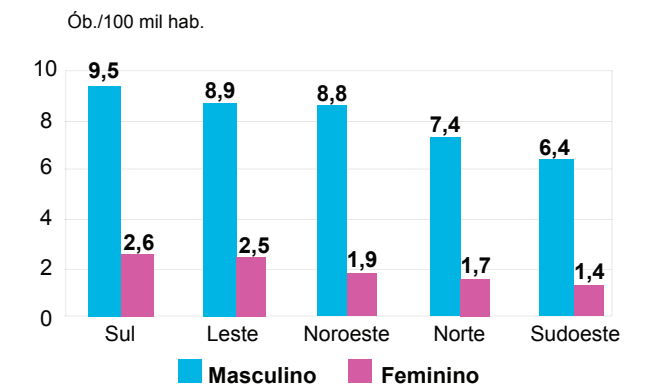


**Figura 7B - Taxa de mortalidade\* por suicídio segundo sexo e Distritos de Saúde. Campinas, 2010 a 2017.**



\* Padronizada pela população de Campinas de 2010

As taxas de suicídio diferem muito entre os países e entre os estados e municípios brasileiros. A taxa de Campinas é inferior à do Brasil que é um dos países com as menores taxas de suicídio, apresentando risco pouco superior ao observado na Itália (tabela 2). Entre os países relacionados na tabela 2, a maior taxa do sexo masculino é verificada na Rússia e a maior do sexo feminino em Uganda. Entre os estados brasileiros, enquanto na Bahia a taxa é de 3,5, no Rio Grande do Sul, o estado com a maior taxa, o risco ascende a 10,3/por 100.000 hab.

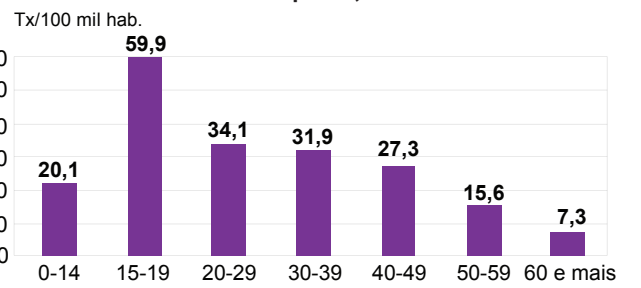
**Tabela 2 - Taxas de suicídio de alguns países e estados brasileiros em 2016. (Taxas por 100.000 hab.).**

Países e Estados	Masculino	Feminino	Total
Campinas	8,5	1,8	5,0
Brasil	9,7	2,8	6,1
Chile	16,0	3,8	9,7
Uruguai	26,8	7,4	16,5
Estados Unidos	21,1	6,4	13,7
Canadá	15,1	5,8	10,4
França	17,9	6,5	12,1
Itália	8,4	2,6	5,5
Japão	20,5	8,1	14,3
Rússia	48,3	7,5	26,5
Uganda	21,2	18,7	20,0
Mato Grosso do Sul	13,4	3,2	8,3
Bahia	5,7	1,3	3,5
São Paulo	8,0	1,9	4,9
Rio Grande do Sul	16,7	4,4	10,3

Fonte: WHO; MS-DataSus-Brasil

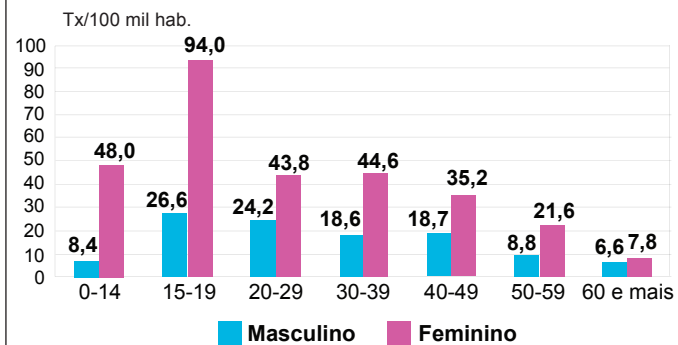
Dados do SISNOV/SINAN, que é um sistema intersetorial e interinstitucional de notificação sobre violências no município de Campinas, contemplam informações sobre tentativas de suicídio. Entre 2015 e 2017 foram notificadas 868 tentativas de suicídio de moradores de Campinas. A maior taxa de tentativas ocorre na faixa de 15 a 19 anos, na qual atinge 59,9 por 100.000 pessoas, e decresce progressivamente nos grupos etários seguintes (figura 8). O padrão das taxas de tentativas por idade é similar entre os sexos e as taxas são menores no sexo masculino em todos os grupos etários. No global, as taxas de tentativas de suicídio foram 2,3 vezes mais elevadas nas mulheres (34,2 e 14,8 em mulheres e homens respectivamente).

**Figura 8 - Taxas de tentativa de suicídio segundo faixa etária. Campinas, 2015 a 2017.**

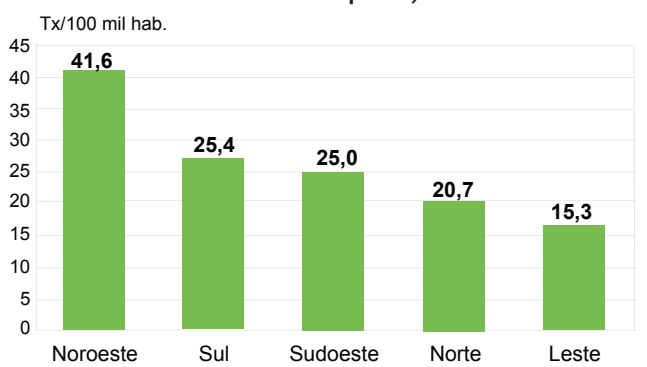


As maiores diferenças entre os sexos são observadas nos adolescentes. Na faixa de 15 a 19 anos a taxa do sexo feminino atinge 94,0 por 100.000 adolescentes e já na faixa de 10 a 14 anos atinge 48,0 por 100.000 (figura 9). Segundo o Distrito de Saúde, constata-se que o Leste, que é a área de melhor nível socioeconômico do município, é o que detém a menor taxa de tentativas de suicídio, enquanto o Distrito Noroeste diferencia-se dos demais com a maior taxa de tentativas (figura 10).

**Figura 9 - Taxas de tentativa de suicídio segundo sexo e faixa etária. Campinas, 2015 a 2017.**



**Figura 10 - Taxas de tentativa de suicídio\* segundo Distritos de Saúde. Campinas, 2015 a 2017.**



\* Padronizada pela população de Campinas de 2010

O suicídio é um fenômeno complexo com muitos fatores biológicos, psíquicos, culturais e sociais interagindo. É relacionado com sofrimento psíquico insuportável. A presença de doença mental, em especial de depressão e de abuso de droga e álcool, história de abusos físicos na infância e a presença de um componente de impulsividade/agressividade, são condições comumente associadas ao suicídio, além de possível contribuição genética. Pesquisa realizada no município de Campinas (Projeto Supre-miss) revelou que 17,1% dos moradores com idades de 14 anos ou mais tinham

pensado seriamente, em algum momento, em acabar com a própria vida, 4,8% tinham planejado como fazê-lo e 2,8% já tinham tentado o suicídio alguma vez na vida; considerando a ocorrência desses eventos nos 12 meses prévios à pesquisa, esses valores foram, respectivamente: 5,3%, 1,9% e 0,4%<sup>1</sup>.

Inquérito de saúde realizado com amostra representativa da população do município de Campinas (Projeto ISACamp 2014/2015) produziu, entre outros dados de saúde, informações sobre alguns indicadores de sofrimento psíquico. Esses dados revelam que, em relação aos 30 dias anteriores à entrevista, 21,7% dos moradores com 18 anos ou mais relataram ter se sentido tristes ultimamente, 12,7% haviam chorado mais do que de costume, 11,0% tinham perdido o interesse pelas coisas, 3,4% haviam tido ideia de acabar com a vida e 6,2% haviam se sentido desanimados e deprimidos sempre ou quase sempre. Esses indicadores mostraram-se mais prevalentes no sexo feminino com exceção de “perda de interesse pela vida” (tabela 3).

**Tabela 3 - Prevalência de indicadores de sofrimento psíquico no mês anterior à entrevista. População com 18 anos e mais. ISACamp 2014/2015.**

Indicadores de Sofrimento Psíquico	%		
	Total	Masculino	Feminino
Sentimento de tristeza	21,7	14,4	28,3
Choro frequente	12,7	5,3	19,4
Perda do interesse pela vida	11,0	13,6	8,3
Ideia de acabar com a vida	3,4	2,3	4,5
Sentimento de desânimo ou depressão	6,2	4,4	7,8

Embora o suicídio e o comportamento suicida sejam eventos complexos, multifatoriais e ainda não completamente entendidos, existem estratégias de prevenção com eficácias já comprovadas. Entre as medidas recomendadas, é destacada a iniciativa de redução de acesso aos meios, como a armas de fogo e a substâncias tóxicas. Dada a forte associação do suicídio com transtorno depressivo e outros transtornos psíquicos, é fundamental o trabalho desenvolvido pelos serviços de atenção à saúde mental de Campinas e as capacitações em prevenção do suicídio. Considerando que o risco de suicídio é 100 vezes maior nas pessoas que já tentaram se matar, é essencial o acompanhamento desses pacientes pelos serviços de saúde, incluindo os realizados nos Centros de Saúde, nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial. Também é importante o apoio a outras iniciativas que visem a prevenção do suicídio como o Centro de Valorização da Vida de Campinas.

<sup>1</sup> BOTEGA NJ, BARROS MBA, OLIVEIRA HB, DALGALARRONDO P, LÉON LM. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo). 27: 45 - 53, 2005.

**Equipe responsável pelo Boletim:**

<b>Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde /DSC/UNICAMP</b> Prof. Dra. Marilisa Berti A. Barros Dra. Margareth Guimarães Lima Dra. Ana Paula Belon Maria do Carmo Ferreira	<b>Departamento de Vigilância em Saúde SMS/PMC</b> Juliana Natívio Ana Paula Crívelaro Ferreira Carlos Alberto Avancini de Almeida Milena Aparecida Rodrigues Silva Solange Mattos Almeida
Publicado em março/2019	Diagramação: Secretaria de Comunicação/PMC Camila Menezes Fernandes Felipe Bueno Fernandes
Consulte todos os boletins nos sites: Contato:	www.saude.campinas.sp.gov.br www.fcm.unicamp.br/centros/ccas ccas@fcm.unicamp.br



MORTALIDADE EM CAMPINAS  
Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no Município de Campinas

Boletim Nº 57

# MORTALIDADE POR SUICÍDIO

Março de 2019  
ISSN: 2525-9059



Departamento de Vigilância em Saúde DEVISA/SMS Campinas/ PMC  
Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/DSC/FCM/UNICAMP

DEVISA  
Departamento de Vigilância em Saúde

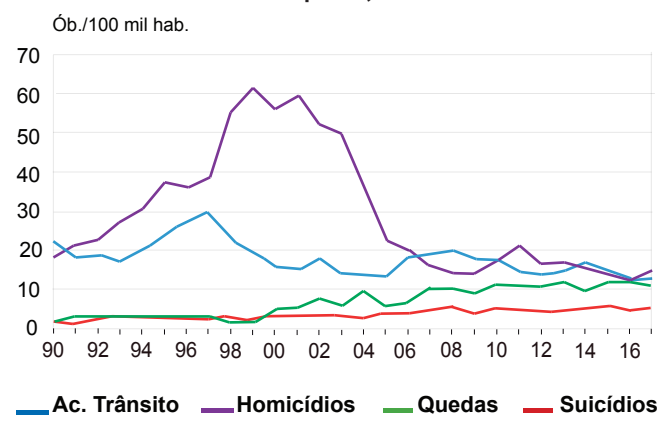
## Mortalidade por Suicídio

As mortes por suicídio vêm crescendo nas últimas décadas em todo o mundo e esta tendência também é observada no Brasil. Nosso país encontra-se entre as nações que apresentam taxas baixas de mortalidade por suicídio, porém a carga de sofrimento que essas mortes acarretam e as evidências científicas disponíveis de que elas podem ser evitadas, tornam importante o conhecimento da tendência e da distribuição do suicídio na população de forma a melhor enfrentar o problema.

Este é o primeiro Boletim sobre o tema do suicídio publicado pelo Projeto de Monitorização da Mortalidade do Município de Campinas. Além de dados sobre mortes por suicídio, este Boletim traz também informações sobre tentativas de suicídio e sobre a prevalência de alguns indicadores de sofrimento psíquico na população de Campinas.

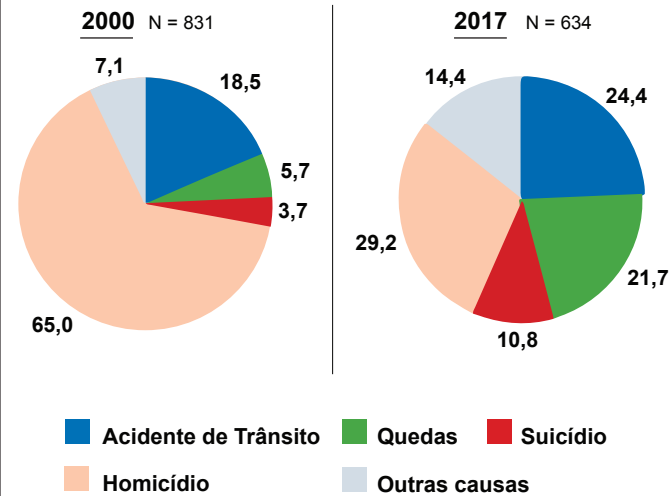
Na **figura 1**, acompanhando-se a tendência da mortalidade por causas externas no município, verifica-se que após o intenso aumento das taxas de homicídios observado entre 1991 e 2005, os coeficientes de mortes por homicídios, acidentes de trânsito e quedas aproximaram-se e mantiveram-se em patamares relativamente estáveis durante a última década. No decorrer do período analisado, as taxas de suicídio persistiram como as mais baixas entre os quatro subgrupos de causas externas, mas em nítido processo de aumento: de 1,7/100.000 hab. em 1990 a taxa ascendeu a 5,6/100.000 hab. em 2017.

**Figura 1 - Taxas de mortalidade segundo tipo de causa externa. Campinas, 1990 a 2017.**

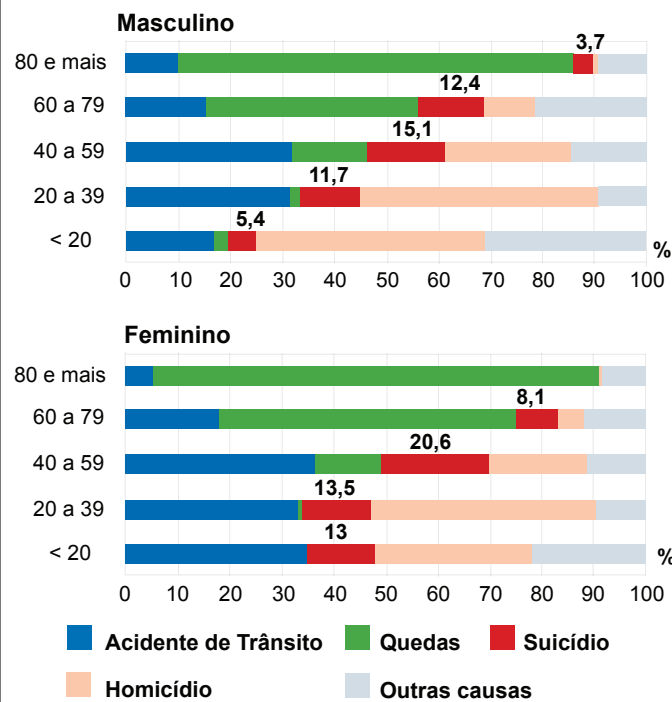


O crescimento da relevância dos suicídios no grupo das mortes por causas violentas é constatado também na distribuição percentual. Enquanto em 2000, os suicídios respondiam por apenas 3,7% dos óbitos por causas externas, em 2017, eles já correspondem a 10,8% dessas mortes (**figura 2**). Esse percentual varia conforme o grupo etário e, em período recente, de 2015 a 2017, observa-se que o maior percentual de suicídio entre as mortes por causas externas é verificado na faixa de 40 a 59 anos, sendo de 15,1% no sexo masculino e atingindo 20,6% no feminino (**figura 3**).

**Figura 2 - Distribuição percentual de subgrupos de causas externas. Campinas, 2000 e 2017.**

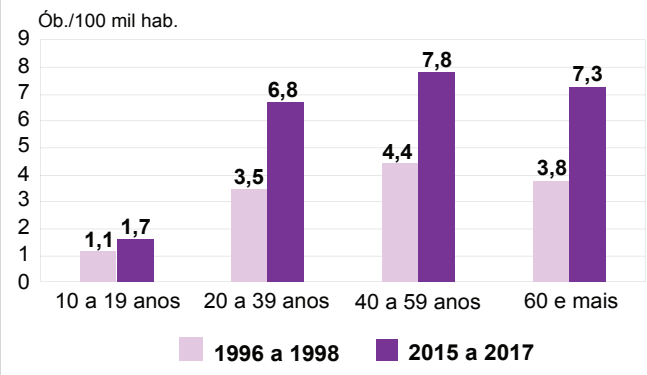


**Figura 3 - Mortalidade proporcional por grupos de de causas externas segundo sexo e faixa etária. Campinas, 2015 a 2017.**



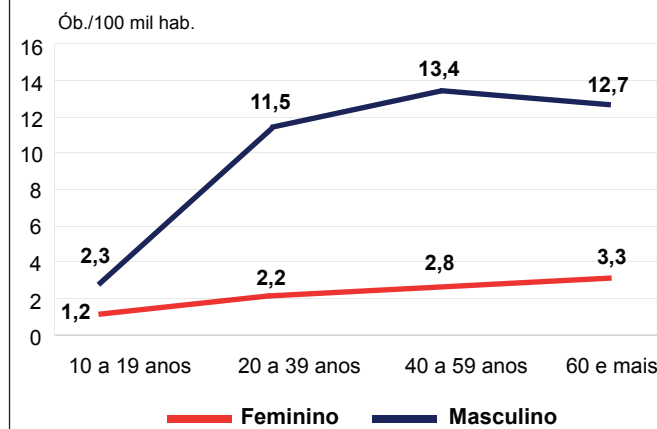
A taxa de mortalidade por suicídio dos moradores de Campinas era de 2,7 por 100.000 hab. em 1996/98 e atingiu 5,5 por 100.000 hab. em 2015/17. O aumento da taxa entre esses 2 triênios é constatado em todos os grupos etários (**figura 4**). Nos dois triênios os riscos aumentam com a idade sendo os maiores valores observados na faixa de 40 a 59 anos.

**Figura 4 - Taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária, em dois períodos. Campinas, 1996 a 1998 e 2015 a 2017.**



Os dados mais recentes (2015/17) mostram que a taxa de suicídio do sexo masculino é 4,4 vezes superior à das mulheres (9,2 versus 2,1 por 100.000 hab.). As taxas masculinas são maiores que as femininas em todos os grupos de idade. Nos homens a maior taxa é observada na faixa de 40 a 59 anos, e nas mulheres no grupo de 60 anos e mais (**figura 5**). A maior diferença de taxas entre os sexos é constatada no segmento de 20 a 39 anos, no qual a taxa do sexo masculino é 5,2 vezes superior à do feminino (11,5 versus 2,2 por 100.000 hab.).

**Figura 5 - Taxas de mortalidade por suicídio segundo sexo e faixa etária. Campinas, 2015 a 2017.**

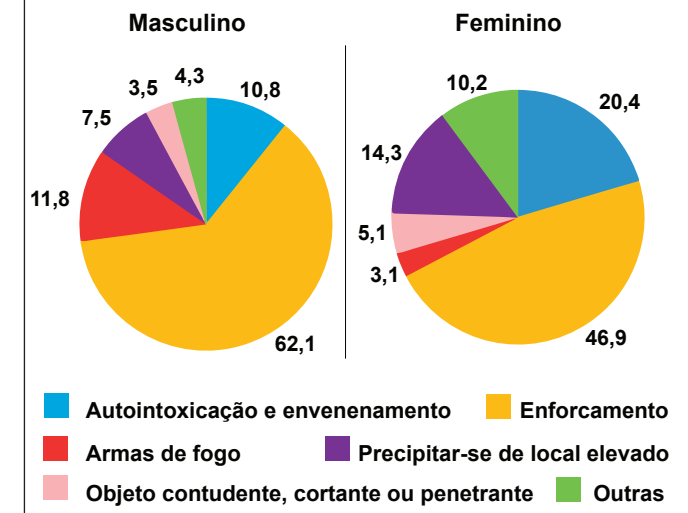


O enforcamento é o meio mais utilizado nos suicídios que ocorrem em Campinas atingindo 58,9% entre os ocorridos de 2010 a 2017. Os outros meios mais frequentes são: autointoxicação/envenenamento (12,8%), arma de fogo (10%) e precipitação de lugar elevado (8,9%). A tendência de utilização do enforcamento foi crescente no período de tempo analisado enquanto o uso de arma de fogo declinou de 26,6% em 1996/99 para 10% em 2010/17 (**tabela 1**). O perfil de meios utilizados para o suicídio difere entre os sexos (**figura 6**): os percentuais de suicídio por enforcamento e pelo uso de arma de fogo são mais elevados nos homens do que nas mulheres, enquanto que os percentuais por uso de autointoxicação/envenenamento e de precipitação de lugar elevado são maiores nas mulheres, em relação aos homens.

**Tabela 1 - Distribuição percentual de suicídio segundo o meio utilizado. Campinas, 1996 a 1999, 2000 a 2009, 2010 a 2017.**

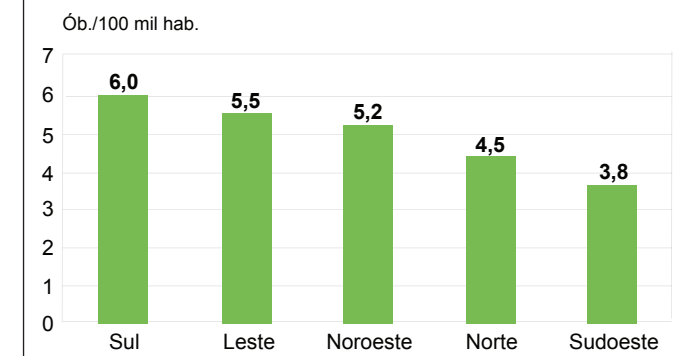
Meio utilizado para suicídio ( Categorias CID-10 )	1996 a 1999	2000 a 2009	2010 a 2017
	N = 94	N = 408	N = 470
Enforcamento (X70)	40,4	44,4	58,9
Envenenamento e autointoxicação (Y10 a Y19 e X61 a X69)	10,6	16,9	12,8
Armas de Fogo (X74)	26,6	14,9	10,0
Precipitar-se de lugar elevado (X80)	3,2	13,7	8,9
Outras (x79)	9,6	8,1	5,3
Lesão por objeto contundente ou penetrante (X79)	9,6	2,0	4,1
Total	100,0	100,0	100,0

**Figura 6 - Distribuição percentual de suicídio por meio utilizado segundo sexo. Campinas, 2010 a 2017.**



O risco de morte por suicídio é mais elevado nos moradores do Distrito de Saúde Sul de Campinas, sendo as menores taxas observadas nos Distritos de Saúde Sudoeste e Norte (**figura 7A**). O padrão por Distrito é o mesmo para ambos os sexos (**figura 7B**).

**Figura 7A - Taxa de mortalidade\* por suicídio segundo Distritos de Saúde. Campinas, 2010 a 2017.**



\* Padronizada pela população de Campinas de 2010