

# **Relatório de Prevenção ao Suicídio**

**Campo Grande**

**2024**



<b>Sumário</b>	
<b>Apresentação</b> .....	3
<b>Metodologia</b> .....	4
<b>Introdução</b> .....	4
<b>Resultados e indicadores</b> .....	6
<b>Lesão autoprovocada e a problemática do Suicídio</b> .....	6
<b>Mídia e Suicídio, uma nova abordagem</b> .....	8
<b>Indígenas e a problemática do Suicídio</b> .....	10
<b>Suicídio na velhice, uma problemática relacional</b> .....	11
<b>Estatísticas e resultados</b> .....	13
<b>Estratégia Nacional Para Prevenção do Suicídio</b> .....	14
<b>Estrutura de Atendimento na Rede de Saúde Municipal de Campo Grande – MS</b> .....	15
<b>Fluxograma de Atendimento Para Pessoas Com Tentativas de Suicídio ou lesões autoprovocadas</b> .....	16
<b>Lei Municipal de Prevenção ao Suicídio, Campo Grande - MS</b> .....	18
<b>Estatísticas e Dados sobre violências autoprovocadas em Campo Grande (MS) entre 2019 – 2022</b> .....	20
<b>Dados SINAN (2019 – 2022)</b> .....	20
<b>Dados SIM (2019 – 2022)</b> .....	30
<b>Grupo Amor Vida (GAV)</b> .....	35
<b>Projetos de prevenção ao Suicídio</b> .....	36
<b>Conclusão Final</b> .....	38
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	43



## **Apresentação**

Mato Grosso do Sul destaca-se entre os estados brasileiros como uma região com preocupantes índices de suicídio. Para entender melhor essa realidade, concentramos nossa análise em Campo Grande (MS) neste estudo. Ao examinarmos as elevadas taxas de suicídios e tentativas na região, observamos que esse problema é uma constante, afetando adolescentes, indígenas e principalmente pessoas entre 25 e 50 anos, independentemente do gênero.

A presença significativa desses índices de suicídio pode ser atribuída a uma variedade de fatores, como questões socioeconômicas, acesso restrito a serviços de saúde mental, isolamento social, discriminação étnica ou cultural, pressões sociais e familiares, entre outros. Compreender e abordar essa complexidade requer uma estratégia abrangente que envolva diversas áreas, incluindo saúde mental, educação, políticas sociais e apoio comunitário.

Para lidar efetivamente com esse problema, é fundamental implementar programas de prevenção do suicídio, direcionando esforços especialmente aos grupos mais vulneráveis. Esses programas podem envolver campanhas de conscientização, capacitação de profissionais de saúde mental, disponibilização de serviços de aconselhamento acessíveis e promoção de ambientes sociais e comunitários que fomentem o bem-estar emocional.

A colaboração da comunidade desempenha um papel crucial, incluindo líderes locais, organizações não governamentais e instituições de ensino, para estabelecer uma rede de apoio robusta. A conscientização sobre os sinais de alerta, a promoção do diálogo aberto sobre saúde mental e a divulgação de recursos de suporte podem fazer a diferença na prevenção do suicídio.

As autoridades governamentais também têm um papel essencial, sendo necessário implementar políticas públicas eficazes que abordem questões estruturais contribuintes para a vulnerabilidade de certos grupos. Investir em educação, emprego e serviços de saúde mental são elementos-chave dessa abordagem.

É imperativo que se investigue as causas específicas do aumento das taxas de suicídio em Campo Grande e no Mato Grosso do Sul, permitindo o desenvolvimento de



intervenções mais direcionadas. A colaboração entre pesquisadores, profissionais de saúde, comunidades locais e autoridades governamentais é fundamental para enfrentar esse desafio complexo.

## **Metodologia**

Os dados utilizados nesse relatório foram obtidos através da biblioteca PySUS que armazena e disponibiliza os dados da plataforma do DATASUS, e as análises e tratamentos dos dados foram realizados através de uma programação de linguagem Python. A Pesquisa se enquadra como Quali-quantitativa, no qual apresenta uma descrição, classificação e interpretação em caráter empírico e à análise de estatísticas e dados numéricos para compreender melhor a realidade. Com isso, através da literatura e dos dados obtidos, projeta-se formas de compreensão e atuação acerca da temática deste presente relatório.

## **Introdução**

Segundo Dias (2021), a morte, um fenômeno natural, provoca medo e angústia em muitas pessoas; contudo, inúmeras questões emergem e são analisadas quando ela transcende o curso natural. O suicídio, em particular, categorizado como morte por causas externas autoprovocadas e classificado pelo Código Internacional de Doenças (CID 10)<sup>1</sup>, códigos X60 a X84, permanece socialmente estigmatizado.

No Brasil, o debate sobre o tema começou a ganhar relevância na década de 1990, coincidindo com a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, no estado de São Paulo. As mudanças para a saúde mental ganharam impulso com a Lei Federal nº 10.216/01<sup>2</sup> e duas Portarias<sup>3</sup> lançadas em 2005<sup>4</sup> e 2006<sup>5</sup>, as quais elaboraram e implementaram a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio e as Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio (Dias, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada em 1948, aproximadamente 1 milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Os dados são

---

<sup>1</sup> Anexo I ( <https://cid10.com.br/> ).

<sup>2</sup> [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

<sup>3</sup> 2542/05 e 1876/06

<sup>4</sup> [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542\\_22\\_12\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html)

<sup>5</sup> [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)



obtidos por meio do levantamento de seus países membros, que muitas vezes não reflete totalmente a complexidade do problema, podendo apresentar números superiores aos demonstrados.

Dias (2021) destaca que, segundo a OMS, o suicídio é a 15ª causa de mortalidade no mundo, representando 1,4% de todas as mortes e sendo a 2ª causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, o suicídio é a 4ª maior causa de mortalidade nessa faixa etária, com 11 mil pessoas tirando a própria vida anualmente.

Em outubro de 2013, como estratégia de prevenção e redução das taxas de suicídio globalmente, a OMS lançou o Plano de Ação de Saúde Mental (2013 – 2020), com diversos objetivos, incluindo a redução de 10% na mortalidade por suicídio até 2020 e a diminuição da taxa de suicídio para 7,3 a cada 100 mil habitantes. Em 2015, o Brasil aderiu ao Plano de Ação de Saúde Mental (2015 – 2020) lançado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), comprometendo-se a seguir os objetivos e metas estabelecidos pela OMS.

Observando as regiões pertencente a OMS, observa-se que,

as taxas de suicídio nas regiões da OMS na África (11,2:100.000), na Europa (10,5:100.000) e no Sudeste Asiático (10,2:100.000) eram maiores do que a média global (9:100.000) em 2019. A mais baixa taxa de suicídio está na região do Mediterrâneo Oriental (6,4:100.000). Segundo o relatório da OMS (2019) a taxa de suicídio está diminuindo mundialmente, com exceção das Américas. As taxas de suicídio caíram entre 2000 e 2019, com a taxa global diminuindo 36%, diminuições variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia, e 49% no Pacífico Ocidental. Entretanto, na Região das Américas, as taxas de suicídio aumentaram 17% no mesmo período. (Rohling, 2022).

O Brasil ocupa o 8º lugar entre os países com maiores índices de suicídio. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, aponta um aumento de 43% no país entre 2010 e 2019<sup>6</sup>, com taxas de crescimento mais expressivas no Sul e no Centro-Oeste. Diante dessa realidade, justifica-se a investigação do suicídio como um fenômeno na sociedade brasileira e, por meio de um estudo de caso em Campo Grande, busca-se compreender às falhas relacionado ao atendimento dos indivíduos em busca de

---

<sup>6</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/brasil-registra-aumento-de-suicidios-entre-2010-e-2019>



tratamento e auxílio, desenvolvendo estratégias de prevenção para reduzir as alarmantes taxas de suicídio. A implementação requer cooperação entre o governo, profissionais de saúde, organizações não governamentais e a sociedade em geral. Além disso, é importante que haja monitoramento constante e avaliação dos resultados para ajustar as estratégias conforme necessário

## **Resultados e indicadores**

### **Lesão autoprovocada e a problemática do Suicídio**

O suicídio pode ser definido como “ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo; iniciado e executado por uma pessoa que tem clara noção ou forte expectativa de que o desfecho seja fatal e resulte em sua própria morte” (Bertolote, 2012, p. 21)<sup>7</sup>. O suicídio hoje é compreendido como um fenômeno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos, sendo considerado um tema tabu em muitas sociedades. (Capozzolo, Cescon e Lima, 2018).

Essa perspectiva pode dificultar a abordagem do assunto, impedindo discussões abertas e o acesso adequado a ajuda e prevenção.

As estatísticas fornecidas pela OMS destacam a magnitude do problema, com o suicídio sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo. O fato de que esses números não incluem tentativas de suicídio sublinha ainda mais a extensão do impacto. O suicídio de acordo com a OMS figura entre uma das principais causas de morte em todo o mundo, responsável por 1 em cada 100 mortes registradas<sup>8</sup>, correspondendo à aproximadamente 1 milhão de óbitos anualmente, índices esses que não incluem as tentativas de suicídios, frequentemente de 10 a 20 vezes superiores (Botega, 2014). “O suicídio a décima quinta causa de morte no mundo e a segunda mais frequente em indivíduos de 15 a 29 anos de idade, de ambos os sexos, o que corresponde a uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa a cada quatro segundos.” (Scavacini, 2018).

Bahls e Botega (2007) observam para o fato de que os registros contabilizados são subestimados, já que alguns suicídios são registrados como acidentes e/ou mortes de

---

<sup>7</sup> BERTOLOTE, J. M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp, 2012.

<sup>8</sup> Disponível em : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acessado em: 19/12/2023.



causas indeterminadas. Existem várias razões pelas quais isso pode ocorrer, incluindo estigma em torno do suicídio, relutância em rotular uma morte como suicídio e desafios na determinação da intenção por trás de certos eventos. Além disso, a falta de informações claras e detalhadas sobre as circunstâncias da morte pode dificultar a classificação correta. A subnotificação de suicídios devido ao estigma é uma preocupação significativa e comum em muitos países, incluindo o Brasil. O estigma associado ao suicídio pode levar a uma falta de abertura e honestidade ao preencher as declarações de óbito, o que resulta em uma subestimação dos números reais de suicídios.

De acordo com Botega (2014), os dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil advêm das informações de atestados de óbitos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. A fonte dos dados é crucial para monitorar e compreender a epidemiologia do suicídio no Brasil. A análise desses dados pode orientar políticas e programas de prevenção mais eficazes, promovendo a conscientização, a detecção precoce de sinais de risco e o acesso a serviços de saúde mental. Porém, o Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou uma defasagem de óbitos registrados ao compararem suas projeções demográficas com os óbitos registrados, estimando que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartórios. É importante considerar essa defasagem ao interpretar os dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil, uma vez que a subnotificação pode impactar a precisão das estatísticas. Além disso, medidas para melhorar a qualidade e a abrangência do registro de óbitos podem ser importantes para uma compreensão mais completa da situação.

O crescimento no período de 1980 a 2012 foi de 62,4%, embora a taxa brasileira não seja tão alta se comparada às taxas mundiais, estamos em 63º em números relativos e 8º no *ranking* em números absolutos (OMS, 2014), que corresponde a uma média de trinta e dois suicídios completos por dia ou um, a cada quarenta e cinco minutos e de vinte tentativas no mesmo período. Estima-se que esses números sejam ainda aproximadamente 30% maiores, devido à subnotificação no registro de óbitos (Botega, 2010 Apud Scavacini, 2018).

Observa-se de que cada caso de suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos outras seis pessoas, destacando a amplitude das consequências emocionais que se estendem para além do indivíduo que cometeu o ato. Assim, ressalta-se a importância de



reconhecer e abordar os efeitos colaterais que o suicídio pode ter nas relações interpessoais e na saúde mental daqueles que permanecem.

Além disso, a menção de sentimentos ambivalentes, como luto, raiva, culpa e outros, destaca a complexidade emocional que os sobreviventes podem enfrentar. Esses sentimentos contraditórios são comuns em situações de perda por suicídio, pois os sobreviventes muitas vezes se deparam com a dificuldade de entender as motivações por trás do ato e enfrentam um processo de luto único.

Reconhecer e aceitar esses sentimentos como naturais é crucial para o processo de cura. Conversar com familiares e amigos pode proporcionar um espaço seguro para compartilhar emoções e experiências, promovendo a compreensão mútua e o apoio mútuo. A abertura para a comunicação também pode ajudar a diminuir o estigma associado ao suicídio, permitindo que as pessoas expressem suas emoções sem medo de julgamento.

Buscar atendimento médico e/ou psicológico é uma recomendação essencial. Profissionais de saúde mental podem oferecer suporte especializado para lidar com o impacto emocional do suicídio, fornecendo estratégias para enfrentar o luto, entender os sentimentos complexos e desenvolver mecanismos de enfrentamento saudáveis.

É importante destacar que o processo de recuperação pode variar significativamente de pessoa para pessoa. Cada indivíduo lida de maneira única com a perda por suicídio, e o apoio contínuo da comunidade, amigos e familiares, juntamente com intervenções profissionais, desempenha um papel crucial na promoção da resiliência e na recuperação emocional.

### **Mídia e Suicídio, uma nova abordagem**

Em 2009, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lançou uma cartilha contendo orientações para os profissionais da imprensa com o intuito de prevenir o estímulo ao comportamento suicida. Essa necessidade se deu principalmente pelos estudos dos últimos anos que demonstraram a influência da divulgação de um caso de suicídio, podendo influenciar inúmeras outras pessoas com predisposição ao suicídio.



O fenômeno do contágio acerca do suicídio ganhou ampla repercussão mundial após o "*efeito Werther*". De acordo com Côrte, Khoury e Mussi. (2014), após o lançamento em 1774 do romance de Goethe na Alemanha, intitulado 'Os sofrimentos do jovem Werther', originou-se uma onda de suicídios entre leitores que se identificaram com a obra, suicidando-se após deixarem cartas-testamento ou um exemplar do livro ao lado do corpo. Na época, chegou-se à conclusão de que o aumento de suicídios estava ligado à obra, levando vários países a proibirem sua divulgação com o intuito de evitar desencadear gatilhos em pessoas mais vulneráveis.

Profissionais, ao estudarem os efeitos dessa influência, perceberam que em momentos em que artistas ou pessoas influentes se suicidavam, concomitantemente aumentava-se o número de suicídios naquela sociedade de influência. A partir do momento em que os locais ou meios eram divulgados, identificava-se um crescimento de pessoas utilizando os mesmos meios ou indo aos mesmos pontos para se suicidarem. Por último, ao divulgarem um estado de depressão, melancolia, problemas de saúde ou diversos outros problemas de alguém que se suicidou, pessoas que se identificavam com a situação muitas vezes viam no desfecho uma solução para suas próprias problemáticas.

Percebeu-se a importância da forma como se noticia e divulga uma notícia que envolva um caso de suicídio,

Essas e outras razões levaram à criação de um código de ética na mídia a respeito da publicação de notícias sobre suicídios, descritos nos manuais de redação e em orientações. A palavra "suicídio" deve ser evitada em chamadas e manchetes, incluindo-a apenas no corpo do texto, devendo ser evitada a colocação da matéria em primeira página e chamadas dramáticas, ou ênfase no impacto da morte sobre as pessoas próximas. Entre outras recomendações, o manual Comportamento suicida orienta os profissionais da mídia a não fornecer detalhes sobre o método letal, fotos, não usar termos valorativos e omitir o local onde o ato foi realizado, a fim de não criar "suicidiódromos". Além de sugerir que o profissional aproveite a oportunidade para conscientizar a população sobre a prevenção. (Côrte, Khoury e Mussi, 2014)

Ao observar como os casos de suicídio são noticiados em Mato Grosso do Sul, percebe-se inúmeras falhas na forma de divulgação desses casos. Ao se pesquisar brevemente nos meios de pesquisa disponíveis na internet e nos principais veículos



jornalísticos, percebe-se que não estão sendo seguidas as diretrizes sobre como abordar as notícias acerca do suicídio. Facilmente encontram-se reportagens que destacam o suicídio em suas manchetes, dão ênfase aos motivos pelos quais a vítima recorreu a tal ato e, em muitos casos, são descritos os locais onde as vítimas cometeram suicídio.

É importante promover um debate entre o poder público, os pesquisadores especializados e os profissionais dos meios de comunicação para uma nova abordagem sobre como relatar os fatos de forma a não influenciar outros indivíduos em estado de vulnerabilidade.

### **Indígenas e a problemática do Suicídio**

De acordo com Souza *et al.* (2020), os indígenas representam 0,4% da população brasileira. São caracterizados pelas suas diversidades, configurações particulares, costumes, crenças e línguas. Porém, também se identificam dentre esses povos tensões sociais, ameaças à sua integridade, território e saberes, constantemente. Como consequência, acabam ficando em posições de maior vulnerabilidade "frente a uma série de agravos e problemas concretos, como invasões territoriais, exploração sexual e uso abusivo de álcool" (p. 1).

Os Povos Indígenas estão entre os grupos com taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas no Brasil e no mundo. Souza *et al.* (2020) aborda que em 2014, a taxa média de suicídio entre os indígenas foi de 21,8/100.000 habitantes, ou seja, quatro vezes mais que a taxa nacional. "De 2008 a 2012, os suicídios indígenas representaram 1,0% dos óbitos registrados no território brasileiro, um quantitativo 2,5 vezes maior do que a proporção de indígenas da população total do país." (p.2).

Pires (2010) aborda que em janeiro de 2010, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou um relatório que abordava as condições de vida dos povos indígenas no Brasil, destacando a comunidade Guarani Kaiowá, localizada no Mato Grosso do Sul, como a que apresentava o maior índice de suicídios em massa no mundo. O documento intitulado "*State of the World's Indigenous Peoples*<sup>9</sup>" apontava a luta pela terra e os conflitos com fazendeiros locais como os principais fatores por trás desses suicídios. Em

---

<sup>9</sup> <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/publications/state-of-the-worlds-indigenous-peoples.html>



2005, a taxa de suicídio entre os Guarani Kaiowá foi 19 vezes mais elevada do que a média nacional. O relatório também ressaltava que a expectativa de vida dos Guaranis no Brasil era mais de 20 anos inferior à média nacional.

De forma geral, as taxas de suicídio em indígenas foram maiores em homens e indivíduos de 10-24 anos. Em homens de regiões como a Centro-Oeste e Norte, essas taxas chegaram a alcançar 73,75 e 52,05 por 100 mil habitantes, em 2018 e 2017, respectivamente. Em indivíduos de 10-24 anos da região Norte, o grupo etário de maior risco para o suicídio indígena, essas taxas aumentaram substancialmente de 2013 em diante, contrariando o padrão de queda observado na região Centro-Oeste. Este é um diferencial importante, em comparação ao grupo de maior risco na população geral do Brasil, pois o grupo etário de indivíduos com 60 anos e mais, historicamente, é o que apresenta maior risco de suicídio, (Orellana, 2023).<sup>10</sup>

Os estados com as taxas mais elevadas de suicídio entre os indígenas são Mato Grosso do Sul e Amazonas. Em Mato Grosso do Sul, os dados sempre foram alarmantes, chegando a 105/100.000 habitantes em 2005 e nunca registrando menos de 43/100.000, ou seja, números diversas vezes superiores aos das taxas nacionais. Orellana afirma que ao se retirar os estados de Mato Grosso do Sul e Amazonas das estatísticas, às taxas de suicídio torna-se praticamente o da população brasileira em geral.<sup>11</sup>

Observando os dados nacionais e analisando a realidade dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul, nota-se a urgente necessidade de ações em prol dessas comunidades, de forma que consiga entender as suas realidades, as suas mazelas e através disso, elaborar estratégias pontuais para a busca da prevenção ao suicídio.

### **Suicídio na velhice, uma problemática relacional**

De acordo com Santos *et al.* (2021), novos desafios estão surgindo com o progressivo envelhecimento da população mundial. A Organização Mundial da Saúde

---

<sup>10</sup> Comentário realizado por Orellana para página da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por Júlio Pedrosa. In: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-aumento-de-suicidio-entre-jovens-indigenas-no-am-e-no-ms>. Acessado: 19/03/2024.

A citação é uma explicação sobre os dados apresentados no artigo “Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study”.

<sup>11</sup> <https://revistapesquisa.fapesp.br/taxa-de-suicidio-entre-indigenas-supera-em-quase-tres-vezes-a-dapopulacao-geral/>



(OMS) aborda que o número de pessoas acima de 60 anos alcançará 2 Bilhões até 2050, representando um quinto da população mundial. Os autores abordam que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que o Brasil já alcançou a quinta maior população de idosos do mundo em 2016 e que alcançará em 2030 um número maior de idosos do que crianças entre zero e 14 anos.

O aumento da expectativa de vida proporcionou às pessoas uma extensão nas oportunidades de desfrutar de suas famílias, relacionamentos, explorar novos interesses e se dedicar a projetos pessoais. No entanto, como destacado por Santos *et al.* (2021), essas experiências positivas do envelhecimento dependem fundamentalmente da capacidade de vivenciá-las com saúde e bem-estar. Ao mesmo tempo, o prolongamento da vida pode levar ao surgimento de sentimentos de melancolia, depressão e pensamentos suicidas quando as limitações associadas à idade não são aceitas.

Primeiramente, a solidão e o isolamento social frequentemente afetam os idosos, à medida que perdem amigos e familiares ao longo do tempo, o que pode levar a sentimentos de desesperança e desamparo. Em seguida, problemas de saúde física e mental, como doenças crônicas, dor persistente e declínio cognitivo, podem aumentar o risco de depressão e desespero.

A perda de independência também é um fator significativo, pois os idosos podem se sentir sobrecarregados ao dependerem mais dos outros para as atividades diárias. Além disso, a perda de papéis sociais, como aposentadoria e mudanças nas relações familiares, pode contribuir para sentimentos de inutilidade e falta de propósito.

O acesso limitado aos cuidados de saúde mental é uma barreira adicional, especialmente devido ao estigma em torno do envelhecimento e da saúde mental. Muitos idosos podem hesitar em buscar ajuda devido a esses estigmas e à falta de recursos financeiros ou informações sobre os serviços disponíveis.

É importante que o processo de envelhecer se integre ao cotidiano, às limitações físicas, processos de adoecimento e alterações na composição da rede social e familiar, ressignificando as formas de viver e o sofrimento relacionado às progressivas perdas por meio de uma visão de crescimento e evolução. (Santos, Giusti, Yamamoto, Ciosak e Szylił, 2021).



## **Estatísticas de suicídio na população idosa**

Santos *et al.* (2021) em seu estudo analisando o período dentre 2012 e 2016, demonstra que as taxas de suicídio são bem mais elevadas quando concentrada na população idosa, ou seja, pessoas acima de 60 anos. Ao separarmos por faixas etárias, a pesquisa demonstrou que o maior índice se concentrava na população acima de 80 anos, que apresentaram uma taxa de 8,4/100.000 habitantes e posteriormente entre os de 70 e 79, com taxa média de 8,2/100.000. Dos idosos entre 60 e 69 anos, a taxa média foi de 7,8/100.000, isto é, todas estavam acima da população geral, que no momento da pesquisa ficava em 5,3/100.000, mostrando um índice superior entre os idosos de quase 50% na taxa média.

Os dados demonstram que conforme os indivíduos vão envelhecendo, aumenta-se a taxa de propensão ao suicídio, tanto no Brasil como no mundo. Outro ponto abordado na pesquisa de Santos *et al.* (2021) é que a efetividade na concretização das tentativas e suicídios entre os idosos são maiores, ou seja, 1 a cada 4 tentativa resulta em morte, média muito superior à população em geral, que apresenta 1 a cada 20 tentativas resultando em óbito.

Quando observado os locais mais frequentes de suicídios entre os idosos, observa-se que em sua grande maioria, as tentativas e concretizações do suicídio se decorre no interior de suas residências. O método mais utilizado por homens e mulheres resulta do enforcamento e posteriormente de armas de fogo para homens e autointoxicação para mulheres.

Aparentemente, a morte por enforcamento apresenta menor probabilidade de subnotificação, já que, geralmente, a intenção da morte é mais clara. Autointoxicações e mortes por arma de fogo são frequentemente registradas como de intenção indeterminada, assim como precipitações e afogamento). No ano de 2009, as notificações em casos de tentativas de suicídio tornaram-se compulsórias. Justifica-se a inclusão desse agravo na lista de notificação imediata com o objetivo de dimensionar a magnitude do fenômeno e impulsionar a rápida tomada de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços da rede de atenção psicossocial. (Santos, Giusti, Yamamoto, Ciosak e Szylił, 2021).



Para lidar com o suicídio entre os idosos, é crucial implementar programas de prevenção do suicídio, facilitar o acesso a serviços de saúde mental, promover apoio social e comunitário e combater o estigma associado ao envelhecimento e à saúde mental. Também é importante criar um ambiente que valorize e apoie os idosos, oferecendo oportunidades de envolvimento social e cuidados de saúde acessíveis. A conscientização e a educação pública sobre essas questões também são essenciais para ajudar a reduzir o estigma e aumentar a compreensão do suicídio entre os idosos.

### **Estratégia Nacional Para Prevenção do Suicídio**

A Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio<sup>12</sup>, criada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2006, é uma iniciativa significativa para abordar e combater o problema do suicídio no país. Essa estratégia representa um esforço coordenado para desenvolver ações preventivas em várias frentes, visando promover a qualidade de vida, oferecer educação, proteger os indivíduos em risco e auxiliar na recuperação da saúde mental. Alguns dos principais aspectos da estratégia incluem:

**Promoção de Qualidade de Vida:** A estratégia abrange iniciativas destinadas a promover a qualidade de vida da população em geral. Isso pode envolver campanhas de conscientização, promoção de hábitos saudáveis, e ações que visam reduzir fatores de risco associados ao suicídio.

**Educação:** Ações educativas são fundamentais para a prevenção do suicídio. A estratégia visa desenvolver programas educacionais que informem a população sobre os sinais de alerta, fatores de risco, e que promovam a compreensão da saúde mental. Além disso, pode incluir treinamento para identificação e abordagem de casos por profissionais de saúde e outros setores.

**Proteção e Recuperação da Saúde:** A estratégia aborda a proteção dos indivíduos em risco, bem como a promoção da recuperação da saúde mental daqueles que tenham

---

<sup>12</sup> Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acessado em: 11/01/2024.



experimentado crises suicidas. Isso pode envolver o fortalecimento dos serviços de saúde mental, a disponibilidade de linhas de apoio e intervenções especializadas.

**Linhas de Cuidado Integrals:** A abordagem integral destaca a importância de organização dos cuidados em todos os níveis do sistema de saúde. Isso inclui desde a atenção básica até os cuidados especializados em saúde mental. A integração dos diferentes níveis de cuidado visa garantir uma abordagem abrangente e eficaz.

**Educação Permanente:** A estratégia reconhece a importância da educação continuada para os profissionais de saúde. Isso pode envolver programas de capacitação e atualização constante para garantir que os profissionais estejam equipados para lidar eficazmente com questões relacionadas ao suicídio.

Entretanto, ao analisar os resultados desde a implementação da Estratégia Nacional Para a Prevenção do Suicídio em 2006 ou a adesão ao Plano de Ação de Saúde Mental de 2015, torna-se evidente uma lacuna na realização e eficácia das medidas estipuladas. Isso é perceptível no aumento dos índices de suicídio e na falta de preparo de diversos profissionais em diferentes setores, especialmente na saúde e na educação. Torna-se urgente a necessidade de capacitar os profissionais, investir em ações de conscientização e estabelecer uma rede sólida de atendimento, apoio e tratamento para indivíduos com pensamentos suicidas.

### **Estrutura de Atendimento na Rede de Saúde Municipal de Campo Grande – MS**

As notificações sobre tentativas de suicídios ou lesões autoprovocadas em Campo Grande (MS) são identificadas através de um fluxograma de atendimentos na Rede de Saúde do Estado. A partir da identificação dos casos de violências, acontece um primeiro atendimento/acolhimento/orientação e encaminhamento aos órgãos e instituições especializados. Os Distritos Sanitários de Saúde recebem fichas de notificações<sup>13</sup>, Distritos esses constituídos pelas Rede de Atenção Primária (UBSs<sup>14</sup> e

---

<sup>13</sup> Anexo I

<sup>14</sup> Unidade Básica de Saúde.



USFs<sup>15</sup>), Rede de Urgência (UPAs<sup>16</sup> e CRSs<sup>17</sup>), Rede de especialidades (CEM<sup>18</sup> e CEO<sup>19</sup>), Rede de Atenção Psicossocial (CAPSs) e as Redes Hospitalares (Pública e Particulares/Convênios) e encaminham uma cópia para a unidade de saúde de residência do paciente e a via original para o Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes (NPV).

As UBSs e USFs realizam o seguimento dos casos através de visitas domiciliares, contato telefônico e agendamento para atendimento da equipe multidisciplinar na Unidade. Realizam encaminhamento para a rede intersetorial quando necessário e registram o que foi realizado na Planilha de Seguimento dos Casos de Violência<sup>20</sup>.

O NPV realiza a conferência das fichas, qualifica as informações, através do prontuário eletrônico do paciente (SMS e PEC), realiza os encaminhamentos necessários para o seguimento nas Unidades, faz articulação através de relatórios para a Rede de proteção (Conselhos Tutelares, Secretaria da Assistência Social e Ministério Público), digita as informações da ficha no SINAN – NET<sup>21</sup>, o que permite a tabulação e análise dos dados, através do Programa TabWin.

## **Fluxograma de Atendimento Para Pessoas Com Tentativas de Suicídio ou lesões autoprovocadas**

Acolhimento na Rede de Saúde

**Atenção Primária:** Realiza o acolhimento, avaliação clínica, notifica o caso e encaminha as fichas para o Distrito Sanitário.

---

<sup>15</sup> Unidades de Saúde da Família.

<sup>16</sup> Unidade de Pronto Atendimento.

<sup>17</sup> Centros Regionais de Saúde.

<sup>18</sup> Centro de Especialidades Médicas.

<sup>19</sup> Centro de Especialidades Odontológicas.

<sup>20</sup> Anexo II

<sup>21</sup> Sistema de Informação de Agravos de Notificação



Faz o acompanhamento junto aos NASF<sup>22</sup> ou encaminha o caso para a Rede de CAPS ou via regulação SISREG<sup>23</sup>, para Atenção Especializada.

Realiza o encaminhamento de casos de crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, via SISREG, para atendimento de plantão psicossocial no CEM, aos sábados.

Recebem as notificações dos Distritos Sanitários para o seguimento do paciente. Casos de emergência são encaminhados para as UPAs, CRS ou Rede Hospitalar.

**Rede de Urgência:** Realiza o acolhimento, avaliação clínica, presta os primeiros socorros e regula o caso via sistema CORE<sup>24</sup> para a Rede de CAPS ou Rede Hospitalar.

Notifica o caso e insere a informação na planilha Google Drive do CIEVS/NPV<sup>25</sup>. Encaminha as Fichas para o Distrito Sanitário.

**Rede de Atenção Psicossocial:** Realiza o acolhimento, faz avaliação clínica, tratamento psicossocial e psiquiátrico e notifica o caso. Encaminha as fichas ao Núcleo de Prevenção às Violências e Acidentes.

Casos de emergências encaminha para UPA / CRS ou Rede Hospitalar.

Realiza o tratamento dos casos graves através de internação com acesso por meio da regulação das UPA, CRS e Atenção Primária.

**Rede Hospitalar:** Realiza o acolhimento e tratamento dos casos graves. O acesso é por meio da regulação das UPA, CRS, CAPS, SAMU e Corpo de Bombeiros. O núcleo de vigilância hospitalar faz as notificações.

Encaminha as fichas para o Distrito Sanitário.

**Atenção Especializada:** Realiza o acolhimento, avaliação clínica, encaminhamento e notifica o caso. Encaminha as fichas para Distrito Sanitário.

---

<sup>22</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) visam fortalecer a consolidação da Atenção Básica no Brasil, expandindo as opções de serviços de saúde na rede e aumentando a eficácia, a amplitude e o foco das ações.

<sup>23</sup> A abreviação SISREG refere-se a "Sistema Nacional de Regulação", uma plataforma online desenvolvida para administrar o Complexo Regulatório, desde a atenção primária até a internação hospitalar. Seu objetivo é aprimorar a humanização dos serviços, proporcionar um maior controle do fluxo e otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

<sup>24</sup> Termo utilizado para se referir, em informática, ao núcleo de um processador.

<sup>25</sup> Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde.



O centro de Especialidades Médicas (CEM) presta atendimento psicossocial e psiquiátrico.

Realiza atendimentos psicossocial através de plantão aos sábados para crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 19 anos, encaminhados por agendamento, via SISREG, na Atenção Primária.

Os Distritos Sanitários recebem as notificações e encaminham a via original para o Núcleo de Prevenção às Violências e Acidentes (NPV), e uma cópia para o seguimento do paciente na Atenção Primária.

O Núcleo de Prevenção às Violências e Acidentes (NPV) recebe a comunicação dos casos via planilha Google Drive e as fichas de notificação dos Distritos Sanitários, qualifica as informações, insere no SINAN, faz articulação, encaminhamento para a rede intra e intersetorial, realiza vigilância e capacitação dos profissionais da rede de saúde.

### **Lei Municipal de Prevenção ao Suicídio, Campo Grande - MS**

Como medida preventiva ao suicídio, Campo Grande implementou nos últimos anos diversas leis e iniciativas destinadas a reduzir os casos de Lesão Autoprovocada, promovendo ao mesmo tempo o debate e a conscientização sobre o tema entre a população.

A Lei n. 5.613, de setembro de 2015, estabeleceu medidas de prevenção ao suicídio na rede municipal de educação. Essas medidas preventivas têm o objetivo de alertar e fomentar o debate nas escolas e comunidades, contribuindo para a redução dos casos de suicídio entre crianças e estabelecendo diretrizes para ações integradas envolvendo a população, órgãos públicos e instituições privadas. As medidas incluem palestras, dinâmicas de grupo, oficinas e a criação de uma rede de apoio que envolva professores, gestores escolares, pais, familiares e profissionais.

A Lei n. 5.651, de janeiro de 2016, sancionou a inclusão do "Setembro Amarelo" no calendário oficial de eventos do município como símbolo da prevenção ao suicídio. Recomenda-se a iluminação amarela em edificações públicas municipais sempre que possível, como forma de representar a campanha. Durante esse período, são adotadas ações específicas destinadas à prevenção do suicídio.



A Lei n. 5.801, de janeiro de 2017, seguindo a mesma linha da lei anterior, estabeleceu o "Janeiro Branco" no calendário como referência ao cuidado da saúde mental e do bem-estar. Da mesma forma, sugere-se a iluminação branca em edificações públicas municipais como símbolo da campanha, sendo adotadas ações direcionadas à promoção do cuidado da saúde mental e do bem-estar durante esse período.

A Lei n. 6.009, de maio de 2018, instituiu um Plano Municipal de Valorização da Vida, com o objetivo de desenvolver programas para o atendimento de pessoas em quadros depressivos ou inclinadas à prática do suicídio. Além disso, visava identificar possíveis sintomas, tratar o transtorno e fornecer acompanhamento para os indivíduos com esse perfil, prevenindo e minimizando a evolução de quadros que possam levar ao suicídio. O plano foi desenvolvido para construir uma parceria com instituições acadêmicas, poder municipal e organizações da sociedade civil. Este programa compreendia a promoção de palestras voltadas para a valorização da vida, a idealização da criação de canais de atendimento, entre outras medidas.

Em 2019, o Município de Campo Grande promulgou três leis relevantes para o tema: a LEI n. 9231, de março de 2019, que autoriza a criação do Conselho Municipal de Prevenção ao Suicídio, um órgão permanente de caráter deliberativo responsável pelo planejamento de estratégias e execução de ações preventivas; a LEI n. 6.283, de setembro de 2019, que estabelece a "Marcha da Prevenção ao Suicídio", dedicada à conscientização e combatida anualmente no último sábado de setembro; e a LEI n. 6362, de dezembro de 2019, que institui a Semana de Prevenção e Combate à Síndrome de Burnout, Depressão e Suicídio no âmbito do Poder Executivo. Esta última tem como objetivos orientar os servidores municipais sobre a Síndrome de Burnout, além de identificar trabalhadores em perigo iminente de ideação suicida.

As leis citadas acima não abrangem todos os projetos desenvolvidos em Campo Grande relacionado à ideação e prevenção do suicídio, mas demonstra como a cada ano precisa-se propor medidas e projetos com objetivo de uma intervenção assertiva na solução da problemática. Campo Grande é considerada uma das capitais com maior índice de suicídio no Brasil e por mais que observamos inúmeros projetos de lei relacionados ao tema, a concretização se mostra falha e ineficiente, começando pelo o baixíssimo índice de dados que possuímos sobre a problemática no município.



O crescimento das taxas de suicídio na capital motivou a criação da LEI n. 10.844, de janeiro de 2023, que propõe a instalação de telas e gaiolas de proteção em viadutos e passarelas com altos índices de suicídio. No entanto, essa medida é paliativa e mascara a raiz do problema.

Urgentemente, Campo Grande e o estado de Mato Grosso do Sul precisa estabelecer uma rede efetiva de apoio, tratamento e acompanhamento para pessoas com ideias suicidas. Somente por meio da disponibilização de tratamentos eficazes será possível verdadeiramente reduzir as alarmantes taxas de tentativas e mortes por suicídio na região.

### **Estatísticas e Dados sobre violências autoprovocadas em Campo Grande (MS) entre 2019 – 2022**

#### **Dados SINAN (2019 – 2022)**

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo<sup>26</sup>, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.<sup>27</sup>

#### **▪ Quantitativo de Violências e Lesão Autoprovocada**

Entre 2019 e 2022, foram registradas 16.698 notificações de violência em Campo Grande, abrangendo diversas categorias de denúncias. Destaca-se um elevado número de casos de Lesão Autoprovocada, termo utilizado para descrever indivíduos que tentaram suicídio, totalizando 5.423 notificações. Isso representa 32,5% do total de casos, conforme apresentado no **Gráfico 1**.

---

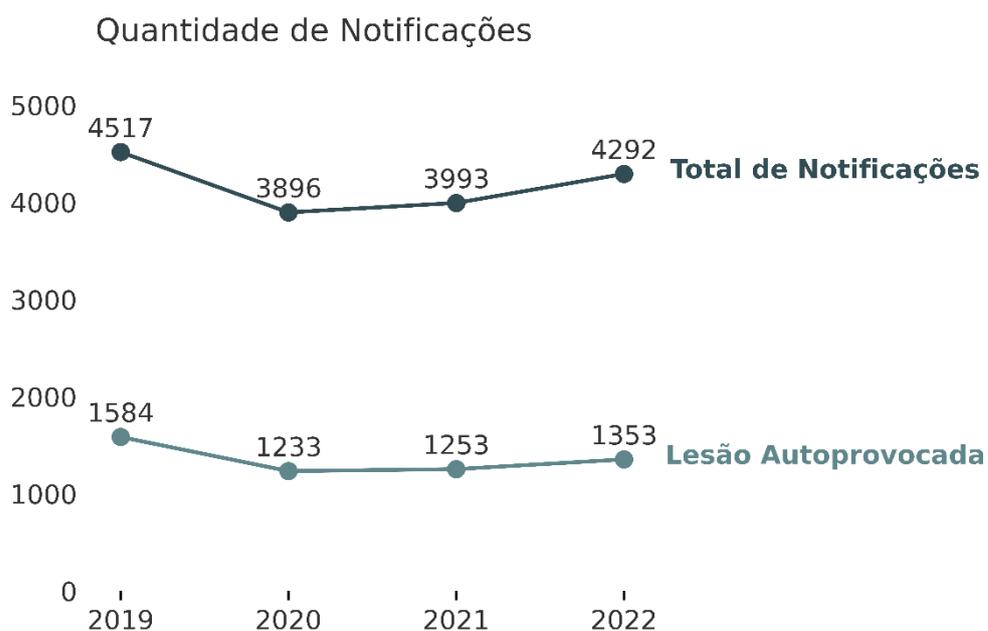
<sup>26</sup> União, Estados e Municípios

<sup>27</sup>[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan\\_net/Manual\\_Normas\\_e\\_Rotinas\\_2\\_edicao.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf)



Além disso, observa-se um aumento contínuo nas notificações de casos de violência e lesão autoprovocada nos últimos três anos, após uma redução em relação aos índices de 2019. Essa tendência sugere a necessidade de intervenção e implementação de políticas públicas para combater o crescimento dessas notificações.

**Gráfico 1 – Quantidade de Notificações de Violência e Lesão Autoprovocada**



Fonte: DataSUS, dezembro de 2023

**Observação:** Quando separado à quantidade de notificação de violências por orientação sexual e identidade de gênero, percebe-se um elevado índice ao se analisar os casos de lesões autoprovocada em determinados grupos. Os casos de lesões autoprovocadas em mulheres representa 36,9% do número total dos registros. E quando observado Homossexuais, Bissexuais e Transexuais, todos eles apresentam números elevadíssimos de lesões autoprovocadas, sendo em média em sua grande maioria mais de 50% das representações.

	Total	Casos de Lesão Autoprovocada	% dos Casos de Lesão Autoprovocada
<b>Mulheres</b>	<b>10846</b>	<b>4004</b>	<b>36,9</b>
<b>Homossexuais</b>	<b>379</b>	<b>233</b>	<b>61,5</b>



<b>Bissexuais</b>	<b>52</b>	<b>36</b>	<b>69,2</b>
<b>Transexuais Mulheres</b>	<b>89</b>	<b>39</b>	<b>43,8</b>
<b>Transexuais Homens</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>52,2</b>

Dentre as notificações de Lesão Autoprovocada, percebe-se um elevado índice de reincidência, ou seja, indivíduos que tiveram mais de uma tentativa de suicídio registrada. Ao analisarmos o **Gráfico 2**, percebemos que 49,5% das notificações são reincidentes, 31,6% de indivíduos que tiveram apenas uma notificação e 18,8% sem informação.

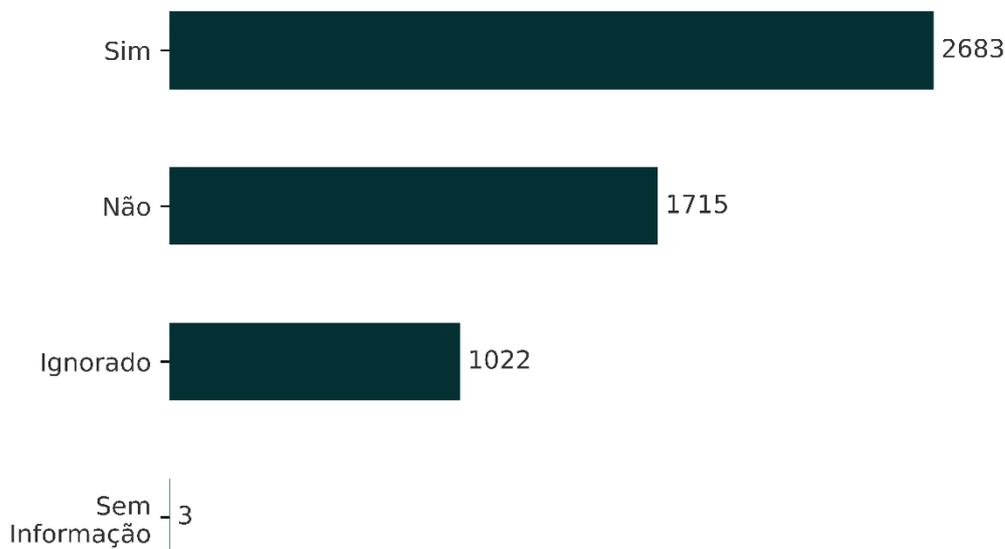
A importância desse gráfico reside na necessidade urgente de tratamento e acompanhamento para aqueles que apresentam ideação suicida. A alta taxa de reincidência está em consonância com a literatura especializada, que destaca a natureza contínua do tratamento e a importância do envolvimento de diversos profissionais para oferecer suporte, aconselhamento e cuidado a esses indivíduos.

Essas informações reforçam a urgência de abordagens abrangentes e coordenadas para lidar com a complexidade da ideação suicida, demonstrando a necessidade de um esforço conjunto de profissionais e serviços para garantir um acompanhamento eficaz e contínuo.

### **Gráfico 2 – Quantidade de reincidência em notificações de Lesão Autoprovocada**



### Reincidência da Notificação

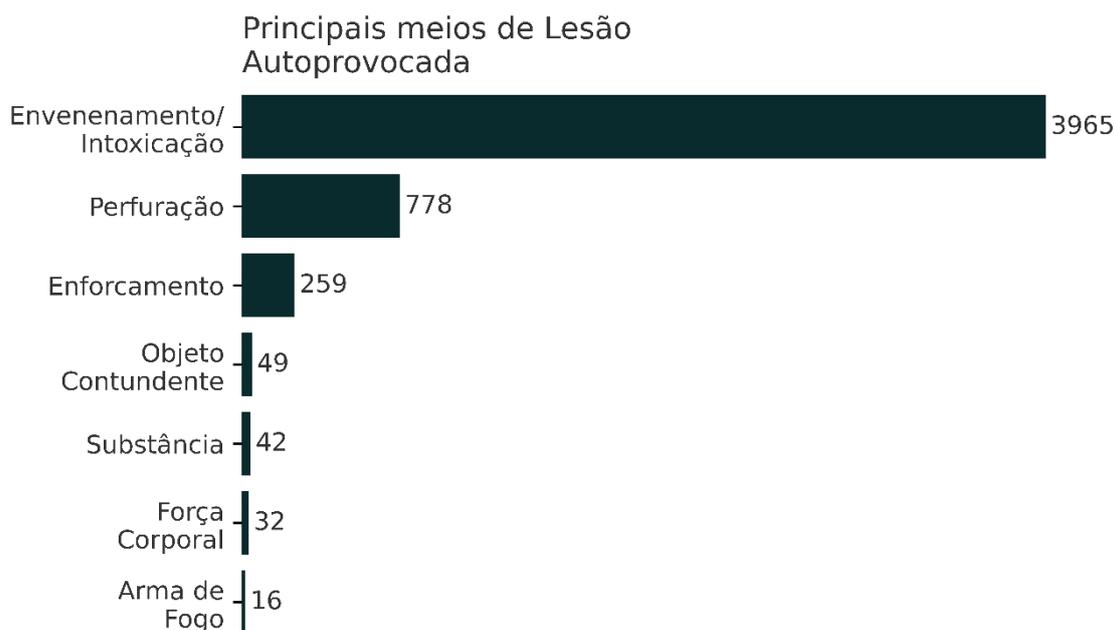


Fonte: DataSUS, dezembro de 2023

O **Gráfico 3** trata dos principais métodos empregados por indivíduos ao realizar uma Lesão Autoprovocada. Nos dados apresentados, observa-se que envenenamento e intoxicação correspondem a 73,1% dos meios utilizados em tentativas de suicídio, seguidos por perfuração, com 14,34%, e enforcamento, com 4,77% dos casos.

Segundo Romão e Vieira (2004), define-se "agente tóxico" como qualquer substância química com capacidade para causar efeitos nocivos em um organismo vivo, podendo variar desde danos em suas funções até resultar em morte. No Brasil, a intoxicação aguda representa um significativo problema para a saúde pública, sendo os medicamentos os principais causadores desses eventos. Os autores indicam que os envenenamentos mais prevalentes envolvem Benzodiazepínicos, Barbitúricos e Paracetamol.

### **Gráfico 3 – Principais meios de Lesão Autoprovocada**



Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

Quando um caso de violência é notificado, presume-se que, de acordo com a necessidade do indivíduo, ele será encaminhado para um profissional especializado para receber atendimento e suporte. Ao analisar os encaminhamentos realizados para vítimas de violência, nota-se uma lacuna nos encaminhamentos para indivíduos notificados por Lesão Autoprovocada.

Observando o **Gráfico 4** observa-se que 66% dos casos de violências obtiveram um encaminhamento para Assistência Social. Em contrapartida, quando observamos os casos de Lesão Autoprovocada, apenas 10% obtiveram um encaminhamento para Assistência Social.

Quando as notificações de violência envolvem menores de idade, verifica-se que em 59% dos casos houve encaminhamento para o Conselho Tutelar. No entanto, no caso de notificações de Lesão Autoprovocada, apenas 5% foram encaminhados. Não foi identificado nenhum encaminhamento para a Delegacia da Criança e Adolescente, para casos de Lesão Autoprovocada, nem para a Rede de Saúde.

**Gráfico 4 – Encaminhamento realizado as vítimas de violências**



Taxa de Encaminhamento  
Valores em %



Fonte: DataSUS, dezembro de 2023

▪ **Perfil Sociográfico das vítimas de Lesão Autoprovocada**

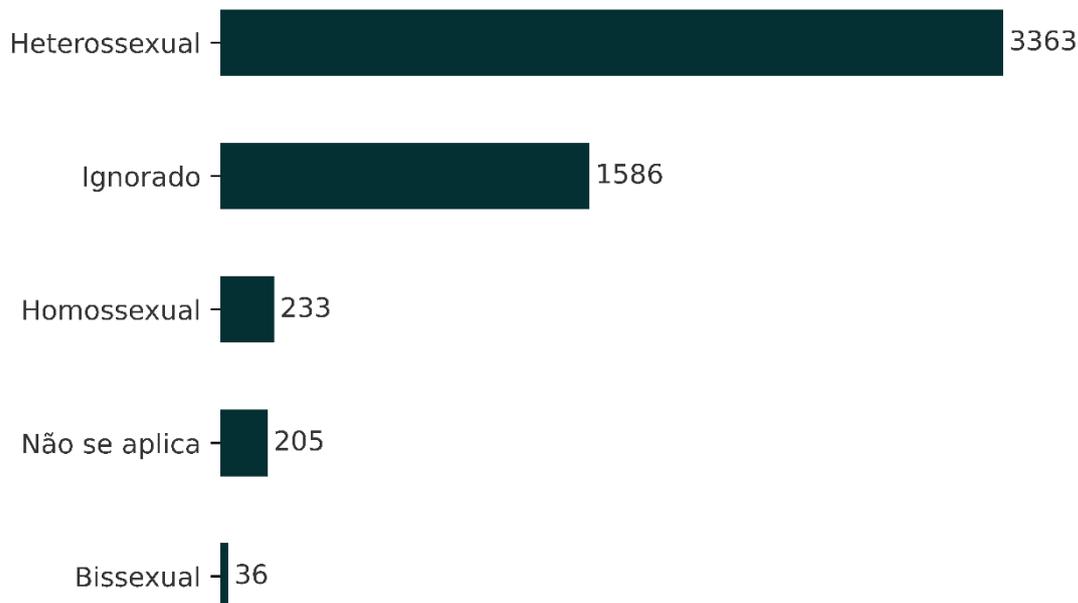
Os Gráficos 5 e 6 visam identificar a orientação sexual e a identidade de gênero dos participantes<sup>28</sup>. No Gráfico 5, que trata da identificação da orientação sexual, observa-se que 62,01% dos participantes se identificaram como heterossexuais, 4,3% como homossexuais e 0,7% como bissexuais. Devido à alguma falha na coleta de dados, não foi possível levantar a orientação sexual de 29,2% dos indivíduos com ideação suicida.

**Gráfico 5 – Orientação Sexual**

<sup>28</sup> **Orientação sexual** é a maneira como um indivíduo se relaciona afetiva e sexualmente com outras pessoas. Já a **identidade de gênero** é como uma pessoa identifica seu próprio gênero e como ela se apresenta socialmente.



### Orientação Sexual



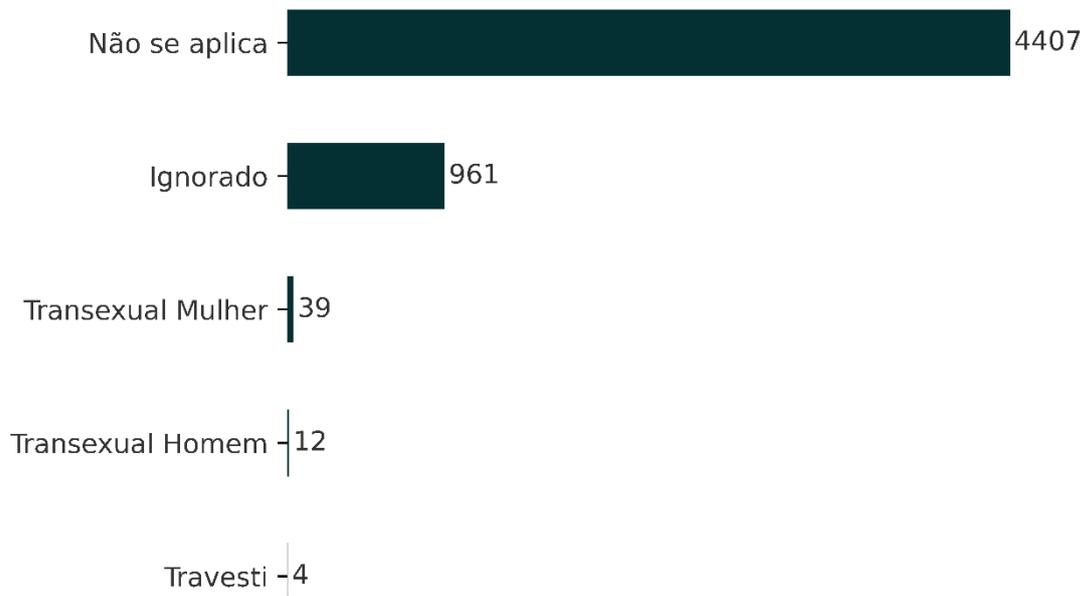
Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

No **Gráfico 6**, relacionado à identidade de gênero, a ausência da opção cisgênero resulta em 81,3% dos casos classificados como "não se aplica". Entre os registros restantes, 0,72% identificam-se como transexuais mulheres, 0,22% como transexuais homens e 0,07% como travestis. Em 17,72% das ocorrências, a identificação de gênero não foi informada.

### **Gráfico 6 – Identidade de Gênero**



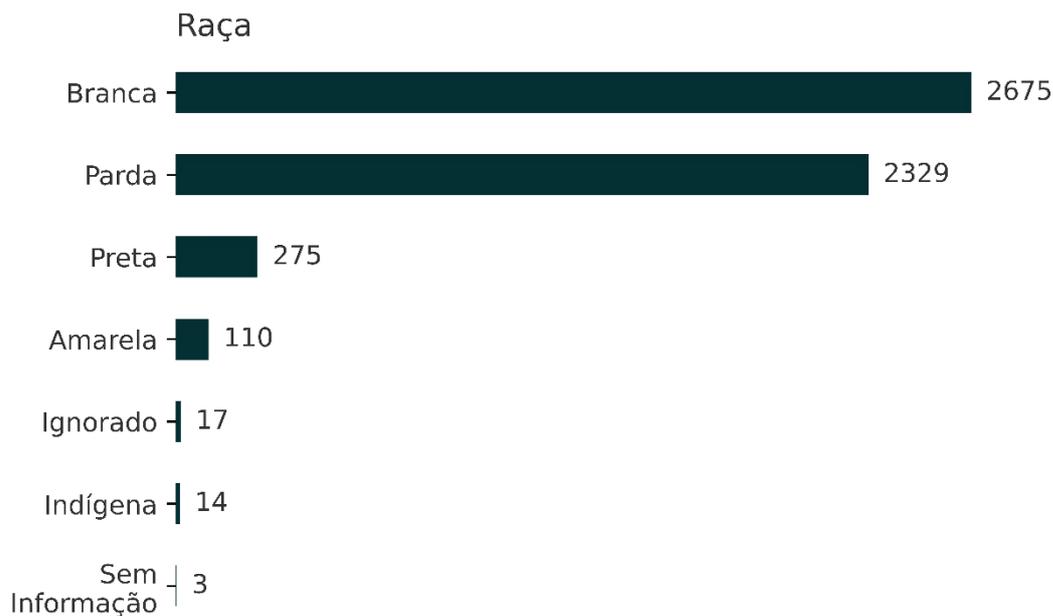
### Identidade de Gênero



Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

No **Gráfico 7**, observamos a autodeclaração racial dos indivíduos. Entre os casos de lesão autoprovocada, 49,33% se identificam como brancos, 42,95% como pardos, 5,07% como pretos, 2,03% como amarelos e 0,26% como indígenas.

### Gráfico 7 – Raça

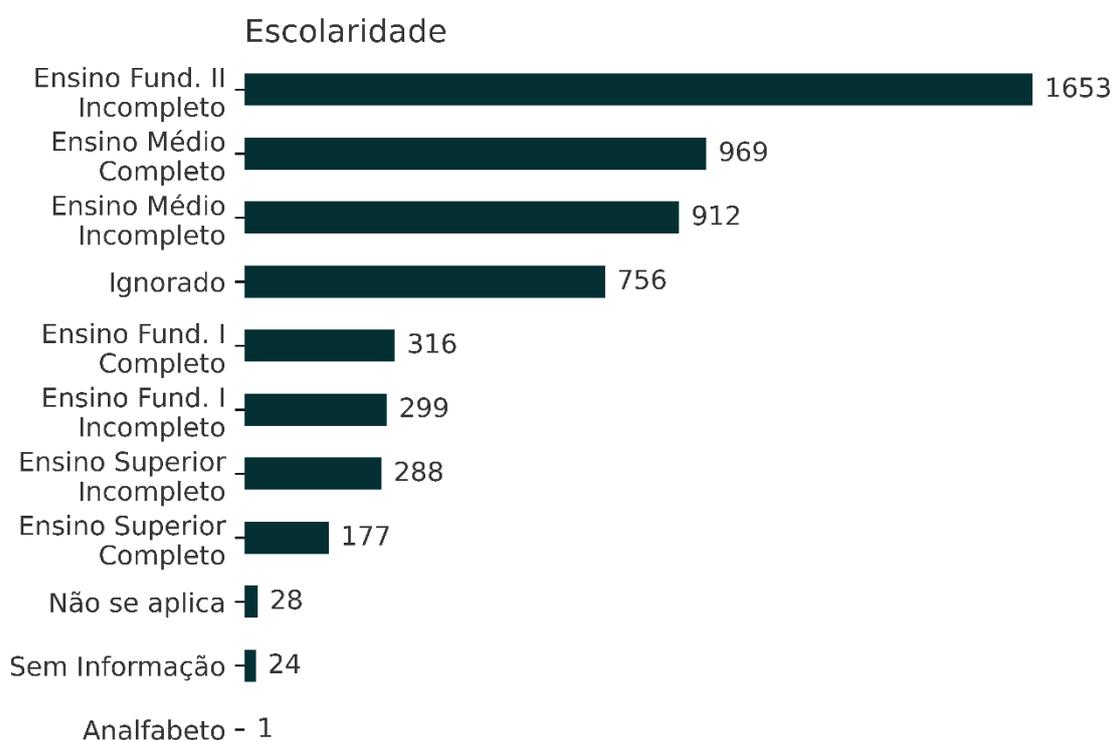


Fonte: DataSUS, dezembro de 2023



Ao analisar o nível de escolaridade das pessoas que apresentam registros de lesões autoprovocadas, é evidente que essa problemática está presente em todos os níveis educacionais. Conforme ilustrado no **Gráfico 8**, observa-se que 30,48% possuem Ensino Fundamental II incompleto, 17,87% concluíram o Ensino Médio, 16,82% têm Ensino Médio incompleto, 5,83% completaram o Ensino Fundamental I, 5,51% têm Ensino Fundamental I incompleto, 5,31% possuem Ensino Superior incompleto e 3,26% concluíram o Ensino Superior.

### Gráfico 8 – Escolaridade



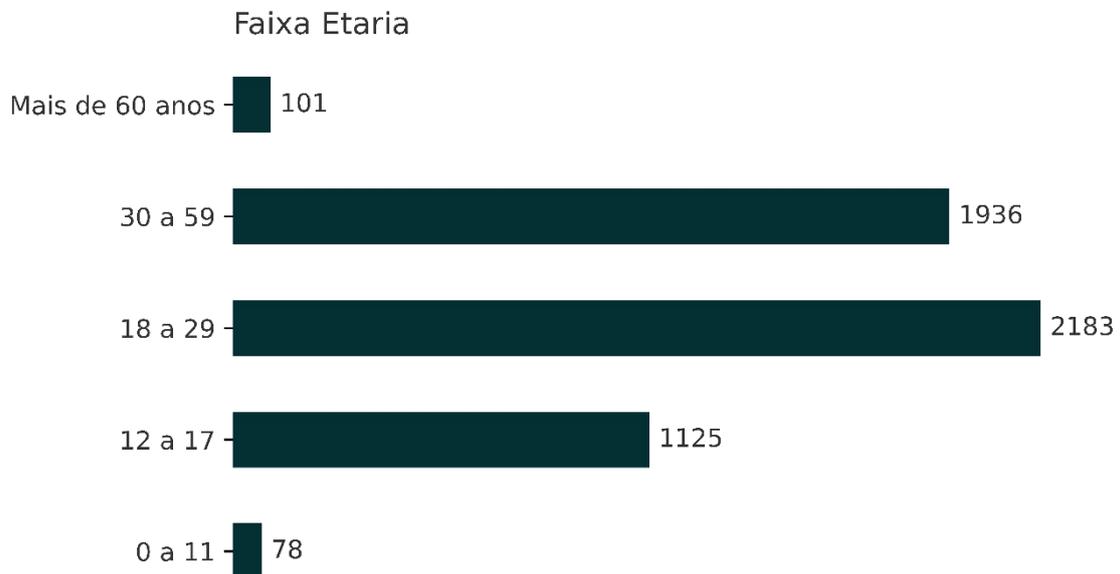
Fonte: DataSUS, dezembro de 2023

Conforme apontado pela literatura especializada, Campo Grande reflete de perto a distribuição por faixas etárias das ocorrências de violência autoprovocada. Há uma concentração significativa de casos em jovens e adultos, especialmente na faixa etária de 18 a 59 anos. Dos 18 aos 29 anos, observa-se que 40,25% dos casos ocorrem nesse grupo, enquanto entre 30 e 59 anos, a porcentagem é de 35,7%, como evidenciado no **Gráfico 9**.

Além disso, são registrados casos em crianças de 0 a 11 anos, abrangendo 1,44% das ocorrências, em jovens de 12 a 17 anos, que representam 20,74%, e em pessoas com mais de 60 anos, com 1,86% dos registros.



### Gráfico 9 – Idade

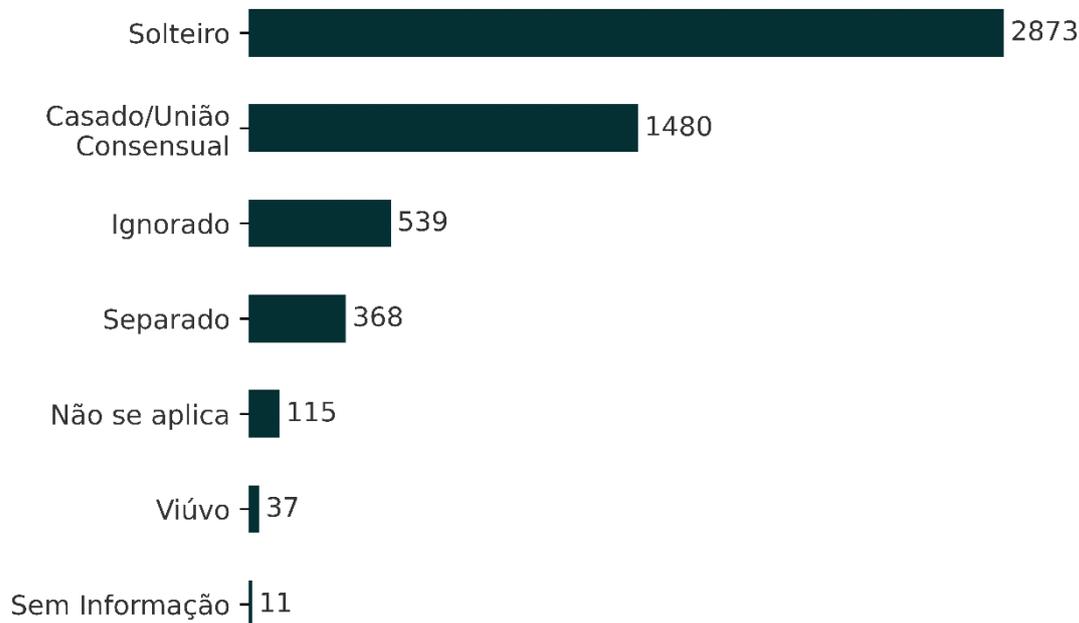


Por fim, no âmbito dos dados coletados no SINAN, explora-se a situação conjugal das vítimas de violência autoprovocada. Conforme apresentado no **Gráfico 10**, observa-se que 52,98% delas afirmavam ser solteiras, enquanto 27,29% estavam casadas ou em uma relação amasiada. Adicionalmente, 6,8% encontravam-se separadas, e 0,68% dos respondentes eram viúvos. As informações referentes à situação conjugal de 10,14% dos casos não puderam ser obtidas.

### Gráfico 10 – Situação Conjugal



### Situação Conjugal



Fonte: DataSUS, dezembro de 2023

### Dados SIM (2019 – 2022)

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional<sup>29</sup>.

- **Quantitativo de Óbitos em Campo Grande**

Ao examinar os dados de óbitos na plataforma SIM, destaca-se um número consideravelmente elevado de mortes registradas sem informações específicas. Entre as 34.251 mortes ocorridas em Campo Grande - MS no período de 2019 a 2022, notou-se

<sup>29</sup> [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis\\_mortalidade.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf)

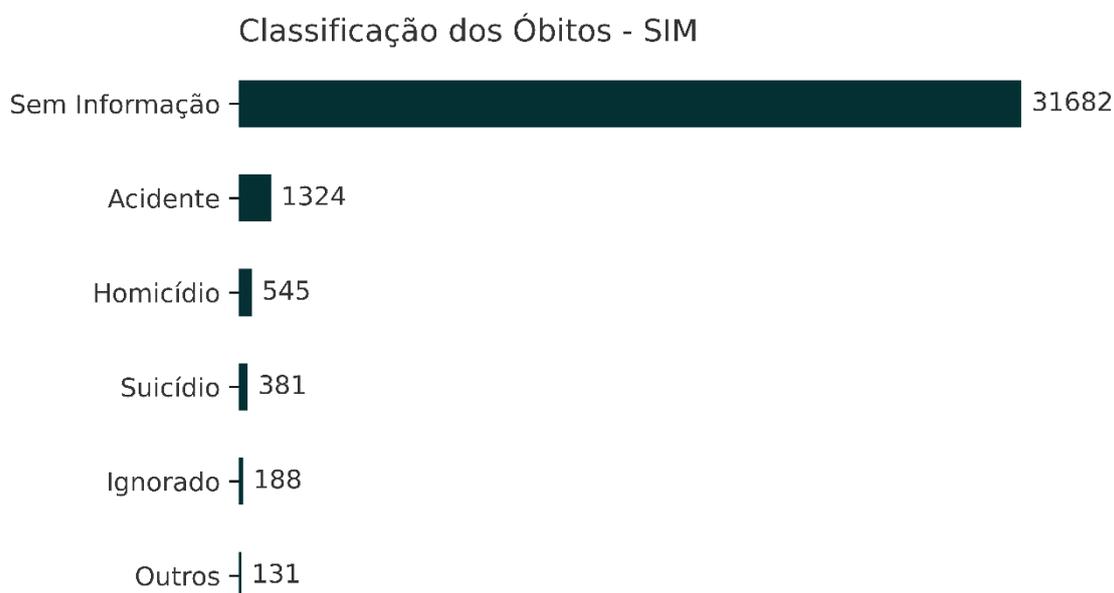


que 93,04%<sup>30</sup> dos registros não fornecem informações detalhadas sobre as causas do óbito.

Quando se trata de desenvolver políticas públicas em diversos setores da sociedade, visando a segurança e a redução dos índices de mortalidade, esses dados se revelam inestimáveis e de extrema importância para a concepção de ações eficazes. Ao considerar a significativa subnotificação nos casos de óbitos na capital, é possível antecipar um número substancialmente superior de suicídio ao oficialmente registrado, que abrange menos de 7% do total.

Conforme ilustrado no **Gráfico 12**, apesar dos registros escassos na classificação de óbitos, nota-se que o suicídio ocupa a terceira posição entre as principais causas de morte na capital. Isso ressalta a necessidade de uma abordagem mais rigorosa na obtenção e categorização dos dados, enfatizando a importância de uma análise mais detalhada para embasar a formulação de estratégias eficientes.

### **Gráfico 12 – Classificação dos Óbitos**



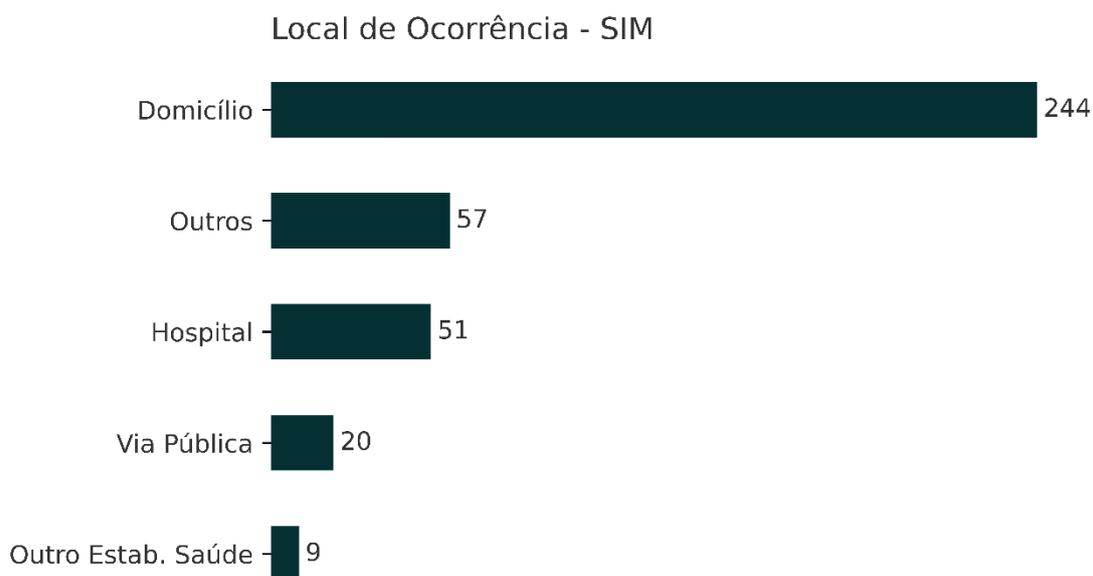
Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

<sup>30</sup> Somou-se “sem informações” e “ignorado”.



Dentre os 381 casos de suicídio registrados, levantou-se os principais locais onde essas fatalidades ocorreram. Observando o **Gráfico 13**, percebe-se que o principal índice se dá dentro dos próprios domicílios dos indivíduos, representando 64,04% dos registros. Hospital e Via pública abrangem em seguidas os dois maiores registros, com 13,38% e 5,24% respectivamente.

### **Gráfico 13 – Local de Ocorrência**

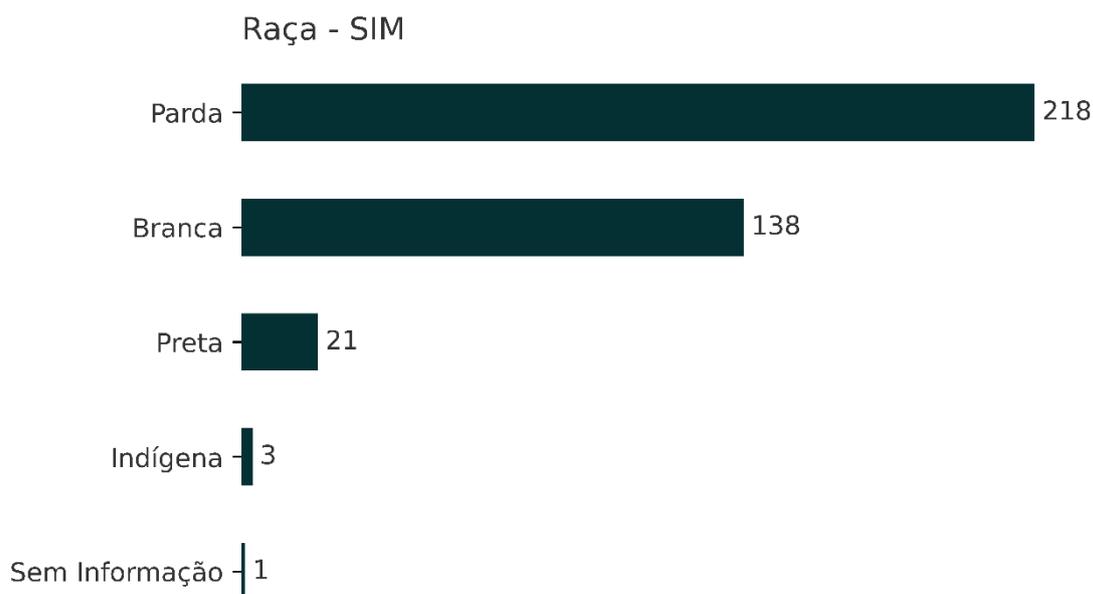


Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

#### ▪ **Perfil Sociográfico das vítimas de Lesão Autoprovocada**

Ao analisarmos o perfil das vítimas de suicídio, observamos que 57,21% se constituía de indivíduos pardos, 36,22% de pessoas brancas e 5,51% de pretos como observado no **Gráfico 14**.

### **Gráfico 14 – Raça**



Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

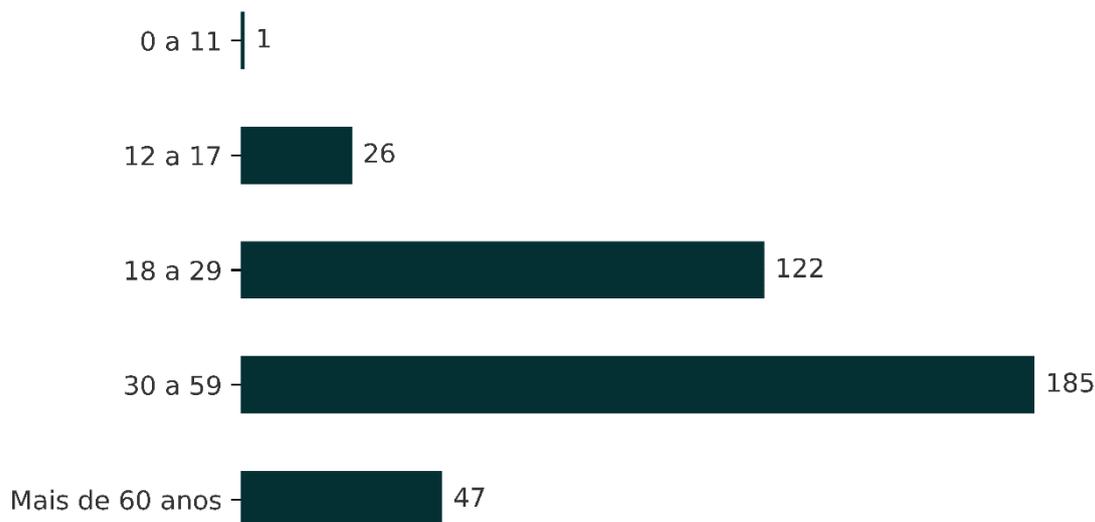
Assim como evidenciado nos dados do SINAN relacionados a vítimas de lesões autoprovocadas, também é perceptível, nos dados obtidos pelo SIM, uma maior concentração nas faixas etárias entre 18 e 59 anos. Ao examinar os dados do **Gráfico 15**, observa-se que a maior incidência ocorreu entre a faixa etária de 30 a 59 anos, abrangendo 48,55% dos casos.

Na faixa de 18 a 29 anos, registra-se 32,02% das ocorrências, enquanto entre 12 e 17 anos há um registro de 6,82%. Um dado de análise relevante é a comparação entre as tentativas e os óbitos de pessoas com mais de 60 anos. Enquanto nos dados do SINAN essa faixa etária representava 1,86% dos casos, ao analisar os óbitos, percebe-se uma representação de 12,33% dos casos

### **Gráfico 15 – Idade**



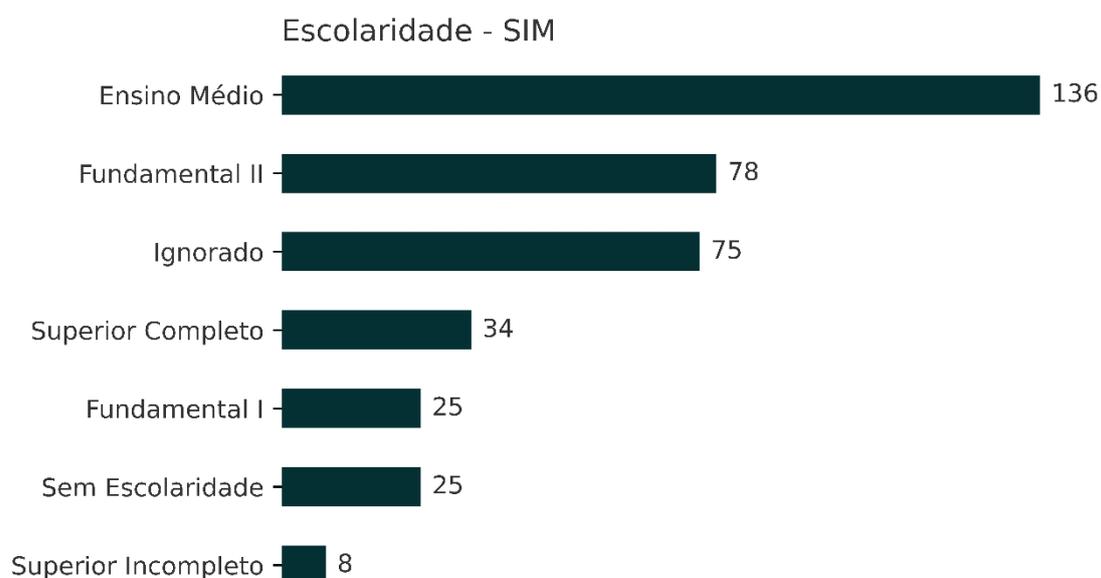
### Faixa Etária - SIM



Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

Ao analisar a escolaridade das vítimas de suicídio, constata-se que 35,70% possuíam ensino médio, 20,47% concluíram o ensino fundamental II, 8,92% tinham ensino superior completo, e 6,56% concluíram o ensino fundamental I. Essa última porcentagem é equivalente à proporção daqueles que não possuíam escolaridade, conforme ilustrado no **Gráfico 16**.

### Gráfico 16 – Escolaridade

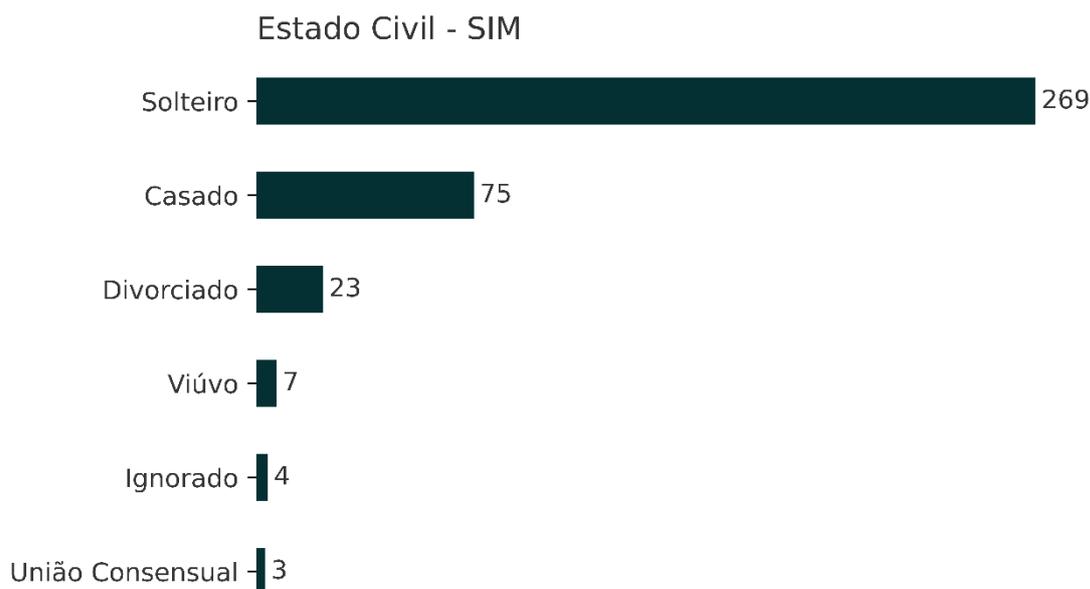


Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023



Por fim, apresenta-se o estado civil registrado para as vítimas de suicídio. A maioria, correspondendo a 70,60%, era composta por solteiros, enquanto 19,69% eram casados, 6,04% estavam divorciados e 1,84% eram viúvos, conforme evidenciado no **Gráfico 17**.

### **Gráfico 17 – Estado Civil**



Fonte: DataSUS, Dezembro de 2023

### **Grupo Amor Vida (GAV)**

A Associação Grupo Amor Vida Arthur Hokama, ou Grupo Amor Vida (GAV), constituiu-se com o objetivo de prestar serviço humanitário de prevenção a pessoas com ideação suicida, por meio do apoio emocional e profissional, atuando principalmente via telefone ou, em casos extraordinários, de forma presencial no Estado de Mato Grosso do Sul. Outras atuações da associação ocorrem por meio de palestras de valorização da vida e na capacitação de profissionais e pessoas para auxiliar no atendimento de indivíduos com ideação suicida. Todos os serviços prestados pela entidade são oferecidos gratuitamente para a comunidade.



O GAV é uma associação civil sem fins lucrativos fundada em 2001, com sede em Campo Grande – MS. De acordo com a legislação nacional, o GAV se classifica como uma Organização da Sociedade Civil (OSC), pertencendo ao Terceiro Setor, e, pela ONU, como uma Organização Não Governamental (ONG). O GAV foi declarado como entidade de utilidade pública no município de Campo Grande pela Lei n° 4.222, de 07/10/2004, publicada na página 3 do DIOGRANDE n° 1.668, de 13/10/2004, e de utilidade pública pelo Estado de Mato Grosso do Sul pela Lei n° 5.551, de 11/08/2020, publicada na página 2 do Diário Oficial Eletrônico n° 10.250, de 12/08/2020.

O funcionamento do GAV atualmente é constituído pela atuação de voluntários não remunerados, compostos por cerca de 80 pessoas. Os voluntários são candidatos que se identificam com a área de atuação do grupo e passam por um rigoroso Programa de Formação e Treinamento de Colaboradores Voluntários – PFTV, por meio de aulas teóricas e laboratórios de prática, seguido por um estágio. Apenas cerca de 25% são aprovados ao final da formação, principalmente aqueles que demonstram aptidão, responsabilidade e equilíbrio necessários nos atendimentos.

Atualmente o GAV possui uma página na internet<sup>31</sup>, um e-mail<sup>32</sup> e um número disponível<sup>33</sup> para às pessoas com ideações suicidas entrarem em contato. Seu funcionamento se dá todos os dias das 7:00 às 23:00, inclusive sábados, domingos e feriados.

### **Projetos de prevenção ao Suicídio**

Ao examinar os dados apresentados neste relatório e considerar as leis municipais implementadas em Campo Grande, fica evidente a urgente necessidade de estabelecer uma rede de apoio e projetos eficientes para prevenção ao suicídio. É imperativo adotar ações eficazes e, principalmente, promover o treinamento dos profissionais da saúde e da educação, dentre outros, para identificar, abordar, tratar e encaminhar adequadamente indivíduos com ideações suicidas.

---

<sup>31</sup> <https://grupoamorvida.org/>

<sup>32</sup> [precisodeajuda@grupoamorvida.org](mailto:precisodeajuda@grupoamorvida.org)

<sup>33</sup> 0800 750 5554



Diretamente com os professores e educadores, no território, estão equipes de atenção primária em saúde que desempenham importante papel na prevenção de atitudes suicidas, pois, também mantém um contato mais próximo com a comunidade e são bem aceitas pela população local. Essas equipes podem promover: a) um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde; b) são reconhecidas como o primeiro recurso de atenção à saúde; c) o conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio de familiares, amigos e organizações; d) são esses profissionais que estão à disposição para oferecer cuidado continuado, e que estão na porta de entrada para os serviços de saúde que deles necessitarem. Nesse sentido, os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000 Apud Ribeiro, 2016).

Outro ponto crucial a ser abordado no município é a criação de um programa de Posvenção ao suicídio, que consiste no cuidado e apoio necessários aos familiares e amigos da vítima após um suicídio. Como mencionado no início deste relatório, as consequências para os sobreviventes são devastadoras.

No Brasil, existem diversas leis e projetos pertinentes, alguns dos quais estão em vigor e precisam ser replicados, aprimorados e fiscalizados para atender às suas demandas. Exemplos notáveis incluem o Projeto de Lei 0445/2019 e o Projeto de Lei 0343/2018 de Fortaleza. O primeiro estabelece um programa municipal de formação profissional sobre automutilação e suicídio na infância e adolescência, ministrado por professores, conselheiros tutelares e profissionais de saúde. O segundo implementa na saúde pública um Programa de Posvenção ao Suicídio, com o objetivo de auxiliar os familiares a superar o incidente. Esses são apenas dois exemplos entre muitos que têm o potencial de efetivamente contribuir para a resolução dessa problemática.

Há numerosos projetos e leis que precisam ser considerados e implementados imediatamente, especialmente por meio da atuação conjunta do poder público, profissionais especializados, instituições acadêmicas, ONGs e grupos que estão continuamente empenhados na redução das taxas de tentativas e casos consumados de suicídio.



## **Conclusão Final**

Com o presente relatório, identificou-se uma grande subnotificação nos registros de indivíduos de lesão autoprovocada e principalmente uma quase não existência de registros de óbitos, nos quais são dados essenciais para a real compreensão da magnitude da problemática trabalhada.

Quando observado às taxas de encaminhamentos para as vítimas de lesões autoprovocada, percebe-se uma falha essencial na prestação de serviços essenciais ao atendimento desses indivíduos, serviços esses que não demonstram possuir uma rede concreta de apoio necessário para prevenção do suicídio.

Campo Grande também demonstra que, por mais que promulgou nos últimos anos inúmeras leis em prol da prevenção do suicídio, elas se mostram poucas e ineficientes, precisando-se de uma elaboração de leis mais eficientes e principalmente de uma implementação e fiscalização para de fato conseguir combater os elevados índices de suicídio na capital.

O comportamento suicida muitas vezes permanece encoberto pelos índices elevados de homicídios e acidentes de trânsito, que são considerados campeões entre as chamadas causas externas de mortalidade. O estigma associado ao suicídio e a falta de conscientização podem contribuir para a subnotificação desses casos. Além disso, como mencionado, o comportamento suicida não se limita apenas às tentativas de suicídio, mas também inclui pensamentos e planos, que podem passar despercebidos na ausência de uma avaliação adequada.

A relutância em discutir abertamente o tema do suicídio, tanto a nível pessoal quanto na sociedade em geral, pode contribuir para a falta de identificação e intervenção precoce. A conscientização sobre os sinais de alerta, a promoção de ambientes de apoio e a desmistificação do suicídio são cruciais para superar esse desafio.

Ao observarmos que uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao conhecimento dos médicos, destaca-se a importância da sensibilização e treinamento dos profissionais de saúde para identificar os sinais precoces de comportamento suicida. Isso inclui a compreensão dos fatores de risco, a escuta ativa dos pacientes e a avaliação de fatores psicológicos que podem indicar um risco aumentado.



É crucial promover uma abordagem mais aberta e compassiva em relação ao suicídio, destacando a importância do suporte emocional, da prevenção e do tratamento adequado. A educação pública sobre saúde mental, a destigmatização do suicídio e a disponibilidade de recursos de apoio são passos fundamentais para lidar eficazmente com esse problema de saúde pública.

## Anexos

**Anexo I - CID referentes aos meios de suicídio, agrupados por semelhança ou por baixa incidência (menos de 1%) – São Paulo, SP, Brasil, 2019.**

CID	Definição e Agrupamentos	
X60	Analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não opiáceos	Autointoxicações
X61	Drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados	
X61	Narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	
X62	Narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	
X63	Substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	
X64	Outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	
X65	Voluntária por álcool	
X66	Solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	
X67	Outros gases e vapores	
X68	Exposição, intencional, a pesticidas	
X69	Produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	Armas de fogo
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre	
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	Objeto corto-contuso.
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	Outros meios (baixa incidência)
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	
X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	
CID	CID não agrupado	
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	

**Fonte:** Santos, Giusti, Yamamoto, Ciosak e Szyliit (2021).

## Anexo II – Ficha de Notificação



# DEFENSORIA PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

## SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual												
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA												
		Código (CID10)		Y09												
	3	Data da notificação														
	4	UF	5	Município de notificação		Código (IBGE)										
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros														
7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9		Data da ocorrência da violência									
8	Unidade de Saúde		Código (CNES)													
Notificação Individual	10		Nome do paciente		11		Data de nascimento									
	12	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	14	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica I- Ignorado	15	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
	16										Escolaridade		<input type="checkbox"/>			
	17										Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe	
	19	UF	20	Município de Residência		Código (IBGE)		21		Distrito						
Dados de Residência	22	Bairro		23		Logradouro (rua, avenida,...)		Código								
	24	Número		25		Complemento (apto., casa, ...)		26		Geo campo 1						
	27	Geo campo 2		28		Ponto de Referência		29		CEP						
	30	(DDD) Telefone		31		Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32		País (se residente fora do Brasil)						
	<b>Dados Complementares</b>															
	33		Nome Social		34		Ocupação									
Dados da Pessoa Atendida	35										Situação conjugal / Estado civil					
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado															
	36	Orientação Sexual		3- Bissexual <input type="checkbox"/>		37		Identidade de gênero:		3- Homem Transsexual <input type="checkbox"/>						
	1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 9- Ignorado		8- Não se aplica 9- Ignorado		1- Travesti 2- Mulher Transsexual 9- Ignorado		8- Não se aplica 9- Ignorado									
38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39		Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno?		1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado									
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento												
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência		Código (IBGE)		42		Distrito						
	43	Bairro		44		Logradouro (rua, avenida,...)		Código								
	45	Número		46		Complemento (apto., casa, ...)		47		Geo campo 3		48		Geo campo 4		
	49		Ponto de Referência		50		Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)					
	52		Local de ocorrência		01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53		Ocorreu outras vezes?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	54		A lesão foi autoprovocada?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado											

SVS 15.06.2015







## Referências Bibliográficas

- BAHLS, S. C.; BOTEGA, N. J. **Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios**. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 151-172.
- BERENCHTEIN NETTO, N. – **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. (Dissertação de Mestrado) Programa de Estudos Pós-Graduação em Psicologia social. Pontifícia Universidade Católica – São Paulo, 2007. 168p.
- BOTEGA, NEURY J. **Comportamento suicida: epidemiologia**. *Psicologia USP*, V. 25, n. 3. São Paulo, 2014. 231 – 236p.
- CAPOZZOLO, APARECIDA A.; CESCION, FRANÇA L. e LIMA, CAMARA L. **Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial**. *Saúde Soc.* V. 27, n. 1. São Paulo, 2018. 185 – 200p.
- DIAS, MARIA ISABEL DA SILVA MONTEIRO. – **Plano de ação de saúde mental: análise da implementação e resultados dos objetivos e metas no Brasil**. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife, 2021. 76p.
- KOVÁCS, MARIA J. e ZANA, AUGUSTA R. O. **O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio**. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. V. 13, n. 3. Rio de Janeiro, 2013. 897 – 921p.
- SANTOS, ERICK D. G. de M., RODRIGUES; GABRIELA O. L.; SANTOS, LHAYS M.; ALVES, MATEUS E. da SILVA; ARAÚJO, LUDGLEYDSON F. e SANTOS, JOSÉ V. de O. **Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos**. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Uruguai, 2019. 258 – 282p.
- PIRES, MARIA CLÁUDIA da C. **Estudo sobre tentativa de suicídio por envenenamento no Recife**. (Dissertação de Mestrado) Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife, 2010. 135p.
- ROHLING, BETHANIA S. V. **Caracterização do perfil epidemiológico das tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021**. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis, 2022. 122p.



ROMÃO, MARIA R. e VIEIRA, LUIZA JANE E. S. **Tentativas suicidas por envenenamento. Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Ceará vol. 17, núm. 1. Universidade de Fortaleza – Ceará, 2004. 14 – 20p.

SCAVACINI, KAREN. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio.** (Tese de Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano -- Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo – São Paulo, 2018. 271p.