

A Situação das Tentativas de Suicídio

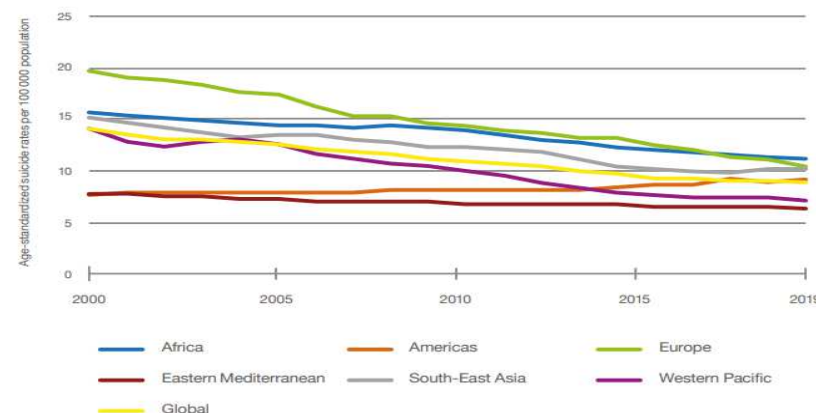
No Mundo

- ✓ Mais de 700.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos. **Entre 2000 e 2019**, a taxa global de suicídio padronizada por idade diminuiu 36%, incluindo uma redução específica por faixas etárias. O único aumento nas taxas de suicídio padronizadas por idade foi na Região das Américas, atingindo 17% no mesmo período (Figura 1).
- ✓ Para cada suicídio, pelo menos outras 20 pessoas tentam o suicídio a cada ano.
- ✓ Uma tentativa anterior de suicídio é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral.
- ✓ O suicídio é a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos.
- ✓ 77% dos suicídios globais ocorrem em países de baixa e média renda.
- ✓ A ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em todo o mundo.

Fonte: WHO. Suicide. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em 28 de Agosto 2023.

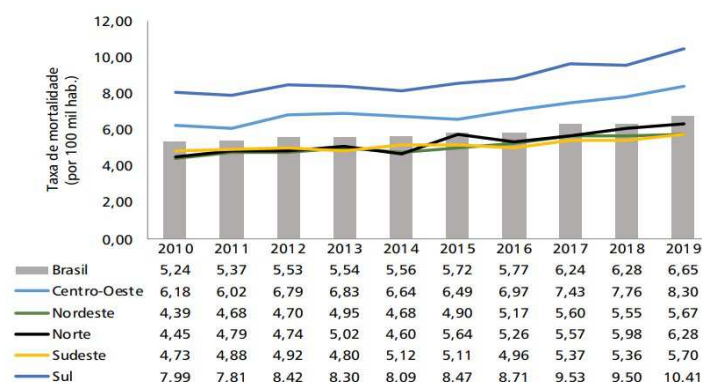
No Brasil

- ✓ **Entre 2010 e 2019**, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, entre 2010 (9.454 casos) e 2019 (13.523 casos). Houve aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil.
- ✓ A **taxa nacional de mortes por suicídio** em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes. Destacam-se as Regiões Sul (10,41 por 100 mil habitantes) e Centro-Oeste (8,30 por 100 mil habitantes), com as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras (Figura 2).
- ✓ **Homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres**, com taxas de mortalidade por suicídio de 10,7 e de 2,9 por 100 mil, respectivamente.



Source: WHO Global Health Estimates 2000-2019

Figura 1. Taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo regiões da OMS. 2000 a 2019.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Figura 2. Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo região. Brasil, 2010 a 2019.

Observou-se aumento das taxas para ambos os sexos, com aumento maior entre as mulheres (29%) do que em homens (26%).

- ✓ **Houve aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários** incluindo um aumento sustentado das mortes por suicídio em menores de 14 anos. Destaca-se um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes (81% de aumento no período), passando de uma taxa de 3,5 mortes (606 óbitos em 2010) para uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes (1.022 óbitos em 2019). As Regiões Sul, Norte e Centro Oeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos e maior incremento percentual das taxas de suicídio no período, respectivamente 99%, 90% e 99%.
- ✓ Este monitoramento dos últimos 10 anos demonstrou um aumento nas taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, com um maior risco de morte em homens e aumento nas taxas de suicídio de jovens. **O perfil das notificações de lesões autoprovocadas** foi de pessoas brancas, do sexo feminino, com baixo grau de instrução e com idade entre 15 e 29 anos, sendo a residência o principal local de ocorrência, e o envenenamento o meio mais empregado para a tentativa de suicídio.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Volume 52 | Set. 2021.

No Rio Grande do Sul

- ✓ **Em 2019**, observou-se que todos os estados da Região Sul do País apresentaram taxas de suicídio superiores à média nacional. **Os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentaram as maiores taxas de suicídio do país**, respectivamente 11,8 e 11,0 por 100 mil habitantes (Figura 3). No Rio Grande do Sul, a taxa de suicídio tem sido quase duas vezes maior do que a brasileira, o que representa uma média de três mortes a cada dia.
- ✓ No RS, em 2016, foram registrados 1.166 óbitos por suicídio, correspondendo a uma taxa de 11,0 por 100.000 habitantes (17,8 para homens e 4,5 para mulheres), aproximadamente o dobro da brasileira. No mesmo período, foram notificados 3.700 casos de violência autoprovocada. Destes, 1.837 foram classificados como Tentativas de Suicídio (TS) o que equivale a uma taxa de 17,4 por 100.000 habitantes.
- ✓ As Regiões de Saúde 19 (Botucaraí) e 15 (Caminho das Águas), ao norte do estado, apresentaram as maiores taxas de suicídio, seguidas pelas Regiões 17 (Planalto) e 28 (Vale do Rio Pardo) (Figura 4). Quanto à notificação de TS, as Regiões 17 (Planalto) e 30 (Vale da Luz) apresentaram as maiores taxas, seguidas pelas Regiões 13 (Diversidade) e Região 1 (Verdes Campos) (Figura 5).
- ✓ Foram observadas taxas de notificação de TS abaixo do esperado em todas as Regiões de Saúde do estado, uma vez que, de acordo com a OMS (2014), espera-se que cada morte de adulto por suicídio corresponda a até 20 tentativas.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Volume 52 | Set. 2021.

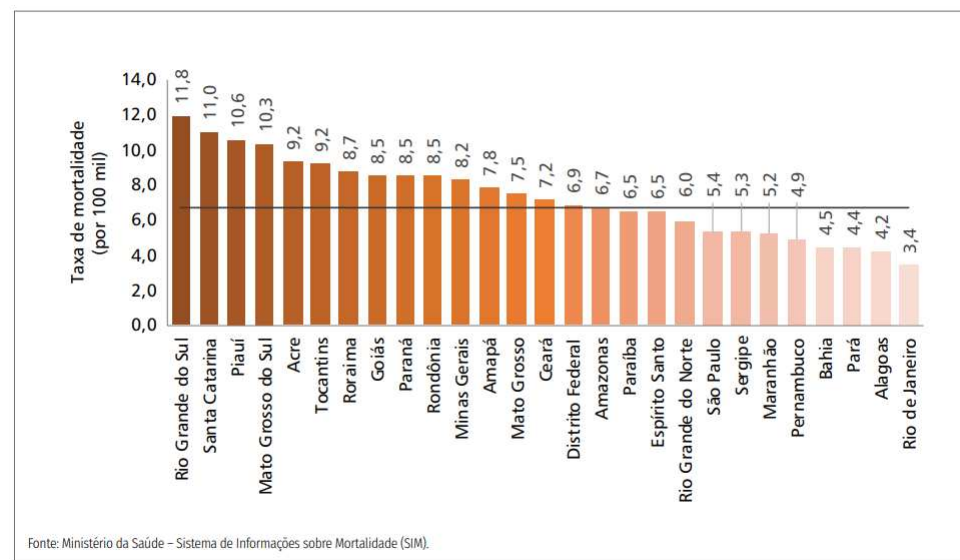
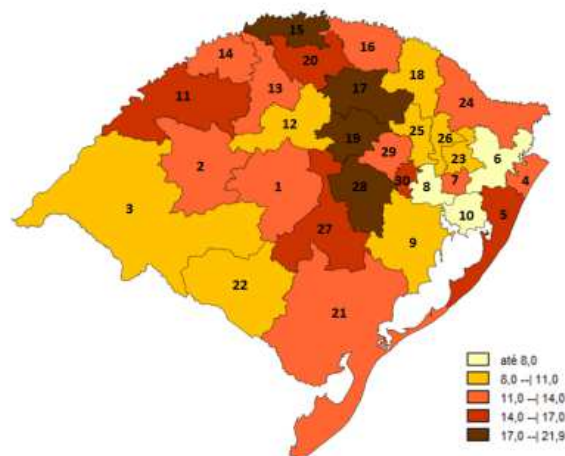
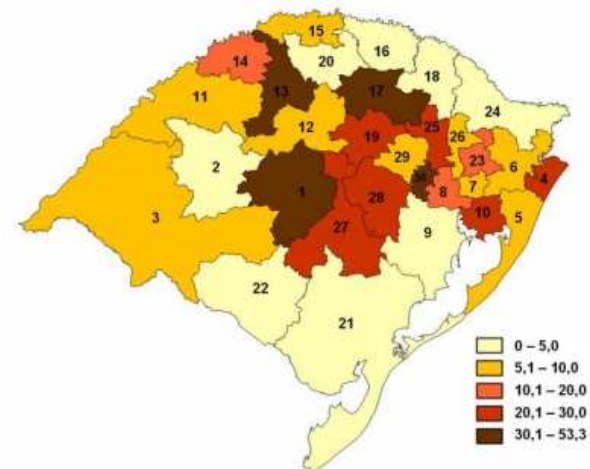


Figura 3. Taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo Unidades Federadas. Brasil, 2019.



Taxa por 100.000 habitantes.
Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166).

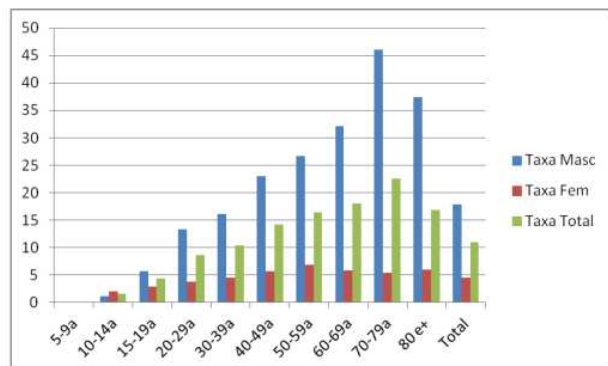
Figura 4. Taxas de **mortalidade por suicídio**, ajustadas por idade, segundo Regiões de Saúde. RS, 2016.



Taxa por 100.000 habitantes.
Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837).

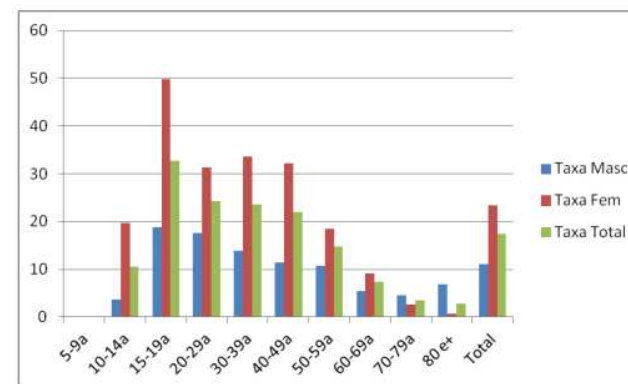
Figura 5. Taxas de **tentativas de suicídio**, ajustadas por idade, segundo Regiões de Saúde. RS, 2016.

No RS, as notificações de suicídio foram mais frequentes em homens (79%) enquanto as tentativas de suicídio foram mais frequentes em mulheres (69%). As taxas de incidência de suicídio aumentaram progressivamente com o avanço da idade até a faixa etária dos 70-79 anos, principalmente nos homens. Em mulheres a maior taxa ocorreu na faixa dos 50-59 anos (figura 6). Entretanto as tentativas de suicídio decrescem com o avanço da idade (figura 7).



Taxa por 100.000 habitantes.
Fonte: SIM/DGTI/SES-RS (n=1.166).

Figura 6. Taxas de **mortalidade por suicídio**, ajustadas por idade, por faixas etárias. RS, 2016.



Taxa por 100.000 habitantes.
Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS (n=1.837)

Figura 7. Taxas de **tentativas de suicídio**, ajustadas por idade, por faixas etárias. RS, 2016.

Fonte: Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio. v.1 | n.1 | setembro | 2018.

- ✓ **Os óbitos por suicídio** no estado foram mais frequentes em pessoas do sexo masculino, com maiores taxas com o avanço da idade em ambos os sexos, da raça branca seguidas da raça/cor preta. **O perfil dos casos de tentativas de suicídio** se caracterizou por pessoas do sexo feminino, com maiores taxas em faixa etária de 15 a 19 anos e em pessoas da raça cor amarela (pode ser devido menor número de casos e de população autodeclarada) seguida da cor/raça preta. Tanto nas estimativas de suicídio como nas tentativas de suicídio houve predomínio de pessoas solteiras/separadas/viúvas. Devido ao grande número de casos ignorados as estimativas quanto à escolaridade ficaram prejudicadas.
- ✓ Quanto ao local de ocorrência, tanto as mortes quanto as tentativas de suicídio foram mais frequentes nas residências.
- ✓ A presença de deficiência/transtorno (deficiência física, intelectual, visual, auditiva, transtorno mental e de comportamento) foi identificada em 49% das pessoas que tentaram suicídio, sendo o transtorno mental identificado em 67% destes casos (32,2% dos homens e 33,2% das mulheres).
- ✓ O histórico de TS prévias foi constatado em 39,3% dos homens e em 47,2% das mulheres.

Em Porto Alegre

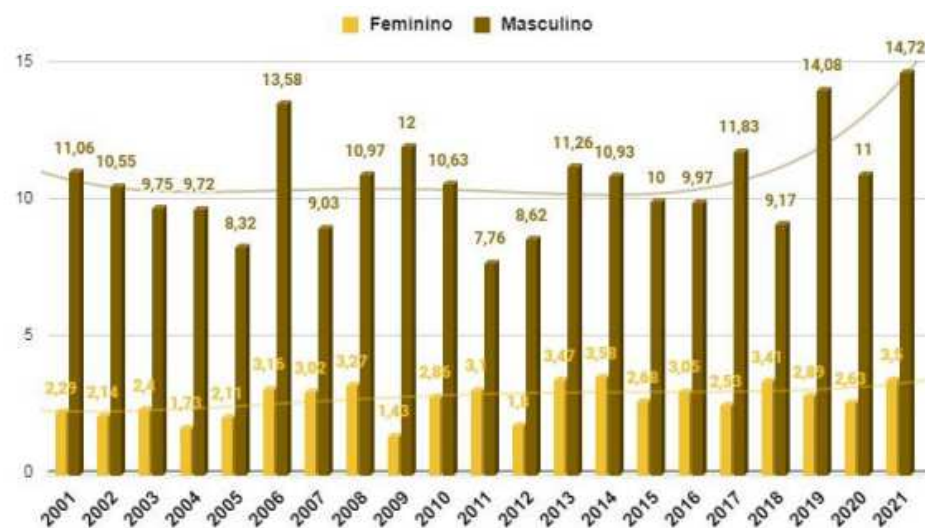
Tentativas de suicídio

Entre 2017 a 2022 foram emitidas 5.444 notificações de tentativa de suicídio em Porto Alegre. E destas, 67,7% ocorreram em mulheres, sendo que nesta população concentraram-se nas faixas etárias dos 10 aos 29 anos (56,3%). Já no sexo masculino, 50,8% dos casos ocorreram na faixa etária dos 20 aos 39 anos. O meio mais comum foi o envenenamento (70,1%).

Suicídio

Entre 2001 e 2022, foram emitidas 1.989 declarações de óbito por suicídio em Porto Alegre. A faixa etária mais frequente foi dos 20 aos 29 anos (20,6%), seguida por 30 aos 39 anos (20,2%). Nos homens, a mesma tendência é observada (22,5% e 19,7%, respectivamente). Já nas mulheres, a faixa etária mais acometida foi dos 30 aos 39 anos (22%), seguida dos 40 aos 49 anos (19,6%). Quanto à raça/cor, a maior proporção de óbitos se deu entre pessoas brancas (85,3%), enquanto que pretos e pardos somaram 13,3% dos óbitos por suicídio. Essa tendência se seguiu em ambos os sexos.

Os meios mais utilizados foram o enforcamento (53,2%) e a arma de fogo (19%). No sexo masculino predominam estes meios de agressão, sendo 57,4% e 21,2%, respectivamente. Nas mulheres, o enforcamento também foi o principal meio (39%), seguido de precipitação de local elevado (20,5%). Os locais onde o óbito por suicídio mais ocorreu foram o domicílio (64%), seguido pelo hospital (14,4%).



Fonte: SIM/EVEV/DVS/SMS
 Dados preliminares de 25/04/2022
 Dados até 2021

Figura 7. Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes de 2001 a 2021 em Porto Alegre/RS.

Fonte: Porto Alegre. Secretaria da Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico das Violências Autoprovocadas e Óbitos por Suicídio. Setembro/2022 - 2ª Edição.

No Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição e UPA Moacyr Scliar

Aspectos metodológicos da vigilância hospitalar

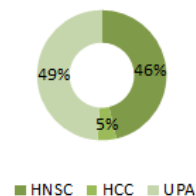
A portaria GM_MS Nº 217, de 1º de Março de 2023 atualizou a lista das doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória mantendo a notificação **imediata** das tentativas de suicídio, bem como da violência sexual. As demais tipologias de violência interpessoal ou autoprovocada são de notificação compulsória semanal. A vigilância contínua da violência interpessoal/autoprovocada tem como instrumento de coleta a ficha de notificação específica (Sinan 5.0), a qual foi informatizada e está disponível no prontuário eletrônico dos pacientes atendidos no Grupo Hospitalar Conceição desde agosto de 2015. Esta medida oportunizou o preenchimento mais rápido pelos profissionais da assistência, com captação imediata pelos profissionais da vigilância epidemiológica hospitalar (NHE/HNSC-HCC), responsáveis pela busca ativa de casos, qualificação dos dados, consolidação, análise e divulgação dos resultados quando o atendimento dos pacientes ocorreu no HNSC ou no HCC. Este processo contribuiu na sensibilização dos profissionais de saúde quanto à integralidade na assistência, que contempla também o aspecto da notificação dos agravos - tentativas de suicídio e autoagressões como ferramenta de acionamento da rede de saúde. Este informe sumarizado segue as normas do Instrutivo para Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, 2015. Os resultados apresentados neste informe são de casos notificados de autoagressões e de tentativas de suicídio no HNSC, HCC e UPA Moacyr Scliar entre 01 de janeiro de 2012 e 31 de julho de 2023. Neste informe atual a distribuição por unidade foi realizada considerando a unidade de atendimento e não a unidade de notificação como nas publicações anteriores.

Resultados

No período avaliado foram notificados 12.321 casos de violência interpessoal (IP) ou autoprovocada (AP) no HNSC, HCC e UPA MS e entre o total destes casos, 3.796 foram de lesões autoprovocadas (30,8%): 3.304 casos de tentativas de suicídio (TS) (87,0%) e 492 casos de autoagressões. Quanto à distribuição dos casos notificados de lesões autoprovocadas por Unidade de atendimento do GHC, identificamos que 1.898 casos foram atendidos no HNSC (50,0%), 1.631 casos na UPA MS (43,0%) e 267 casos no HCC (7,0%). A maioria dos casos notificados de TS foi atendida na UPA MS (49,0%) enquanto que a maioria dos casos de autoagressão foi atendida no HNSC (74,0%) (figura 8). Entre os 2.165 casos de lesões autoprovocadas atendidos no HNSC e HCC, que são as unidades nas quais o NHE/HNSC-HCC é responsável pela vigilância e busca ativa das doenças e agravos de notificação compulsória, esta equipe de vigilância hospitalar notificou 1.284 casos do HNSC (67,7%) e 143 casos do HCC (53,6%). As demais notificações foram realizadas pela equipe assistencial.

Entre 2012 e 2022 observamos um aumento do número e proporção de notificações de TS nestas unidades do GHC em relação ao total de notificações de violência interpessoal ou autoprovocada (figura 9). Em 2020, no início do período pandêmico, houve uma importante redução do número total de notificações de violência interpessoal ou autoprovocada, a qual nós entendemos que pode ser explicada pela redução de atendimentos eletivos e de emergência pediátrica e pode ter interferido no aumento da proporção de casos de TS. Porém, é necessária uma análise mais detalhada para avaliar a tendência de aumento na proporção de casos notificados de TS no período. Apesar deste possível viés ressaltamos que em números absolutos houve aumento de 500 casos de TS em 2019 (pré-pandemia) para 571 casos em 2022 (final da pandemia) (figura 10). E quando detalhamos a análise dos casos de tentativas de suicídio notificados por ano e por Unidade de atendimento identificamos que a sua média mensal, abrangendo as três unidades do GHC, aumentou até 2022, com importante redução em 2023,

Tentativas de Suicídio (%)



Autoagressões (%)

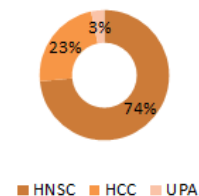


Figura 8. Distribuição dos casos notificados de Tentativas de Suicídio (n=3.304) e de Autoagressões (n=492) por Unidade de atendimento do GHC.

principalmente na UPA MS (figura 11). Quando esperamos um aumento sustentado de casos de TS, este achado pode ser explicado, por exemplo, por subnotificação ou referenciamento de casos para outras unidades de atendimento. O aumento de casos notificados de TS observado até 2022 ocorreu em todos os ciclos de vida (figura 12).

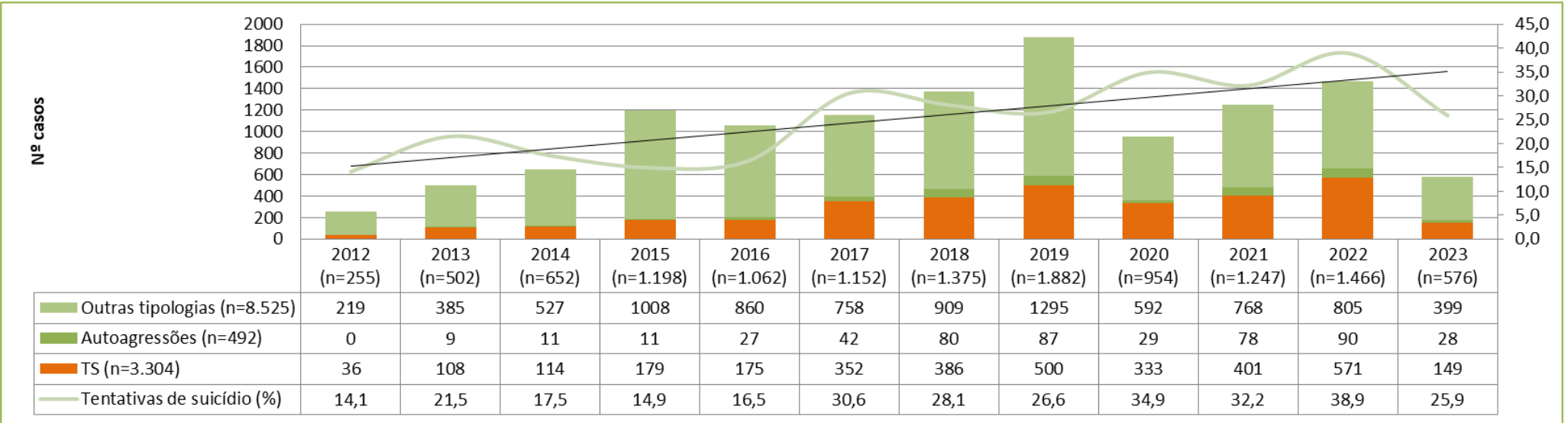


Figura 9. Número de notificações de casos de TS, de autoagressões e de outras tipologias de violências por ano de notificação. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 31 de julho de 2023 (n=12.321).

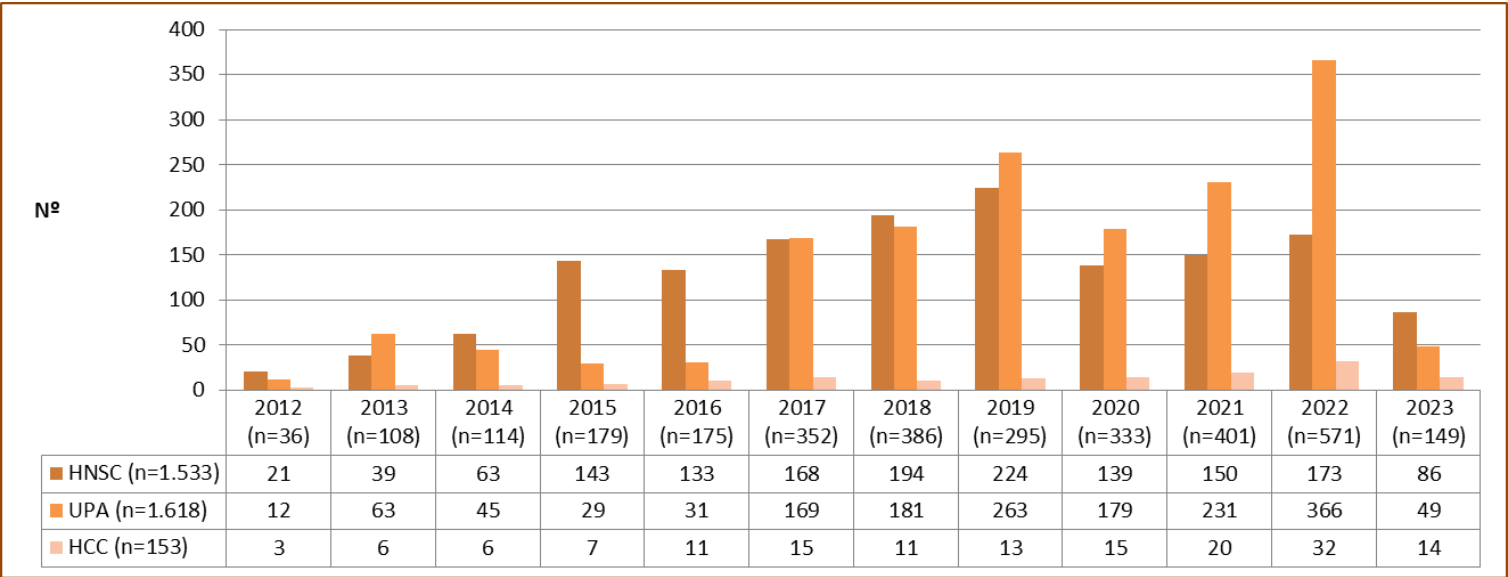


Figura 10. Número de notificações de casos de Tentativas de Suicídio por ano de notificação e por Unidade de atendimento do GHC. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 31 de julho de 2023 (n=3.304).

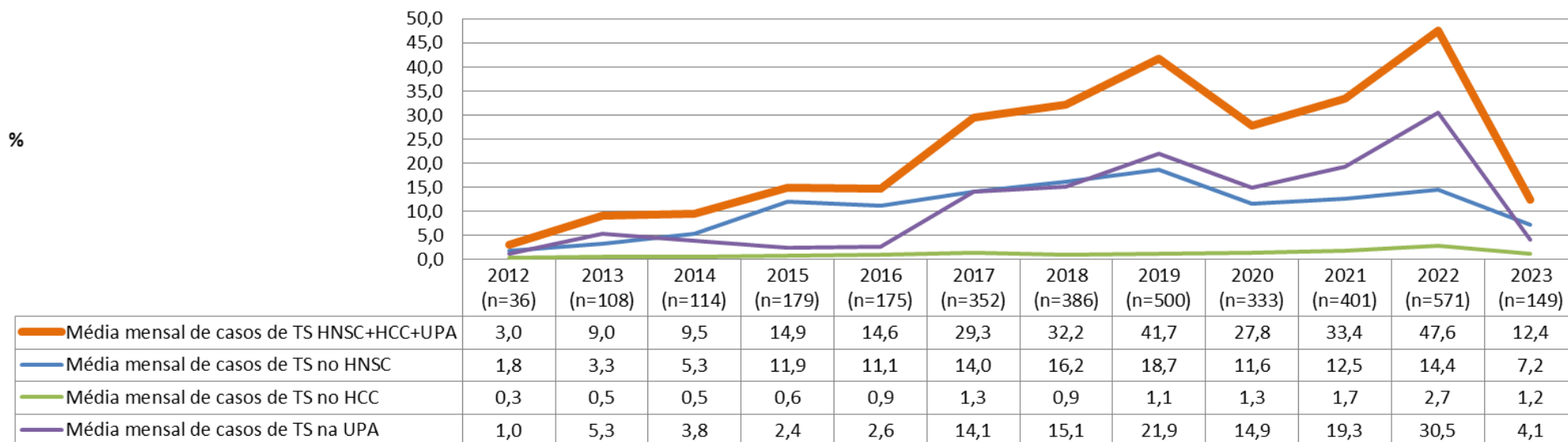


Figura 11. Média mensal de notificações de casos de Tentativas de Suicídio por ano de notificação e por Unidade de atendimento do GHC. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 31 de julho de 2023 (n=3.304).

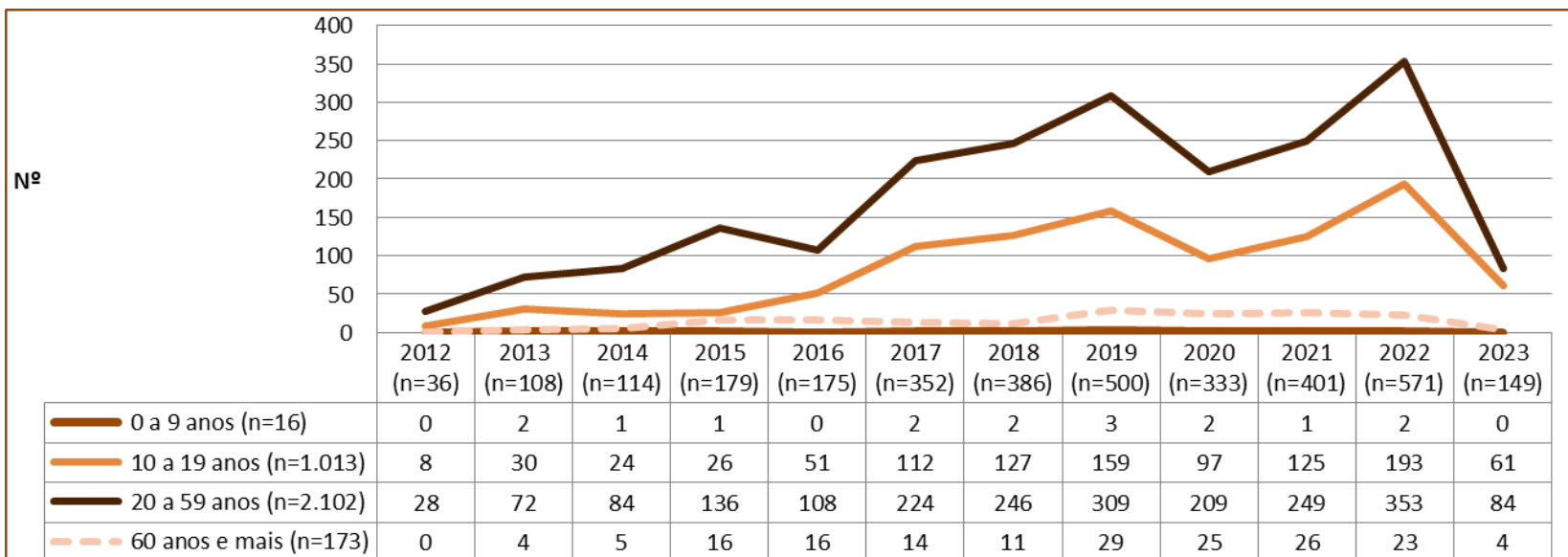


Figura 12. Número de notificações de casos de Tentativas de Suicídio por ano de notificação e por ciclos de vida. HNSC, HCC e UPA MS. 2012 a 31 de julho de 2023 (n=3.304).

Perfil dos casos notificados por Tentativas de Suicídio nas Unidades estudadas do GHC

Houve um predomínio de casos de tentativas de suicídio em mulheres (74,1%), em pessoas da raça/cor branca (78,9%) e em residentes de Porto Alegre (87,1%). Entre estes casos notificados de TS em moradores da capital houve um nítido predomínio de pacientes residentes dos bairros Sarandi, Rubem Berta e Santa Rosa de Lima entre aqueles bairros com 20 ou mais notificações no período (figura 13). Em relação aos ciclos de vida, a maioria era de adultos entre 20 e 59 anos (2.103 casos; 63,6%) e adolescentes entre 10 e 19 anos (1.013 casos; 30,7%), seguidos dos idosos (173 casos; 5,2%) e de crianças até 9 anos (16 casos; 0,5%). Em 37,7% dos casos houve o relato de tentativas prévias de suicídio, em 21,5% foi o primeiro episódio, porém em 40,8% dos casos a informação foi ignorada.

Em relação aos meios de autoagressão, o envenenamento foi o mais frequente (2.857 casos; 86,5%), seguido de objeto perfuro-cortante (189 casos; 5,7%), de enforcamento (140 casos; 4,2%), de atropelamento/projeção de carro em movimento ou acidente (44 casos; 1,3%), projeção de altura/defenestração (31 casos; 0,9%) e outros (7 casos; 0,2%). A informação foi ignorada em 26 casos (0,8%).

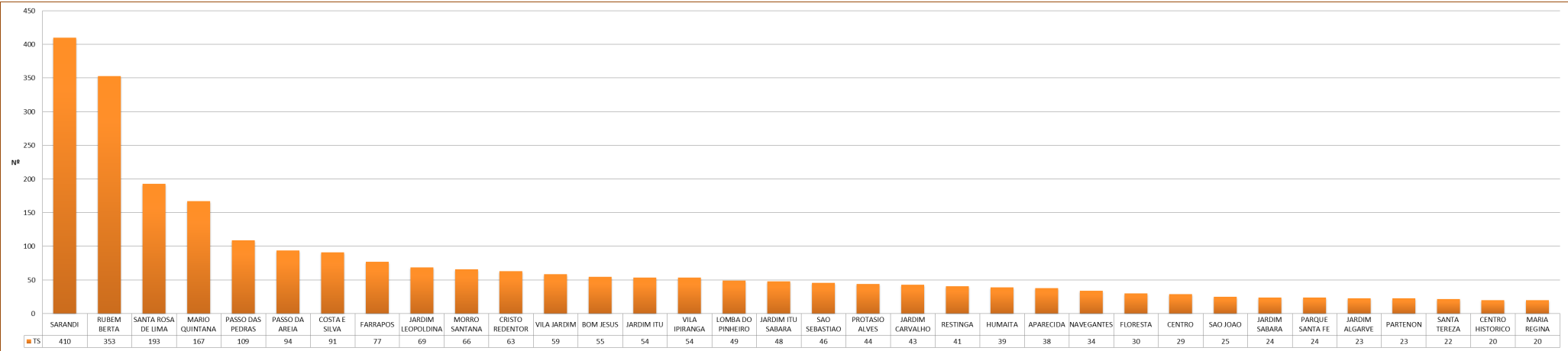


Figura 13. Frequência de casos de tentativas de suicídio entre os moradores de Porto Alegre conforme os bairros de residência. HNSC, HCC e UPA MS, 2012 a 31 de julho de 2023 (n=3.304).

Quem está em risco?

Embora a relação entre os suicídios e transtornos mentais (em particular, depressão e abuso de álcool) esteja bem estabelecida em países de alta renda, vários suicídios ocorrem de forma impulsiva em momento de crise, com um colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida – tais como problemas financeiros, terminos de relacionamento ou dores crônicas e doenças. Além disso, o enfrentamento de conflitos, desastres, violências, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida. As taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; indígenas; população LGBTQIAP+ e pessoas privadas de liberdade. **Os fatores de risco mais relevantes para o suicídio são as tentativas anteriores e os transtornos mentais.**

Prevenção e controle

- ✓ **Evidências demonstram que os suicídios PODEM SER EVITADOS EM TEMPO OPORTUNO, com intervenções de baixo custo.** Para uma efetiva prevenção, as ações nacionais necessitam de uma ampla estratégia multissetorial, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois apenas uma abordagem não pode impactar em um tema tão complexo quanto o suicídio (1).
- ✓ As medidas que podem ser tomadas junto à população, subpopulação e em níveis individuais para prevenir o suicídio e suas tentativas incluem:
 - Redução de acesso aos meios utilizados (por exemplo, pesticidas, armas de fogo e certas medicações);

- Cobertura responsável pelos meios de comunicação;
 - Introdução de políticas para reduzir o uso nocivo do álcool e outras drogas;
 - Identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou com uso abusivo de substâncias psicoativas, dores crônicas e estresse emocional agudo;
 - Formação de trabalhadores não especializados em avaliação e gerenciamento de comportamentos suicidas;
 - Acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio e prestação de apoio comunitário.
 - Prevenção seletiva para grupos vulneráveis (idosos, população indígena, população LGBTQIAP+, população negra, pessoas com deficiência, refugiados, dentre outros) (2).
- ✓ Ainda que o cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido (3). Sabe-se que o fenômeno do suicídio é complexo, influenciado por vários fatores, e que generalizações de fatores de risco são contraproducentes. A partir de uma análise contextual, é possível compreender situações de maior risco, entre elas ter acesso aos meios de cometer suicídio, apresentar dificuldade em lidar com estresses agudos ou crônicos da vida, e sofrer violência baseada em gênero, abuso infantil ou discriminação. O estigma em relação ao tema do suicídio impede a procura de ajuda, que pode evitar mortes (4). Da mesma forma, sabe-se que falar de forma responsável sobre o fenômeno do suicídio opera muito mais como um fator de prevenção do que como fator de risco, podendo, inclusive, se contrapor a suas causas. A sensibilização e o treinamento de equipes de saúde para a vigilância e divulgação correta coleta de dados contribui para fortalecer as ações necessárias (5). De fato, intervenções eficientes, bem fundamentadas, baseadas em evidências e em dados seguros, podem ser aplicadas a determinados grupos e indivíduos para se prevenir as tentativas de suicídio e evitar o óbito por essa causa.

Conclusão

- ✓ O dia 10 de setembro é marcado pelo Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. A Organização Mundial da Saúde reconhece tanto o suicídio como as tentativas de suicídio como prioridade na agenda global de saúde e incentiva os países a desenvolverem e reforçarem suas estratégias de prevenção, quebrando estigmas e tabus que existem sobre o assunto. O Plano Mundial para a Saúde Mental 2013-2030, ao qual o Brasil aderiu, preconiza reduzir em um terço as taxas de suicídio até 2030 (2). Para que as respostas sejam eficazes, é necessária uma estratégia de prevenção multissetorial e abrangente para abordar o problema. Entre os indicadores recomendados para o monitoramento das ações implementadas está o número de hospitalizações por TS. Neste contexto salientamos a importância da notificação compulsória imediata destes casos atendidos por TS. O objetivo da notificação é construir o perfil epidemiológico e subsidiar o planejamento de ações e medidas de controle para a garantia de acolhimento, prestação de cuidados necessários e vinculação dos pacientes a serviços de saúde mental para adoção de medidas terapêuticas adequadas e efetivas.
- ✓ No Brasil, a notificação de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados desde 2011. A partir de 2014 a Portaria Nº 1.271, de 6 de Junho, definiu que a notificação de tentativas de suicídio deve ser imediata à vigilância do agravamento na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos, visando evitar a sua repetição e a evolução para o óbito. A notificação é a ferramenta disparadora do cuidado no âmbito da rede de atenção, sendo o instrumento adequado para acionar os seus diferentes pontos, inclusive a atenção psicossocial, visto que a tentativa de suicídio é um fator de risco importante para o suicídio.
- ✓ Ressaltamos que não foram incluídos neste informe os dados oriundos do Hospital Cristo Redentor e do Hospital Femina, o que limita a identificação do cenário de todo o GHC.
- ✓ Destacamos que os dados referentes ao período da pandemia ainda estão por ser publicados pelo Ministério da Saúde, bem como no nível estadual e municipal e serão incorporados ao nosso próximo informe assim que estiverem disponíveis.
- ✓ Por fim, as informações disponibilizadas permitem compor um quadro a ser abordado nas oportunidades de formação de profissionais de saúde e de educação permanente para trabalhadores do GHC.
- ✓ Esperamos que cada vida salva sirva como estímulo para ampliar a atenção aos casos suspeitos e aos identificados antes da consumação da perda autoprovocada de uma vida.

Referências

1. Organização Panamericana da Saúde. Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2022>>. Acesso em: 06 set. 2023.
2. Rio Grande do Sul. Plano estadual de promoção da vida e prevenção do suicídio. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/13120347-plano-estadual-cepvps-26-05-22.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2023.
3. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>>. Acesso em: 06 set. 2023.
4. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS E ÓBITOS POR SUICÍDIO. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde. Setembro/2022 - 2ª Edição. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim_suicidio_set22.pdf>. Acesso em: 06 set. 2023.
5. World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208895/9789241549578_eng.pdf;jsessionid=198CA7EE8F6ECD60728F7257924773E9?sequence=1>. Acesso em: 06 set. 2023.