0	0,00	0	0,00
Nova Iguaçu	26	3,23	17	2,11	12	1,49	57	7,15	100	12,52
Queimados	3	2,10	0	0,00	2	1,39	4	2,77	46	31,64
Rio de Janeiro	441	6,83	883	13,68	1284	19,83	1998	30,74	2657	40,75
São João de Meriti	6	1,30	2	0,43	3	0,65	0	0,00	3	0,65
Seropédica*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Metropolitana II	**105**	**5,23**	**187**	**9,31**	**146**	**7,22**	**317**	**15,58**	**426**	**20,81**
Itaboraí	26	11,45	12	5,28	0	0,00	36	15,60	48	20,65
Maricá	0	0,00	2	1,40	1	0,68	13	8,67	2	1,31
Niterói	36	7,27	63	12,72	75	15,10	163	32,74	238	47,69
Rio Bonito*	2	3,49	0	0,00	0	0,00	7	12,08	8	13,73
São Gonçalo	39	3,78	109	10,56	68	6,55	98	9,39	119	11,34
Silva Jardim*	2	9,37	1	4,69	2	9,39	0	0,00	3	14,12
Tanguá*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	24,26

Fonte:SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)
* Municípios com menos de 100 mil habitantes

O gráfico 8 mostra que região Noroeste apresentou aumento na taxa por cem mil habitantes entre 2014 (2,98) e 2018 (17,01), com variação de 471%. Ao analisar a tabela 6.D nesta região, 4 municípios se apresentaram como silenciosos para notificações de lesão autoprovocada: Cambuci, Cardoso Moreira , Laje do Muriaé e São José de ubá. Itaperuna aparece como principal município notificador com 66 notificações das 131 realizadas pela região.

A região Norte tem apresentado gradativo aumento em suas taxas de notificação: de5, 44 por 100 mil habitantes em 2014 para 34,85 em 2018. Em 2016 se destaca com 36,40 notificações por cem mil habitantes. Tais resultados mostram um aumento de 341% na taxa de notificação deste agravo no período analisado. Macaé e Quissamã se destacam no quinquênio com taxas de 163,55 e 128,93 notificações por 100 mil habitantes, respectivamente. Macaé apresenta, ainda, maior taxa de notificação em 2018 (55,64/100 mil), ano em que realizou 140 notificações para este tipo de agravo. Quissamã apresentou maior taxa em 2017 (60,54/100 mil) e, neste mesmo ano, Carapebus surge com taxa de notificação de 58,85%. Cabe ressaltar que, se considerar o número de notificação, o município de

Campos dos Goytacazes apresentou 404 notificações ao longo de cinco anos. Com 393 registros, Macaé é o segundo município com maior número de notificações.

Tabela 6.D-Números de Notificações de Violência Autoprovocada e Taxas de Notificação por 100 mil hab., Segundo Municípios/Região de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Região de Saúde/Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil	N	Tx/100 mil
Noroeste	**10**	**2,98**	**15**	**4,47**	**23**	**6,83**	**24**	**7,11**	**59**	**17,44**
Aperibé*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	8,96	0	0,00
Bom Jesus do Itabapoana*	0	0,00	3	8,36	0	0,00	2	5,55	4	11,09
Cambuci*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cardoso Moreira*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Italva*	0	0,00	0	0,00	1	6,86	0	0,00	1	6,79
Itaocara*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	26,39	4	17,63
Itaperuna*	4	4,06	5	5,08	13	13,13	5	5,02	39	39,00
Laje do Muriaé**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Miracema*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,76	0	0,00
Natividade*	1	6,65	2	13,30	3	19,99	2	13,35	1	6,68
Porciúncula*	2	10,93	1	5,47	1	5,54	5	27,54	8	43,84
Santo Antônio de Pádua*	3	7,30	4	9,73	5	12,14	1	2,42	2	4,84
São José de Ubá**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Varre-Sai**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,52	0	0,00
Norte	**48**	**5,44**	**79**	**8,95**	**90**	**10,09**	**328**	**36,40**	**326**	**35,82**
Campos dos Goytacazes	14	2,91	11	2,29	14	2,89	206	42,28	159	32,43
Carapebus*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	58,85	2	0,00
Conceição de Macabu*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Macaé	28	12,19	65	28,31	69	29,41	91	38,00	140	57,34
Quissamã*	4	17,97	1	4,49	2	8,81	14	60,54	9	38,24
São Fidélis*	0	0,00	1	2,65	1	2,65	4	10,61	3	0,00
São Francisco de Itabapoana*	2	4,84	0	0,00	1	2,42	3	7,27	9	21,85
São João da Barra*	0	0,00	1	2,92	3	8,68	1	2,87	4	11,37
Serrana	**96**	**10,29**	**139**	**14,91**	**167**	**17,84**	**230**	**24,48**	**360**	**38,18**
Bom Jardim*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cachoeiras de Macacu*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	5,26
Cantagalo*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Carmo*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,46	1	0,00
Cordeiro*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,73	1	4,71
Duas Barras*	0	0,00	1	9,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Guapimirim*	2	3,60	10	17,98	2	3,54	20	35,02	42	72,51
Macuco**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Nova Friburgo	55	29,82	116	62,88	148	80,09	166	89,68	203	109,50
Petrópolis	27	9,06	8	2,68	16	5,37	41	13,75	105	35,21
Santa Maria Madalena*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
São José do Vale do Rio Preto	1	4,80	1	4,80	0	0,00	1	4,76	5	23,68
São Sebastião do Alto**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sumidouro*	4	26,48	2	13,24	1	6,61	0	0,00	0	0,00
Teresópolis	7	4,08	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Trajano de Moraes*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fonte: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

* Municípios com menos de 100 mil habitantes

** Municípios com menos de 10 mil habitantes

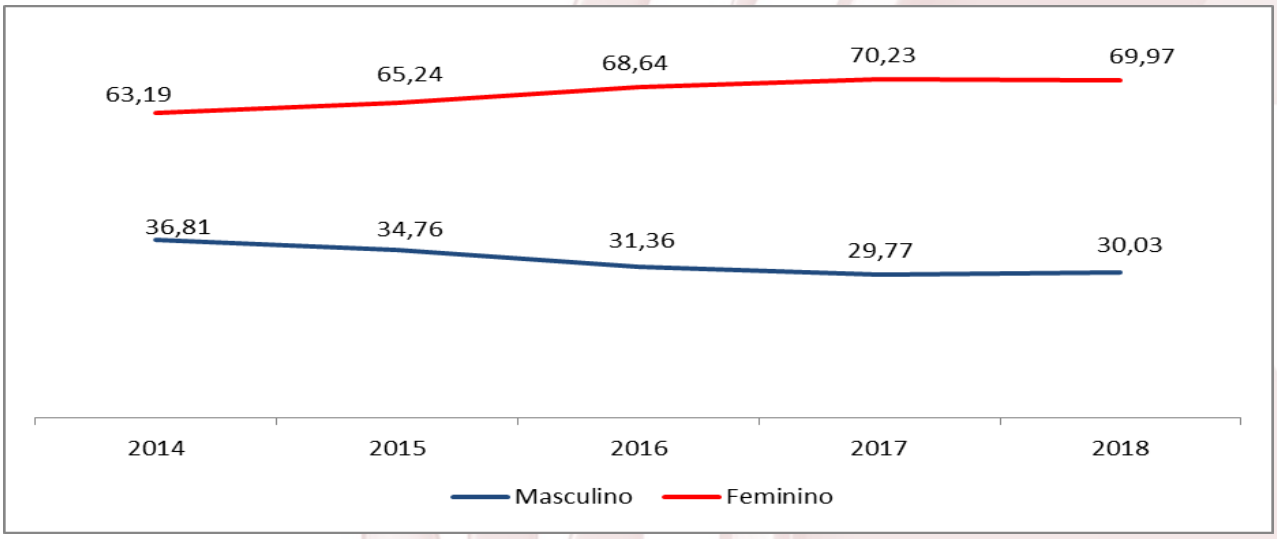
Com 992 notificações de lesão autoprovocada a região Serrana é a terceira em número de notificações no estado do Rio de Janeiro. A partir de 2015 esta região começou a apresentar taxa de notificação superior ao do estado. Nova

Friburgo e Petrópolis foram os municípios que se destacaram em relação ao número de notificações no período analisado, com 688 e 197, respectivamente. Em relação à taxa de notificação, Nova Friburgo e Guapimirim aparecem com as maiores taxas: 369,3 e 130,6 por 100 mil habitantes, respectivamente. De acordo com a tabela 6.D, foi possível verificar o elevado número de municípios silenciosos: Bom Jardim, Cantagalo, Macuco, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto e Trajano de Morais.

Violência autoprovocada e Dados Sociodemográficos. Estado do Rio de Janeiro, 2014 -2018

A análise das características demográficas demonstrou que no quinquênio analisado no estado do Rio de Janeiro, em relação ao sexo, as notificações de violência autoprovocada vêm mantendo um padrão em que o sexo feminino apresenta 2,5 vezes mais notificações do que o sexo masculino. Ao longo de cinco anos, de acordo com o gráfico 9, as proporções de violência autoprovocada vêm aumentando no sexo feminino e decaindo no sexo masculino. Enquanto que nas mulheres variaram de 63,19% a 70,2 %, com aumento de cerca de 18%, entre o s homens as proporções variaram de 36,81% a 29,77%, decaindo em 11%.

Gráfico 9 - Proporção de Notificação de Violência Autoprovocada, por 100 mil hab., segundo Sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018



Fonte:SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

Conforme apresenta a tabela 7, as notificações de violência autoprovocada predominaram na faixa etária compreendida entre 20 a 39 anos. Apesar de esta faixa etária apresentar uma proporção de 45% no último ano, observamos um discreto decréscimo ao longo dos cinco anos (em 2014 correspondia a 48,18%). Em contrapartida, na faixa etária compreendia entre 40 a 59 anos é possível observar um aumento na proporção de notificações: 17,35% (2014) e 20,41% (2018), com destaque para o ano de 2016que apresentou a maior proporção do período analisado (25,26%).

Quanto à variável escolaridade, a série histórica indica que houve aumento e predomínio da variável ignorado/branco entre 2014 a 2018 (53%, 60,96%, 62,63%, 65,22% e 64,67%) o que mostra que a ficha de

notificação pode não estar sendo preenchida corretamente para este quesito. Os dados extraídos do SINAN mostram que nas notificações realizadas durante estes 5 anos, a proporção de vítimas de lesão autoprovocadas se destacou com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta, 11,64% (2014) , 10,49% (2015), 8,05% (2016), 7,69% (2017) e 8,04% (2018).

No que concerne à variável raça/cor, a maioria das vitimas se autodenominaram brancas, com maior proporção de notificações em 2014 (35,39%). Em seguida, predominaram as vítimas que se autodeclaram como pardas 31,47% (2018). Cabe ressaltar que, nesta variável, o campo ignorando/ branco apresentou aumento por três anos consecutivos, com discreta diminuição em 2018. Isso propicia algumas reflexões acerca do preparo dos profissionais responsáveis pela notificação deste agravo. O fato de o quesito raça/cor ser autodeclarado requer a abordagem adequada à vítima, sendo necessária qualificação do profissional. Ressaltamos a relevância desta variável uma vez que pode apontar desigualdades sociais e exposição a vulnerabilidade a riscos como violência, adoecimento e morte, sendo grande valia para epidemiologia.

Em relação à situação conjugal, o predomínio entre solteiros, mas com proporções que declinaram em 23% (maior proporção em 2014, com 48,36%). Ressalte-se também neste quesito o progressivo aumento de ignorado/branco (83%).

Com relação ao local de ocorrência, evidencia-se que, as maiores proporções dos casos de violência notificados na série histórica ocorreram na própria residência. O período analisado apresenta expressivo aumento ao longo desses anos 72,09 % (2104), 82,43% (2015), 82,52%(2016), 83,67% (2018) e 85,17 (2018). A via pública aparece como o segundo local de ocorrência, porem observa-se um decréscimo progressivo em suas notificações, 15,63% em 2014 e 7,98% em 2018.

Tabela 7-Características sociodemográficas dos casos de lesão autoprovocada notificadas no Sinan. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Ano/Proporção	2014	2015	2016	2017	2018
Faixa Etária					
5 a 9	0,32	0,39	0,61	0,79	0,67
10 a 14	8,56	7,12	7,27	8,73	8,51
15 a 19	19,77	16,23	15,82	19,30	20,95
20 a 39	48,18	46,41	45,94	44,40	45,00
40 a 59	17,35	22,73	25,26	21,99	20,41
60 e +	5,81	7,12	5,10	4,79	4,46
Escolaridade					
Ign/Branco	53,69	60,96	62,63	65,22	64,67
Analfabeto	0,32	0,05	0,23	0,17	0,17
1ª a 4ª série incompleta do EF	4,33	3,95	3,26	2,52	1,93
4ª série completa do EF	4,17	2,58	2,37	1,54	1,29
5ª a 8ª série incompleta do EF	11,64	10,49	8,05	7,69	8,04
Ensino fundamental completo	4,33	2,91	3,35	3,16	2,98
Ensino médio incompleto	7,38	5,82	5,77	6,74	7,38
Ensino médio completo	8,67	8,24	8,61	7,63	7,36
Educação superior incompleta	2,81	1,70	2,00	1,73	2,51
Educação superior completa	2,01	1,87	1,95	1,87	1,89
Não se aplica	0,64	1,43	1,77	1,73	1,78
Raça / Cor					
Ign/Branco	19,66	25,26	26,15	27,93	24,17
Branca	35,39	32,67	33,46	32,57	32,30
Preta	13,88	11,70	11,87	10,76	10,88
Amarela	0,56	0,49	0,79	0,53	0,88
Parda	30,34	29,76	27,50	28,07	31,47
Indigena	0,16	0,11	0,23	0,14	0,30
Situação Conjugal					
Ignorado,Branco	21,65	33,33	36,34	36,54	39,53
Solteiro	48,36	38,33	36,81	38,69	37,15
Casado/União Consensual	18,85	18,95	17,54	15,01	14,99
Viúvo	2,81	1,70	1,07	0,75	0,86
Separado	5,53	4,06	3,58	4,00	2,90
Nao se Aplica	2,81	3,62	4,65	5,00	4,57
Local ocorrência					
Ign/Branco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residencia	72,09	82,43	82,52	83,67	85,17
Habitação Coletiva	0,45	0,75	0,40	0,48	0,66
Escola	1,36	1,00	1,14	1,58	1,25
Local de pratica esportiva	0,45	0,19	0,23	0,21	0,10
Bar ou Similar	1,81	1,13	1,19	0,52	0,77
Via pública	15,63	9,91	10,10	9,65	7,98
Comércio/Serviços	2,53	1,19	1,19	0,79	0,87
Indústrias/construção	0,09	0,06	0,00	0,00	0,08
Outros	5,60	3,32	3,23	3,10	3,12

Fonte: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

A presença de transtornos mentais e reincidência nos casos de lesão autoprovocada são os fatores de risco mais importantes para o suicídio, de acordo com a Organização Mundial de Saúde[19]. De acordo com a tabela 8, a proporção de transtornos têm variado entre 31,5% a 35,53%, tendo aumentado nos últimos três anos. Dentre os que responderam positivamente, a proporção maior é de transtornos mentais, entre 32% e 42%. As reincidências têm sido elevadas, com proporções entre 31% e 35%. Esses percentuais podem ser ainda maiores, uma vez que também tem sido elevada a proporção de ignorado/em branco, superior a 35% nos últimos quatro anos. Ressalta-se que em 14% das notificações no ano de 2018 havia relato de uso de álcool.

Em relação à motivação, ressaltam-se os altos percentuais de ignorado/em branco, que decaem ao longo dos cinco anos à medida que aumentam os percentuais de "outros". Conflito geracional é a opção mais assinalada, com percentuais crescentes, porém baixos. No momento do preenchimento, a orientação feita é de que não se assinale a opção "não se aplica" neste quesito, considerando que a motivação para a violência autoprovocada existe, visto que é intencional (pode ser ignorada, ou não se encaixar nas opções pré-definidas neste instrumento de notificação). Os percentuais desta opção vêm diminuindo nos últimos dois anos, mas são ainda superiores a 10%.

[19] World Health Organization. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: World Health Organization. 2014.p.40.

Tabela 8- Proporção de lesão autoprovocada por transtorno e reincidência/ ano. Rio de Janeiro, 2014-2018

Ano/Proporção	2014	2015	2016	2017	2018
Transtorno/def					
Ignorado	25,58	35,80	40,39	39,08	37,84
Sim	35,53	32,13	31,50	33,44	35,33
Não	38,89	32,07	28,11	27,48	26,83
Tipo Transtorno/def					
Def. Fisica	6,05	2,59	1,71	2,06	1,16
Def Mental	20,16	16,71	10,41	8,78	7,41
Transt mental	32,66	40,24	41,30	41,93	40,69
Transt Comportamento	28,63	33,65	37,71	32,83	38,22
Outra deficiência	8,87	5,18	7,51	12,24	11,51
Visual/auditiva	3,45	1,65	1,37	2,17	1,00
Ocorrreu outras vezes					
Ignorado	25,58	35,80	40,39	39,08	37,84
Sim	35,53	32,13	31,50	33,44	35,33
Não	38,89	32,07	28,11	27,48	26,83
Motivação					
Ign/Branco	91,98	67,66	60,63	55,75	58,90
Sexismo	0,16	0,71	0,84	0,92	1,14
Homofobia/Lesbofobia/Transfobia	0,16	0,05	0,33	0,25	0,30
Racismo	0,00	0,00	0,19	0,03	0,00
Intolerância religiosa	0,00	0,05	0,05	0,03	0,09
Xenofobia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conflito geracional	0,72	2,97	3,35	3,63	4,53
Situação de rua	0,08	0,44	0,65	0,45	0,15
Deficiência	0,00	0,44	0,74	0,89	0,84
Outros	5,85	15,21	15,87	22,34	20,44
Não se aplica	1,04	12,47	17,36	15,71	13,62

Fonte: SinanNet (base atualizada em 9 de julho de 2019)

No que se refere à orientação sexual e identidade de gênero, é possível observar a elevada proporção de ignorados/branco no período compreendido entre 2014 a 2018 (56,48 % e 60,42%, respectivamente). Paralelamente, na série histórica observada na tabela 9, é importante destacar uma queda no campo ignorado/branco nas duas variáveis, ou seja, pode-se afirmar que houve aumento gradativo no preenchimento das destes quesitos na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada[20]. Este dado tem sua importância por dar visibilidade à violência sofrida por esta população, bem como mostrar as repercussões na saúde destes indivíduos. Cabe ainda ressaltar que essas variáveis são declaradas pela própria vítima.

Quanto à orientação sexual, a tabela 9 mostra que a houve aumento em todas as categorias. Porém, a maior proporção de notificações foi registrada entre os heterossexuais com elevação significativa se comparado ao ano de

[20] É importante ressaltar que os quesitos orientação sexual e identidade de gênero foram incluídos na versão 5.0 de 28 /03/2014 da "Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada.

2014 (6,09%) e 2018 (32,97%), seguida das proporções que se registraram no campo "não se aplica" (7,55% em 2018) e entre os homossexuais (2,53% em 2018).

Na variável identidade de gênero, a categoria "não se aplica" representa 38,78% das notificações, ou seja, a identidade de gênero corresponde ao sexo biológico. As transexuais mulheres apresentaram notificações mais frequentes, com maior proporção em 2018 (0,66%).

Tabela 9- Proporção de lesão autoprovocada por orientação sexual e identidade de gênero/ ano. Rio de Janeiro, 2014-2018

Orientação Sexual	2014	2015	2016	2017	2018
Ign/Branco	91,58	64,14	58,21	57,84	56,48
Heterossexual	6,09	27,95	31,97	31,20	32,97
Homossexual (gay/lésbica)	0,24	1,76	2,00	2,01	2,53
Bissexual	0,00	0,11	0,37	0,25	0,47
Não se aplica	2,09	6,04	7,45	8,69	7,55
Identidade gênero					
Ign/Branco	95,91	76,28	60,91	61,17	60,42
Travesti	0,08	0,00	0,23	0,20	0,02
Transexual Mulher	0,24	0,49	0,33	0,36	0,66
Transexual Homem	0,00	0,27	0,23	0,14	0,11
Não se aplica	3,77	22,95	38,30	38,13	38,78

Fonte: SinanNet (base atualizada em 9 de julho de 2019)

Quanto aos meios empregados, entre 2014 a 2018, a tabela 10 mostra que a maioria das lesões autoprovocadas decorreu do envenenamento. De acordo com os dados do SINAN, a utilização deste método vem aumentando ao longo dos anos (31,18% em 2104 e 56,39 em 2018). Outro método que vem se apresentando crescente é o uso de objeto perfuro cortante (9,77 % em 2014 e 16,32% em 2018).

O uso de arma de fogo, força corporal espancamento, enforcamento, objeto contundente, substância /objeto quente foram reduzindo gradativamente.

Tabela 10- Proporção de lesão autoprovocada por meio empregado/ ano. Rio de Janeiro, 2014-2018

Método	2014	2015	2016	2017	2018
Forç corp. Espanc	29,00	14,52	6,91	6,84	6,75
Enforc	4,85	3,87	2,61	2,88	3,13
Obj contund	3,31	1,32	1,01	1,60	1,21
Obj. perf-cortant	9,77	11,39	13,55	15,99	16,32
Subs Obj Quente	2,58	2,65	1,37	1,74	1,82
Envenenamento	31,18	48,75	56,43	49,81	56,39
Arma de fogo	1,78	0,69	0,96	0,54	0,63
Outro	17,53	16,80	17,16	20,60	16,88

Fonte: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

Das 1.3455 notificações de violência autoprovocada que ocorrem no período estudado, foram realizados 1.0063 encaminhamentos (tabela 11). Ressalta-se a possibilidade de encaminhamentos a mais de um serviço para uma mesma notificação. Numa análise geral, o número de encaminhamentos foi aumentando progressivamente ao longo

dos anos com 245 em 2014 e 3886 em 2018. Rede de saúde, assistência social, conselho tutelar, delegacia da mulher e outras delegacias, se destacam como os setores para os quais as vítimas foram mais encaminhadas, com destaque para rede de saúde (6.990) e conselho tutelar (998).

Tabela 11- Número de Violência autoprovocada segundo encaminhamentos. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

Encaminhamentos	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Rede da Saúde	102	688	1249	2158	2793	6990
Assistência Social	10	87	95	194	330	716
Rede da Educação	1	3	10	14	25	53
Rede Atend Mulher	12	35	29	59	66	201
Conselho Tutelar	48	176	155	268	351	998
Conselho do Idoso	0	5	9	5	3	22
Ministério Público	1	8	4	6	7	26
Deleg crian/adoles	6	6	10	14	23	59
Deleg Atend Mulher	16	73	25	67	86	267
Outras delegacias	49	169	110	187	191	706
Just Infânc Juvent	0	5	4	5	11	25
Total	245	1255	1700	2977	3886	10063

Fonte: SinanNet (base atualizada em 9 de julho de 2019)

Municípios de residência das vítimas de violência de autoprovocada do ano de 2018

As tabelas 12 A,B,C,D e E mostram o número de notificações por município de residência das vítimas de violência autoprovocada e os municípios onde as notificações/ atendimentos foram realizados. Em 35% dos municípios todos os residentes vítimas de violência autoprovocada foram notificadas no próprio município. Apenas na região Centro-Sul todos os residentes foram notificados nos próprios municípios. Em 25% dos municípios parte de seus residentes era notificada no próprio município e parte atendida/notificada em outros municípios, em geral na mesma região. Merece destaque os municípios cujos residentes vítimas de violência autoprovocada foram a sua totalidade notificada em outros municípios. Em 2018 esta situação ocorreu com os residentes de: Bom Jardim, Sumidouro e Teresópolis (região Serrana); Araruama (região da Baixada Litorânea), Cardoso Moreira e Conceição de Macabu (região Norte); Nilópolis (região Metropolitana I); Cambuci (região Noroeste).

Esse quadro nos mostra que é necessário avaliar as redes e fluxos de atendimento de todos os municípios, sempre considerando as peculiaridades locais. Podemos citar dentre os fatores que levam a busca de atendimento em outros municípios, fatores como a acessibilidade (alguns munícipes de determinado local podem rotineiramente procurar atendimento nos municípios em que trabalham, podem apresentar também dificuldades de encontrar atendimentos específicos onde residem, etc.). É necessário pensar na perspectiva de fortalecer as redes dos municípios de residência para acompanhamento às pessoas vítimas deste tipo de violência, além de garantir atendimento integral em seus territórios.

Tabela 12 A- Número de Notificações de Violência Autoprovocada segundo Município de Residência e Município de Notificação.Regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Centro-Sul, 2018

Baía da Ilha Grande			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Angra dos Reis	74	Angra dos Reis	74
		Mangaratiba	4
Mangaratiba	5	Rio de Janeiro	1
Paraty	10	Paraty	10
Baixada Litorânea			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
		Macaé	1
		Rio Bonito	1
Araruama	3	Rio de Janeiro	1
Armação dos Búzios	2	Armação dos Búzios	2
Arraial do Cabo	2	Arraial do Cabo	2
		Cabo Frio	1
		Macaé	1
Cabo Frio	4	Armação dos Búzios	2
Casimiro de Abreu	22	Casimiro de Abreu	22
Iguaba Grande	8	Iguaba Grande	8
		Rio das Ostras	33
		Magé	1
Rio das Ostras	35	São Gonçalo	1
São Pedro da Aldeia	2	São Pedro da Aldeia	2
		Saquarema	11
Saquarema	12	Araruama	1
Centro-Sul			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Areal	2	Areal	2
Miguel Pereira	2	Miguel Pereira	2
Três Rios	5	Três Rios	5
Vassouras	10	Vassouras	10

Tabela 12 B- Número de Notificações de Violência Autoprovocada segundo Município de Residência e Município de Notificação.Regiões do Médio Paraíba e Norte, 2018

Médio Paraíba			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Barra do Piraí	35	Barra do Piraí	35
		Barra Mansa	3
		Volta Redonda	10
Barra Mansa	14	Rio de Janeiro	1
Itatiaia	2	Itatiaia	2
Pinheiral	22	Pinheiral	22
Piraí	11	Piraí	11
Porto Real	3	Porto Real	3
Quatis	8	Quatis	8
Resende	21	Resende	21
Rio Claro	2	Rio Claro	2
Rio das Flores	1	Rio das Flores	1
		Valença	42
		Barra do Piraí	1
Valença	44	Rio das Flores	1
		Volta Redonda	78
		Niterói	1
Volta Redonda	80	Angra dos Reis	1
Norte			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Campos dos Goytacazes	155	Campos dos Goytacazes	155
Carapebus	2	Carapebus	2
		Macaé	135
Macaé	136	Nova Friburgo	1
Quissamã	10	Quissamã	9
		Macaé	1
		São Fidélis	3
São Fidélis	4	Campos dos Goytacazes	1
São Francisco de Itabapoana	9	São Francisco de Itabapoana	9
São João da Barra	4	São João da Barra	4

Tabela 12 C- Número de Notificações de Violência Autoprovocada segundo Município de Residência e Município de Notificação.Região Metropolitana I, 2018

Metropolitana I			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Belford Roxo	39	Belford Roxo	16
		Duque de Caxias	9
		Mesquita	1
		Nova Iguaçu	6
		Rio de Janeiro	6
		São João de Meriti	1
Duque de Caxias	128	Duque de Caxias	113
		Belford Roxo	1
		Magé	1
		Petrópolis	1
		Rio de Janeiro	12
Itaguaí	8	Itaguaí	3
		Rio de Janeiro	5
Japeri	12	Japeri	8
		Queimados	1
		Rio de Janeiro	1
		Nova Iguaçu	2
Magé	57	Magé	48
		Duque de Caxias	4
		Petrópolis	2
		Rio de Janeiro	3
Mesquita	20	Mesquita	12
		Duque de Caxias	1
		Nova Iguaçu	2
		Rio de Janeiro	5
Nilópolis	9	Rio de Janeiro	6
		Mesquita	2
		Duque de Caxias	1
Nova Iguaçu	107	Nova Iguaçu	85
		Rio de Janeiro	17
		Mesquita	2
		Duque de Caxias	2
		Queimados	1
Queimados	49	Queimados	44
		Nova Iguaçu	2
		Rio de Janeiro	3
Rio de Janeiro	2587	Rio de Janeiro	2577
		Angra dos Reis	1
		Carmo	1
		Duque de Caxias	1
		Magé	1
		Niterói	1
		Nova Friburgo	1
		Nova Iguaçu	2
		Volta Redonda	1
		Guapimirim	1
São João de Meriti	15	São João de Meriti	2
		Duque de Caxias	6
		Rio de Janeiro	6
		Nova Iguaçu	1
Seropédica	1	Rio de Janeiro	1

Tabela 12 D- Número de Notificações de Violência Autoprovocada segundo Município de Residência e Município de Notificação.Regiões Metropolitana II e Noroeste, 2018

Metropolitana II			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Itaboraí	61	Itaboraí	47
		Niterói	7
		São Gonçalo	4
		Tanguá	2
		Rio de Janeiro	1
Maricá	8	Maricá	6
		Niterói	2
Niterói	174	Niterói	167
		Rio de Janeiro	1
		São Gonçalo	6
Rio Bonito	8	Rio Bonito	7
		Niterói	1
São Gonçalo	162	São Gonçalo	107
		Itaboraí	1
		Niterói	52
		Rio de Janeiro	2
Silva Jardim	4	Silva Jardim	2
		Niterói	2
Tanguá	8	Tanguá	6
		Niterói	2
Noroeste			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Bom Jesus do Itabapoana	4	Bom Jesus do Itabapoana	4
Cambuci	1	Itaperuna	1
Cardoso Moreira	1	Campos dos Goytacazes	1
Italva	1	Italva	1
Natividade	2	Natividade	1
		Itaperuna	1
Santo Antônio de Pádua	2	Santo Antônio de Pádua	2

Tabela 12 E- Número de Notificações de Violência Autoprovocada segundo Município de Residência e Município de Notificação.Região Serrana, 2018

Serrana			
Município de Residência	**N. Notificações**	**Município Notificador**	**N. Notificações**
Bom Jardim	1	Nova Friburgo	1
		Cachoeiras de Macacu	3
		Guapimirim	1
Cachoeiras de Macacu	5	Nova Friburgo	1
Cordeiro	1	Cordeiro	1
		Guapimirim	39
		Duque de Caxias	1
Guapimirim	43	Magé	3
Nova Friburgo	195	Nova Friburgo	195
Petrópolis	101	Petrópolis	101
São José do Vale do Rio Preto	5	São José do Vale do Rio Preto	5
Sumidouro	2	Nova Friburgo	2
		Guapimirim	2
		Nova Friburgo	1
		Rio de Janeiro	1
Teresópolis	5	São Gonçalo	1

Fontes das tabelas 12 A,B,C,D,E: SinanNet(base atualizada em 9 de julho de 2019)

Tentativas de Suicídio nas Notificações de Intoxicação Exógena -SINAN 2014-2018

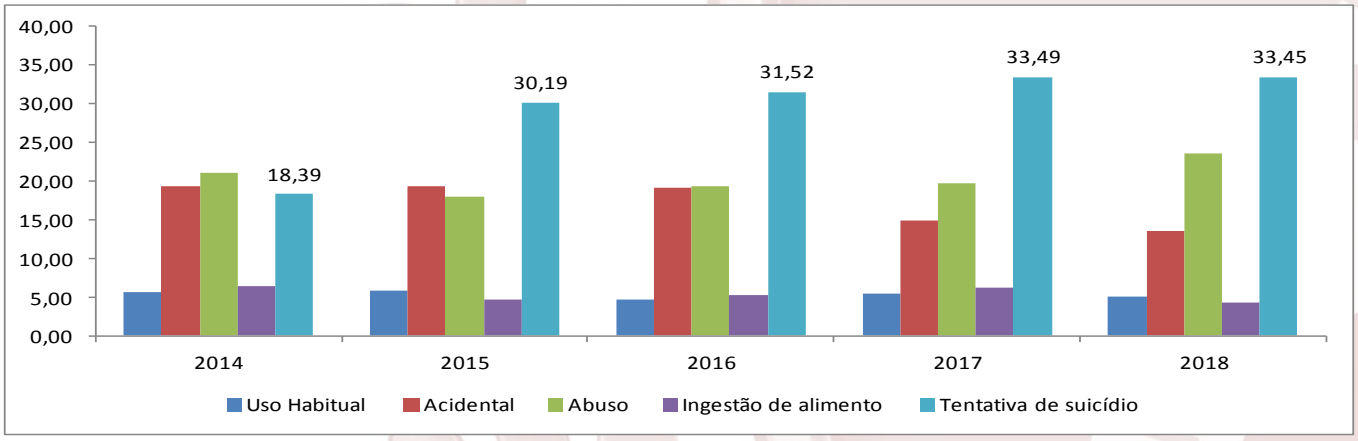
Em 2018 foram notificados no SINAN 7258 casos de intoxicação exógena no estado do Rio de Janeiro. Deste total, 2.28 foram tentativas de suicídio, o que correspondeu a pouco mais de 33% do total (tabela 13). Dentre as causas de intoxicação exógena com números mais expressivos, as tentativas de suicídio são as que apresentam maior prevalência (gráfico 10). De 2014 para 2015 o percentual de notificações de tentativas de suicídio nas intoxicações exógenas aumentou em 64%. Desde então, esse índice vem se mantendo acima de 30%, com crescimento nos números absolutos dessas ocorrências. (Tabela 13). As regiões têm variado os percentuais de tentativas de suicídio nas notificações de intoxicação exógenas, com exceção da região Serrana, que tem apresentado índices mais estáveis (entre 42% e 37%). Os percentuais mais altos no último ano foram encontrados nas regiões Centro Sul e Noroeste (59,52% e 47,13%, respectivamente).

Tabela 13 - Percentuais de Tentativas de Suicídio entre as Intoxicações Exógenas por Ano/Regiões de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018

	2014			2015			2016			2017			2018		
Região de Saúde	N int ex	N tent suic	%	N int ex	N tent suic	%	N int ex	N tent suic	%	N int ex	N tent suic	%	N int ex	N tent suic	%
Baia da Ilha Grande	548	16	2,92	199	12	6,03	348	9	2,59	119	1	0,84	210	5	2,38
Baixada Litorânea	182	29	15,93	191	21	10,99	100	20	20,00	114	31	27,19	139	37	26,62
Centro-Sul	11	10	90,91	13	1	7,69	3	0	0,00	39	9	23,08	42	25	59,52
Médio Paraíba	236	46	19,49	232	63	27,16	246	32	13,01	474	102	21,52	687	159	23,14
Metropolitana I	1243	241	19,39	1664	586	35,22	2402	867	36,09	3935	1311	33,32	4376	1606	36,70
Metropolitana II	91	23	25,27	64	24	37,50	137	73	53,28	208	114	54,81	672	169	25,15
Noroeste	67	11	16,42	78	10	12,82	50	14	28,00	70	36	51,43	87	41	47,13
Norte	321	88	27,41	249	53	21,29	149	36	24,16	232	83	35,78	294	106	36,05
Serrana	174	73	41,95	276	124	44,93	232	104	44,83	398	184	46,23	749	277	36,98
ERJ	**2874**	**529**	**18,41**	**2967**	**896**	**30,20**	**3669**	**1157**	**31,53**	**5592**	**1873**	**33,49**	**7258**	**2428**	**33,45**

Fonte.:SinanNet(base atualizada em 2 de julho de 2019)

Gráfico 10- Percentuais de Notificações de Intoxicações Exógenas por Contaminação. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018



Fonte: SinanNet(base atualizada em 2 de julho de 2019)

Quanto ao agente tóxico, os medicamentos e raticidas são os mais utilizados por aqueles que tentaram suicídio dentre as intoxicações exógenas, com percentuais entre 55% e 75% e entre 26% e 12%, respectivamente (tabela 14).

Enquanto que o uso de raticidas diminuiu mais de 50% no período, o uso medicamentos para as tentativas de suicídio cresceu em 37%. A maior parte desses casos evolui para cura sem sequelas (percentuais entre 63% e 53%). Os óbitos devidos a essas tentativas de suicídio somam percentuais entre 3 % e 1%, havendo queda acima de 65% no período.

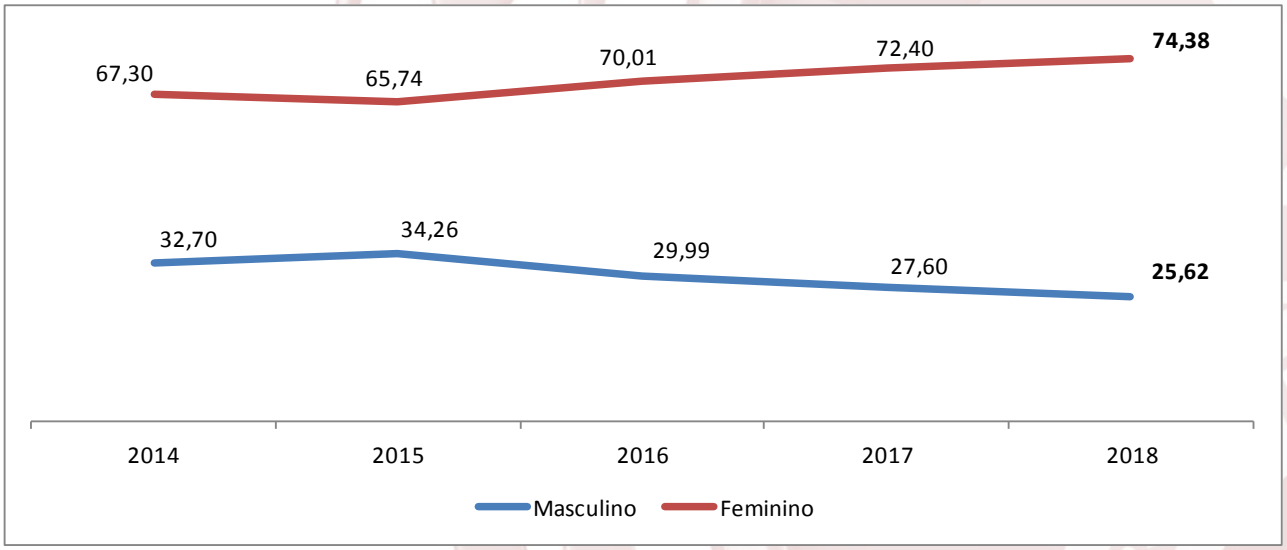
Tabela 14- Percentuais de Tentativas de Suicídio por Intoxicação Exógena segundo Agente Tóxico e Evolução.Estado do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro, 2014-2018

Agente Tóxico	2014	2015	2016	2017	2018
Ign/Branco	6,46	6,67	6,48	7,46	7,06
Medicamento	54,99	59,06	64,72	70,72	75,26
Agrotóxico (agric, domic saúde públ)	9,20	6,08	2,70	2,65	2,27
Raticida	26,03	24,68	21,69	16,02	12,11
Prod. uso domiciliar	0,98	2,22	2,79	1,66	1,84
Evolução					
Ign/Branco	29,49	32,70	35,70	43,78	43,00
Cura sem sequela	63,33	60,04	58,43	52,38	53,91
Cura com sequela	1,13	1,23	1,73	0,80	1,07
Óbito por int. Exóg.	2,84	3,35	2,33	1,60	0,91
Óbito por outra causa	0,57	0,56	0,09	0,11	0,21
Perda de Seguimento	2,65	2,12	1,73	1,33	0,91

Fonte: SinanNet(base atualizada em 2 de julho de 2019)

As notificações de tentativas de suicídio por intoxicação exógena têm sido superiores no sexo feminino em relação às do sexo masculino na proporção de 3 para 1. O percentual no sexo feminino nos cinco anos analisados cresceu cerca de 10%, enquanto que diminuiu 22% no sexo masculino (gráfico 11).

Gráfico 11- Prevalência de Tentativas de Suicídio por Intoxicações Exógenas segundo Sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2014 -2018



Fonte: SinanNet (base atualizada em 2 de julho de 2019)

De acordo com a tabela 15, as proporções mais altas de tentativas de suicídio por intoxicação exógena têm se concentrado na faixa etária dos 20 a 39 anos, de forma crescente, com percentuais que atingiram 50% no último

ano. Em seguida, os maiores percentuais estão na faixa dos 40 a 59 anos, com percentuais acima de 20%. Tem sido observado aumento de percentuais nas faixas de 15 a 19 e de 10 a 14. Embora a menor prevalência esteja nos idosos e na faixa de 10 a 14 anos, há queda progressiva nos percentuais dos mais velhos (queda de mais de 50%) e aumento nos mais novos (crescimento de quase 80%).

Quanto à raça/cor, os percentuais das tentativas de suicídios são mais altos em brancos e pardos. No entanto, enquanto que nos brancos os percentuais apresentam certa estabilidade, nos pardos têm crescido nos cinco anos. Se considerarmos a população negra (somatório de pretos e pardos), os percentuais superam os brancos e aumentaram em 9% em cinco anos.

Em relação à situação empregatícia, percentuais mais altos de tentativas de suicídio é observado tanto na população de empregados formais, quanto na de desempregados, ambas as situações com queda acima de 30%. É bastante expressivo, entretanto, o percentual de ignorado/em branco nesta informação, tendo ultrapassado 70%.

Tabela 15- Percentuais de Tentativas de Suicídio por Intoxicação Exógena segundo Características Sociodemográficas. Estado do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro, 2014-2018

Fx Etária	2014	2015	2016	2017	2018
10 a 14 anos	3,23	4,38	3,58	5,01	5,73
15 a 19 anos	17,68	14,49	15,27	17,25	18,88
20 a 39 anos	46,77	49,66	49,30	48,84	50,21
40 a 59 anos	23,76	25,84	26,79	24,53	21,08
60 anos e acima	8,56	5,62	5,06	4,37	4,11
Raça/cor					
Ign/Branco	26,09	29,02	30,42	28,46	24,05
Branca	34,97	31,70	30,94	31,55	33,24
Preta	9,64	9,49	8,30	8,22	8,32
Amarela	0,57	0,11	0,35	2,35	0,70
Parda	28,73	29,69	29,82	29,36	33,61
Indigena	0,00	0,00	0,17	0,05	0,08
Sit. Merc. Trab.					
Ign/Branco	61,63	73,55	73,98	73,57	71,99
Empregados	10,78	6,58	5,96	6,30	6,88
Autônomo	3,40	3,46	3,20	2,83	2,84
Serv. Público	0,76	0,67	0,69	0,69	0,82
Aposentado	3,97	2,79	2,25	2,19	1,40
Desempregados	9,64	6,14	7,09	7,79	6,67
Cooperat, avulsos,temp	3,78	1,79	1,82	1,07	1,89
Outros	5,67	5,02	4,84	5,50	7,41

Fonte: SinanNet(base atualizada em 2 de julho de 2019)

Considerações

A despeito das taxas de mortalidade por suicídio no Rio de Janeiro ser baixas em comparação aos outros estados do país, observou-se que, em 10 anos, a mortalidade por este agravo aumentou 81% e de forma gradual. No estado como um todo, em 10 anos, verificou-se também crescimento gradual no número de notificações no SINAN, tanto de violência autoprovocada, como de tentativas de suicídio nas notificações de intoxicações exógena (acima de 4000% e 436%, respectivamente). No Rio de Janeiro a taxa estadual de notificação de violência autoprovocada aumentou de 7,57 por 100 mil em 2014 para 27,17 em 2018. Da mesma forma, a proporção de municípios que notificaram violência autoprovocada aumentou ao longo dos últimos cinco anos. É preciso considerar que o aumento nas notificações na Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada de 2009 a 2013 está relacionado à fase de implantação desta notificação nos municípios e, posteriormente, pode estar ligado ao fato dessas notificações terem se tornado de caráter compulsório em 2011 e imediatas em 2014, ou seja, notificadas em 24hs. O aumento das notificações de tentativas de suicídio na ficha de notificação de intoxicação exógena pode também estar associado à utilização do envenenamento com método para violência autoprovocada. A melhoria na captação do agravo e elevação dos números de notificações ocorridos entre 2014 e 2018 pode ser um reflexo da consolidação da ficha de notificação associado a ações como capacitação profissional, incremento das campanhas, material informativo e eventos com propósito de aumentar a consciência em relação à gravidade e importância do comportamento suicida, dirigidos a profissional de saúde e população. Aos poucos, tem se discutido mais a respeito do tema e é possível que haja uma busca maior por serviços de saúde pela população, bem como um maior número de profissionais de saúde mais atentos e aptos a notificar, além do fato de um possível aumento no número de vítimas.

No entanto, ao observarmos as regiões e municípios, o cenário encontrado mostra realidades distintas, o que se pode verificar pelas oscilações nas taxas, tanto nos registros de óbitos quanto nas notificações no SINAN. Isto aponta para a necessidade de ações locais para atender necessidades específicas. Entre 2014 e 2018, por exemplo, a região Centro-Sul foi a que apresentou a menor proporção no número de notificações de violência autoprovocada (55 notificações em cinco anos) e a segunda menor de tentativa de suicídio por intoxicação exógena (45 notificações em cinco anos), embora o número tenha aumentado nos dois últimos anos. Em cinco anos esta região apresentou o maior percentual médio de municípios não notificantes de violência autoprovocada no SINAN (acima de 70%). Em seguida, a maior média de municípios não notificantes deste agravo é a região Serrana (acima de 60%), que tem apresentado as taxas de mortalidade por suicídio mais alto em três anos consecutivos (acima de 5 por 100 mil habitantes). Verificou-se que as maiores taxas médias de notificação em cinco anos concentraram nas regiões da Baía da Ilha Grande, Serrana e Norte. Cabe ressaltar que as taxas altas nessas regiões não significam, necessariamente, que há uma maior incidência de violências autoprovocadas. Deve-se considerar a possibilidade de maior oferta, ou melhor, organização/estruturação da rede de atendimento de saúde em determinados municípios dessas regiões, resultando em mais notificações realizadas e registradas no SINAN (Angra dos Reis na Baía da Ilha Grande, Nova Friburgo e Petrópolis na região Serrana e Macaé na Norte).

Ainda é possível encontrar no estado alguns municípios silenciosos nos cinco anos observados, no que se refere a este tipo de violência, como é o caso de Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Paraíba do Sul, Paty do Alferes , Sapucaia, Seropédica, Cambuci, Cardoso Moreira , Laje do Muriaé , São José de Ubá, Bom Jardim, Cantagalo, Macuco, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto e Trajano de Morais. Portanto, ainda é um desafio incentivar, sensibilizar e capacitar profissionais nestes municípios a estarem aptos na identificação e notificação de violência autoprovocada, pois muitos apresentam números de suicídios registrados no SIM.

Algumas informações têm revelado tendências constantes e de acordo dados da literatura, no período observado. O risco de suicídio por sexo tem sido, em média, três vezes superior no sexo masculino, com taxas de mortalidade superiores a 5 por 100 mil em homens e inferiores a 2 por 100 mil em mulheres. Pode-se perceber, o coeficiente de mortalidade nos homens, além de elevado, tem apresentado crescimento mais rápido que no sexo feminino. Na violência autoprovocada e nas tentativas de suicídio por intoxicação exógena a tendência se inverte, com percentuais que chegaram a 70% e 74% para mulheres em cada tipo de notificação, respectivamente.

Os suicídios têm apresentado taxas de mortalidade mais altas na faixa etária de 60 anos e mais, seja na população geral e tanto em homens quanto em mulheres. Merece destaque a faixa dos 20 a 39 anos que cresceu 24% nos últimos dois anos e atingiu, em 2018, patamar tão alto quanto o dos idosos. Embora com coeficientes de mortalidade baixos, faixa etária dos 10 a 14 anos merece olhar atento, já que em cinco anos a taxa de mortalidade apresentou um aumento próximo a 100%. Nesta faixa etária a diferença entre os sexos é menor e no último ano a taxa de mortalidade feminina superou a masculina. Nas notificações de violência autoprovocada como nas de tentativas de suicídio por intoxicação exógena, as proporções predominaram na faixa etária entre 20 a 39 anos. As mulheres configuram-se como as principais vítimas em todos os ciclos de vida, ao contrário dos suicídios, destacando- se que, a partir de 2016, a proporção de violência autoprovocada no sexo feminino mais que duplica, em relação ao sexo masculino.

Dados como raça/cor, local de ocorrência, situação conjugal e escolaridade são semelhantes, em cinco anos, tanto nos registros de suicídio quanto nas duas notificações do SINAN (violência autoprovocada e tentativa de suicídio por intoxicação exógena). O predomínio tem sido em pessoas solteiras, de raça/cor branca, de escolaridade média (pouco acima de oito anos de estudo) e nos domicílios. Em relação aos suicídios, o quesito raça/cor tem permanecido mais elevado e estável (acima de 50%) entre os brancos. Quanto às duas notificações do SINAN, tem se percebido nos últimos anos que percentuais de negros (pretos e pardos) têm ultrapassado percentuais de brancos. Quanto à escolaridade, percebeu-se nos suicídios um aumento nos percentuais nos últimos três anos, para mais tempo de estudo (anos 8 a 11 anos). A escolaridade pode estar associada às ocupações com maiores percentuais de suicídio, que são as de profissionais de produção de bens e serviços industriais e de comércio.

O enforcamento é o meio mais utilizado para o suicídio, estando acima de 50% nos homens e acima de 30% nas mulheres. Os percentuais são altos em ambos os sexos de um meio que é bastante letal e que apresenta dificuldades de restrição a acesso, sendo apenas mais facilmente controlável em instituições fechadas, como hospitais e presídios. Em relação a notificações de violência autoprovocada, nota-se que os meios mais utilizados foram o envenenamento seguido do uso de objetos perfurocortantes. Quanto às notificações de tentativas de suicídio nas

intoxicações exógenas, destaca-se o aumento do uso de medicamentos e queda no uso de raticidas e de agrotóxicos, que tem baixos percentuais.

Quanto a informações pertinentes às notificações de violência autoprovocada, a proporção de vítimas que repetiram o ato apresentou valor expressivo sem muitas alterações nos cinco anos verificados (superior a 30%). Sendo assim, podemos inferir a necessidade de fortalecimento de ações direcionadas à prevenção deste agravo. Outro dado de destaque foi a presença de transtornos e deficiências, sobretudo relacionados à saúde mental, que aparecem com mais frequência nos casos notificados.

Nos quesitos orientação sexual e identidade de gênero, apesar dos altos percentuais de ignorado/em branco, foi possível verificar que a maioria das vítimas se declarou como heterossexuais e se identificaram com sexo biológico.

Sobre a motivação, pode-se afirmar que as opções pré-definidas na ficha não refletem a realidade das vítimas de violência autoprovocada. Isto se faz notar no alto percentual de ignorado/em branco, que tem diminuído à medida que aumenta o percentual da opção “outros”. Em relação aos encaminhamentos, predominantemente as vitimas de lesão autoprovocadas são encaminhadas para acompanhamento na rede de saúde.

O preenchimento da ficha de notificação de violências é considerado essencial à análise epidemiológica. Porém, nos dados analisados neste boletim, observam-se elevadas proporções (acima de 30%) de notificações com preenchimento das variáveis em branco/ignorado principalmente nos campos orientação sexual, identidade de gênero, motivação, escolaridade, raça/cor, presença de transtorno/deficiência, reincidência, situação conjugal. Neste sentido pode-se dizer que o preenchimento adequado da ficha de notificação para lesão autoprovocada ainda é um desafio a ser vencido. A qualidade do preenchimento se faz importante, pois permite realizar um diagnostico mais fidedigno visando subsidiar medidas de prevenção e monitoramento dessa violência e realizar políticas de enfrentamento.

Realizar a análise epidemiológica da violência autoprovocada é uma tarefa complexa, pois se tratam de atos que por vários motivos podem ser repetidos pela vítima e chegarem ao óbito, se não tiverem o devido cuidado e manejo. Além da necessidade de monitoramento dos casos de violência autoprovocada, trabalhar com a intersetorialidade das ações e a formação de redes para atendimento é indispensável para a condução de ações de promoção da saúde e prevenção do agravo.

Referências bibliográficas

Botega, N. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, *25*(3), 231-236. https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004; Fonseca,Abelha,Lovisi,Legay(2010), Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro- Cad. Saúde Colet., 2010, Rio de Janeiro, 18 (2): 217-284

MS, 2005- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. In Minayo, Maria Cecília de. **Suicídio**: **violência autoinfligida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p

MS, 2017-1- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v 48, n 30. 2017. Disponível em < http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>. Acesso em 12 de setembro 2019.

MS,2017-2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.Acesso em 12 de setembro de 2019.

MS, 2018-1 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. **Perfl epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018**. Brasília, v 50, n 24. 2019. Disponível em https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf- acesso 3 de outubro de 2019.

MS, 2018-2. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

MS, 2016- 1. Ministério da Saúde. 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**. 2. ed. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_ notificacao_violencia_domestica.pdf>. Acesso em: 30 de setembro de 2019.

MS, 2016- 2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf>. Acesso em 4 de agosto de 2019.

Portaria de Consolidação MS-GM no. 4/2017

Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 18, 26 jan. 2011.

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. 2014. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 12 de setembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. 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. 2014. Disponível<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>.Acessoem: 12 de setembro de 2019.

World Health Organization.**Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: World Health Organization. 2014.

WHO-2018-1.**Global health estimates**. Geneva: World Health Organization.2018. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, acessadoemoutubro de 2019).

WHO-2018-2.**National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo, acessado em setembro de 2019)

Para mais informações contate a Área Técnica responsável.

Equipe Técnica de Notificação e Prevenção de Violência:

Rua México, 128 Sala 412 – Castelo – Rio de Janeiro/RJ.
Tel.: (21) 2333-3879 / 2333-3853
Autoras: **Claudia Rodrigues Aguiar e Michelle de O. Guimarães Carvalho**

Revisão: Eralda Ferreira da Silva

E-mail: rj.dantps@gmail.com