

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

# **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 001/2018**

Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Área Técnica de Notificação e Prevenção de Violência

## **LESÕES AUTOPROVOCADAS E SUICÍDIOS**

**ABRIL/2018**

**JANEIRO- DEZEMBRO 2017**

## **Introdução**

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, então, como foco introduzir este importante tema nas agendas de políticas públicas em escala global a fim de construir e aumentar a consciência do suicídio como um tema de política pública.

De acordo com a OMS (2014), 804 mil mortes por suicídio ocorreram em 2012 em todo o mundo, o que representa uma taxa mundial padronizada por idade de 11,4 suicídios para cada 100.000 habitantes. Há, porém, grande possibilidade de que este número seja subestimado, devido a diferenças quanto à qualidade do registro de tais ocorrências por razões peculiares a cada país. 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 homens 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. Considera-se que uma tentativa de suicídio anterior é 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 necessária para ações de prevenção (WHO, 2014).

O perfil epidemiológico dos suicídios e tentativas realizado pelo Ministério da Saúde em 2017<sup>1</sup> apontou que, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes. Segundo este estudo, no ano de 2015, a taxa de mortalidade por suicídio no estado do Rio de Janeiro variou de 5,2 a 7,3 por 100 mil habitantes, no sexo masculino, e 1,2 a 2,0 no sexo feminino. Com base nos dados do boletim, o Ministério da Saúde lançou uma agenda estratégica a fim de estar em consonância com a meta da Organização Mundial da Saúde de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020. As ações são em diversos âmbitos e vão de capacitação de profissionais e orientação à população, além da expansão da rede de assistência em saúde mental, monitoramento de risco e criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

Desde o ano de 2011 as violências interpessoais e autoprovocadas integram a lista de doenças e agravos de notificação compulsória<sup>2</sup> 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, através da Portaria MS nº 1.271/2014, revogada pela Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016<sup>3</sup> sem alteração destes itens, 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 do cuidado para a pessoa também deve ser imediato, devendo ela receber os acompanhamentos de emergência necessários,

<sup>1</sup> Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde -Ministério da Saúde, 2017.

<sup>2</sup> Portaria 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.

<sup>3</sup> Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências (inclui Violência Sexual e Tentativa de Suicídio na lista de notificação imediata (em até 24 horas pelo município)); Portaria No - 204, DE 17 de fevereiro de 2016, que 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.

bem como acompanhamento psicossocial na Rede de Atenção à Saúde. A notificação tem por objetivo vincular as vítimas aos serviços de saúde, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.

A despeito da já conhecida subnotificação da violência autoprovocada e do estigma que este agravo ainda carrega no âmbito dos serviços de saúde e sociedade como um todo, a existência de uma base nacional de dados com as informações vem permitindo que se conheça o perfil das vítimas atendidas no setor de saúde, regional e nacionalmente. Apesar da importância de tais perfis em relação ao estudo de fatores de risco e de proteção para o estudo e implementação de políticas públicas, deve-se atentar sempre para a complexidade do tema lesão autoprovocada, tentativa de suicídio e suicídio. As especificidades de cada caso e seu conjunto único de relações são fundamentais para intervenção e para a eficácia medidas de proteção.

O Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde da OMS (2002) inclui nas Violências Autoprovocadas as tentativas de suicídio, suicídio, autoflagelação, autopunição, automutilação. 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”. É grande a complexidade e variedade de abordagens da automutilação, mas importa destacar que o sofrimento mental pode estar por trás dessa prática, e, assim, o risco à vida.

Segundo a OMS, em seu relatório de 2014, o 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 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. A inclusão das lesões autoprovocadas sem intenção de morte na definição de “tentativas de suicídio” pode levantar, como chama atenção o relatório, alguns problemas pela complexidade e variabilidade de intervenções. No entanto, a intenção de suicídio pode ser difícil de avaliar e pode estar impregnada de ambivalência e encobrimento. De qualquer forma, casos de morte resultantes de lesões autoprovocadas com ou sem a clara intenção suicida prévia podem acontecer e não são simples de avaliar.

O MS (2016) adota a classificação dos tipos de violência feita pela com OMS, 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<sup>4</sup>, há a importante ressalva de que requer ações de atenção integral em saúde.

Este é um estudo descritivo do perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas, notificadas no estado do Rio de Janeiro em 2017. As informações foram extraídas a partir das fichas de notificação individual do VIVA/ SINAN (Componente I – Vigilância contínua) de violência interpessoal/ autoprovocada em serviços de saúde, inseridas no SINAN até 1 de agosto de 2018. Os dados foram tabulados com a ferramenta Tab. para Win32 e planilhas do Excel 2010. Foi incluída análise descritiva das características sociodemográficas dos casos de lesões autoprovocadas (raça/cor, escolaridade, faixa etária, idade, presença de deficiência/transtorno, estado civil) e das características da ocorrência (local de ocorrência, violência de repetição, meio utilizado, suspeita de uso de álcool, motivação, encaminhamentos), dados complementares (orientação sexual e identidade de gênero), segundo o sexo dos indivíduos.

Foram também analisados dados referentes aos óbitos por suicídio<sup>5</sup> registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2016, no estado do Rio de Janeiro. Os óbitos foram codificados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10).

<sup>4</sup> VIVA- Vigilância de Violências e Acidentes

<sup>5</sup> Considerado para este boletim óbitos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), cujas causas básicas foram classificadas como lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84).

As variáveis dos suicídios observadas foram raça/cor, estado civil, faixa etária, escolaridade e local de ocorrência, segundo o sexo dos indivíduos.

### **Dados Gerais**

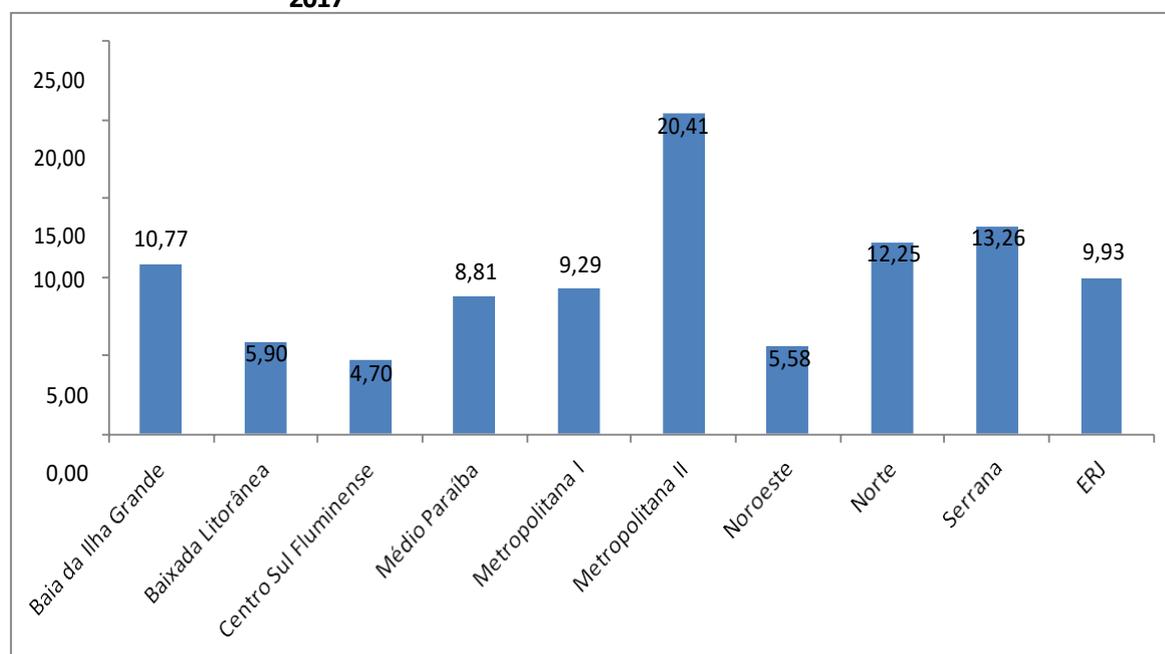
De acordo com a tabela 1 e gráfico 1, no ano de 2017 foram registradas no SINAN 35.849 notificações de violência interpessoal/autoprovocada em todo o estado do Rio de Janeiro. Deste total, 3.559 são referentes a casos de violência autoprovocada, o que corresponde a um pouco mais de 9,93% do total das notificações de violência registradas no SINAN neste período. A região Metropolitana II apresentou o maior percentual de violência autoprovocada em comparação ao total de notificações de violências no SINAN (20,41%), ou seja, de 1499 notificações que esta região registrou no SINAN em 2017, 306 eram de lesão autoprovocada. A região Centro-Sul apresentou menor percentual de notificação deste agravo em relação às outras notificações de violência nesta região (4,70%).

**Tabela 1- Proporção de notificação de Violência Autoprovocada em relação ao Total de Notificações de Violência por Região de Saúde. Estado do Estado de Janeiro, 2017**

Região	N notific violência	N viol. Autoprovoc	% viol autoprov
Baia da Ilha Grande	771	83	10,77
Baixada Litorânea	1644	97	5,90
Centro Sul Fluminense	404	19	4,70
Médio Paraíba	1782	157	8,81
Metropolitana I	24899	2314	9,29
Metropolitana II	1499	306	20,41
Noroeste	430	24	5,58
Norte	2678	328	12,25
Serrana	1742	231	13,26
ERJ	35849	3559	9,93

Fonte: SinanNet (base atualizada em 01/08/2018)

**Gráfico 1- Proporção de notificação de Violência Autoprovocada em relação ao Total de Notificações de Violência por Região de Saúde. Estado do Estado de Janeiro, 2017**



Fonte: SinanNet (base atualizada em 01/08/2018)

Analisando apenas o total de violência autoprovocada, a tabela 2 mostra que a região Metropolitana I predomina com aproximadamente 65,02% das notificações do estado, seguida da região Norte, com 9,22%. As regiões Centro-Sul e Noroeste apresentaram os menores percentuais, ambas com apenas 0,53% e 0,67% do total, respectivamente.

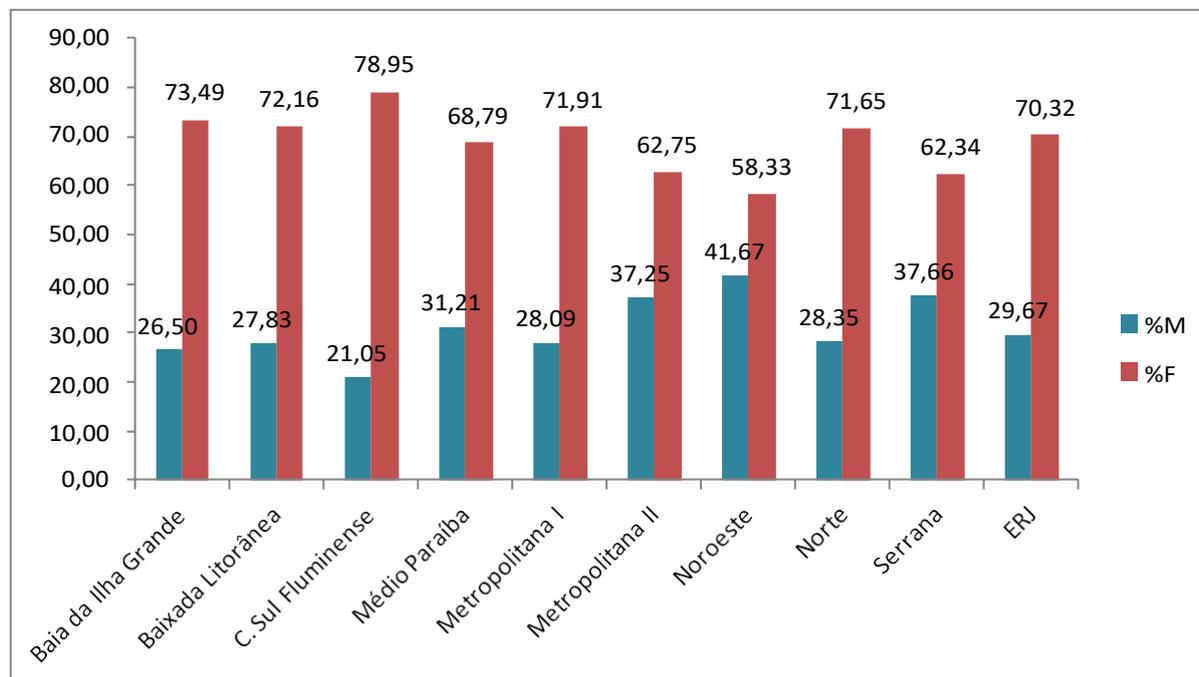
O gráfico 2 mostra que o sexo feminino predominou com 70,33% do total dos registros no estado do Rio de Janeiro, em relação ao sexo masculino, com 29,66%. Esta é uma tendência que mostrou poucas variações nas regiões do estado do Rio de Janeiro. A maior diferença entre percentuais de ambos os sexos foi observada na região Centro-Sul (78,95% para as mulheres e 21,05% para os homens), enquanto que a menor, na região Noroeste, (58,33% para as mulheres e 41,67% para os homens).

**Tabela 2-Número e Proporção de notificações de lesão autoprovocada, segundo sexo e região do ERJ- 2017**

Região RJ 2017	SEXO					
	M		F		Total	
	N	%	N	%	N	%
Baía da Ilha Grande	22	26,51	61	73,49	83	2,33
Baixada Litorânea	27	27,84	70	72,16	97	2,73
C. Sul Fluminense	4	21,05	15	78,95	19	0,53
Médio Paraíba	49	31,21	108	68,79	157	4,41
Metropolitana I	650	28,09	1664	71,91	2314	65,02
Metropolitana II	114	37,25	192	62,75	306	8,60
Noroeste	10	41,67	14	58,33	24	0,67
Norte	93	28,35	235	71,65	328	9,22
Serrana	87	37,66	144	62,34	231	6,49
<b>ERJ</b>	<b>1056</b>	<b>29,67</b>	<b>2503</b>	<b>70,33</b>	<b>3559</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SinanNet (base atualizada em 01/08/2018)

**Gráfico 2- Proporção de Notificação de Violência segundo Sexo, por Região de Saúde. Estado do Estado de Janeiro, 2017**



Fonte: SinanNet (base atualizada em 01/08/2018)

A proporção de municípios notificantes por regiões apresentou variação conforme mostra a tabela 3. Dos 92 municípios do Rio de Janeiro, 60 notificaram essas ocorrências no SINAN, ou seja, 65,22%. As regiões da Baía da Ilha Grande da baixada litorânea apresentaram maior percentual de municípios que notificaram ao menos uma ocorrência de lesão autoprovocada em 2017, com 100% dos seus municípios. A menor proporção foi observada na região Centro-Sul, com 27,27% dos seus municípios com notificações registradas.

**Tabela 3-Número e Proporção de municípios com registro de lesão autoprovocada no SINAN, ERJ- 2017**

Região ERJ	N Municípios/região		
	Total	Notif. Viol. autoprov	%
Baía da Ilha Grande	3	3	100,00
Baixada Litorânea	9	9	100,00
C. Sul Fluminense	11	3	27,27
Médio Paraíba	12	10	83,33
Metropolitana I	12	8	66,67
Metropolitana II	7	5	71,43
Noroeste	14	9	64,29
Norte	8	7	87,50
Serraana	16	6	37,50
<b>ERJ</b>	<b>92</b>	<b>60</b>	<b>65,22</b>

Fonte: SinanNet ( base atualizada em 01/08/2018)

No que tange à distribuição das notificações de ocorrências de lesão autoprovocada por município, de acordo com a tabela 4, é possível observar como as regiões se apresentam em relação à notificação deste agravo no ano de 2017 e, sobretudo, ressaltar aquelas que concentram mais municípios não notificantes no período estudado.

Na Baía da Ilha Grande todos os municípios notificaram e Angra dos Reis aparece com o maior número de casos notificados (71).

Na Baixada Litorânea, todos os municípios notificaram e Rio das Ostras foi o município que se destacou na região, apresentando 42 casos notificados de lesão autoprovocada.

A região Centro Sul Fluminense é composta por 11 municípios e, neste sentido, se faz necessário destacar que 8 municípios não apresentaram notificação de lesão autoprovocada correspondendo, a 27,27% da região, (Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes e Sapucaia). Outro dado a ser destacado nesta região se refere ao município de Vassouras que notificou 14 casos dos 19 apresentados pela região.

Os municípios de Barra do Piraí e Valença foram os que apresentaram maior número de casos notificados na região do Médio Paraíba, com 38 e 28 casos, respectivamente. Apesar de 83,33% dos municípios da região apresentaram notificação de lesão autoprovocada no SINAN, Rio das Flores e Itatiaia foram municípios que se apresentaram zerados nesta região.

A análise das notificações do agravo estudado mostrou que na região Metropolitana I o município do Rio de Janeiro se destacou com a maioria dos casos notificados (2004), seguidos de Duque de Caxias (171). Os dados desta região ainda mostraram que 4 municípios não apresentaram qualquer notificação (Itaguaí, Nilópolis, São João de Meriti e Seropédica).

Com 165 e 97 casos notificados, Niterói e São Gonçalo, respectivamente, foram os municípios da região Metropolitana II que apresentaram o maior número de notificações. Nesta região, os municípios de Tanguá e Silva Jardim não apresentaram notificações durante o ano de 2017.

Apesar do baixo índice de notificações na região Noroeste (24 casos), boa parte de seus municípios está notificando o agravo (9 municípios, correspondendo a 64,29%). Os municípios de Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Laje do Muriaé e São José de Ubá não notificaram em 2017.

Na região Norte verificou-se que há 328 casos notificados. Campos dos Goytacazes apareceu com a maioria dos casos notificados da região (206).

O município de Nova Friburgo, localizado na região Serrana, apresentou 167 dos 231 casos notificados desta região. Ainda sobre a região Serrana, foi possível verificar que 10 municípios não notificaram casos de lesão autoprovocada no ano em estudo: Bom jardim, Cachoeira de Macacu, Cantagalo, Duas Barras, Santa Maria Madalena, Macuco, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano Morais.

**Tabela 4- Número de Notificações de Violência Autoprovocada por Região/município/sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2017**

Região /Mun US Noti RJ 2017	SEXO			Região /Mun US Noti RJ 2017	SEXO		
	M	F	Total		M	F	Total
<b>Baia da Ilha Grande</b>	<b>22</b>	<b>61</b>	<b>83</b>	<b>Metropolitana II</b>	<b>114</b>	<b>192</b>	<b>306</b>
Angra dos Reis	17	54	71	Itaboraí	6	18	24
Mangaratiba	2	6	8	Maricá	1	12	13
Parati	3	1	4	Niterói	75	90	165
<b>Baixada Litorânea</b>	<b>27</b>	<b>70</b>	<b>97</b>	Rio Bonito	2	5	7
Araruama	0	1	1	São Gonçalo	30	67	97
Armação de Búzios	0	7	7	Silva Jardim	0	0	0
Arraial do Cabo	1	0	1	Tanguá	0	0	0
Cabo Frio	0	1	1	<b>Noroeste</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>24</b>
Casimiro de Abreu	11	14	25	Aperibé	1	0	1
Iguaba Grande	1	2	3	Bom Jesus do Itabapoana	1	1	2
Rio das Ostras	6	36	42	Cambuci	0	0	0
São Pedro da Aldeia	1	2	3	Cardoso Moreira	0	0	0
Saquarema	7	7	14	Italva	0	0	0
<b>Centro Sul Fluminense</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	Itaocara	3	3	6
Areal	1	3	4	Itaperuna	3	2	5
Comendador Levy Gasparian	0	0	0	Laje do Muriaé	0	0	0
Engenheiro Paulo de Frontin	0	0	0	Miracema	0	1	1
Mendes	0	0	0	Natividade	1	1	2
Miguel Pereira	0	0	0	Porciúncula	1	4	5
Paracambi	0	0	0	Santo Antônio de Pádua	0	1	1
Paraíba do Sul	0	0	0	São José de Ubá	0	0	0
Paty do Alferes	0	0	0	Varre-Sai	0	1	1
Sapucaia	0	0	0	<b>Norte</b>	<b>93</b>	<b>235</b>	<b>328</b>
Três Rios	0	1	1	Campos dos Goytacazes	63	143	206
Vassouras	3	11	14	Carapebus	2	7	9
<b>Médio Paraíba</b>	<b>49</b>	<b>108</b>	<b>157</b>	Conceição de Macabu	0	0	0
Barra do Pirai	13	25	38	Macaé	20	71	91
Barra Mansa	3	1	4	Quissamã	6	8	14
Itatiaia	0	0	0	São Fidélis	1	3	4
Pinheiral	7	16	23	São Francisco de Itabapoana	1	2	3
Pirai	4	5	9	São João da Barra	0	1	1
Porto Real	0	5	5	<b>Serrana</b>	<b>87</b>	<b>144</b>	<b>231</b>
Quatis	4	5	9	Bom Jardim	0	0	0
Resende	0	13	13	Cachoeiras de Macacu	0	0	0
Rio Claro	2	1	3	Cantagalo	0	0	0
Rio das Flores	0	0	0	Carmo	0	1	1
Valença	7	21	28	Cordeiro	1	0	1
Volta Redonda	9	16	25	Duas Barras	0	0	0
<b>Metropolitana I</b>	<b>650</b>	<b>1664</b>	<b>2314</b>	Guapimirim	3	17	20
Belford Roxo	0	6	6	Macuco	0	0	0
Duque de Caxias	45	126	171	Nova Friburgo	74	93	167
Itaguaí	0	0	0	Petrópolis	8	33	41
Japeri	2	18	20	Santa Maria Madalena	0	0	0
Magé	20	28	48	São José do Vale do Rio Preto	1	0	1
Mesquita	1	3	4	São Sebastião do Alto	0	0	0
Nilópolis	0	0	0	Sumidouro	0	0	0
Nova Iguaçu	19	38	57	Teresópolis	0	0	0
Queimados	1	3	4	Trajano de Moraes	0	0	0
Rio de Janeiro	562	1442	2004	<b>TOTAL ERJ</b>	<b>1056</b>	<b>2503</b>	<b>3559</b>
São João de Meriti	0	0	0				
Seropédica	0	0	0				

Fonte: SinanNet (base atualizada em 01/08/2018)

**Características sociodemográficas das notificações de violência autoprovocada, segundo sexo, no estado do Rio de Janeiro, 2017.**

Quanto às características sociodemográficas (tabela 5), a lesão autoprovocada predominou na faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos (25,65%), nos indivíduos que se declaram de raça/cor branca, (32,57%) e nos solteiros (38,77%). No que tange à escolaridade, tanto o ensino médio completo como ensino fundamental incompleto (5ª. a 8ª. Série) apresentaram percentual de 7,67 %. Estes foram os maiores percentuais neste quesito, que apresenta 65,33% de ignorado/em branco. A presença de deficiência / transtorno foi identificada em 22,56% dos casos, mas houve 43,02% de ignorados/em branco neste quesito.

Agrupando as faixas etárias por ciclos de vida, observa-se que as lesões autoprovocadas prevalecem em adultos (faixas etárias de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos), com 65,58% do total (68,66% dos homens e 64,28% das mulheres). O grupo etário de adolescente (10 a 14 anos e 15 a 19 anos) aparece em segundo lugar, com 27,54% (20,27% do sexo masculino e 30,60% do sexo feminino). O grupo etário de idosos (faixas etárias de 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e acima) obteve percentual de 4,80%, sendo 8,24% do sexo masculino e 3,36% do sexo feminino.

De acordo com a análise das notificações das lesões autoprovocadas no sexo feminino, observou-se que a ocorrência se concentrou mais na faixa etária entre 20 a 29 anos (25,21%). Em relação à raça/cor, 32,12% declararam-se brancas e 28,73% pardas. Acerca da escolaridade, o maior percentual de mulheres apresentou ensino fundamental incompleto (5ª a 8ª serie incompletas), com 8,59%, seguido ensino médio completo (8,27%). O percentual de escolaridade ignorada no sexo feminino foi de 63,44%. A lesão autoprovocada teve maior incidência entre as solteiras, com 39,79 % das mulheres. Neste quesito, a proporção de ignorados/em branco foi de 34,84% das mulheres. A presença de deficiência/ transtorno foi identificada em 22,85% das mulheres. Contudo, em 41,47% dos casos notificados em mulheres a presença de algum tipo de deficiência ou transtorno foi declarada como ignorada.

Entre os homens, observou-se que a ocorrência de lesão autoprovocada se concentrou mais na faixa etária entre 20 e 29 anos, com 26,70%, nos que se declararam da raça/cor branca (33,62%). Quanto à escolaridade, há que se destacar que 69,79% foram declarados como ignorados e 6,25% apresentavam ensino médio completo. A ocorrência se deu em 36,36% dos homens solteiros, porém também se destaca o elevado índice de percentual de casos notificados com situação conjugal ignorada (40,53%). Em 21,87 % dos casos foi identificada a presença de deficiência/transtorno e 46,68 % de ignorado/em branco em relação a este item.

**Tabela 5- Características sociodemográficas dos casos de lesão autoprovocada notificadas no Sinan, segundo sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2017**

Características sociodemográficas	SEXO				Total	
	M(N=1056)		F(N=2503)		N=3559	
	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>						
5 a 9 anos	7	0,66	17	0,68	24	0,67
10 a 14 anos	59	5,59	245	9,79	304	8,54
15 a 19 anos	155	14,68	521	20,82	676	18,99
20 a 29 anos	282	26,70	631	25,21	913	25,65
30 a 39 anos	190	17,99	456	18,22	646	18,15
40 a 49 anos	155	14,68	336	13,42	491	13,80
50 a 59 anos	98	9,28	186	7,43	284	7,98
60 e mais	87	8,24	84	3,36	171	4,80
<b>Raça/cor</b>						
Ign/Branco	301	28,50	694	27,73	995	27,96
Branca	355	33,62	804	32,12	1159	32,57
Preta	114	10,80	267	10,67	381	10,71
Amarela	2	0,19	16	0,64	18	0,51
Parda	282	26,70	719	28,73	1001	28,13
Indígena	2	0,19	3	0,12	5	0,14
<b>Escolaridade</b>						
Ign/Branco	737	69,79	1588	63,44	2325	65,33
Analfabeto	1	0,09	4	0,16	5	0,14
1ª a 4ª série inc. do EF	33	3,13	56	2,24	89	2,50
4ª série comp. do EF	14	1,33	38	1,52	52	1,46
5ª a 8ª série inc do EF	58	5,49	215	8,59	273	7,67
Ensino fund. completo	31	2,94	82	3,28	113	3,18
Ensino médio incomp.	48	4,55	194	7,75	242	6,80
Ensino médio completo	66	6,25	207	8,27	273	7,67
Educ. superior incom.	23	2,18	38	1,52	61	1,71
Educ. superior comp.	20	1,89	46	1,84	66	1,85
Não se aplica	25	2,37	35	1,40	60	1,69
<b>Situação Conjugal</b>						
Ignorado/Branco	428	40,53	872	34,84	1300	36,53
Solteiro	384	36,36	996	39,79	1380	38,77
Casado/União Consensual	138	13,07	397	15,86	535	15,03
Viúvo	5	0,47	22	0,88	27	0,76
Separado	43	4,07	101	4,04	144	4,05
Não se Aplica	58	5,49	115	4,59	173	4,86
<b>Defic/Transtorno</b>						
Ign/Branco	493	46,69	1038	41,47	1531	43,02
Sim	231	21,88	572	22,85	803	22,56
Não	332	31,44	893	35,68	1225	34,42

Fonte: SinanNet ( base atualizada em 01/08/2018)

**Tabela 6- Lesão autoprovocada segundo tipo de deficiência ou transtorno /sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2017.**

Tipode Deficiência/Transtorno	Sexo					
	M		F		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Def. Física	9	3,30	11	1,82	20	2,17
Def. Mental	31	11,36	49	8,2	80	8,67
Def. Visual	8	2,93	0	0	8	0,87
Def. Auditiva	6	2,20	3	0,55	11	1,19
Trans Mental	105	38,46	281	43,16	386	41,82
Trans Comport	83	30,40	222	32,79	305	33,04
Outra Deficiencia	31	11,36	82	13,48	113	12,24
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,00</b>	<b>648</b>	<b>100,00</b>	<b>923</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SinanNet (base atualizada em01/08/2018)

De acordo com a tabela 6, entre os tipos de deficiência/transtorno assinalados nas notificações, observou-se que houve maior percentual de transtorno mental (41,82%), seguido de transtorno de comportamento (33,04%) nos casos de violência autoprovocada. No que tange ao sexo, 43,16% de registros de transtornos mentais e 32,79% de transtornos de comportamento eram para o sexo feminino. No sexo masculino, transtornos mentais foram registrados em 38,46% e transtornos de comportamento em 30,40%<sup>6</sup>.

### **Características da ocorrência**

Conforme mostra a tabela 7, dos 3559 casos de violência autoprovocada 1188 afirmaram já ter ocorrido uma outra vez, o que corresponde a 33,38% do total. Desses registros, a reincidência foi mais elevada entre o total de mulheres (36,40%) do que entre o total dos homens (26,23%). Apesar do número de respostas positivas à reincidência, ressaltamos que este resultado pode ser ainda maior devido ao elevado percentual de ignorados/em branco (39,03%), sendo que este percentual foi mais elevado entre os homens (44,89%) do que em mulheres (36,56%).

Quanto ao método empregado para autolesão, os dados mostraram que o envenenamento é a opção que prevalece e sobressai entre os demais (49,41%). Este meio, que pode incluir desde a ingestão de pesticidas, medicamentos, substâncias abrasivas, etc., foi observado na maioria dos homens (45,27%) e das mulheres (51,13%). Em seguida, aparecem as lesões por objeto perfuro cortante (15,85%), em 14,90% dos homens e 16,25 % das mulheres. Os métodos com proporções maiores nos homens em relação às mulheres foram o enforcamento (3,56% dos homens e 2,57% das mulheres), a arma de fogo (1,13% dos homens e 0,19% das mulheres) e “outro método” (24,74% dos homens e 19,33% das mulheres).

A residência foi o local que concentrou maiores índices das ocorrências de lesão autoprovocada (67,23%), seguido da via pública (7,89%) e outros (2,46%). Observou-se que foi superior o percentual da residência entre as mulheres (71,32%) em comparação aos homens (57,51%). Os homens, no entanto, apresentaram maiores percentuais de

<sup>6</sup> De acordo com o Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Ministério da Saúde, 2016, “Transtorno mental compreende os quadros graves, a exemplo de: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do espectro do autismo, demência, como na doença de Alzheimer e demências de outras origens; inclui também dependência de álcool e outras drogas. A informação correspondente deve ser dada pelo responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.

Transtorno de comportamento: compreende, entre outros, os distúrbios emocionais (como pânico), de conduta (como déficit de atenção, micção ou emissão fecal repetida, involuntária), funcionamento social (como mutismo seletivo, redução das interações sociais, hiperatividade etc.)”. Ainda de acordo com o instrutivo, “a dependência de álcool e outras drogas é considerada, nesses casos, como transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substância psicoativa”.

ocorrência na via pública (12,33%) em relação às mulheres (6,01%), o mesmo acontecendo com o local “outros” (3,37% e 2,07%, respectivamente).

A suspeita de uso de álcool foi positiva para 12,98% do total, sendo 17,33% dos homens e 11,25% das mulheres. O percentual de ignorado /em branco para este item foi de 45,57% do total, não apresentando diferença significativa em homens e mulheres.

No que se refere à motivação que poderia ter levado à prática da autolesão, verificou-se a que dentre as opções disponíveis na ficha, em ambos os sexos o item “ignorada” aparece com maior destaque (56,14%), sendo 57,90% dos homens e 55,40% das mulheres. Em seguida, ressaltaram-se motivos não especificados (22,26%), em 21,97% dos homens e 22,38% das mulheres. Contudo, foi possível observar que, mesmo com a pequena porcentagem de 3,69%, fatores relacionados ao conflito geracional podem ser interpretados como motivação especificada de maior destaque (2,89% dos homens e 4,02% das mulheres).

Tabela 7 -Características das ocorrências de lesão autoprovocada notificadas no Sinan, segundo sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2017

Características da ocorrência	SEXO				Total	
	M(N=1056)		F(N=2503)		N=3559	
	N	%	N	%	N	%
<b>Método</b>						
Envenenamento	483	45,27	1312	51,13	1795	49,41
Obj pérfuro cortante	159	14,90	417	16,25	576	15,85
Forç corp/ Espanc	72	6,75	184	7,17	256	7,05
Enforcamento	38	3,56	66	2,57	104	2,86
Subst/ obj quente	14	1,31	50	1,95	64	1,76
Obj contundente	23	2,16	36	1,40	59	1,62
Arma de fogo	14	1,31	5	0,19	19	0,52
Outro	264	24,74	496	19,33	760	20,92
<b>Local de Ocorrência</b>						
Ign/Branco	240	23,12	442	17,95	682	19,49
Residencia	597	57,51	1756	71,32	2353	67,23
Habitação Coletiva	7	0,67	6	0,24	13	0,37
Escola	12	1,16	34	1,38	46	1,31
Local de pratica esportiva	2	0,19	4	0,16	6	0,17
Bar ou Similar	10	0,96	5	0,20	15	0,43
Via pública	128	12,33	148	6,01	276	7,89
Comércio/Serviços	7	0,67	16	0,65	23	0,66
Indústrias/construção	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Outros	35	3,37	51	2,07	86	2,46
<b>Motivação</b>						
Ign/Branco	601	57,90	1364	55,40	1965	56,14
Sexismo	4	0,39	30	1,22	34	0,97
Homofobia/Lesbofobia/Transfobia	3	0,29	8	0,32	11	0,31
Racismo	0	0,00	1	0,04	1	0,03
Intolerância religiosa	0	0,00	1	0,04	1	0,03
Xenofobia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Conflito geracional	30	2,89	99	4,02	129	3,69
Situação de rua	12	1,16	3	0,12	15	0,43
Deficiência	9	0,87	22	0,89	31	0,89
Outros	228	21,97	551	22,38	779	22,26
Não se aplica	151	14,55	383	15,56	534	15,26
<b>Reincidência</b>						
Ign/Branco	474	44,89	915	36,56	1389	39,03
Sim	277	26,23	911	36,40	1188	33,38
Não	305	28,88	677	27,05	982	27,59
<b>Susp. uso alcool</b>						
Ign/Branco	491	46,50	1131	45,19	1622	45,57
Sim	183	17,33	279	11,15	462	12,98
Não	382	36,17	1093	43,67	1475	41,44

Fonte: SinanNet ( base atualizada em 01/08/2018)

**Tabela 8 -Violência autoprovocada segundo Identidade de Gênero e Orientação Sexual/Sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2017**

Dados complementares	SEXO				Total	
	M(N=1056)		F(N=2503)		N=3559	
	N	%	N	%	N	%
<b>Orientação Sexual</b>						
Ign/Branco	662	62,69	1392	55,61	2054	57,71
Heterossexual	259	24,53	859	34,32	1118	31,41
Homossexual (gay/lésbica)	35	3,31	36	1,44	71	1,99
Bissexual	2	0,19	7	0,28	9	0,25
Não se aplica	98	9,28	209	8,35	307	8,63
<b>Identidade gênero</b>						
Ign/Branco	701	66,38	1473	58,85	2174	61,08
Travesti	7	0,66	0	0,00	7	0,20
Transexual Mulher	5	0,47	8	0,32	13	0,37
Transexual Homem	2	0,19	3	0,12	5	0,14
Não se aplica	341	32,29	1019	40,71	1360	38,21

Fonte: SinanNet (base atualizada em 01/08/2018)

Em relação aos quesitos de orientação sexual e identidade de gênero, os percentuais de ignorado/em branco foram bastante elevados, com 57,71% e 61,08%, respectivamente. Quanto à orientação sexual, 31,41% se declararam heterossexuais, sendo 34,32% entre as mulheres e 24,53% entre os homens. Homossexuais e bissexuais somaram 2,24%, sendo 3,31% dos homens e 1,72% das mulheres.

Sobre identidade de gênero, travestis foram 0,2% do total, sendo todos do sexo masculino (neste caso, 0,66% dos homens). Um percentual de 0,37% foi de transexual mulher, enquanto que 0,14% foi de transexual homem.

Quanto aos encaminhamentos realizados após o atendimento ao caso de lesão autoprovocada, os registros mais significativos ficaram similares para homens e mulheres, de acordo com tabela 9. Os maiores percentuais foram para a área da saúde, (60,78%), com 61,84% para homens e 60,33% para mulheres), Conselho Tutelar (7,53%), com 4,92% para o sexo masculino e 8,63% para o feminino, Assistência Social (5,54%), com 3,98% para homens e 5,54% para mulheres e outras delegacias (5,28%), com 6,63% para homens e 4,71% para mulheres. Ressaltamos o percentual ignorado/em branco acerca do encaminhamento feito (15,82%), com 21,40% para homens e 13,46% para mulheres, aproximadamente.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Importante destacar que itens do instrumento de notificação como tipo de deficiência/transtorno, método empregado para violência e encaminhamento realizado são de múltipla escolha, ou seja, é possível selecionar mais de uma opção.

**Tabela 9 -Notificações de Violência autoprovocada segundo encaminhamentos/sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2017**

Encaminhamentos	SEXO				Total	
	M		F		N	%
	N	%	N	%		
Rede de Saúde	653	61,84	1510	60,33	2163	60,78
Assistência social	42	3,98	155	6,19	197	5,54
Rede de educação	4	0,38	10	0,40	14	0,39
Rede de atendimento à mulher	0	0,00	59	2,36	59	1,66
Conselho Tutelar	52	4,92	216	8,63	268	7,53
Conselho do idoso	1	0,09	4	0,16	5	0,14
Delegacia de atendimento ao Idoso	0	0,00	1	0,04	1	0,03
Centro de ref. dos direitos humanos	0	0,00	4	0,16	4	0,11
Ministério Público	1	0,09	6	0,24	7	0,20
Deleg crian/adoles	3	0,28	11	0,44	14	0,39
Delegacia de atendimento á mulher	1	0,09	66	2,64	67	1,88
outras delegacias	70	6,63	118	4,71	188	5,28
justiça da infância e juventude	2	0,19	3	0,12	5	0,14
defensoria publica	1	0,09	3	0,12	4	0,11
Ing/em branco	226	21,40	337	13,46	563	15,82
<b>Total</b>	<b>1056</b>	<b>100,00</b>	<b>2503</b>	<b>100,00</b>	<b>3559</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SinanNet (base atualizada em 01/08/2018)

**Mortalidade**

De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE), no estado do Rio de Janeiro, em 2016, foi registrado um total de 12.810 óbitos por causas externas<sup>8</sup>. Deste total, 573 mortes foram por suicídio (lesão autoprovocada voluntariamente), o que representou 4,06% dos óbitos por essas causas externas, com uma taxa de mortalidade de 3,46 suicídios/100 mil habitantes no estado (Tabela 10).

**Tabela 10 - Óbitos por causas externas segundo Sexo, no Estado do Rio de Janeiro, 2016**

Óbitos por causas externas	SEXO				Total		
	M		F		N*	%	Tx /100mil hab
	N	%	N	%			
Acidentes de transporte	1836	16,62	441	14,66	2278	16,13	13,76
Outras causas externas de lesões acidentais	2468	22,34	1436	47,74	3906	27,65	23,60
Lesões autoprovocadas voluntariamente	435	3,94	138	4,59	573	4,06	3,46
Agressões	5035	45,57	424	14,10	5515	39,04	33,32
Eventos cuja intenção é indeterminada	741	6,71	565	18,78	1317	9,32	7,96
Intervenções legais e operações de guerra	534	4,83	4	0,13	538	3,81	3,25
<b>Total</b>	<b>11049</b>	<b>78,21</b>	<b>3008</b>	<b>21,29</b>	<b>14127</b>	<b>100,00</b>	<b>85,36</b>

\*Um total acrescido de 70 casos de sexo ignorado

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Fonte usada para coleta dos dados populacionais: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?pop/pop.rj.def>

<sup>8</sup> Grande Grupo CID10: V01-V99 Acidentes de transporte, W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais, X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente, X85-Y09 Agressões, Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada, Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra.

No ano de 2016, ocorrências de suicídios foram observadas em todas as regiões do estado, em 67 municípios, ou seja, 73% do estado. A tabela 10 mostra a distribuição do número absoluto de suicídios registrados em cada município, por sexo e região de saúde. Quanto ao número absoluto de óbitos por suicídio, as regiões com maior destaque ano em análise foram a Metropolitana I, Metropolitana II e Serrana, com 315, 57 e 51 casos, respectivamente. Os 5 municípios do estado com maior número de suicídios registrados no SIM foram Rio de Janeiro (236), Niterói (26), Campos dos Goytacazes (24) Duque de Caxias (20) e Petrópolis e Nova Iguaçu (ambos com 16 casos).

De acordo com a tabela 11, a região da Serrana apresentou a maior taxa de mortalidade por suicídios do estado, com 5,45 casos para cada 100 mil habitantes, seguida das regiões Noroeste e Centro-Sul, e Baixada Litorânea, com 5,05, 4,88 e 4,81 suicídios por 100 mil habitantes, respectivamente.

**Tabela 11- Número absolutos de suicídio e e taxas de mortalidade/Regiões de Saúde.**  
Estado do Rio de Janeiro, 2016

Região de saúde	SEXO		N	TOTAL	
	N Masc	N Fem		Tx/100mil hab	População
Baía da Ilha Grande	8	1	9	3,34	269532
Baixada Litorânea	25	12	37	4,81	768952
Centro Sul Fluminense	13	3	16	4,88	327776
Médio Paraíba	17	7	24	2,73	879187
Metropolitana I	233	82	315	3,11	10117992
Metropolitana II	44	13	57	2,82	2021674
Noroeste	13	4	17	5,05	336567
Norte	32	9	41	4,60	892045
Serrana	44	7	51	5,45	936284
<b>Total ERJ*</b>	<b>429</b>	<b>138</b>	<b>573</b>	<b>3,46</b>	<b>16550009</b>

\*Total acrescido de 6 casos de município ignorado.

Fonte: Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM  
Estimativa preliminar da população de 2015, elaborada pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas), <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?pop/poprij.def> coleta em 17/10/2017)

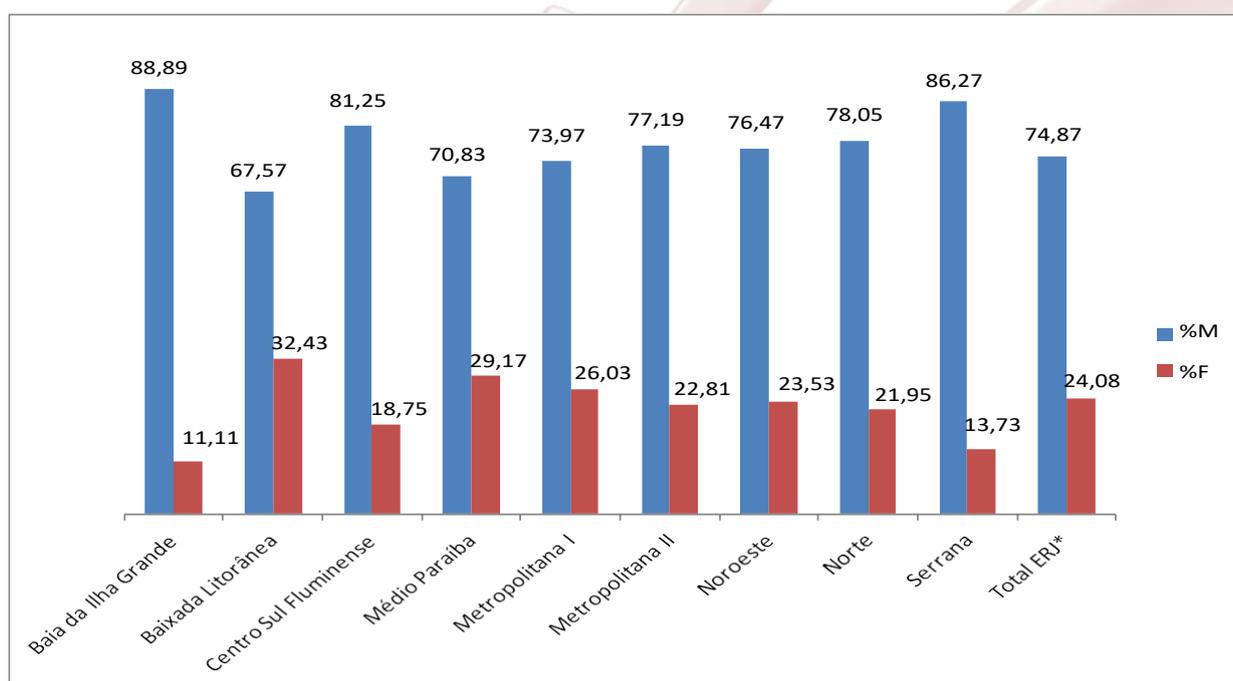
Em relação ao perfil sociodemográfico dos indivíduos que foram a óbito por suicídio, de acordo com o gráfico 5, a proporção de registros de suicídio no sexo masculino no estado do Rio de Janeiro ficou em 74,87%, pouco mais que o triplo do sexo feminino, com 24,08%. Nas 9 regiões do estado o sexo masculino predominou em termos proporcionais em relação ao sexo feminino. A maior diferença em relação ao sexo foi observada na região da Baía da Ilha Grande, em que 88,89% dos suicídios foram de homens e 11,11% de mulheres. A menor diferença foi observada na região Baixada Litorânea, que registrou 67,57% de suicídios em homens e 32,43% em mulheres.

De acordo com a tabela 12, independente do sexo, a maior frequência de suicídios foi observada nas faixas etárias de 30 a 39 anos e 50 a 59 anos, ambas com o mesmo percentual (18,67%). Em seguida, temos a faixa dos 40 a 49 anos, com 17,45%. Padrão semelhante foi observado entre os homens, com maior ocorrência na faixa de 30 a 39 anos, com 18,62%, seguida das faixas de 40 a 49 e 50 a 59, ambas com o mesmo percentual (17,93%). Entre as mulheres, a maior concentração se deu na faixa etária de 50 a 59 anos, com 21,01%, seguida da faixa dos 30 a 39 anos, com 18,84%. Agrupando as faixas etárias por ciclos de vida, observa-se que em adultos (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos) o percentual de suicídios é mais alto, com 70,86% do total. O grupo etário de idosos (faixas etárias de 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e acima) aparece em segundo lugar, com 22,86%, seguido dos adolescentes (10 a 14 anos e 15 a 19 anos), com percentual de 6,28%.

O perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio foi semelhante entre os sexos em relação à escolaridade, raça/cor e estado civil. Quanto à escolaridade, o maior percentual registrado foi entre aqueles com 8 a 11 anos de estudo (29,49%), o que foi observado tanto entre as mulheres (31,88%). Entre os homens, a escolaridade com maior percentual foi mais baixa, com 30,80%, para as que tinham de 4 a 7 anos de estudo. Os maiores percentuais foram observados na raça/cor branca (57,59% do total), com 54,48% dos homens e 67,39% das mulheres. Os solteiros obtiveram os maiores percentuais no geral (55,85%), com 55,86% dos homens e 55,80% das mulheres.

O local de ocorrência dos suicídios foi majoritariamente o domicílio (52,53% do total), sendo 53,56% dos homens e 49,28% das mulheres.

**Gráfico 3-Percentual de Suicídios por Sexo, segundo Regiões de Saúde. Rio de Janeiro, 2016**



Fonte: Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Tabela 12 - Óbitos por Suicídio Segundo Características Sociodemográficas e Local de Ocorrência. Rio de Janeiro, 2015**

Variáveis	Sexo					
	M(n=435)		F(n=138)		Total(n=573)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>						
Nenhuma	12	2,76	1	0,72	13	2,27
1 a 3 anos	59	13,56	17	12,32	76	13,26
4 a 7 anos	134	30,80	31	22,46	165	28,80
8 a 11 anos	125	28,74	44	31,88	169	29,49
12 anos e mais	81	18,62	40	28,99	121	21,12
Ignorado	24	5,52	5	3,62	29	5,06
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	243	55,86	77	55,80	320	55,85
Casado	131	30,11	30	21,74	161	28,10
Viúvo	18	4,14	13	9,42	31	5,41
Separado jud.	30	6,90	15	10,87	45	7,85
Outro	2	0,46	1	0,72	3	0,52
Ignorado	11	2,53	2	1,45	13	2,27
<b>Faixa Etária</b>						
10 a 14 anos	3	0,69	1	0,72	4	0,70
15 a 19 anos	24	5,52	8	5,80	32	5,58
20 a 29 anos	73	16,78	19	13,77	92	16,06
30 a 39 anos	81	18,62	26	18,84	107	18,67
40 a 49 anos	78	17,93	22	15,94	100	17,45
50 a 59 anos	78	17,93	29	21,01	107	18,67
60 a 69 anos	49	11,26	20	14,49	69	12,04
70 a 79 anos	30	6,90	7	5,07	37	6,46
80 anos e mais	15	3,45	6	4,35	21	3,66
Idade ign.	4	0,92	0	0,00	4	0,70
<b>Raça/cor</b>						
Branca	237	54,48	93	67,39	330	57,59
Preta	45	10,34	13	9,42	58	10,12
Parda	147	33,79	32	23,19	179	31,24
Amarela	1	1,15	0	0,00	1	0,17
Ignorado	5	0,49	0	0,00	5	0,87
<b>Local ocorrência</b>						
Hospital	63	14,48	37	26,81	100	17,45
Outro estabelec. de saúde	21	4,83	9	6,52	30	5,24
Domicílio	233	53,56	68	49,28	301	52,53
Via pública	26	5,98	2	1,45	28	4,89
Outros	91	20,92	21	15,22	112	19,55

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## **Discussão**

Os dados do SINAN referentes às notificações de lesão autoprovocada de 2017, em perfil geral, mostraram predominância do agravo em mulheres (cerca de 70%), o que representa pouco mais de 2 ocorrências no sexo feminino para 1 no sexo masculino. Quanto aos óbitos, de acordo com os dados do SIM de 2016, esta relação se inverte. O predomínio de suicídio é no sexo masculino, com aproximadamente 75% do total, o que representou pouco mais de 3 óbitos em homens para 1 em mulheres.

A faixa etária dos 20 a 29 anos foi predominante nas lesões autoprovocadas (25,65%), tanto em homens quanto em mulheres, enquanto que nos suicídios destacaram-se faixas etárias mais altas, com percentuais um pouco maiores que 18% nas faixas de 30 a 39 e 40 a 49. Isto foi observado entre os homens (pouco mais de 18% na faixa de 30 a 39 anos), sendo que, entre as mulheres, destacou-se a faixa etária ainda mais alta, dos 50 a 59 anos, com pouco 21%. Analisando as faixas etárias agrupadas por ciclo de vida, o grupo dos adultos (20 a 59 anos) obteve percentuais mais elevados tanto nas lesões autoprovocadas (65,58%), quanto nos suicídios (70,86%). Os adolescentes (10 a 19 anos) aparecem como segundo maior grupo atingido por lesões autoprovocadas (27,54%), enquanto que idosos (60 anos e acima) aparecem em terceiro lugar, com 4,80% do total. Nos suicídios observou-se que idosos (60 anos e acima) aparecem com percentuais mais elevados que adolescentes, com 22,86% do total. Os suicídios em adolescentes obtiveram os menores percentuais do ano em estudo (6,28%).

Em relação ao item faixa etária, faz-se necessário mencionar que no banco de dados do SINAN foi encontrado em 2017 um total de 50 casos de lesões autoprovocadas em crianças de entre 0 a 4 anos (16 casos em menores de 1 ano e 34 de 1 a 4 anos). Considerando que para a definição da violência autoprovocada é imprescindível a intencionalidade de se ferir, lesões em crianças nesta fase precoce do desenvolvimento psicomotor e social devem ser consideradas acidentais ou provocadas por terceiros. É possível também que tenha havido erro de preenchimento da ficha pelo profissional de saúde ou mesmo de digitação.

Lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio, em termos percentuais, acometeram mais a raça/cor branca (32,57% e 57,59% respectivamente) e os solteiros (38,77% e 55,85% respectivamente). Quanto à escolaridade, nas lesões autoprovocadas os percentuais mais elevados foram de indivíduos com ensino médio completo e com ensino fundamental incompleto (ambas com pouco mais de 7%). Em relação aos óbitos por suicídio, os maiores percentuais foram de indivíduos com 8 a 11 anos de estudo, o que equivale a ensino médio incompleto (pouco mais de 29%). Há que se destacar a dificuldade de uma análise mais acurada neste quesito em relação às violências autoprovocadas (SINAN), uma vez que o percentual de ignorado/em branco foi bastante expressivo (superior a 65%, contra 5% dos registros do SIM).

Entre os registros de lesão autoprovocada, o envenenamento foi o método empregado com mais frequência (50,44%), sendo o ato praticado predominantemente na residência (67,23%), que foi também o local mais registrado para os suicídios (52,53%). A lesão autoprovocada aparece com caráter repetitivo pouco mais de 33% dos indivíduos e, quanto aos encaminhamentos pós-atendimento, um pouco mais de 60% foram feitos para a própria rede de saúde. Destaca-se também, a respeito das lesões autoprovocadas, a presença de deficiência/ transtornos relatada em pouco mais de 22% dos casos, sendo que transtornos mentais e de comportamento somaram cerca de 75% dos que relataram algum transtorno. Importante também ressaltar a suspeita do uso de álcool detectada em cerca de 13% dos casos notificados. Abuso de álcool é um fator de risco para o suicídio e a sensibilidade para melhora da informação desta prática deve ser incentivada.

O padrão descrito no parágrafo acima foi observado nas lesões autoprovocadas tanto no sexo masculino quanto no feminino, com proporções maiores nos mesmos quesitos. Chamou atenção o fato de que as proporções de ignorado/em branco foram maiores no sexo masculino em todos os itens analisados. Os itens escolaridade,

motivação, orientação sexual e identidade de gênero apresentaram as maiores proporções de em branco/ignorado, no geral (65,33%, 56,14%, 57,61 e 61,08% respectivamente).

Em relação ao item motivação, é possível questionar se os itens listados na ficha de notificação refletem situações relacionadas às peculiaridades da violência autoprovocada. Sendo um instrumento de notificação único para naturezas de violência distintos além da autoprovocada (física, sexual, psicológica, negligência, tortura, financeira etc), o percentual elevado tanto para ignorado/em branco (56,14%), quanto para “outros” (22,26%) ou “não se aplica” (15,26%) sugerem esta avaliação.

Quanto aos itens orientação sexual e identidade de gênero há que se considerar que foram acrescentados em 2015, em uma das últimas versões do instrumento de notificação. Levando em consideração as dificuldades relacionadas às formas de abordar temas como este, ainda muito sensíveis para profissionais de saúde e em geral, aponta-se a necessidade de reforçar nos eventos de qualificação o esclarecimento acerca desses conceitos, ainda sujeitos a desconhecimento e confusão por parte dos profissionais que notificam.

A questão do preenchimento adequado e padronizado da ficha do SINAN tem sido trabalhada nas qualificações realizadas. O primeiro desafio foi a implantação deste instrumento nas regiões do estado, com adesão ampliada para um número maior de municípios a cada ano. Porém, além disso, é premente a atenção para a qualidade da informação produzida a fim de que se realize diagnóstico mais acurado da situação para monitoramento dos riscos e prevenção mais eficaz.

Quanto às regiões e o registro de lesão autoprovocada no SINAN, observou-se que, em 2017, a região com maior porcentagem de notificação foi a Metropolitana I com 65,02% das notificações realizadas em todo estado do Rio de Janeiro, enquanto que o Centro Sul Fluminense (0,53%) e Noroeste (0,67%) apresentaram a menor porcentagem de notificação. Em 65,22% dos municípios do ERJ foi realizada notificação deste agravo no ano em estudo, havendo 32 municípios em que não se registrou notificação. Cabe ressaltar que, em 2016, registros de suicídios no SIM ocorreram em 67 municípios, o que representou 72,81% do estado. A violência autoprovocada um é alto fator de risco para o suicídio e, diante deste quadro, é possível questionar se medidas de prevenção têm sido eficazmente realizadas em alguns locais em que notificações de lesão autoprovocada foram inexistentes ou em baixo número.

Ao longo dos anos de implantação do VIVA no estado do Rio de Janeiro, têm sido realizadas capacitações com gestores e profissionais de saúde abordando a importância da notificação, o preenchimento qualificado do instrumento e o destaque para o fato de que a lesão autoprovocada tornou-se um agravo de notificação imediata. Faz-se necessário, no entanto, aprimorar as estratégias de notificação de acordo com as necessidades locais para que se reduza o número de municípios silenciosos. Este fator pode sugerir que medidas de prevenção do agravo suicídio sejam inexistentes ou ineficazes nestes locais por diferentes motivos, desde desconhecimento a descontinuidade de ações. Informações epidemiológicas podem ser um valioso instrumento de conhecimento do território e planejamento de ações. Como já ressaltamos anteriormente, as lesões autoprovocadas apresentaram percentuais elevados de repetição no ano de 2017, sendo esta prática o maior fator de risco para a consumação do suicídio.

## Referências

- BRASIL. 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-atend-ao-a-sa--de.pdf>>. Acesso em 15 de fev de 2018.
- \_\_\_\_\_. 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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf)>. Acesso em 06 de fev. de 2018.
- \_\_\_\_\_. 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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_domestica.pdf)>. Acesso em: 08 fev 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. In Minayo, Maria Cecília de. **Suicídio**: violência auto infligida. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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.
- \_\_\_\_\_. 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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.
- World Health Organization. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: World Health Organization. 2014.

Para mais informações contate a Área Técnica responsável.

### Área Técnica de Notificação e Prevenção de Violência:

Rua México, 128 Sala 406 B – Castelo – Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21) 2333.3879 / 2333.3853

E-mail: [rj.dantps@gmail.com](mailto:rj.dantps@gmail.com)

[apav@saude.rj.gov.br](mailto:apav@saude.rj.gov.br)

Autoras: **Claudia Rodrigues Aguiar e Michelle de O. Guimarães Carvalho**