

Lesão Autoprovocada e Suicídio

SUMÁRIO

- 1 INTRODUÇÃO
- 2 MÉTODO
- 3 CENÁRIO
EPIDEMIOLÓGICO NO
RIO GRANDE DO SUL
- 3.1 Perfil das
Notificações de Lesão
Autoprovocada
- 3.2 Mortalidade por
Suicídio
- 4 DISCUSSÃO
- 5 CONSIDERAÇÕES
FINAIS
- REFERÊNCIAS

Secretaria da Saúde do Rio
Grande do Sul
Centro Estadual de Vigilância
em Saúde
Divisão de Vigilância
Epidemiológica

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um tipo de violência autoprovocada no qual a vítima intencionalmente interrompe a própria vida. É um fenômeno complexo e multidimensional no qual se interseccionam diferentes fatores: biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos. É um grave problema de saúde pública global não só pelo número de vidas perdidas, mas também pelo impacto que provoca nas pessoas mais próximas à vítima – denominadas de sobreviventes – e na comunidade em geral (Brasil, 2019a).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2025), morreram por suicídio, em 2021, 727 mil pessoas no mundo, o que corresponde a taxa global de mortalidade de 8,9 por 100 mil habitantes, sendo responsável por mais mortes do que o HIV/AIDS, câncer de mama ou conflitos armados. Embora seja um fenômeno presente em diversas regiões do globo, 73% de todos os óbitos ocorrem em países de média e baixa renda. No mundo, entre jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é a terceira principal causa de morte, o que é preocupante por ser uma faixa etária em que se deveria poder esboçar um projeto de vida e não de morte (Brasil, 2024).

De modo geral, o comportamento suicida costuma estar associado à morte, porém, o fenômeno apresenta diferentes formas de manifestação antes do óbito, tais como: comportamento autolesivo, ideação suicida com ou sem plano de morte e tentativa de suicídio (Brasil, 2019a). Nesse espectro, é importante diferenciar o comportamento autolesivo da tentativa de suicídio. No primeiro caso, o ato de se lesionar não visa a morte, mas substituir uma dor emocional intolerável por uma física. Além da regulação emocional, esses atos podem ser

entendidos como forma de atenuar a sensação de vazio, se infligir uma punição ou esboçar um pedido de ajuda. As autolesões (cortes, perfurações, mordeduras, queimaduras) ocorrem em todas as fases da vida, no entanto, são mais frequentes no período da adolescência e podem ser um fator preditivo para a tentativa de suicídio que, por sua vez, é considerado o maior fator de risco para o óbito (Solka; Cruz, 2022). Considera-se, na população adulta, que a relação entre óbitos e tentativas de suicídio é de 1:20, ou seja, para cada óbito por suicídio é possível estimar que outras 20 pessoas tenham atentado contra a própria vida. Por vezes, as tentativas de suicídio, ou mesmo os casos de comportamento autolesivo, não são registrados, o que impede que o sistema de vigilância os identifique, dificultando a implementação de estratégias de cuidado. Por isso, a importância do registro adequado destes casos pelos profissionais da saúde e da educação, conforme preconizado pela Portaria Ministerial nº 1.271, de 6 de junho de 2014 e pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) por meio da Lei no 13.819, de 26 de abril de 2019 (Brasil, 2014, 2019b).

Nos países em que não há um controle do registro de óbitos por meio de sistemas de estatísticas vitais, os dados sobre suicídio podem ser imprecisos e as mortes classificadas de forma indeterminada ou incorreta, como se a causa, por exemplo, fosse acidente. O Brasil, no entanto, conta com um sistema de registro que permite uma maior aproximação com a realidade das mortes por suicídios.

Em 2023, no Brasil, ocorreram 17.009 suicídios, o que equivale a 8,6 mortes por 100 mil habitantes. Se comparada aos demais países, a taxa brasileira não é considerada alta. Contudo, o Brasil ocupa o 6º lugar em relação aos demais países em números absolutos de óbitos por esse agravo.

A distribuição de mortes, no território, ocorre de forma desigual, sendo que em alguns estados brasileiros o fenômeno é mais preocupante, como é o caso do Rio Grande do Sul (RS), cuja taxa de mortalidade, em 2023, foi de 16,09 por 100 mil habitantes, quase o dobro da taxa nacional. Neste ano, o RS foi o estado brasileiro com a maior taxa de mortalidade por suicídio no país.

Por isso, é imprescindível conhecer esse fenômeno em suas diferentes formas de expressão para definir as regiões prioritárias no desenvolvimento de ações de prevenção. Nesse sentido, o objetivo desta publicação é apresentar de forma detalhada o perfil dos suicídios e das notificações de violência autoprovocadas (comportamento autolesivo e tentativa de suicídio) no período de 2015 a 2024¹. A presente edição do Boletim contempla informações revisadas referentes aos anos de 2022 e 2023, bem como dados preliminares relativos ao ano de 2024. Os registros sobre os suicídios, ocorridos no último ano, poderão sofrer alterações, tendo em vista o trabalho de investigação de óbitos por causas indeterminadas a ser realizado pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria de Segurança do Estado por meio do Programa de Governo RS Seguro.

Após as enchentes, a taxa geral de mortalidade por suicídio tem sido alvo de monitoramento permanente por ser um

¹ Banco de dados ainda não homologado.

indicador significativo do estado de bem-estar psicossocial da população, uma vez que o desastre ambiental afetou de forma intensa as regiões atingidas pelas inundações e, do ponto de vista socioeconômico, todo estado do Rio Grande do Sul.

■ 2 MÉTODO

Este estudo foi realizado por meio da análise descritiva de dados de notificações de violência autoprovocada, acessados em 1º de setembro de 2025, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e de dados de óbitos por suicídio, acessados em 1º de setembro de 2025, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Consideram-se casos de lesão autoprovocada em pessoas residentes no Rio Grande do Sul, com 5 anos ou mais de idade, cujo campo número 54 da ficha de notificação do Sinan (lesão autoprovocada) foi preenchido com a categoria “1 - Sim”. Os casos de suicídio foram definidos como aqueles registrados no estado, de pessoas com 5 anos ou mais de idade, com causa básica do óbito correspondente ao intervalo de códigos X60 a X84 da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10).

As taxas de incidência de lesão autoprovocada foram calculadas por meio da fórmula: soma dos casos notificados no Sinan para o subgrupo populacional no período determinado / total da população do subgrupo no período determinado * 100.000 habitantes. Casos reincidentes foram contabilizados no numerador, portanto, tais taxas refletem a intensidade de ocorrência do evento na população em determinado período, e não a taxa de pessoas afetadas na população em um

determinado período.

As taxas de mortalidade foram calculadas por meio da fórmula: soma de óbitos por suicídio registrados no SIM para o subgrupo populacional no período determinado / total da população do subgrupo no período determinado * 100.000 habitantes. Nenhuma taxa foi padronizada para idade e/ou sexo.

As bases populacionais utilizadas como denominadores para o cálculo de taxas foram baseadas nos dados do censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, [2022?]).

Os dados são apresentados de forma estratificada segundo características das pessoas (faixa etária, sexo, raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual), evolução temporal (anos de 2015 a 2024), distribuição geográfica (Coordenadorias Regionais de Saúde do RS), origem da notificação do Sinan na Rede de Atenção à Saúde e natureza reincidente da lesão autoprovocada. Ao longo das análises há diferenças no tamanho das amostras, devido à heterogeneidade de completude entre as variáveis (dados faltantes).

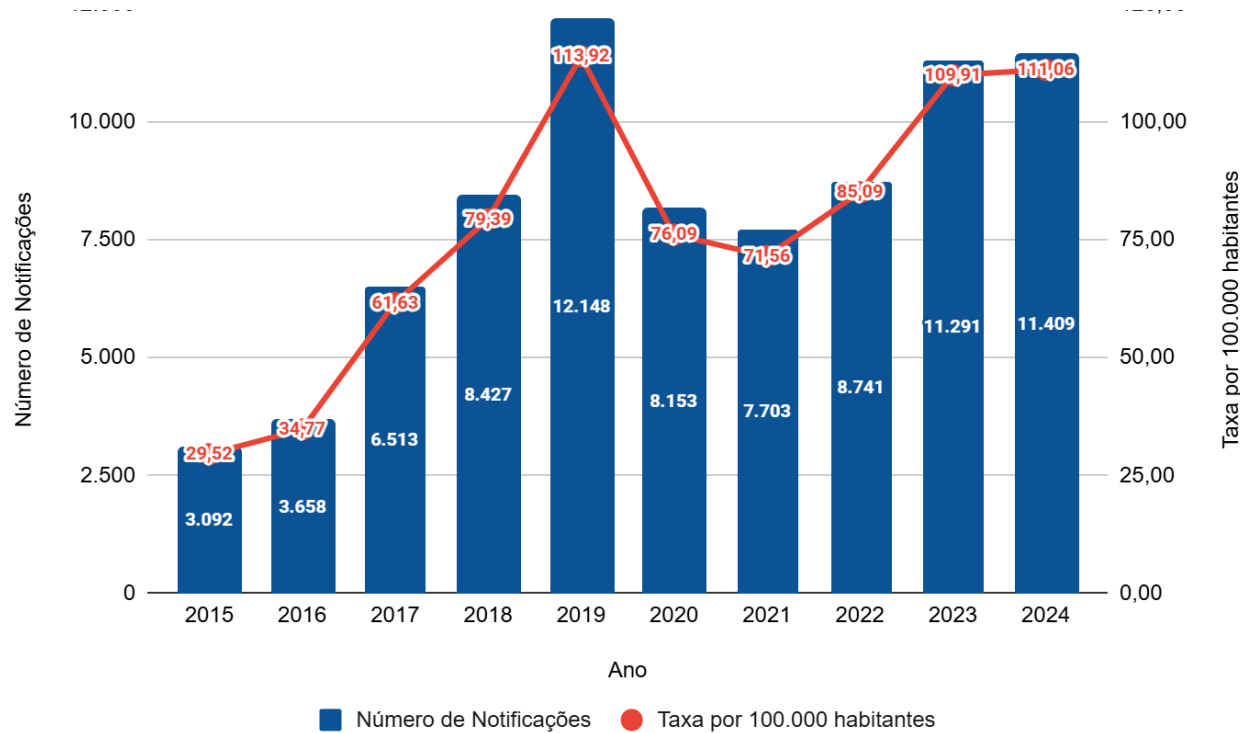
■ 3 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO RIO GRANDE DO SUL

3.1 Perfil das Notificações de Lesão Autoprovocada (comportamento autolesivo e tentativa de suicídio).

De 2015 a 2019, foram realizadas 236.818 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no estado. Destas, 81.135 foram classificadas como comportamento autolesivo e tentativa de suicídio, o que representa 34,26% do total das notificações de violência no Sinan.

Entre 2015 e 2019, houve um crescimento nos registros, sendo que, somente no ano de 2019, foram registradas 12.148 notificações. No entanto, em 2020 e 2021, período mais crítico da pandemia da Covid-19 no RS, ocorreu uma diminuição nos registros. A partir de 2022 houve uma retomada, com novo aumento na sensibilidade por parte dos notificadores. Por sua vez, no ano de 2024 observa-se uma estabilidade nos registros de lesão autoprovocada em relação ao ano de 2023 (Figura 1).

Figura 1 - Evolução do número e da taxa de notificações de violência por lesão autoprovocada, de 2015 a 2024, no RS, (n =81.135)

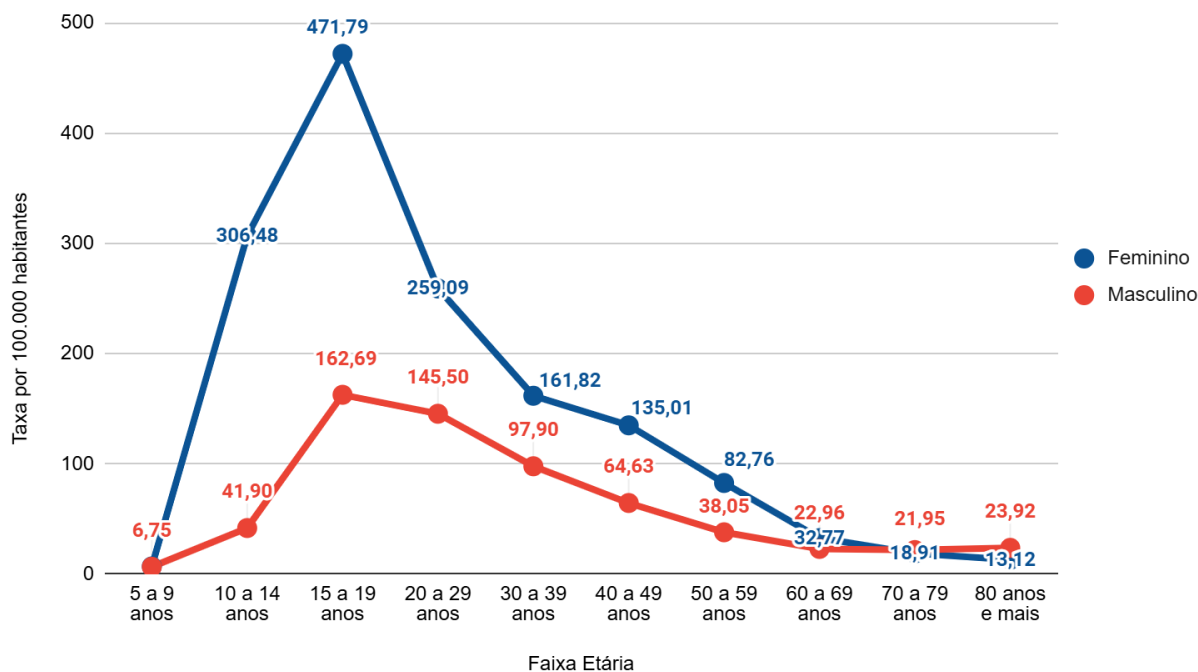


Fonte: Sinan em 01/09/2025 - Secretaria da Saúde do RS.

Em 2024, 68,80% (7.849) das notificações de lesão autoprovocada referiram-se a pessoas do sexo feminino, evidenciando que a ocorrência desse agravo é aproximadamente duas vezes maior em mulheres em comparação aos homens (31,20%, n = 3.560).

No ano de 2024, as taxas de violência por lesão autoprovocada são maiores para o sexo feminino do que para o do masculino, excetuando-se pessoas com 70 anos ou mais. As taxas mais elevadas de lesão autoprovocada para o sexo masculino ocorreram entre pessoas de 15 a 19 anos (162,69) e de 20 a 29 anos (145,50). Para o sexo feminino, as maiores taxas ocorreram nas faixas étárias de 10 a 14 anos (306,48) e de 15 a 19 anos (471,79) (Figura 2).

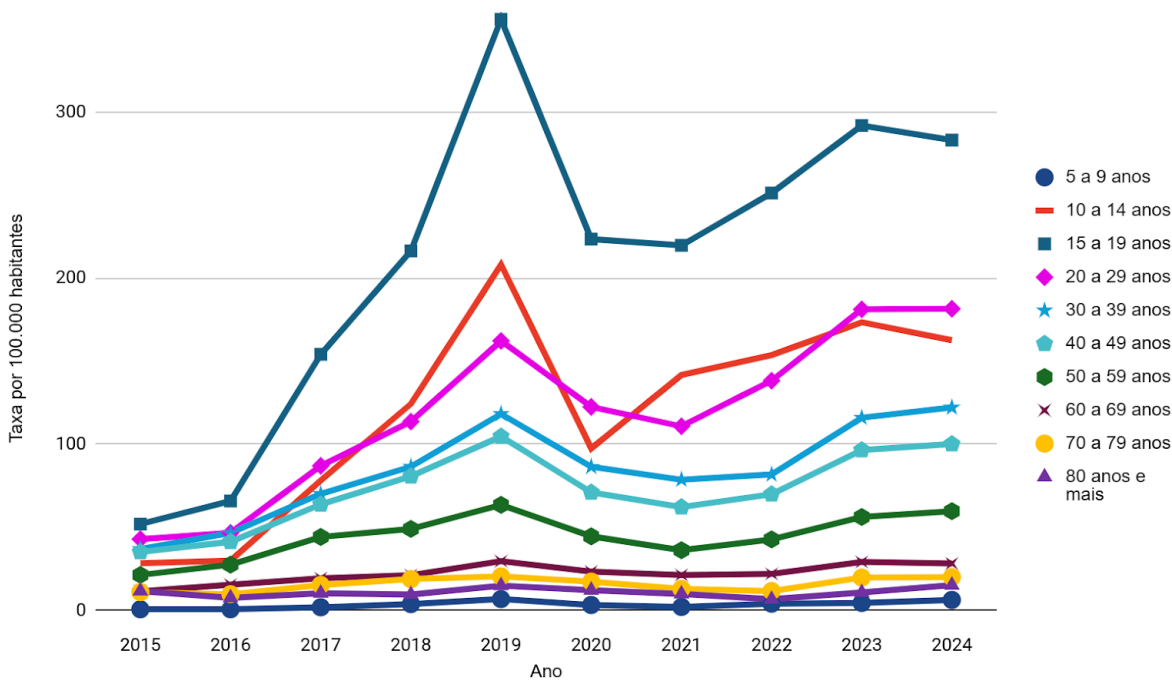
Figura 2 – Taxa de notificações de violência por lesão autoprovocada, por faixa etária, segundo sexo, no RS, em 2024 (n =11.409)



Fonte: Sinan – Secretaria Saúde do RS.

Na Figura 3, verifica-se que a maior taxa de lesão autoprovocada, no período estudado, corresponde à faixa etária de 15 a 19 anos. Pode-se observar uma tendência de maior crescimento das taxas de notificação das lesões autoprovocadas nas faixas de 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 29 anos, no período de 2017 a 2019. O crescimento para essas faixas etárias retorna no período de 2022 a 2023.

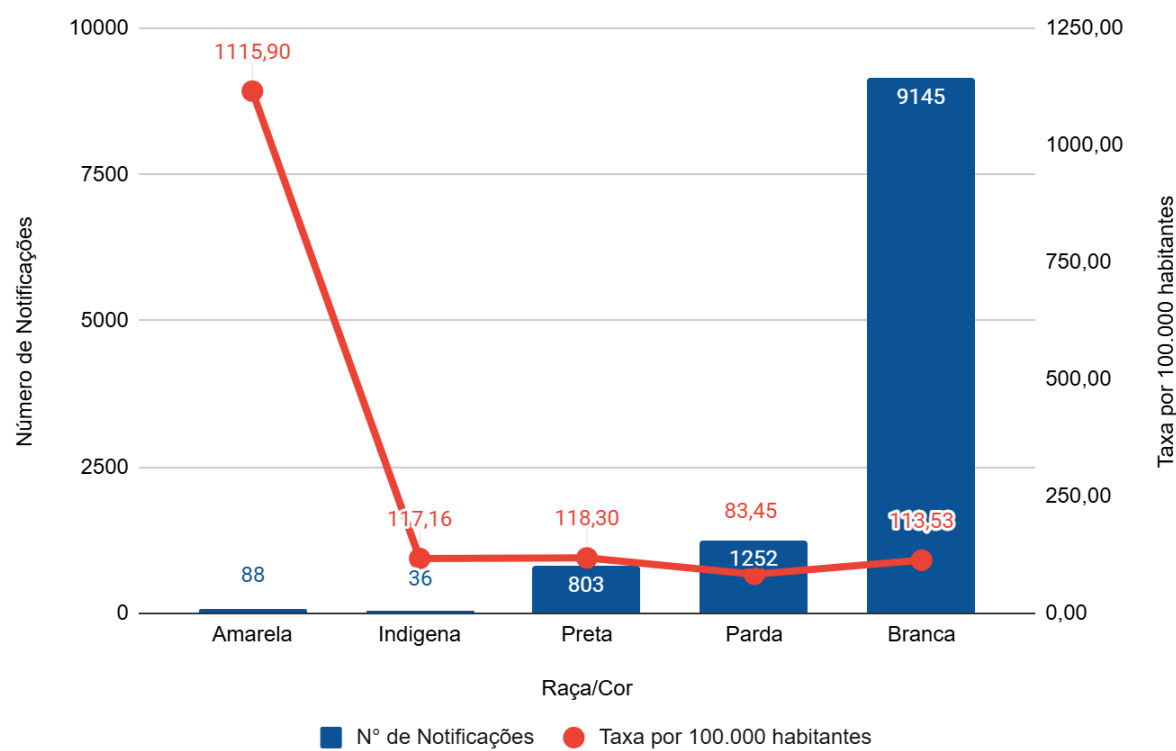
Figura 3 – Evolução da taxa de notificação de violência por lesão autoprovocada, segundo faixa etária, RS, de 2015 a 2024 (n=81.135)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

Em relação à raça/cor, observa-se que, no ano de 2024, as taxas de notificação de lesão autoprovocada para pessoas da raça/cor branca e raça/cor preta foram semelhantes. A taxa mais elevada ocorreu dentre pessoas da raça/cor amarela (Figura 4).

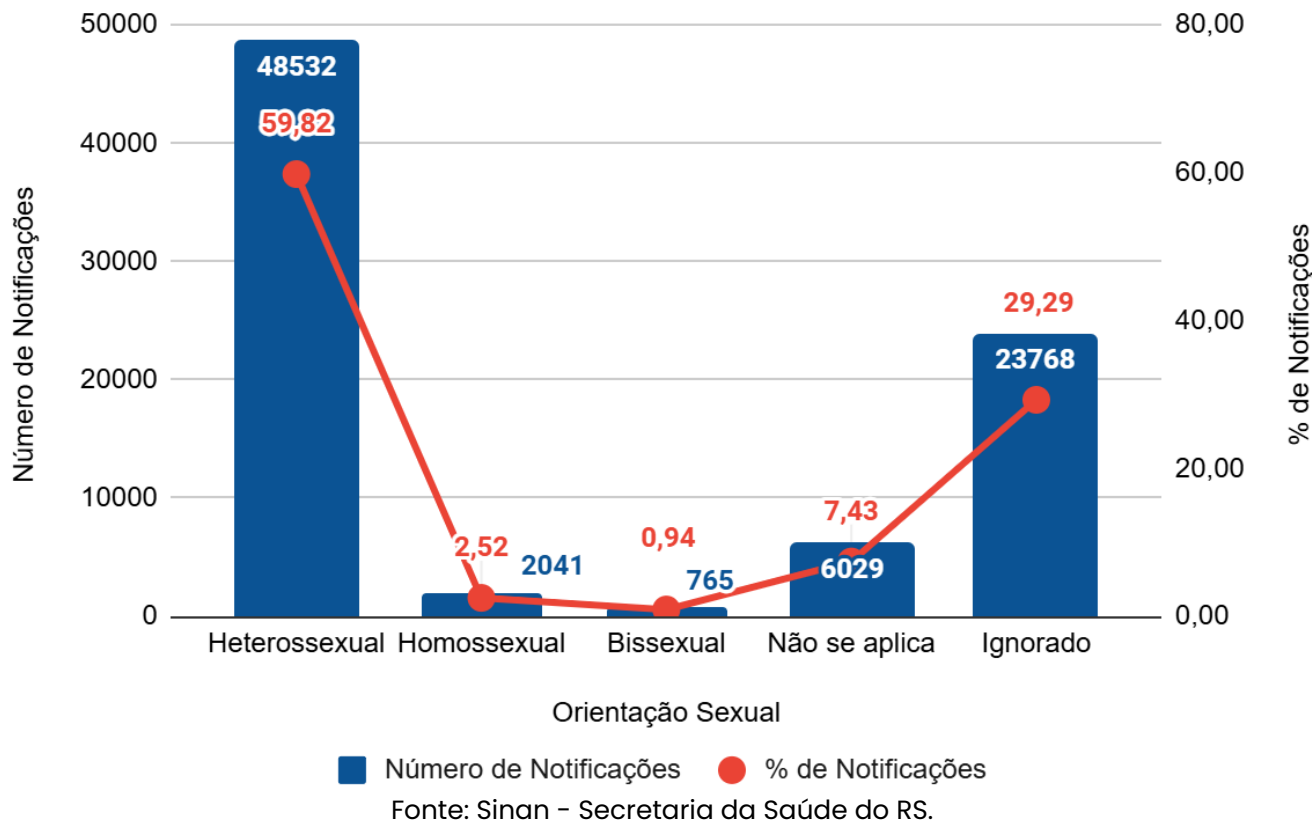
Figura 4 - Número e taxa de notificações de violência por lesão autoprovocada, por raça/cor, no RS, em 2024 (n=11.324)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

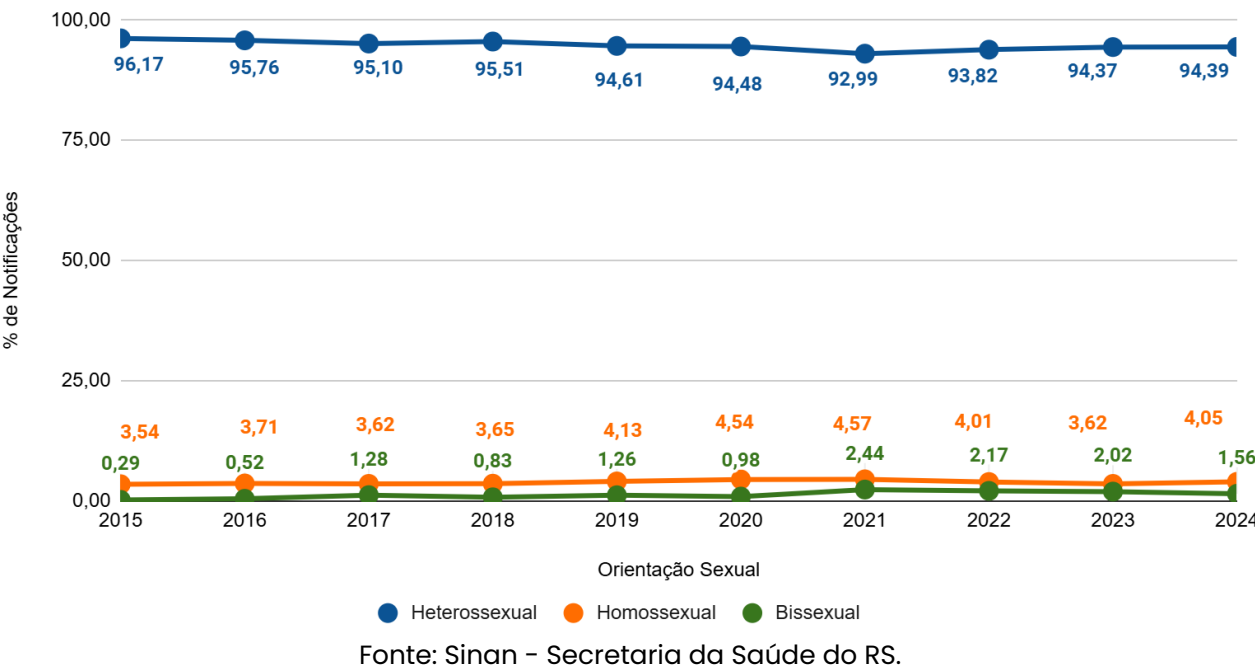
Entre 2015 e 2024, no que se refere à orientação sexual, 59,82% das lesões autoprovocadas foram praticadas por heterossexuais; 2,52% por homossexuais, gays e lésbicas; e, 0,94% por bissexuais. Destaca-se o percentual de notificações com incompletude de dados para esta variável (29,29%). Como não há, no Estado, dados disponíveis acerca do tamanho destes grupos populacionais referidos, não foi possível estimar taxas e comparar riscos (Figura 5).

Figura 5 - Número e percentual de notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo orientação sexual, no RS, de 2015 a 2024 (n = 81.135)



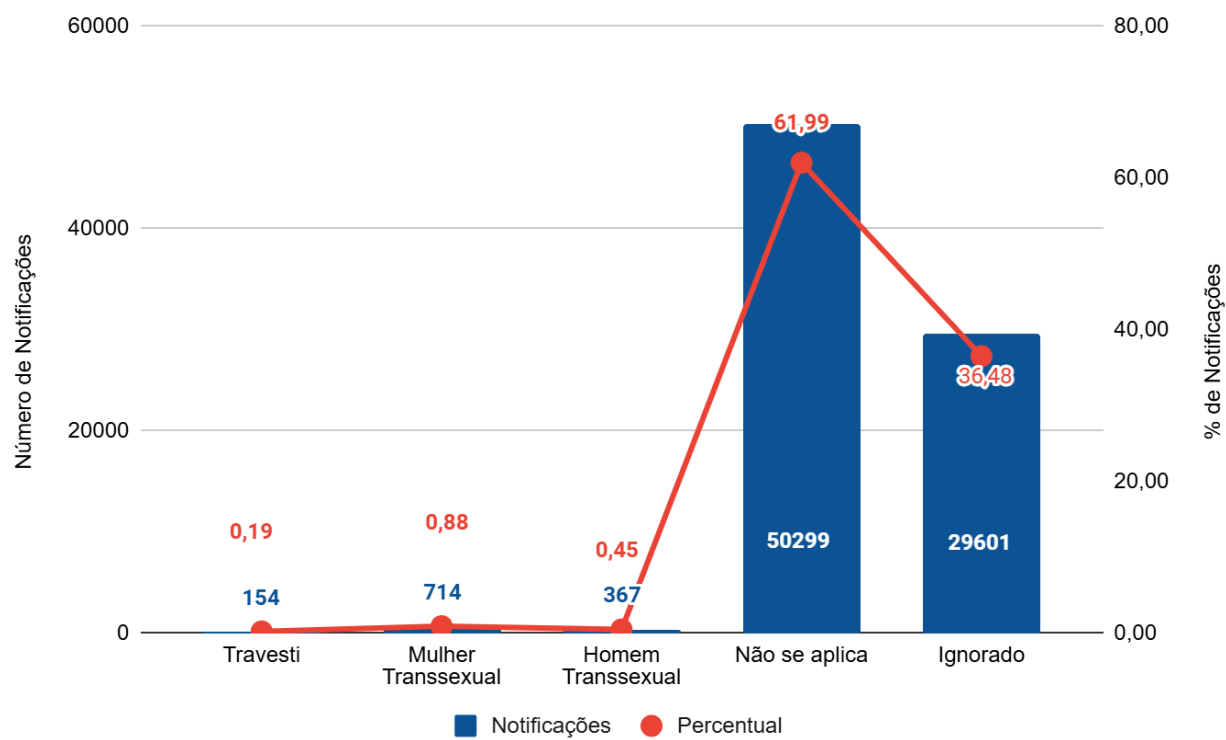
A Figura 6 exibe a evolução temporal, de 2015 a 2024, da distribuição percentual entre as categorias da variável orientação sexual. Tal distribuição considerou apenas as categorias válidas e de interesse para esta orientação sexual: heterossexual, homossexual e bissexual.

Figura 6 - Evolução do percentual de notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo orientação sexual, no RS, de 2015 a 2024 (n = 51.338)



Destaca-se, na Figura 7, o elevado número de notificações com o preenchimento das categorias “ignorado/em branco” (36,48%) e “não se aplica” (61,99%) com relação à variável identidade de gênero. O campo “não se aplica” deve ser utilizado em duas situações: quando a identidade de gênero corresponde ao sexo designado ao nascer, ou seja, a pessoa percebe-se como cisgênera; e quando se trata de criança menor de 10 anos de idade.

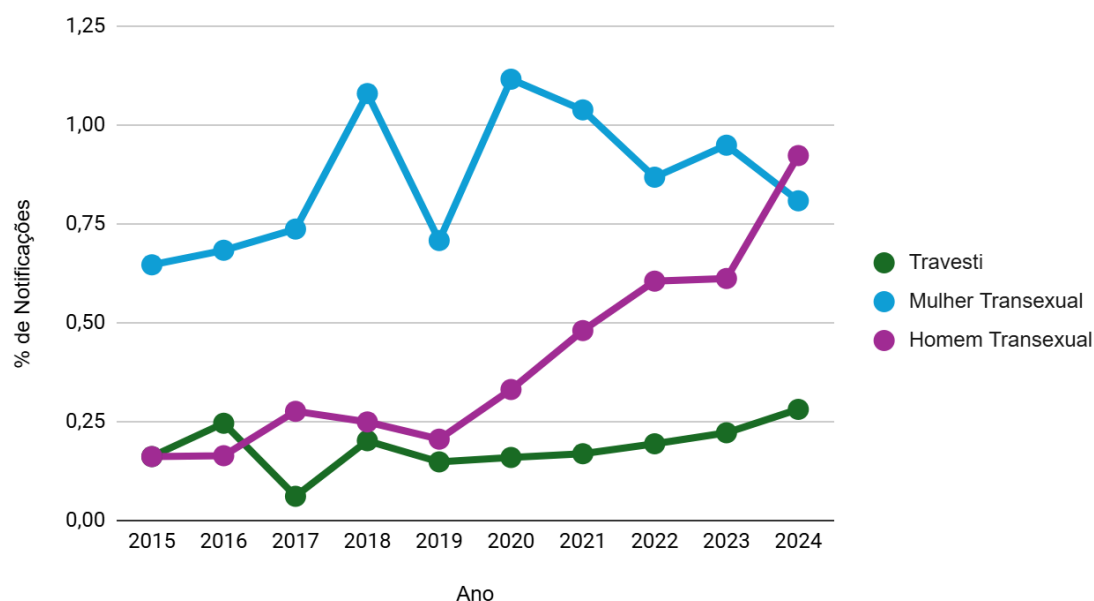
Figura 7– Número e percentual de notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo identidade de gênero, no RS, de 2015 a 2024 (n = 81.135)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

A Figura 8 exibe a evolução temporal, de 2015 a 2024, da distribuição percentual entre as categorias da variável identidade de gênero. Tal distribuição considerou apenas as categorias válidas e de interesse para esta variável: travesti, mulher transexual e homem transexual. Verifica-se que, ao longo de todo o período, mulheres transexuais concentraram as maiores proporções de notificações por lesão autoprovocada, exceto em 2024, quando o percentual de homens transexuais superou o das demais categorias. A partir de 2020, observa-se uma tendência de crescimento nas categorias travesti e homem transexual.

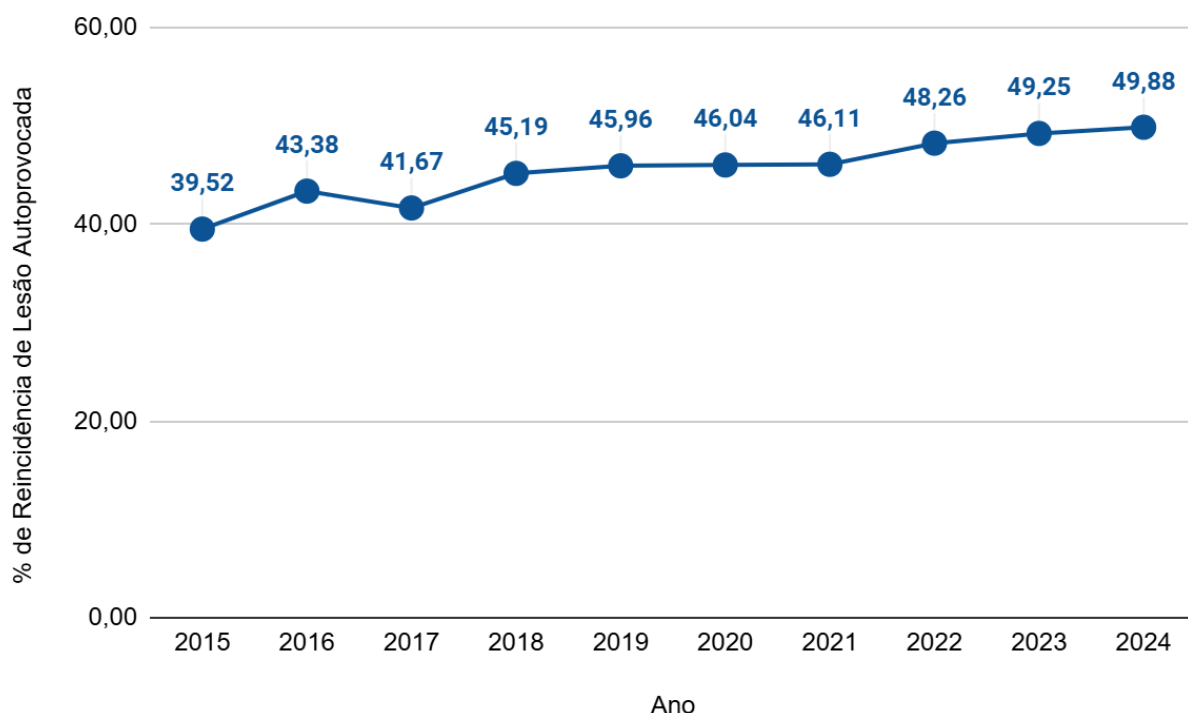
Figura 8 – Evolução do percentual de notificações de violência por lesão autoprovocada, segundo identidade de gênero, no RS, de 2015 a 2024 (n = 1235)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

Na Figura 9, ao analisar o percentual de reincidência autorreferida das lesões autoprovocadas, de 2015 a 2024, observa-se uma tendência crescente ao longo da série histórica, atingindo metade dos registros (49,88%) em 2024. Tais resultados estão alinhados à estimativa, indicada pela literatura especializada, de que 50% das pessoas atendidas nos prontos-socorros, por atentarem contra a própria vida, já haviam tentado suicídio previamente (Cais *et al.*, 2009).

Figura 9 – Evolução do percentual de reincidência autorreferida nas notificações de violência por lesão autoprovocada, no RS, de 2015 a 2024 (n = 81.135)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

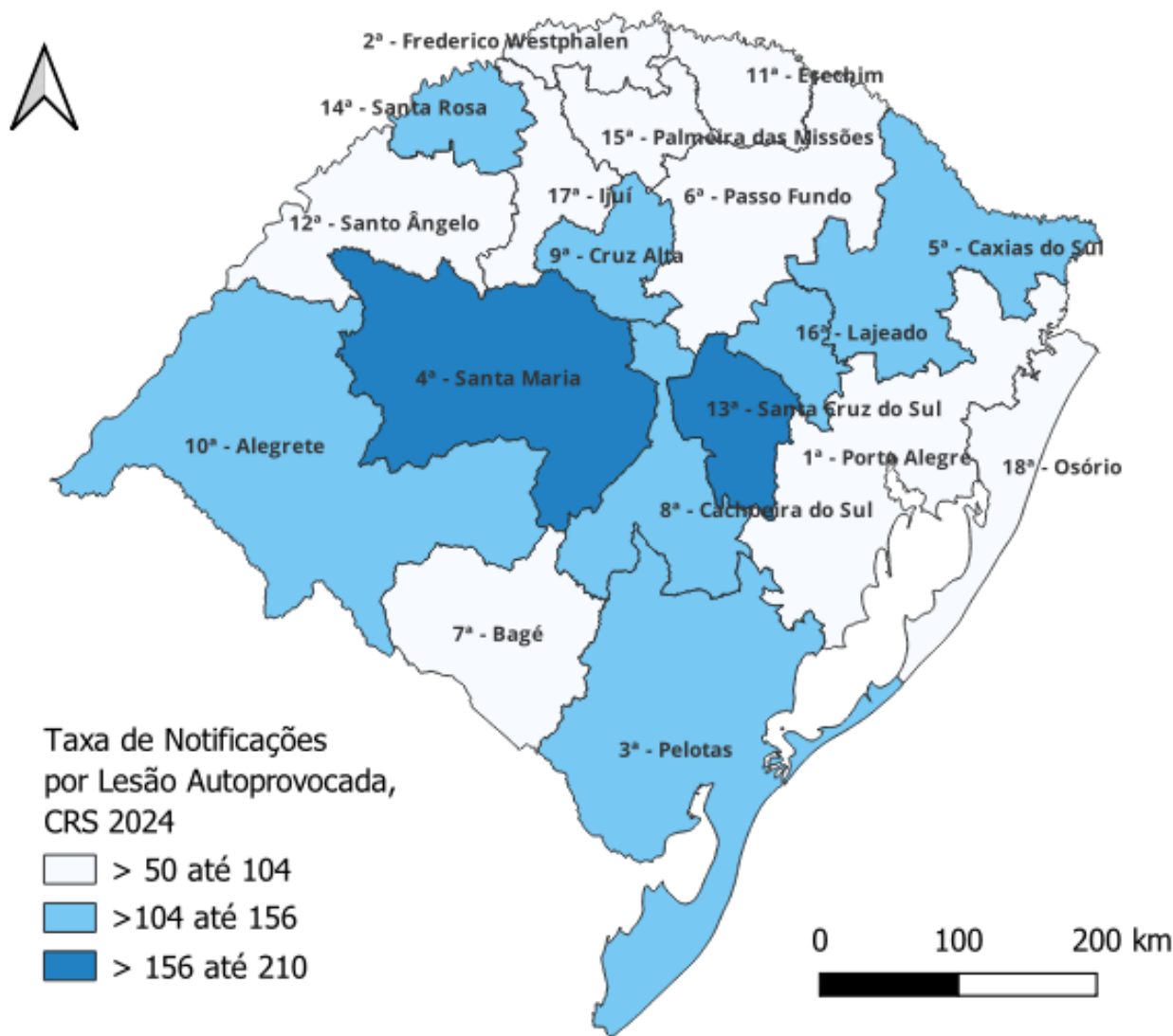
A Tabela 1 apresenta as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), ordenadas por taxas de notificação de lesão autoprovocada, sendo que as com maiores taxas, em 2024, foram a 13ª CRS com sede em Santa Cruz do Sul (209,33), 4ª CRS com sede em Santa Maria (179,22) e 5ª CRS com sede em Caxias do Sul (140,38). É possível visualizar no mapa (Figura 10) as CRSs e seus municípios sede.

Tabela 1 – Notificação de violência por lesão autoprovocada por Coordenadoria Regional de Saúde. Taxa por 100 mil habitantes, RS, 2024

CRS	Nº notificações	Taxa por 100 mil hab.
13º S. Cruz do Sul	675	209,33
4º Santa Maria	941	179,22
5º Caxias do Sul	1565	140,38
9º Cruz Alta	161	137,09
3º Pelotas	1040	134,50
16º Lajeado	406	120,69
14º Santa Rosa	252	115,52
10º Alegrete	478	114,02
8º Cachoeira do Sul	188	105,12
1º Porto Alegre	3963	97,81
7º Bagé	165	95,86
17º Ijuí	205	95,22
2º Frederico Westphalen	158	88,66
6º Passo Fundo	548	88,14
18º Osório	316	79,81
11º Erechim	130	58,93
15º Palmeira das Missões	77	51,47
12º Santo Ângelo	133	50,66
Total	11401	Taxa média = 109,02

Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

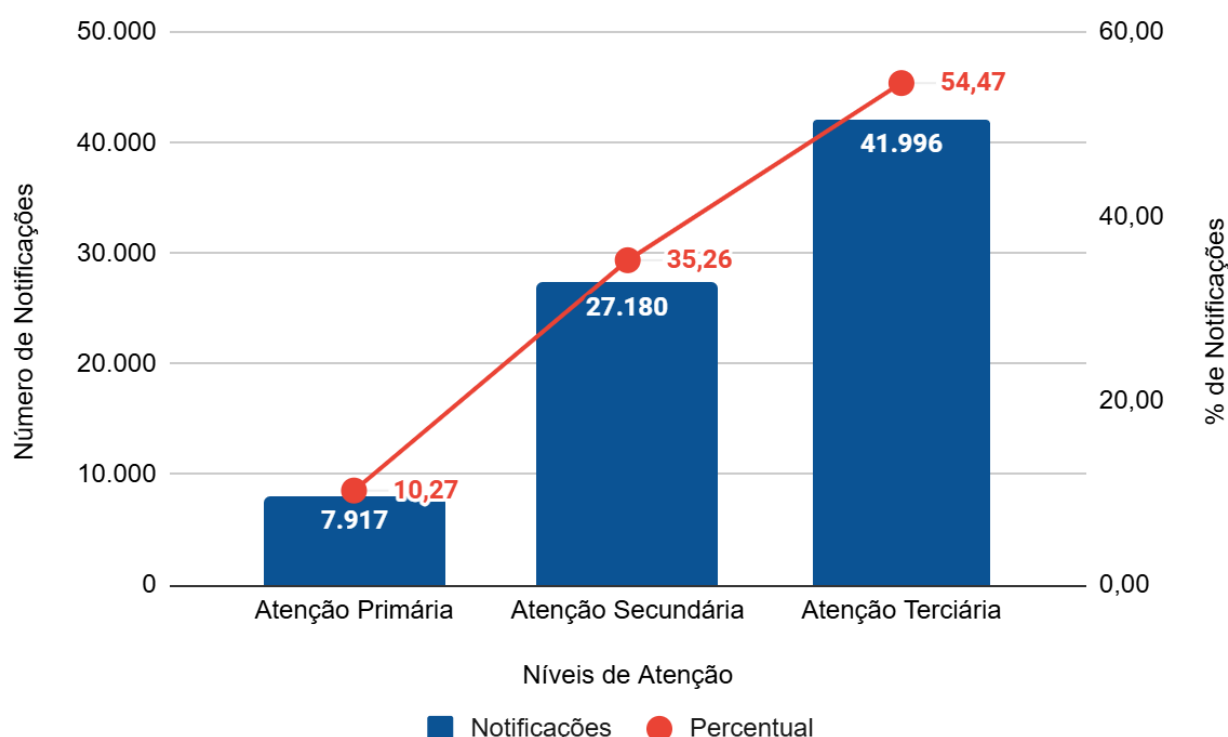
Figura 10 – Distribuição das taxas de notificação de lesão autoprovocada, por Coordenadorias Regionais de Saúde, no RS, 2024.



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

Quanto ao nível de atenção do estabelecimento de saúde notificador, 54,47% dos registros, de 2015 a 2024, foram efetivados pela atenção terciária, incluindo os serviços de urgência/emergência e os hospitais, possivelmente em decorrência da gravidade do estado de saúde da vítima (Figura 11). Na atenção primária, foram feitas 7.917 notificações, o que representa somente 10,27% dos registros.

Figura II – Número e proporção de notificações de violência por lesão autoprovocada, por nível de atenção do estabelecimento de saúde notificador, no RS, de 2015 a 2024 (n = 77.093)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

Onde são registrados os dados de comportamento autolesivo e tentativa de suicídio?

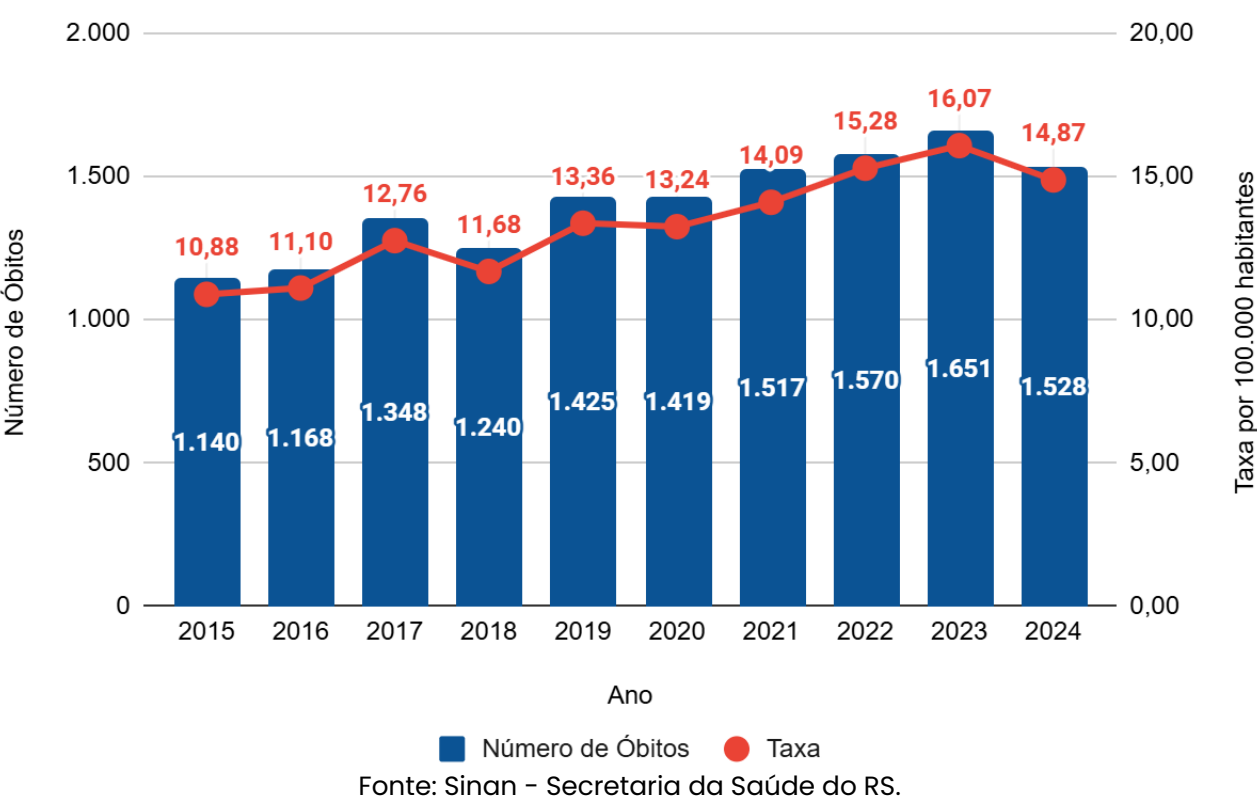
Os dados são registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN que é alimentado pelas secretarias municipais de saúde a partir das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Os profissionais de saúde e da rede intersetorial são os agentes notificadores.

A notificação do comportamento autolesivo e da tentativa de suicídio é compulsória e deve ser feita em até 24 horas, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos, conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (Brasil, 2014). O Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis/NVDANT/CEVS/SES/RS é responsável, entre outras atividades, pela qualificação, organização e transmissão de dados ao DATASUS-MS.

3.2 Mortalidade por Suicídio

Entre 2015 e 2023, as taxas de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul apresentaram um aumento de 47,70%, passando de 10,88 para 16,07 por 100 mil habitantes, configurando o maior valor da série histórica. Em 2024, observa-se uma interrupção na trajetória ascendente. Contudo, não é possível afirmar a ocorrência de redução da taxa, uma vez que o Sistema de Informação de Mortalidade permanece em aberto, com óbitos ainda em processo de investigação quanto à causa básica (Figura 12).

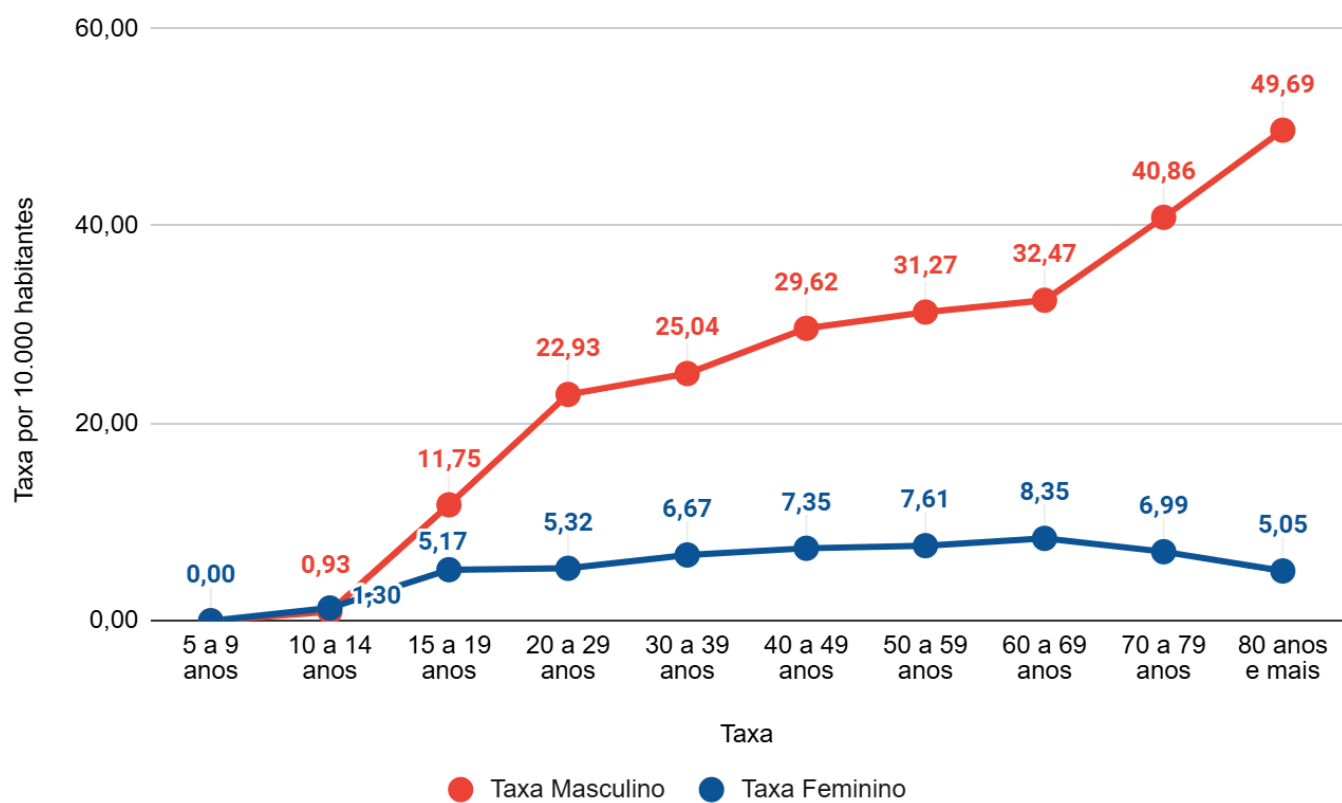
Figura 12 – Evolução do número de óbitos e da taxa de suicídio por 100 mil habitantes, no RS, 2015 a 2024* (n = 14.006)



Dos 1.528 óbitos por suicídio, em 2024, 1.205 (78,86%) foram de pessoas do sexo masculino e 323 (21,14%) do sexo feminino. A análise dos índices por faixa etária (Figura 13) demonstra diferenças significativas entre homens e mulheres. Entre homens, houve um crescimento progressivo nas taxas com o avanço da idade, atingindo o ápice em idosos acima de 80 anos (49,69 óbitos por 100 mil habitantes). Entre as mulheres, o risco de suicídio apresentou uma tendência crescente até a faixa etária de 60 a 69 anos (8,35 óbitos por 100 mil habitantes), com declínio nas faixas etárias a partir dos 70 anos.

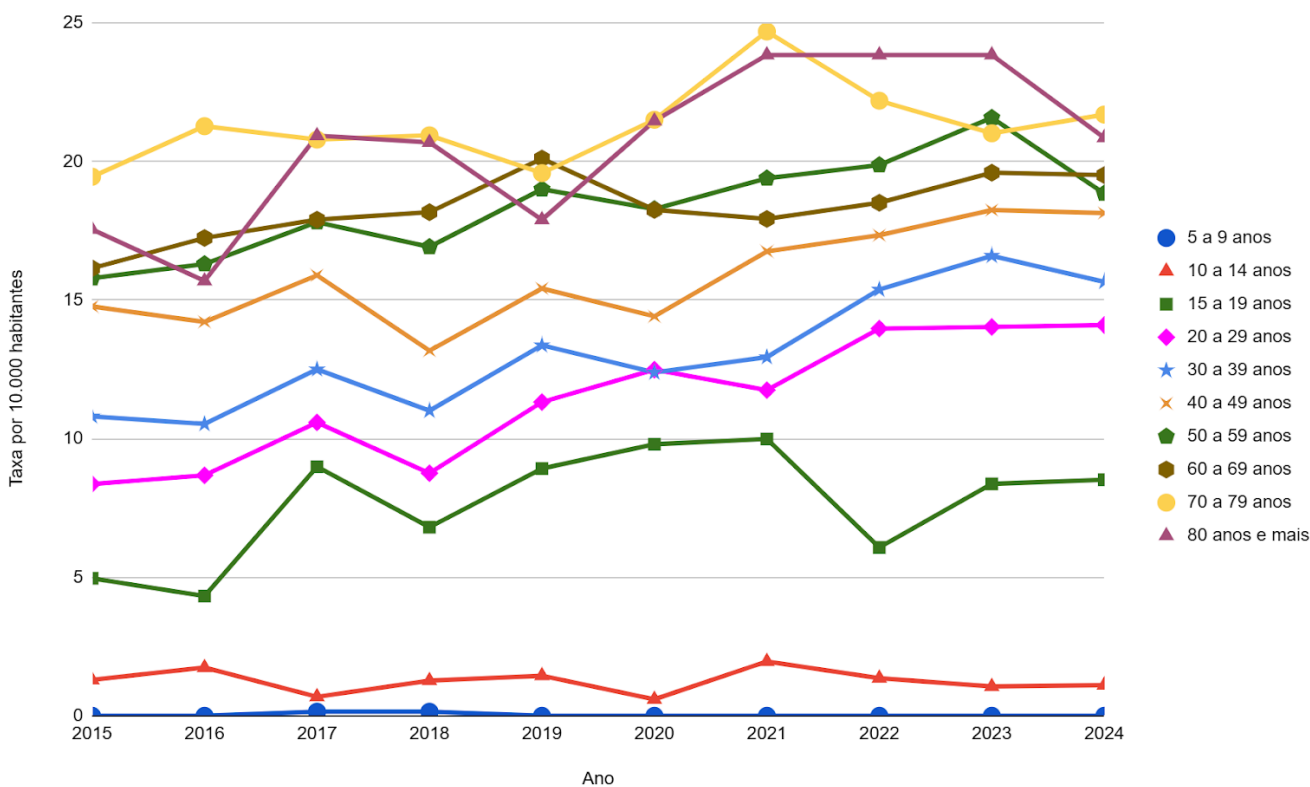
Ao analisar o período de 2015 a 2024, evidencia-se, na Figura 14, que as taxas de mortalidade por suicídio aumentam ao longo da vida. Observa-se, na série histórica, um crescimento relevante das taxas em pessoas com idades de 20 a 49 anos; contudo, tais taxas ainda são inferiores às registradas nas faixas etárias mais avançadas..

Figura 13 – Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, segundo a faixa etária, estratificada por sexo, no RS em 2024* (n = 1.528)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

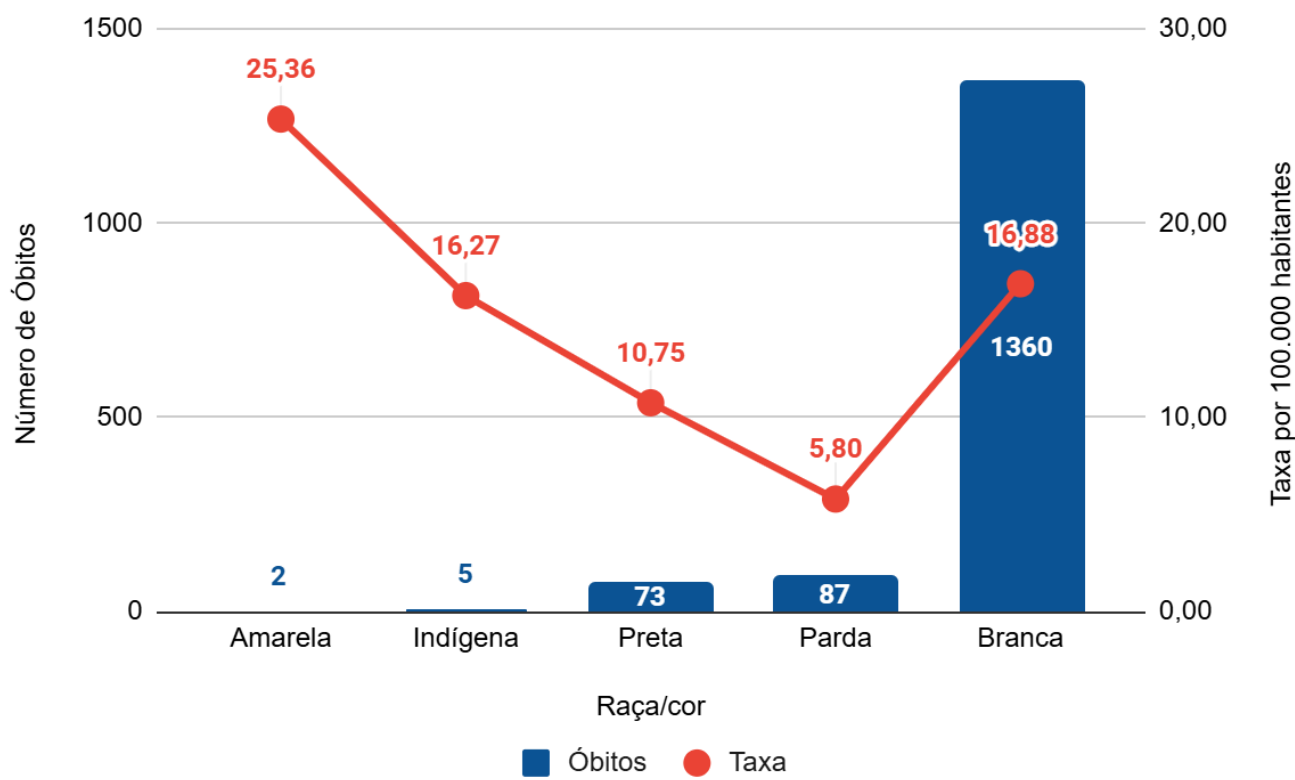
Figura 14 – Evolução da taxa de mortalidade por suicídio, segundo a faixa etária, no RS, 2015 a 2024* (n = 14.006)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

A maior taxa de mortalidade por suicídio, em 2024, ocorreu entre pessoas da raça/cor amarela (Figura 15), ainda que tais óbitos, em números absolutos, sejam muito inferiores aos óbitos ocorridos entre pessoas das raças/cor branca, pretas e pardas. Devido aos numeradores relativamente pequenos, as taxas para as populações de raça/cor amarela e indígena devem ser interpretadas com reserva.

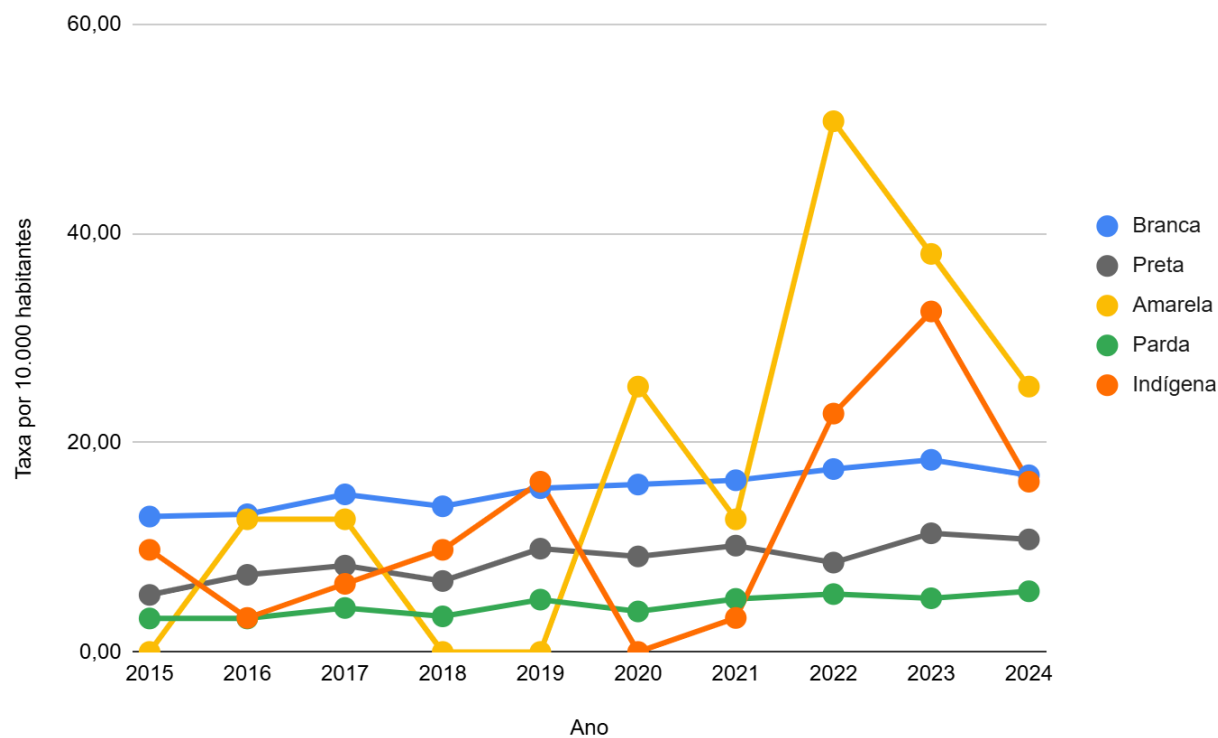
Figura 15 - Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, segundo raça/cor, no RS em 2024* (n = 1.527)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

No período de 2015 a 2024, quanto ao quesito raça/cor, identifica-se que, a partir de 2021, houve um aumento significativo nos óbitos por suicídio para as populações amarela e indígena (Figura 16) e posterior diminuição. Porém, tais dados devem ser interpretados com cautela, pois as acentuadas oscilações nas taxas, de um ano para outro, podem estar associadas a números absolutos de óbitos relativamente pequenos nos numeradores.

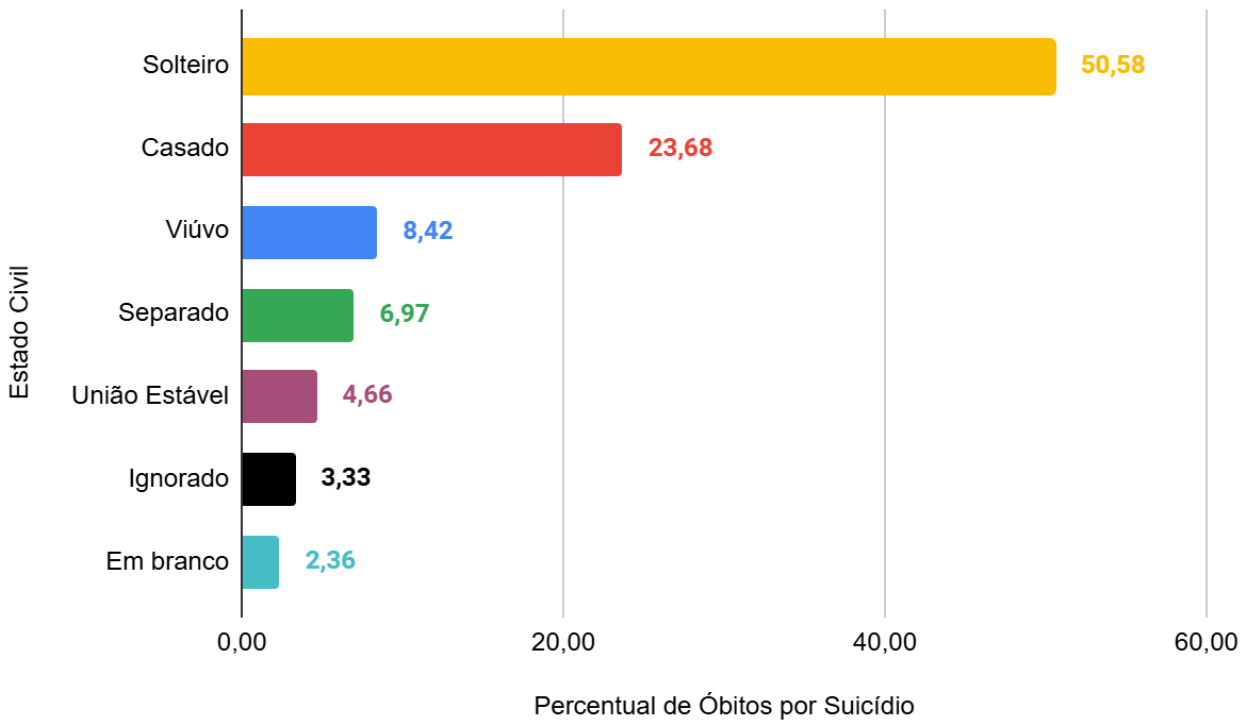
Figura 16 – Evolução da taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, segundo raça/cor, no RS, de 2015 a 2024* (n = 12.966)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS. * Os dados de 2024 ainda não foram homologados.

Em 2024, o maior percentual de óbitos por suicídio, no que diz respeito ao estado civil, foi entre as pessoas solteiras (50,58%), seguidas das casadas (23,68%) (Figura 17). O número de suicídios no grupo dos solteiros representa mais que o dobro dos óbitos no grupo das pessoas em relação matrimonial. Como não há dados disponíveis acerca do tamanho destes grupos populacionais no Estado, não foi possível estimar as taxas de mortalidade e, conseqüentemente, comparar os riscos para suicídio.

Figura 17 – Distribuição percentual dos óbitos por suicídio, segundo estado civil, no RS, em 2024* (n = 1.528)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

Quanto ao local de ocorrência, em 2024, a maior parte dos óbitos por suicídio foram perpetrados no domicílio (67,65%), seguido pelos hospitais (9,4%), demais serviços de saúde (6,5%) e outros (16,6%).

O total de mortes por suicídio, em 2024, é apresentado na Tabela 2 por CRS de residência da vítima. Constata-se que as maiores taxas de óbito por suicídio ocorreram respectivamente na 9ª CRS – sede em Cruz Alta; na 13ª CRS – sede em Santa Cruz do Sul; na 17ª CRS – sede em Ijuí e na 2ª CRS – sede em Frederico Westphalen.

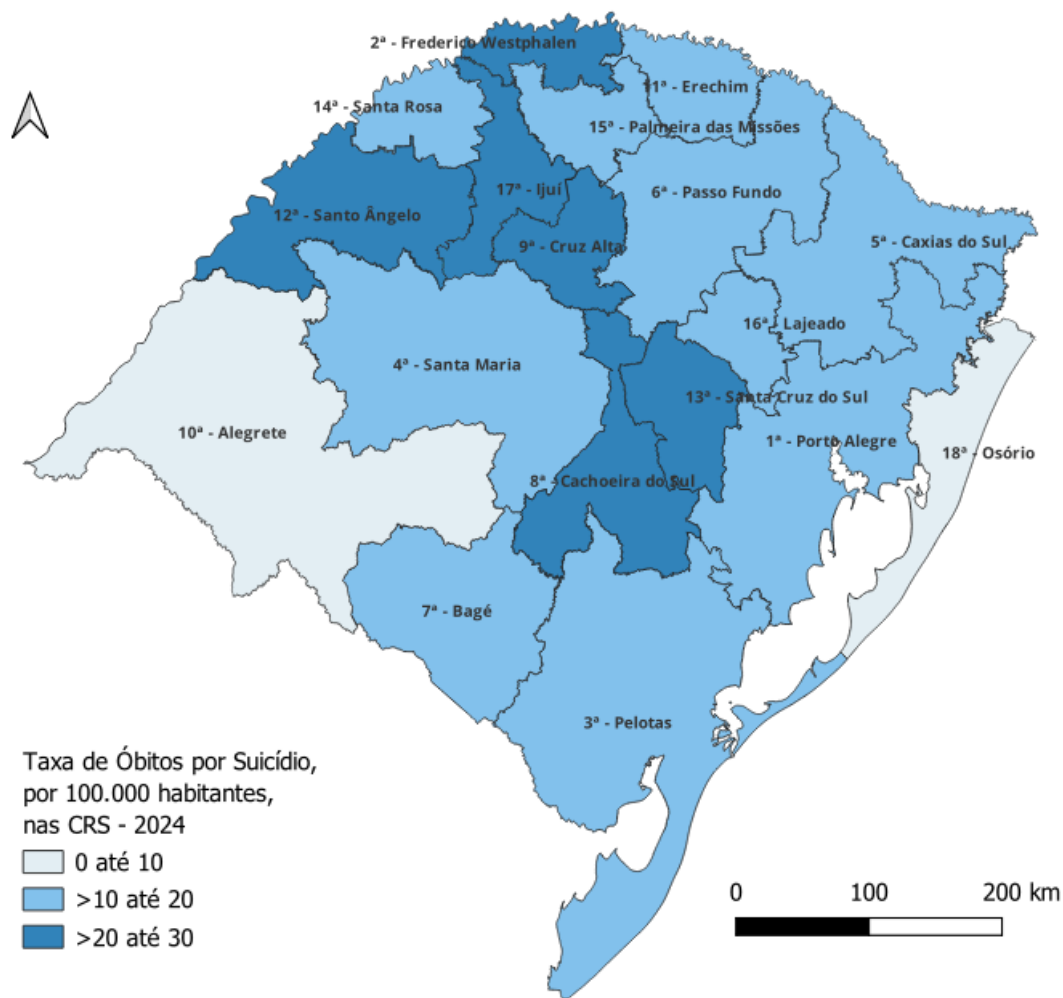
Tabela 2 – Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, em 2024*

CRS/SEDE	Nº Óbitos	Taxa por 100 mil hab.
9ª CRS - Cruz Alta	31	26,40
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	77	23,88
17ª CRS - Ijuí	51	23,69
2ª CRS - Frederico Westphalen	42	23,57
12ª CRS - Santo Ângelo	61	23,24
8ª CRS - Cachoeira do Sul	38	21,25
16ª CRS - Lajeado	65	19,32
14ª CRS - Santa Rosa	40	18,34
15ª CRS Palmeira das Missões	27	18,05
6ª CRS - Passo Fundo	107	17,21
3ª CRS - Pelotas	126	16,30
7ª CRS - Bagé	28	16,27
4ª CRS - Santa Maria	83	15,81
5ª CRS - Caxias do Sul	150	13,45
11ª CRS - Erechim	29	13,15
1ª CRS - Porto Alegre	504	12,44
18ª CRS - Osório	37	9,34
10ª CRS - Alegrete	32	7,63
TOTAL	1528	Taxa média: 14,87

Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

A representação espacial da mortalidade por suicídio no ano de 2024, representada no mapa da Figura 18, evidencia uma distribuição heterogênea entre as Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo que seis delas concentram as taxas mais elevadas de óbitos por esse agravo, no intervalo de 26,40 a 21,25 por 100 mil habitantes.

Figura 18 – Taxa de mortalidade por suicídio, por Coordenadoria Regional de Saúde, no RS, em 2024* (n = 1.548)



Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

Dentre os 42 municípios gaúchos com mais de 50 mil habitantes, foram listados, na Tabela 3, os 20 que apresentaram os índices mais elevados para suicídio em 2024. Dentre eles, estão: Venâncio Aires (33,81), São Borja (23,16), Sapiranga (22,56) e Ijuí (22,56). Os primeiros onze municípios, destacados na referida tabela, tiveram taxas superiores a do estado que, em 2024, foi de 14,87 óbitos por 100 mil habitantes.

Tabela 3 – Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio nos 20 municípios do RS com as maiores taxas em 2024*, dentre municípios com mais de 50 mil habitantes

Município (+ 50.000 hab.)	Nº Óbitos	TAXA
Venancio Aires	22	33,81
São Borja	13	23,16
Sapiranga	16	22,56
Ijuí	18	22,56
Farroupilha	13	19,61
Santa Cruz do Sul	24	19,04
Cruz Alta	10	18,10
Santa Rosa	13	18,00
Santo Ângelo	13	17,99
Rio Grande	32	17,69
Lajeado	15	17,10
Bento Gonçalves	17	14,63
Bage	16	14,42
Carazinho	8	13,79
Alvorada	24	13,68
Pelotas	42	13,63
Campo Bom	8	13,50
Montenegro	8	13,23
Santa Maria	33	12,84
Caxias do Sul	56	12,78

Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), estima-se que, na população adulta, para cada óbito por suicídio, há outras 20 pessoas que atentaram contra a própria vida. A Tabela 4 retrata, em números absolutos, os óbitos autoprovocados, em 2024, e a estimativa de tentativas de suicídio a partir dessa proporção (1:20), a fim de verificar se o registro, no Sinan, das lesões autoprovocadas encontra-se distante dos números esperados.

Constatou-se, em 2024, que a maior aproximação entre notificações esperadas e as, de fato, registradas no Sinan, ocorreram na 10ª CRS, sede Alegrete (74,69%); na 4ª CRS, sede Santa Maria (56,69%); na 5ª CRS, sede Caxias do Sul (52,17%) e na 13ª CRS, sede Santa Cruz do Sul (43,83%).

Cabe ressaltar que os registros não se referem apenas à população de adultos nem diferenciam o comportamento autolesivo da tentativa de suicídio, o que significa dizer que as notificações realizadas em relação ao número estimado para o território são ainda menores.

Tabela 4 – Número de óbitos por suicídio, número estimado de tentativas de suicídio e notificações de lesão autoprovocada e o percentual atingido por Coordenadoria Regional de Saúde, no RS, em 2024*

CRS/SEDE	Nº Óbitos	Notificações Estimadas	Notificação no Sinan	
			Nº	%
1ª CRS - Porto Alegre	504	10.080	3.963	39,32
2ª CRS - Frederico Westphalen	42	840	158	18,81
3ª CRS - Pelotas	126	2.520	1.040	41,27
4ª CRS - Santa Maria	83	1.660	941	56,69
5ª CRS - Caxias do Sul	150	3.000	1565	52,17
6ª CRS - Passo Fundo	107	2.140	548	25,61
7ª CRS - Bagé	28	560	165	29,46
8ª CRS - Cachoeira do Sul	38	760	188	24,74
9ª CRS - Cruz Alta	31	620	161	25,97
10ª CRS - Alegrete	32	640	478	74,69
11ª CRS - Erechim	29	580	130	22,41
12ª CRS - Santo Ângelo	61	1.220	133	10,90
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	77	1.540	675	43,83
14ª CRS - Santa Rosa	40	800	252	31,50
15ª CRS Palmeira das Missões	27	540	77	14,26
16ª CRS - Lajeado	65	1.300	406	31,23
17ª CRS - Ijuí	51	1.020	205	20,10
18ª CRS - Osório	37	740	316	42,70
TOTAL	1.528	30560	11401	37,31

Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

No ano de 2024, pode-se identificar, na Tabela 5, que a primavera foi a estação com maior percentual de óbitos de pessoas do sexo feminino (29,7%) e o verão, a estação para pessoas do sexo masculino (28,4%). Os meses que apresentaram maior percentual de óbitos foram: outubro (10,5%) e novembro (10,2%), para pessoas do sexo feminino, janeiro (9,8%) e dezembro (9,6%), para pessoas do sexo masculino. Com relação aos dias da semana, as mortes ocorreram com maior frequência, para ambos os sexos (16,04%), nas terças-feiras. Observa-se que mais da metade dos óbitos (55,9%) aconteceram nos turnos da manhã e da tarde.

Tabela 5 – Distribuição de óbitos por suicídio, segundo estações do ano, meses, dias da semana, turnos do dia, no RS, 2024* (n = 1.528)

	Feminino		Masculino		Total	
	Número de Óbitos	Mortalidade %	Número de Óbitos	Mortalidade %	Nº Óbitos	%
Estação do Ano**						
Outono	69	21,4	259	21,5	328	21,5
Inverno	88	27,2	285	23,7	373	24,4
Primavera	96	29,7	319	26,5	415	27,2
Verão	70	21,7	342	28,4	412	27,0
TOTAL	323	100%	1205	100%	1528	100%
Mês						
Janeiro	23	7,1	118	9,8	141	9,2
Fevereiro	22	6,8	102	8,5	124	8,1
Março	27	8,4	111	9,2	138	9,0
Abril	22	6,8	79	6,6	101	6,6
Maio	17	5,3	71	5,9	88	5,8
Junho	27	8,4	102	8,5	129	8,4
Julho	32	9,9	93	7,7	125	8,2
Agosto	27	8,4	98	8,1	125	8,2
Setembro	28	8,7	104	8,6	132	8,6
Outubro	34	10,5	113	9,4	147	9,6
Novembro	33	10,2	98	8,1	131	8,6
Dezembro	31	9,6	116	9,6	147	9,6
TOTAL	323	100%	1205	100%	1528	100%
Dias da Semana						
Domingo	49	15,2	180	14,9	229	15,0
Segunda	58	18,0	193	16,0	251	16,4
Terça	52	16,1	184	15,3	236	15,4
Quarta	46	14,2	141	11,7	187	12,2
Quinta	43	13,3	185	15,4	228	14,9
Sexta	32	9,9	153	12,7	185	12,1
Sábado	43	13,3	169	14,0	212	13,9
TOTAL	323	100%	1205	100%	1528	100%
Turno***						
Madrugada	67	20,7	161	13,4	228	14,9
Manhã	75	23,2	361	30,0	436	28,5
Tarde	92	28,5	327	27,1	419	27,4
Noite	63	19,5	216	17,9	279	18,3
Não Preenchido	26	8,0	140	11,6	166	10,9
TOTAL	323	100%	1205	100%	1528	100%

Fonte: Sinan – Secretaria da Saúde do RS.

* Os dados de 2024 ainda não foram homologados

**Foram consideradas as estações segundo o Instituto Nacional de Meteorologia, com o outono iniciando no dia 20 março, o inverno, no dia 20 de junho, a primavera, no dia 22 de setembro e o verão, no dia 21 de dezembro.

***Foram considerados as seguintes informações sobre os turnos: a madrugada corresponde ao período das 00h00 às 06h00; a manhã, ao período das 06h01 às 12h00; à tarde, ao período das 12h01 às 18h00; e, a noite, ao período das 18h01 às 23h59.

Onde são registrados os dados de mortalidade por suicídio?

São registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM. Esse sistema é alimentado pelas Secretarias Municipais de Saúde-SMS, Coordenadorias Regionais de Saúde-CRSs e pelo Núcleo de Informações em Saúde-NIS a partir das Declarações de Óbito (DO) que, no caso de morte por suicídio, somente podem ser emitidas por médicos legistas.

O NIS/SES/RS é responsável, entre outras atividades, pela descentralização do sistema e também por avaliar e consolidar os dados, para remetê-los regularmente ao Departamento de Informação DATASUS do MS, conforme Portaria Nº 116 de fevereiro de 2009 (Brasil, 2009).

4 DISCUSSÃO

A análise da evolução das notificações de lesão autoprovocada, no período de 2015 a 2019, seguiu uma tendência crescente no Estado. Contudo, nos dois anos subsequentes, observou-se uma diminuição nos registros, em virtude do empenho da rede de saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19. A partir de 2022, é possível inferir, na Figura 1, pelo crescimento das notificações, os esforços das equipes no restabelecimento do Programa de Vigilância da Violência Interpessoal e Autoprovocada que incluem, entre outras ações, a sensibilização dos serviços de saúde para identificação de pessoas com o espectro do comportamento suicida.

Os dados revelam que 54,47% das notificações ocorreram nos serviços de urgência e emergência e hospitais quando violência contra si mesmo tornou-se mais grave. A identificação precoce de pessoas em situação de risco para o comportamento suicida, ainda na Atenção Primária, possibilitaria a interrupção do agravamento dos casos, por consequência, a prevenção das tentativas de suicídio e do óbito por esse agravo.

Além disto, do ponto de vista epidemiológico, as notificações da violência autoinfligida feitas a tempo permitiriam tanto subsidiar as políticas públicas quanto prevenir as violências autorreferidas de repetição que representaram, em 2024, quase 50% dos registros.

Em 2024, foram registrados 11.324 casos de lesão autoprovocada (comportamento autolesivo e tentativas de suicídio), sendo que 68,8% das notificações ocorreram entre mulheres. A literatura demonstra que as mulheres apresentam maiores prevalências de ideação, planejamento e tentativas de suicídio, enquanto os homens têm um risco aproximadamente quatro vezes maior de morrer por suicídio. Esse fenômeno, denominado paradoxo de gênero, relaciona-se, entre outros fatores, ao uso de métodos de menor letalidade nas tentativas realizadas por mulheres (Botega, 2015).

Nos jovens, as taxas de lesão autoprovocada foram expressivas, na faixa etária dos 15 a 19 anos, tanto para o sexo feminino (471,79 por 100 mil habitantes) quanto para

o sexo masculino (162,69 por 100 mil habitantes). Observou-se que as taxas mais elevadas para o comportamento autodestrutivo foram entre as jovens. Tal diferença na dinâmica dos comportamentos pode estar associada a um modelo feminino que valoriza a submissão e docilidade, tornando as jovens mais propensas a direcionar a agressividade contra si mesmas (Solka; Cruz, 2022). A imposição de um padrão corporal, construído socialmente, acaba sendo fonte de sofrimento, em relação ao qual a maioria das jovens se sente excluída. Para os adolescentes, de ambos os sexos, são considerados fatores de risco: o baixo rendimento educacional, os conflitos geracionais, o uso de substâncias, a discriminação no ambiente escolar, o cyberbullying, a dificuldade no estabelecimento de vínculos afetivos e os traumas na vida pregressa, tais como negligência, abuso sexual, violência psicológica e física (Botega, 2015).

Quanto à violência autoprovocada na população LGBT, de modo geral, percebe-se que, no Brasil, há escassez de informações, o que torna essencial a identificação destes grupos nas notificações de violência, no Sinan, por serem um dos únicos mecanismos oficiais de registro (Cerqueira; Bueno, 2024; Pinto *et al.*, 2020). Os indicadores sinalizam que ainda há dificuldades por parte dos profissionais da saúde em perguntar aos usuários sobre temas como sexualidade (Santos *et al.*, 2022). Devido à subnotificação e à incompletude de dados, o fenômeno da lesão autoprovocada, nessa população, acaba sendo pouco conhecido.

O Rio Grande do Sul, historicamente, apre-

senta os maiores índices de mortalidade por suicídio do país. A análise da trajetória das taxas gerais de suicídio no Estado, entre 2015 e 2023, revelou um crescimento de 47,70%, passando de 10,88 para 16,07 suicídios por 100 mil habitantes. O incremento mais pronunciado ocorreu entre 2018 e 2019, com um aumento de 14,4%. Contudo, entre 2023 e 2024 houve um decréscimo de 7,5% nas taxas de mortalidade por esse agravo, com alteração de 16,07 para 14,87 suicídios por 100 mil habitantes (Figura 12). Cabe ressaltar que, para 2024, poderá ocorrer uma pequena variação na taxa de mortalidade por suicídio após o fechamento das investigações de óbito e homologação do banco de dados.

De modo geral, havia, por parte de vários segmentos da sociedade, a preocupação de que a taxa geral de mortalidade por suicídio no Estado pudesse apresentar um aumento significativo em função das enchentes, ocorridas em setembro de 2023 e entre final de abril e início de maio de 2024, o que não se observou nos dados. Isso corrobora com a tese de que as consequências emocionais de um desastre ambiental nem sempre são perceptíveis em um primeiro momento (Rafaloski *et al.*, 2020). Após um evento traumático, os sintomas mais frequentes são ansiedade, insônia, tristeza e memórias intrusivas para os quais, muitas vezes, as pessoas não buscam o atendimento junto aos serviços de saúde. Os impactos mais severos em termos de saúde mental (abuso de substância, transtornos mentais, comportamento violento contra si ou outrem) tendem a aparecer ao longo do tempo, não imediatamente. Além disso, a violência autoprovocada acaba sendo uma resposta ao acúmulo de fatores de riscos para os quais as estratégias de

proteção individuais e coletivas não foram suficientes.

No período analisado (2015-2024), foram computados 16.007 suicídios no Estado, sendo que, aproximadamente, 80% das vítimas eram homens. Essa diferença de padrão comportamental em relação às mulheres pode estar relacionada à masculinidade hegemônica que valoriza a virilidade e a força. Nesse contexto cultural, a dificuldade de pedir ajuda e de manifestar os sentimentos podem ser consideradas como expressão de fraqueza. Somado a isso, os homens tem acesso a meios mais letais que as mulheres e, em 60% dos casos, morrem na primeira tentativa de suicídio (Brasil, 2024).

Em 2024, contabilizou-se 1.528 suicídios no estado. Ao analisar o risco de suicídio por faixa etária, identificou-se um incremento progressivo nas taxas de suicídio, entre os homens, com o processo de envelhecimento, chegando ao maior índice na idade igual ou superior a 80 anos (49,69 óbitos por 100 mil habitantes). Por sua vez, o risco de suicídio entre as mulheres diminuiu com o avançar da idade, sendo mais elevado entre os 60 e 69 anos (8,35 óbitos por 100 mil habitantes). Na velhice, os homens, em geral, enfrentam prejuízos no desempenho sexual, à interrupção do trabalho, à perda de status e do lugar de provedor da família. Além disso, as doenças incapacitantes, que reduzem a autonomia e, por consequência, aumentam a necessidade de suporte social, levam muitos idosos, de ambos os sexos, a crer que são um peso para os seus familiares.

Quanto ao quesito raça/cor, os dados revelam uma elevada taxa de suicídios nas

populações indígena e amarela. Entre os principais fatores de risco para a morte e autoprovocada em povos originários destacam-se a aculturação, a desterritorialização, o enfraquecimento dos laços comunitários, a violação de direitos fundamentais e o aumento do uso de álcool (Araújo et al., 2023; Brasil 2020).

No caso da população que se autodeclara de raça/cor amarela, o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022 apresentou menor preenchimento para esse quesito raça/cor em relação ao Censo de 2010, devido à inclusão de um item extra. Essa redução diminuiu a base populacional considerada para o cálculo, o que resultou em uma taxa de mortalidade por suicídio mais elevada nesse grupo.

Quanto à distribuição de óbitos por local de ocorrência, evidenciou-se o fato de que 68% dos suicídios aconteceram no domicílio, nos turnos da manhã e da tarde, período em que as vítimas provavelmente encontram-se sozinhas, evitando, assim, a intervenção e o socorro de seus familiares. Os dados não revelaram variações significativas entre os dias da semana e os meses do ano nos quais as mortes se efetivaram. Embora o senso comum sugira que os óbitos por suicídio sejam mais frequentes no inverno, os dados disponíveis não corroboram essa hipótese. Identificou-se a maior concentração de mortes por suicídio, para mulheres, na primavera (29,7%); e, para homens, no verão (28,4%).

No Rio Grande do Sul, o fenômeno da morte autoprovocada é um grave problema de saúde em toda a extensão territorial. Em 2024, os dados revelaram que a situação é mais significativa na 9ª CRS – Cruz Alta, 13ª CRS – Santa Cruz do Sul, 17ª CRS – Ijuí, 2ª CRS – Frederico Westphalen e

12ª CRS - Santo Ângelo, e a 8ª CRS - Cachoeira do Sul cujas taxas apresentaram-se superiores a 20 suicídios por 100.00 habitantes.

■ 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as estratégias de prevenção ao suicídio, estão aquelas relacionadas aos Sistemas de Informação em Saúde que incluem o registro e análise dos dados sobre as lesões autoprovocadas (comportamento autolesivo e tentativa de suicídio) e óbitos por esse agravo. Espera-se que os resultados apresentados neste Boletim subsidiem a definição de prioridades para a alocação de recursos, orientem a implementação de ações de prevenção e contribuam para a sensibilização da rede intersetorial acerca dos grupos em maior situação de vulnerabilidade ao risco de suicídio em cada região do estado.

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde realiza o monitoramento permanente dos indicadores de saúde da população (taxas de autolesão e de óbito por suicídio). Após o desastre ambiental, tem acompanhado com especial atenção todos os índices a fim de assessorar a Política de Saúde Mental do Estado e o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, assim como os comitês municipais de prevenção.

O RS tem apresentado as taxas mais elevadas de suicídio do país, por isso enfrenta alguns desafios, entre os quais a superação do preconceito em relação ao sofrimento mental e ao estigma referente ao comportamento suicida. As ações de promoção à vida não

devem ser restritas ao mês de setembro, sendo necessária a abordagem do tema nos processos de educação permanente. Ainda assim, falar sobre o suicídio requer preparo e responsabilidade para evitar um efeito iatrogênico nos grupos de maior vulnerabilidade. Esse compromisso deve ser assumido por todos e, de modo especial, pelos profissionais que trabalham nos meios de comunicação. A abordagem do tema deve ser voltada à promoção da vida e não centrada na morte. Além disso, é importante divulgar junto a essa pauta os serviços disponíveis para o atendimento à população.

As pessoas com manifestações de comportamento suicida (comportamento autolesivo, ideação, tentativa de suicídio) necessitam de acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial. A Atenção Primária, ao identificar precocemente os sinais de alerta, pode evitar o agravamento dos casos que, após uma tentativa de suicídio, chegam aos serviços de urgência e emergência.

Contudo, para além dos cuidados em nível individual, a prevenção do comportamento suicida requer, impreterivelmente, a implementação de estratégias coletivas voltadas ao enfrentamento das violações de direitos sociais, tais como os direitos à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à segurança, à previdência social, à moradia, bem como à proteção da maternidade e da infância. Ademais, impõe-se a necessidade de superar as desigualdades estruturais — de classe, raça, gênero e território — que incidem de modo cumulativo sobre populações historicamente vulnerabilizadas.

Além de tudo, é necessário combater as múltiplas formas de violência que se constituem em fatores de risco para o suicídio, como: a discriminação da comunidade LGBT, o abuso sexual de crianças e adolescentes, o bullying, a negligência de idosos, a agressão física e psicológica contra mulheres, a violação das terras indígenas, a imposição padrões de masculinidade tóxica aos meninos, o assédio moral no ambiente de trabalho, o racismo, entre outras.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

ARAUJO, Jacyra Azevedo Paiva de *et al.* Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. **The Lancet regional health. Americas**, [United Kingdom], v. 26, local. 100591, Oct. 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00165-5/fulltext?uuid=uuid%3A9839ea72-4676-4583-93e4-debed1a28f1e](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00165-5/fulltext?uuid=uuid%3A9839ea72-4676-4583-93e4-debed1a28f1e). Acesso em: 4 set. 2025.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xY3cvFBxmGnnGYWcxjyrw5h>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 5 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 18, p. 37, 26 jan. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/01/2011&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=88>. Acesso em 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n.108, p. 67-68, 9 jun. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/06/2014&jornal=1&pagina=67&totalArquivos=144>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2018**: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 467 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_estados_2018_analise_situacao_saude_mortalidade.pdf. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 51, n. 37, p. 1-7, set. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no37>. Acesso em: 4 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021- 2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2009. 19 p. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/cc-br-fic/portaria-116-2009.pdf>. Acesso em: 22 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, 6 fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Poder Legislativo. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 80, p. 1, 29 abr. 2019b.

CAIS, Carlos Filinto da Silva *et al.* Factors associated with repeated suicide attempts. **Crisis**, [Germany], v. 30, n. 2, p. 73-78, Mar. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19525165/>. Acesso em: 2 ago. 2025.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). **Atlas da violência 2024**. Brasília, DF: Ipea; São Paulo: FBSP, 2024. 129 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/04a8811b-b222-496f-b8f3-cd2e71662a22/content>. Acesso em: 2 ago. 2025.

IBGE. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, [2022?]. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censodemografico-2022.html>. Acesso em: 15 set. 2025.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista brasileira de epidemiologia**, [São Paulo], v. 23, local. e200006. SUPL.1, 2020. Suplemento 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 2 ago. 2025.

RAFALOSKI, Alessandra Rossoni *et al.* Saúde mental das pessoas em situação de desastre natural sob a ótica dos trabalhadores envolvidos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 230-241, jul. 2020. Número especial 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E216>. Acesso em: 12 set. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Mortalidade no Rio Grande do Sul: série histórica de 2000 a 2015 de causas selecionadas. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil Estados 2018**: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. p. 279-295. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_estados_2018_analise_situacao_saude_mortalidade.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

SANTOS, Rafael Olegário dos *et al.* Caracterização das notificações de violência autoprovocada em Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. **Cadernos de gênero e tecnologia**, Curitiba, v. 15, n. 45, p. 26-47, 2022. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/cgt/article/view/13624>. Acesso em: 2 ago. 2025.

SOLKA, Anna Carolina; CRUZ, Claudia Weyne. Características das adolescências com comportamento autolesivo no Rio Grande do Sul: análise das notificações de violência autoprovocada do Sinan. **Saúde e desenvolvimento humano**, Canoas, v. 10, n. 3, 2022. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/9411. Acesso em: 29 ago. 2025.

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de *et al.* Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [São Paulo], v. 44, local. e58, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2020.v44/e58/>. Acesso em: 4 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014. 89 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 29 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. Geneva: WHO, 2021. 28 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2021**: global health estimates. Geneva: WHO, 2025. 64 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381495/9789240110069-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 set. 2025. Acesso em: 8 set. 2025.

O Boletim Epidemiológico de Lesão Autoprovocada e Suicídio é um instrumento de informação para os trabalhadores da rede intersetorial, editado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, disponível no endereço eletrônico www.cevs.rs.gov.br.

RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS

Autores

Claudia Weyne Cruz - DPS/ESP
Andreia Novo Volkmer - DVE/CEVS
Cecília de Fátima Queiroz Rokembach - DVE/CEVS
Eduardo Viegas da Silva - DVE/CEVS
Marcia Elisa Krahll Fell - DVE/CEVS

Colaboradores

Ana Maria Nunes Mendes - DVE/CEVS
Claudia Veras - DVE/CEVS

Apoio Bibliográfico

Adriana Schwanck de Bittencourt - CID/CEVS
Lia Mara Becker Dilelio - CEIDS/ESP
Silvana Matos Amaro - CEIDS/ESP

Capa e Diagramação

Yamilet Nunes de Quadros - Residente RIS/ESP
Daniele Buffon - Residente RIS/ESP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R585b Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde.
Boletim epidemiológico [recurso eletrônico]: lesão autoprovocada e suicídio /
elaborado por Claudia Weyne Cruz ... [et al.]. – Porto Alegre: CEVS/SES, 2025.
32 p.: il. ; color.

ISBN 978-65-88447-21-5

1. Suicídio. 2. Comportamento autodestrutivo. 3. Mortalidade. 4. Monitoramento
epidemiológico. 5. Notificação. 6. Sistemas de informação em saúde. 7. Rio Grande do
Sul. I. Cruz, Claudia Weyne. II. Volkmer, Andreia Novo. III. Rokembach, Cecília de
Fátima Queiroz. IV. Silva, Eduardo Viegas da. V. Fell, Marcia Elisa Krahll. VI. Título.

NLM WA 105

Catalogação na fonte – Centro de Informação e Documentação/CEVS/SES/RS

**Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, desde que citada a fonte.*