

Tendências das lesões autoprovocadas no Brasil de 2001 a 2021: análises da notificação, internação e morte

Trends in self-inflicted injuries in Brazil from 2001 to 2021: notification, hospitalization, and death analysis

Tendencias de las autolesiones en Brasil de 2001 a 2021: análisis de la notificación, hospitalización y muerte

Joviana Quintes Avanci <https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>¹; Simone Gonçalves de Assis <https://orcid.org/0000-0001-5460-6153>¹; Liana Wernersbach Pinto <https://orcid.org/0000-0003-1928-9265>¹

Resumo O suicídio é uma importante causa de mortalidade evitável. O estudo busca analisar os dados de morbimortalidade no Brasil por lesões autoprovocadas na notificação, internação e morte a partir dos sistemas nacionais de informação no período de 2001-2021. Estudo ecológico sobre casos registrados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – componente contínuo, no Sistema de Informações Hospitalares e no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Abarcou as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, além de dados das cinco regiões e do país como um todo. Os resultados mostram aumento das taxas das lesões autoprovocadas entre pessoas de 10 a 19 anos no período 2019-2021. Observou-se maior ocorrência de notificações das lesões autoprovocadas para o sexo feminino, e o inverso para as tentativas e mortes. A análise de tendência da mortalidade indica predomínio masculino, na faixa etária de 40-59 anos e de pessoas de pele branca. Os modelos de Prais-Winsten revelaram tendência crescente e significativa de óbitos em 14 capitais brasileiras, com estabilidade das taxas nas demais cidades. Os achados alertam para a necessidade de fortalecimento de ações de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental no Brasil, bem como a expansão da rede de atenção psicossocial.

Palavras-chave Suicídio, Tentativa de suicídio, Lesão autoprovocada, Sistemas de informação

Abstract Suicide is a major preventable cause of mortality. This study aims to analyze morbidity and mortality data related to self-inflicted injuries based on notifications, hospitalizations, and deaths, using national information systems from 2001 to 2021. It is an ecological study of cases recorded in the Violence and Accident Surveillance System (continuous component), the Hospital Information System, and the Mortality Information System. The study covers all 26 state capitals, the Federal District, the five macro-regions, and the country as a whole. Findings indicate increased rates of self-inflicted injuries among individuals aged 10 to 19 between 2019 and 2021. There was a higher incidence of reports of notifications among women and oppositional for attempts and deaths. The analysis of mortality trends indicates a male predominance, in the age group of 40 to 59 years and among white skin people. Prais-Winsten models indicated a significant upward trend in suicide deaths in 14 capitals, with rate stability in the remaining cities. The findings highlight the urgent need to strengthen suicide prevention efforts and promote mental health in Brazil, alongside expanding the psychosocial care network.

Key words Suicide, Attempted suicide, Self-harm, Information systems

Resumen El suicidio es una de las principales causas prevenibles de mortalidad. Este estudio analiza los datos de morbilidad y mortalidad en Brasil relacionados con la autolesión, incluyendo notificaciones, hospitalizaciones y fallecimientos de los sistemas nacionales de información, de 2001 a 2021. Se trata de un estudio ecológico de los casos registrados en el Sistema de Vigilancia de la Violencia y Accidentes (componente continuo), el Sistema de Información Hospitalaria y el Sistema de Información sobre Mortalidad. El estudio abarcó las 26 capitales brasileñas y el Distrito Federal, así como datos de las cinco regiones y del país en su conjunto. Los resultados muestran un aumento de las tasas de autolesión en personas de 10 a 19 años entre 2019 y 2021. Los informes de autolesión fueron mayores en mujeres, mientras que los intentos y las muertes fueron mayores en mujeres. El análisis de tendencias de mortalidad indica un predominio de hombres, personas de 40 a 59 años y personas de piel blanca. Los modelos de Prais-Winsten revelaron una tendencia significativa y creciente en las muertes en 14 capitales brasileñas, con tasas estables en las demás ciudades. Los hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las iniciativas de prevención del suicidio y promoción de la salud mental en Brasil, así como de ampliar la red de atención psicossocial.

Palabras clave Suicidio, Intento de suicidio, Autolesiones, Sistemas de información

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4036, sala 700 – Prédio Expansão, Campus Maré, Mangueiras. Rio de Janeiro RJ Brasil. joviana.avanci@fiocruz.br

Introdução

Mortes por suicídio são importantes causas de mortalidade evitável e estão entre os principais motivos de óbito em algumas regiões do mundo e faixas etárias^{1,2}. É o desfecho fatal da manifestação da lesão autoprovocada, classificada como comportamento suicida (pensamentos, planejamento, tentativas de se matar e o ato consumado) e autoagressão (arranhaduras, cortes, mordidas e amputação de membros) sem intenção suicida consciente^{3,4}. Sexo, idade, cultura e questões étnico-raciais têm implicações importantes na epidemiologia do comportamento suicida e da autolesão, caracterizado pelo caráter multifatorial, multideterminado e multifacetado⁴.

Entre os anos de 2000 e 2019, houve redução de 36% no número de suicídios no mundo⁵. Contudo, em 2016, o suicídio estava entre as dez principais causas de morte na Europa Oriental, Europa Central, Europa Ocidental, Europa, Ásia Central, Australásia, Sul da América Latina e em áreas de alta renda da América do Norte^{5,6}. Em 2019, a maioria das mortes por suicídio (77%) ocorreu em países de baixa e média renda⁷. No mesmo ano, as estimativas da Carga Global de Doenças classificaram a lesão autoprovocada como a terceira entre as principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade em adolescentes de 10 a 24 anos⁸.

Nas Américas o suicídio aumentou 17% entre 2000 e 2019, com destaque para o Brasil, com acréscimo de 43%^{5,9} e variações segundo sexo, faixa etária e perfil étnico-racial¹⁰. No país, o Boletim Epidemiológico elaborado pelo Ministério da Saúde mostra crescimento preocupante no número de suicídios entre 2010-2021¹¹. Em 2021 houve mais de 15,5 mil suicídios, o que equivale a uma morte a cada 34 minutos, colocando o suicídio como a 27ª causa de morte no país e a terceira maior na população jovem¹¹.

Toda a conjuntura pessoal, social e política precisa ser considerada na abordagem do comportamento suicida e da autolesão, evidenciando como as condições de vida são adoecedoras e causam sofrimento. Configurações socioeconômicas precárias, viver em zonas de conflitos e pertencer a minorias sexuais, de gênero, religiosas ou étnico-raciais impactam comportamentos, expectativas de futuro, exigências sociais, participação cultural e experiências familiares, implicando diferentes condições de inserção ou exclusão social, guardando diferentes formas de ser e estar no mundo. O mal-estar presente em

determinada sociedade revela as condições de vida às quais as pessoas estão submetidas⁴. Além disso, a história de suicídio em uma família, o acesso a meios de alta letalidade e viver adversidades, como morte de ente querido, diagnóstico de doenças graves, divórcio, violência doméstica, desemprego e migração forçada, não apenas aumentam o risco como servem de gatilhos para o ato suicida¹². Somado a isso, a pandemia de COVID-19 exacerbou fatores de risco importantes, como a queda da economia, aumento de violências e problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, além de restringir o acesso a serviços de saúde¹³. Desse modo, fatores biológicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosófico-existenciais, bem como motivações e problemas sociais, interagem entre si e são fontes explicativas do fenômeno¹⁴.

Todavia, há conhecimento limitado sobre as tendências e as taxas para grupos e localidades específicas no país e em várias partes do mundo. No Brasil, três sistemas de informações em saúde fornecem registros das lesões autoprovocadas: (1) Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), responsável pelos dados de morbidade hospitalar durante internações em hospitais públicos e conveniados ao SUS; (2) Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em seu componente contínuo, com registro de todo caso suspeito ou confirmado de violência atendido nos serviços de saúde, sendo alimentado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e (3) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que registra óbitos, em que o suicídio é uma das causas *mortis* extraída do atestado de óbito (DATASUS).

Apesar disso, é incipiente o conhecimento da magnitude das diferentes expressões do comportamento suicida e de autolesão por um período longo, dificultando o acompanhamento de estatísticas, o que poderia ser estratégico no delineamento de políticas públicas e na implementação de ações de prevenção. Uma análise atualizada da magnitude do fenômeno se coloca como necessária na compreensão de tendências locais das taxas do comportamento suicida no país, tendo como fonte a amplitude de suas expressões, desde a lesão física não evidente até o óbito em si. Este artigo busca analisar os dados de morbimortalidade no Brasil por lesões autoprovocadas relativos a notificação, internação e óbito a partir dos sistemas nacionais de informação no período de 2001 a 2021.

Método

Estudo ecológico com recorte longitudinal sobre a análise das notificações de lesão autoprovocada, internações por suicídio e mortes por suicídios consumados registrados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – componente contínuo (VIVA SINAN), no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), respectivamente. Em termos geográficos, a análise abarcou todas as 26 capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, além de dados das cinco regiões e do país como um todo.

O período de análise para as notificações registradas no VIVA SINAN compreendeu os anos de 2009 a 2021, sendo 2009 o ano a partir do qual o sistema passou a dispor de dados nacionais consolidados e com maior completude. Essa delimitação visa garantir maior validade comparativa e minimizar os efeitos de sub-registro presentes em anos anteriores. Esse período foi dividido em dois quinquênios e um quadriênio (2009-2013, 2014-2018 e 2019-2021). Já para as internações e mortes, o período analisado foi de 2001 a 2021, divididos em três sexênios e um quadriênio (2001-2006, 2007-2012, 2013-2018 e 2019-2021).

Para a análise das notificações, foram selecionadas as violências registradas como lesão autoprovocada (campo 54 da ficha de notificação)¹⁵; já para as internações e mortes, os registros em que o diagnóstico principal da internação ou causa básica foram registradas com os códigos X60-X84 da Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão (CID 10)¹⁶.

Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando-se as seguintes fontes ao longo dos anos: Censo Demográfico de 2000, as estimativas intercensitárias disponibilizadas anualmente pelo IBGE e o Censo Demográfico de 2010. Para os anos posteriores foram utilizadas as estimativas populacionais por faixa etária e sexo.

Foram calculadas as taxas brutas de internação e de mortalidade por 100.000 habitantes, que tiveram como numerador o número de eventos (internações ou óbitos) por ano, segundo sexo e faixa etária, e como denominador as estimativas populacionais correspondentes. Para a análise das notificações foram calculadas as proporções de casos registrados por lesão autoprovocada sobre o total de notificações por ano, expressas em percentuais. Para a variável raça/cor, em virtude da não disponibilidade de

dados populacionais por essa variável para todos os anos, optou-se por apresentar a distribuição proporcional dos casos.

Foi realizada análise de tendência temporal por meio da regressão de Prais-Winsten¹⁷, aplicada às taxas anuais de internação e mortalidade por 100.000 habitantes do Brasil e das capitais dos estados brasileiros. As séries foram classificadas em crescentes ($\uparrow$), decrescentes ($\downarrow$) e estacionárias ($--$), de acordo com o sinal e significância estatística do coeficiente da regressão ($p < 0,05$). A variável dependente foi a taxa anual (de internação ou mortalidade) e a variável independente foi o ano. Para atender aos pressupostos do modelo, quando não foi verificada a normalidade dos resíduos na série original (por meio do teste de Shapiro-Wilk), foi aplicada a transformação logarítmica ou a transformação raiz quadrada. A normalidade dos resíduos foi novamente verificada para os casos em que foi preciso aplicar uma transformação aos dados. A análise de tendência temporal não foi realizada para os dados de notificação (SINAN), visto não permitirem o cálculo de taxas.

Além das estimativas por período, foi calculada uma coluna adicional denominada “ Δ 2001-2021”, que representa a variação percentual entre a taxa média do primeiro período (2001-2006) e a taxa média do último período analisado (2019-2021), com o objetivo de demonstrar a magnitude da mudança observada ao longo da série. Essa medida foi utilizada como complemento à tendência estatística estimada pela regressão de Prais-Winsten.

Todos os dados são de livre acesso, não nominais e disponíveis no sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Por esse motivo, o estudo dispensou avaliação por parte de um comitê de ética em pesquisa.

Resultados

Notificações de lesões autoprovocadas

No Brasil foram feitas 72.254 notificações de lesões autoprovocadas, ou seja, de casos atendidos em serviços de saúde, no período 2009-2013, 272.359 de 2014 a 2018 e 289.606 de 2019 a 2021, revelando tendência de aumento de registros por essa causa ao longo do período estudado. Em todos os períodos as mulheres se destacam, perfazendo 65,1%, 67,6% e 69,8%, respectivamente, das notificações nos três períodos estudados. Isso também ocorre em relação aos dados regionais, em que as mulheres exibem

maiores percentuais em todas as capitais no período 2019-2021, com patamar de 70% ou mais em 15 das 27 capitais brasileiras (Tabela 1).

O Gráfico 1a mostra a análise segundo grupos de idade para o país, com percentuais mais elevados de notificações por lesões autoprovocadas na faixa de 20 a 29 anos nos dois primeiros quinquênios. No período de estudo mais recente, a faixa etária de 10 a 19 anos apresenta percentual ligeiramente maior que o de 20 a 29 anos (30,3% e 29,3%, respectivamente). Na região Norte, o maior percentual é o da faixa de

10 a 19 anos nos três períodos (34,3%, 34,5% e 38,3%, respectivamente). Na região Nordeste, predomina a faixa de 20 a 29 anos nos dois primeiros períodos (30,5% e 25,8%), e a faixa de 10 a 19 anos de 2019 a 2021 (31,3%). No Sudeste prevalece a faixa etária de 20 a 29 anos em todos os períodos (28,1%, 26,3% e 29,2%, respectivamente). Já no Sul, o maior percentual foi encontrado no grupo de 20 a 29 anos no primeiro período (26,2%) e na faixa de 10 a 19 anos no segundo e terceiro períodos (27,2% e 30,8%). Para o Centro-Oeste, os percentuais das faixas

Tabela 1. Distribuição absoluta e relativa das notificações por lesões autoprovocadas segundo o sexo. Brasil, grandes regiões e capitais, 2009 a 2021.

Grandes regiões e capitais	Período											
	2009-2013				2014-2018				2019-2021			
	Total	M	F	M/F	Total	M	F	M/F	Total	M	F	M/F
Brasil	72.254	34,9	65,1	0,5	272.359	32,4	67,6	0,5	289.606	30,1	69,8	0,4
Norte	3.121	34,3	65,7	0,5	10.557	34,3	65,7	0,5	12.257	31,3	68,7	0,5
Porto Velho	46	37,0	63,0	0,6	374	27,0	73,0	0,4	272	25,4	74,6	0,3
Rio Branco	73	13,7	86,3	0,2	1.239	28,1	71,9	0,4	1.466	29,1	70,9	0,4
Manaus	244	13,5	86,5	0,2	247	27,1	72,9	0,4	464	30,2	69,8	0,4
Boa Vista	365	37,3	62,7	0,6	807	27,6	72,4	0,4	1.029	30,3	69,7	0,4
Belém	99	7,1	92,9	0,1	311	28,0	72,0	0,4	376	23,4	76,6	0,3
Macapá	212	33,0	67,0	0,5	154	32,5	67,5	0,5	189	25,4	74,6	0,3
Palmas	724	37,7	62,3	0,6	1.388	30,7	69,3	0,4	1.031	25,4	74,6	0,3
Nordeste	10.132	34,5	65,5	0,5	34.897	33,4	66,5	0,5	48.039	31,1	68,9	0,5
São Luís	34	50,0	50,0	1,0	314	33,8	66,2	0,5	1.147	27,9	72,1	0,4
Teresina	563	37,1	62,9	0,6	2.182	29,7	70,3	0,4	1.911	30,5	69,5	0,4
Fortaleza	43	30,2	69,8	0,4	1.736	42,4	57,6	0,7	3.776	39,6	60,4	0,7
Natal	217	42,9	57,1	0,8	1.420	37,5	62,4	0,6	2.118	34,5	65,5	0,5
João Pessoa	643	37,2	62,8	0,6	1.206	34,2	65,8	0,5	1.976	32,2	67,7	0,5
Recife	496	29,4	70,6	0,4	1.768	35,7	64,3	0,6	1.905	28,8	71,2	0,4
Maceió	824	29,2	70,8	0,4	1.609	35,4	64,6	0,5	1.617	33,6	66,4	0,5
Aracaju	45	26,7	73,3	0,4	290	33,4	66,6	0,5	608	27,5	72,5	0,4
Salvador	366	39,6	60,4	0,7	1.319	33,4	66,6	0,5	825	32,4	67,6	0,5
Sudeste	35.636	34,7	65,3	0,5	135.587	32,0	68,0	0,5	129.015	29,6	70,4	0,4
Belo Horizonte	2058	34,9	65,1	0,5	5.584	30,4	69,6	0,4	5.054	29,7	70,2	0,4
Vitória	214	16,8	83,2	0,2	1.923	25,6	74,4	0,3	1.046	26,2	73,8	0,4
Rio de Janeiro	577	35,2	64,8	0,5	7.190	29,9	70,1	0,4	8.505	24,9	75,1	0,3
São Paulo	10	0,0	100,0	0,0	13.115	35,4	64,6	0,5	21.299	30,6	69,3	0,4
Sul	16.998	35,8	64,2	0,6	72.258	32,2	67,8	0,5	70.947	30,7	69,3	0,4
Curitiba	512	32,0	67,8	0,5	6.948	31,6	68,4	0,5	6.292	31,6	68,4	0,5
Florianópolis	222	37,8	62,2	0,6	1.496	32,2	67,8	0,5	885	30,5	69,5	0,4
Porto Alegre	528	30,3	69,7	0,4	3.650	30,4	69,6	0,4	3.758	32,8	67,2	0,5
Centro-Oeste	6.367	34,6	65,4	0,5	19.060	33,0	67,0	0,5	29.348	29,0	70,9	0,4
Campo Grande	2.805	27,4	72,6	0,4	4.805	29,3	70,7	0,4	3.379	24,7	75,3	0,3
Cuiabá	94	13,8	86,2	0,2	283	32,5	67,5	0,5	533	30,4	69,6	0,4
Goiânia	682	54,3	45,7	1,2	1.786	38,1	61,9	0,6	2.506	31,0	69,0	0,4
Brasília	449	28,1	71,9	0,4	3.692	30,0	70,0	0,4	9.551	29,1	70,9	0,4

M – masculino; F – feminino.

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – componente contínuo (VIVA SINAN).

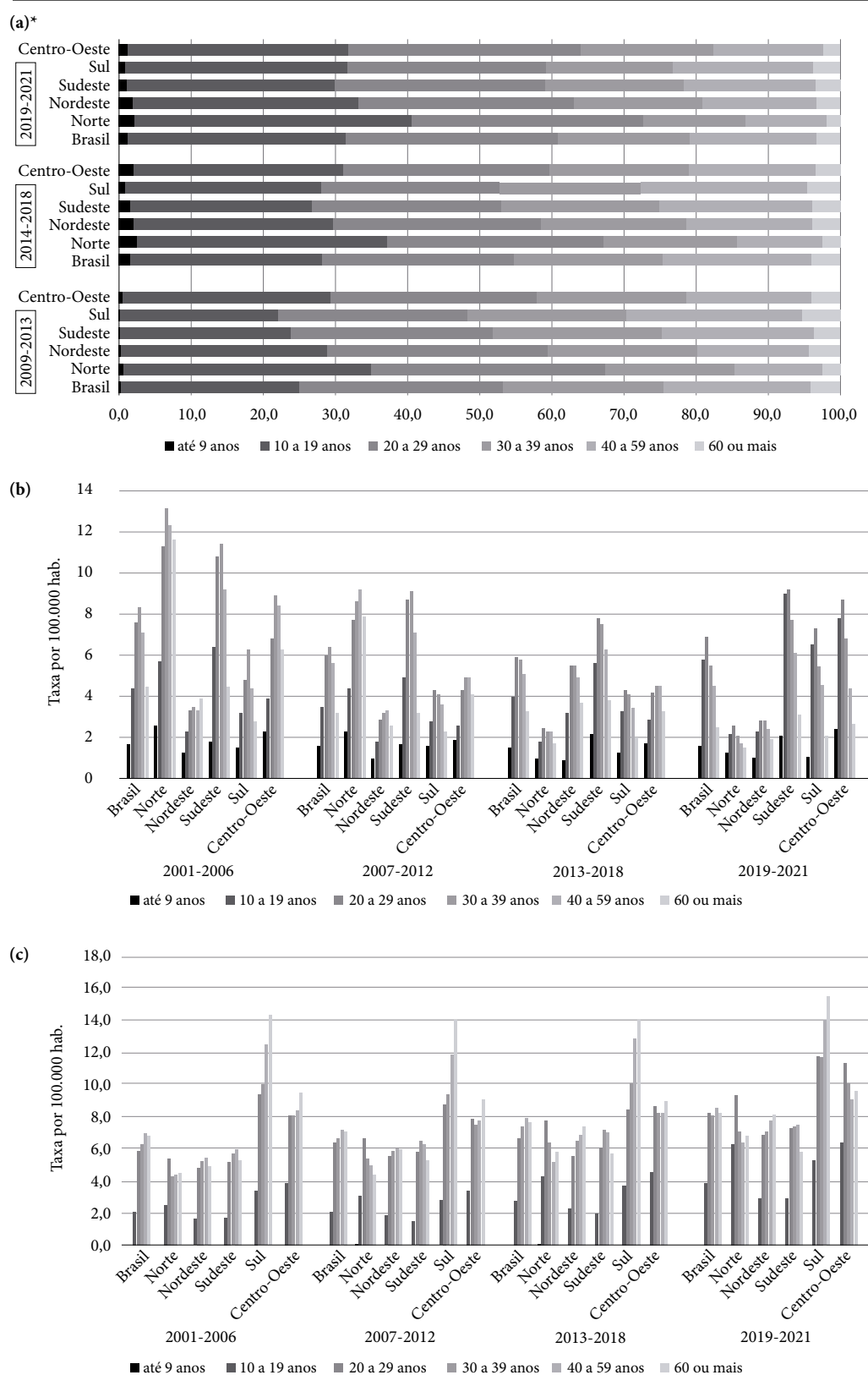


Gráfico 1. Distribuição relativa das notificações (a), da taxa de internação (b) e da taxa de mortalidade (c) por lesões autoprovocadas, segundo faixa etária. Brasil, grandes regiões, 2001 a 2021.

Fonte: (a) Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – componente contínuo (VIVA SINAN), (b) Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e (c) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

de 10 a 19 e 20 a 29 anos são bem próximos, com leve predominância da faixa de 10 a 19 anos no segundo e terceiro períodos (29% e 30,6%).

As notificações por lesões autoprovocadas segundo raça/cor, em todo o período estudado, ostentam percentuais mais elevados em pessoas brancas, seguidas das pardas. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste os pardos predominam, e no Sudeste e Sul as notificações de brancos representam os maiores percentuais.

Internações

As internações por lesões autoprovocadas variam de 5,6 (2001-2006) a 4,3 internações por 100.000 habitantes (2019-2021). Ao contrário do observado para as notificações, observa-se que o sexo masculino se sobressai. É interessante destacar que no último período analisado (2019-2021) as taxas entre homens e mulheres se aproximam, ficando a razão bem próxima de 1, exceto no Nordeste. Nota-se em 16 capitais o aumento das taxas de internações em ambos os sexos quando se compara os dois últimos períodos. Vale destacar que em sete capitais o aumento para o sexo feminino é mais expressivo e em três se verifica aumento somente das taxas femininas. No primeiro e segundo sexênios observam-se taxas de internações mais elevadas para as regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste. No período seguinte, o Sudeste e o Nordeste se destacam. No período 2019-2021, as regiões Sudeste e Centro-Oeste exibem os maiores valores. Taxas mais elevadas foram observadas em Rio Branco (especialmente em 2001-2006 e 2007-2012), Palmas (2001-2006), Fortaleza (2013-2018) e Belo Horizonte (2001-2006 e 2007-2012). No último período, três capitais tiveram taxas acima de 10 internações por 100.000 habitantes: São Paulo, Florianópolis e Brasília (Tabela 2).

No que se refere ao quesito idade, observam-se taxas de internação por lesões autoprovocadas mais elevadas para a faixa de 20 a 59 anos (Gráfico 1b) para Brasil e regiões. É importante mencionar o aumento das taxas entre aqueles de 10 a 19 anos no período 2019-2021 (5,8 internações por 100.000 habitantes).

Com relação à raça/cor, nota-se predomínio das internações por lesões autoprovocadas entre pessoas de cor da pele branca e parda no país, com o mesmo padrão de distribuição regional já apontado para as notificações. É importante destacar o elevado percentual de indivíduos para os quais os dados sobre cor da pele não foram registrados.

Os resultados obtidos pelo modelo de Prais-Winsten apontaram tendência significativa de crescimento em São Luís, Teresina, João Pessoa, Recife, São Paulo e Florianópolis; e séries significativamente decrescentes em: Porto Velho, Belém, Macapá, Aracaju, Salvador, Belo Horizonte e Cuiabá. As demais 14 capitais exibiram séries estáveis (Tabela 2).

Mortalidade

Em relação à morte por suicídio, observou-se a taxa de 4,5 mortes por 100.000 habitantes no primeiro período (2001-2006), chegando a 5,6 por 100.000 habitantes no terceiro sexênio (2013-2018). As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas em todo o período, chegando a 10,6 mortes por 100.000 habitantes na região Sul e 8,0 por 100.000 habitantes no Centro-Oeste no último período de observação (2019-2021).

O suicídio entre homens é mais elevado em todo o período, apresentando aumento de sua taxa: 7,2 mortes por 100.000 habitantes no primeiro sexênio e 10,5 por 100.000 habitantes em 2019-2021, sobressaindo-se na região Sul, que chegou a apresentar 17,2 suicídios por 100.000 habitantes no último período de estudo. Na população feminina, as maiores taxas foram observadas em Teresina, no período de 2001 a 2006 (3,2 óbitos por 100.000 mulheres), Boa Vista, no período de 2007 a 2012 (4,1 óbitos por 100.000 mulheres), em Teresina e Vitória, ambas com a mesma taxa de mortalidade no período de 2013 a 2018 (3,8 óbitos por 100.000 mulheres); e em Teresina e Campo Grande, ambas com a mesma taxa no período de 2019 a 2021 (4,3 óbitos por 100.000 mulheres). A razão entre os sexos foi semelhante em todo o período de estudo (4,0), em que Maceió apresentou o maior quociente (5,9) no primeiro sexênio e São Luís (6,2) no último (2019-2021) (Tabela 3).

No que se refere ao quesito idade, no Gráfico 1c observam-se taxas de suicídio mais elevadas entre adultos com idade entre 40 e 59 anos, com aumento da taxa entre idosos, que passou de 6,8 óbitos por 100.000 habitantes no primeiro período observado, para 8,3 por 100.000 habitantes no último período. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas na faixa etária com 60 anos ou mais nos quatro períodos analisados, com aproximadamente 14 e 9 óbitos por 100.000 habitantes, respectivamente, no primeiro sexênio.

Considerando-se a cor da pele/raça, no Brasil, em todo o período a maior proporção de óbitos ocorreu em pessoas brancas, chegando a

Tabela 2. Taxa de internação por lesões autoprovocadas segundo o sexo e modelos de Prais-Winsten. Brasil, grandes regiões e capitais, 2001 a 2021 (taxas por 100.000 habitantes).

Grandes Regiões e Capitais	Período							
	2001-2006				2007-2012			
	Total	M	F	M/F	Total	M	F	M/F
Brasil	5,6	7,0	4,3	1,6	4,5	5,5	3,6	1,5
Norte	8,3	11,7	4,8	2,4	6,3	8,8	3,7	2,4
Porto Velho	1,4	1,9	1,0	1,9	0,7	0,8	0,6	1,3
Rio Branco	65,9	113,3	20,9	5,4	65,2	117,7	15,3	7,7
Manaus	1,3	2,3	0,5	4,6	0,5	0,9	0,2	4,5
Boa Vista	0,5	0,7	0,3	2,3	0,8	0,8	0,7	1,1
Belém	7,2	8,7	5,8	1,5	7,6	8,4	6,9	1,2
Macapá	3,8	3,9	3,6	1,1	1,7	1,9	1,5	1,3
Palmas	36,5	53,7	19,4	2,8	0,5	0,7	0,3	2,3
Nordeste	2,7	3,7	1,8	2,1	2,4	3,3	1,6	2,1
São Luís	0,0	0,0	0,0	-	0,2	0,3	0,1	3,0
Teresina	0,7	1,0	0,4	2,5	1,1	1,3	0,9	1,4
Fortaleza	2,9	4,0	1,9	2,1	2,7	3,3	2,2	1,5
Natal	0,8	1,4	0,3	4,7	0,6	0,9	0,3	3,0
João Pessoa	0,5	0,5	0,5	1,0	1,8	2,3	1,3	1,8
Recife	0,1	0,1	0,1	1,0	0,2	0,3	0,1	3,0
Maceió	1,5	2,2	0,8	2,8	0,8	1,0	0,6	1,7
Aracaju	4,2	6,3	2,3	2,7	1,7	3,0	0,6	5,0
Salvador	2,5	2,2	2,9	0,8	0,7	0,7	0,6	1,2
Sudeste	7,6	8,9	6,4	1,4	6,1	6,9	5,4	1,3
Belo Horizonte	19,4	19,5	19,2	1,0	15,2	15,0	15,3	1,0
Vitória	3,7	3,5	3,8	0,9	1,8	2,2	1,5	1,5
Rio de Janeiro	1,2	1,3	1,1	1,2	0,9	1,1	0,7	1,6
São Paulo	5,7	5,7	5,7	1,0	8,5	8,5	8,5	1,0
Sul	3,7	4,6	2,8	1,6	3,2	4,0	2,5	1,6
Curitiba	0,7	0,7	0,6	1,2	0,3	0,3	0,2	1,5
Florianópolis	3,1	4,3	2,0	2,2	8,8	10,2	7,4	1,4
Porto Alegre	3,3	3,8	2,9	1,3	1,8	1,7	1,9	0,9
Centro-Oeste	6,0	8,0	4,0	2,0	3,8	4,7	3,0	1,6
Campo Grande	2,9	3,2	2,6	1,2	0,5	0,7	0,2	3,5
Cuiabá	7,0	13,1	1,3	10,1	4,6	5,7	3,7	1,5
Goiânia	5,1	6,9	3,5	2,0	0,7	0,7	0,8	0,9
Brasília	8,2	12,2	4,5	2,7	5,0	5,6	4,4	1,3

continua

56,4% no primeiro período de estudo. Quando observadas as regiões do país, apenas as regiões Sudeste e Sul mantiveram esse padrão, enquanto as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste tiveram as maiores proporções entre indivíduos de cor parda, chegando a apresentar proporção de 73,3; 77,4 e 55,4% entre 2019 e 2021.

Na análise de série temporal para a mortalidade, observa-se tendência crescente significativa em Porto Velho, Manaus, Teresina, Natal, João Pessoa, Salvador, Belo Horizonte, Vitória,

Florianópolis, Porto Alegre, Campo Grande, Cuiabá, Goiânia e Brasília. Não foram constatadas séries decrescentes significativas. As demais capitais exibiram séries estáveis (Tabela 3).

Discussão

Este estudo apresenta as tendências nacional, regional e das capitais brasileiras relativas à morbimortalidade por lesões autoprovocadas nas últi-

Tabela 2. Taxa de internação por lesões autoprovocadas segundo o sexo e modelos de Prais-Winsten. Brasil, grandes regiões e capitais, 2001 a 2021 (taxas por 100.000 habitantes).

Grandes Regiões e Capitais	Período								Δ 2001- 2021	Tendência
	2013-2018				2019-2021					
	Total	M	F	M/F	Total	M	F	M/F		
Brasil	4,4	5,5	3,4	1,6	4,4	4,5	4,3	1,0		
Norte	2,0	2,4	1,5	1,6	2,0	2,1	1,9	1,1		
Porto Velho	0,3	0,3	0,2	1,5	1,5	1,9	1,0	1,9	4,9	↓***
Rio Branco	10,1	14,9	5,6	2,7	3,1	2,3	3,9	0,6	-50,1	--***
Manaus	0,1	0,2	0,1	2,0	0,1	0,1	0,2	0,5	-97,1	--***
Boa Vista	0,5	0,9	0,2	4,5	0,3	0,2	0,5	0,4	-51,1	--***
Belém	1,3	1,1	1,5	0,7	0,2	0,3	0,2	1,5	-90,5	↓
Macapá	0,5	0,4	0,7	0,6	0,8	1,2	0,5	2,4	-87,5	↓
Palmas	1,3	1,9	0,7	2,7	4,7	8,3	1,3	6,4	-97,0	--***
Nordeste	4,0	6,2	2,0	3,1	2,1	2,6	1,7	1,5		
São Luís	0,4	0,5	0,3	1,7	0,8	0,6	0,9	0,7	390,9	↑
Teresina	1,2	1,4	1,1	1,3	2,0	2,4	1,7	1,4	130,0	↑
Fortaleza	20,8	35,4	8,0	4,4	2,7	2,8	2,6	1,1	-39,0	--****
Natal	0,6	0,8	0,4	2,0	1,5	1,8	1,2	1,5	3,7	--
João Pessoa	1,5	2,1	0,9	2,3	6,0	9,1	3,3	2,8	377,7	↑
Recife	0,7	0,8	0,7	1,1	0,5	0,4	0,5	0,8	-	↑
Maceió	0,1	0,1	0,1	1,0	0,1	0,1	0,0	-	-79,2	--****
Aracaju	1,1	1,9	0,4	4,8	0,6	0,9	0,3	3,0	-92,3	↓
Salvador	0,6	0,7	0,5	1,4	0,8	1,0	0,7	1,4	-73,9	↓
Sudeste	5,7	6,5	5,0	1,3	6,1	5,9	6,3	0,9		
Belo Horizonte	7,8	7,8	7,8	1,0	9,7	10,1	9,5	1,1	-32,0	↓
Vitória	2,4	2,8	2,0	1,4	3,2	3,9	2,6	1,5	17,3	--
Rio de Janeiro	0,9	1,1	0,7	1,6	1,3	1,1	1,4	0,8	-2,9	--
São Paulo	8,1	7,8	8,4	0,9	10,6	8,1	12,9	0,6	169,6	↑
Sul	3,1	3,4	2,9	1,2	4,4	4,5	4,3	1,0		
Curitiba	1,0	1,0	1,0	1,0	2,5	2,3	2,6	0,9	47,1	--**
Florianópolis	8,2	7,5	8,8	0,9	11,9	8,7	14,9	0,6	8,0	↑**
Porto Alegre	2,3	2,6	2,0	1,3	3,9	3,9	4,0	1,0	19,6	--
Centro-Oeste	3,7	4,6	2,8	1,6	5,7	5,9	5,5	1,1		
Campo Grande	0,6	0,9	0,3	3,0	6,4	10,5	2,6	4,0	794,4	--
Cuiabá	3,3	4,4	2,3	1,9	0,7	0,9	0,5	1,8	-97,4	↓
Goiânia	1,4	1,7	1,2	1,4	1,6	1,9	1,3	1,5	-70,3	--
Brasília	5,4	6,1	4,8	1,3	12,8	11,8	13,8	0,9	61,6	--**

M – masculino; F – feminino. ** Transformação logarítmica; *** transformação raiz quadrada; **** violou o pressuposto de normalidade dos resíduos. ↑ Tendência significativa de elevação; ↓ tendência significativa de decréscimo; -- Tendência de estabilidade; Δ 2001-2021: variação percentual entre a taxa média do primeiro (2001-2006) e do último período (2019-2021). Valores positivos indicam aumento e negativos indicam redução ao longo da série. Tendência estatística estimada via regressão de Prais-Winsten.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

mas duas décadas no Brasil. Importa destacar os números expressivos e ascendentes do fenômeno no país nos últimos anos, com quase 300.000 notificações registradas entre 2019 e 2021, o que é alarmante considerando que milhares de casos não chegam aos serviços de saúde. Os achados replicam e ampliam pesquisas anteriores^{5,9,18}. Primeiro, a tendência crescente da mortalidade

por suicídio em ambos os sexos no Sul e Sudeste do país, como verificado por Nacamura *et al.*¹⁹ Segundo, são os homens que mais chegam ao ato fatal do suicídio, possivelmente pela escolha de formas mais letais de morrer^{14,20}. No Brasil, o enforcamento é o principal método utilizado para o suicídio, junto com o envenenamento, que também é ressaltado nas notificações e in-

ternações²¹. Em contraposição, a mortalidade das mulheres por suicídio se destaca na China e Índia²², bem como em Cuba, Equador, El Salvador e Sri Lanka²³. Uma terceira conclusão do estudo reproduz a ideia do aumento das taxas das notificações na faixa etária de 10 a 19 anos e nas meninas a partir de 2019, demonstrando a feminização do fenômeno e a antecipação do sofrimento em anos mais recentes. O achado em relação à idade pode remeter a trajetórias suicidas, com os pensamentos costumando ter início no começo da adolescência e podendo evoluir para o suicídio mais tardiamente². Outra

constatação é a maior prevalência entre pessoas de cor da pele branca nas notificações, internações e óbitos, com mudança de perfil nas regiões Norte e Nordeste, onde as pessoas pardas se sobressaem. Contudo, esse resultado merece ser analisado a partir do grande número de registros ignorados da variável cor de pele nos sistemas de informação; apesar da melhora ao longo dos últimos anos, o problema persiste.

Quanto a aspectos regionais, Fortaleza se destaca com a maior taxa de internação por suicídio no país, o que se coaduna com os achados de Sá *et al.*²⁴, que constata o aumento de 157%

Tabela 3. Taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas segundo o sexo e modelos de Prais-Winsten. Brasil, grandes regiões e capitais, 2001 a 2021 (taxas por 100.000 habitantes).

Grandes Regiões e Capitais	Período							
	2001-2006				2007-2012			
	Total	M	F	M/F	Total	M	F	M/F
Brasil	4,5	7,2	1,8	4,0	4,9	7,9	2,0	4,0
Norte	3,1	4,7	1,4	3,4	3,9	6,2	1,5	4,1
Porto Velho	3,9	6,2	1,7	3,6	5,2	7,6	2,7	2,8
Rio Branco	5,5	9,0	2,1	4,3	5,8	9,5	2,3	4,1
Manaus	3,8	6,4	1,3	4,9	4,6	7,8	1,5	5,2
Boa Vista	6,2	10,1	2,3	4,4	7,1	10,3	4,1	2,5
Belém	2,7	4,3	1,3	3,3	2,4	4,3	0,7	6,1
Macapá	7,1	11,7	2,7	4,3	4,2	7,4	1,1	6,7
Palmas	4,6	6,9	2,3	3,0	5,0	7,8	2,2	3,5
Nordeste	3,3	5,2	1,4	3,7	4,1	6,6	1,7	3,9
São Luís	3,2	5,3	1,4	3,8	3,1	5,4	1,0	5,4
Teresina	5,4	7,8	3,2	2,4	6,3	10,2	2,8	3,6
Fortaleza	5,6	9,6	2,1	4,6	5,3	8,8	2,2	4,0
Natal	2,2	3,8	0,7	5,4	2,4	3,9	1,1	3,5
João Pessoa	3,0	4,6	1,6	2,9	3,2	5,5	1,1	5,0
Recife	3,2	4,8	1,9	2,5	3,0	4,6	1,6	2,9
Maceió	2,6	4,7	0,8	5,9	3,4	5,6	1,4	4,0
Aracaju	4,4	6,7	2,5	2,7	5,3	8,2	2,8	2,9
Salvador	1,4	2,1	0,7	3,0	1,6	2,4	0,9	2,7
Sudeste	4,0	6,5	1,6	4,1	4,5	7,1	1,9	3,7
Belo Horizonte	4,3	7,1	1,8	3,9	4,8	7,4	2,6	2,8
Vitória	3,8	5,5	2,3	2,4	4,4	6,4	2,7	2,4
Rio de Janeiro	2,7	4,0	1,6	2,5	2,6	3,8	1,6	2,4
São Paulo	3,7	6,0	1,6	3,8	4,6	7,3	2,1	3,5
Sul	8,0	13,2	2,9	4,6	8,0	13,0	3,2	4,1
Curitiba	5,3	8,0	2,7	3,0	4,1	6,2	2,2	2,8
Florianópolis	5,6	9,7	1,7	5,7	5,9	10,2	1,9	5,4
Porto Alegre	6,4	10,9	2,4	4,5	6,3	10,4	2,6	4,0
Centro-Oeste	5,9	9,2	2,7	3,4	5,8	9,3	2,4	3,9
Campo Grande	5,0	8,5	1,7	5,0	4,9	7,9	2,1	3,8
Cuiabá	3,6	5,6	1,8	3,1	4,3	6,5	2,2	3,0
Goiânia	5,6	9,4	2,2	4,3	5,2	8,0	2,7	3,0
Brasília	4,0	6,2	2,0	3,1	4,7	7,4	2,2	3,4

continua

Tabela 3. Taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas segundo o sexo e modelos de Prais-Winsten. Brasil, grandes regiões e capitais, 2001 a 2021 (taxas por 100.000 habitantes).

Grandes Regiões e Capitais	Período								Δ	Tendência
	2013-2018				2019-2021				2001-2021	
	Total	M	F	M/F	Total	M	F	M/F		
Brasil	5,6	9,1	2,3	4,0	6,6	10,5	2,8	3,8		
Norte	4,8	7,5	2,1	3,6	6,0	9,3	2,6	3,6		
Porto Velho	7,0	11,0	2,7	4,1	7,0	10,7	3,2	3,3	36,9	↑
Rio Branco	5,9	9,0	3,0	3,0	7,7	12,6	3,1	4,1	-17,2	--
Manaus	5,1	8,4	1,9	4,4	5,7	9,0	2,5	3,6	34,4	↑
Boa Vista	6,6	10,0	3,2	3,1	6,5	9,6	3,4	2,8	43,2	--
Belém	2,7	4,5	1,1	4,1	3,5	5,8	1,5	3,9	-31,3	--
Macapá	6,2	10,0	2,6	3,8	7,3	11,5	3,3	3,5	-9,6	--
Palmas	5,2	7,9	2,5	3,2	6,0	9,8	2,3	4,3	44,4	--
Nordeste	4,8	7,9	1,9	4,2	5,7	9,4	2,2	4,3		
São Luís	3,6	6,1	1,4	4,4	3,1	5,6	0,9	6,2	-34,3	--
Teresina	7,8	12,5	3,8	3,3	9,2	15,0	4,3	3,5	38,8	↑**
Fortaleza	5,8	9,6	2,4	4,0	3,8	6,2	1,8	3,4	-1,2	--
Natal	3,1	5,2	1,2	4,3	4,1	7,2	1,4	5,1	123	↑**
João Pessoa	3,5	6,1	1,2	5,1	5,3	8,6	2,4	3,6	147	↑
Recife	3,6	5,4	2,1	2,6	3,6	5,3	2,2	2,4	-14,5	--
Maceió	3,2	5,2	1,5	3,5	4,0	6,4	2,0	3,2	-7,4	--
Aracaju	5,1	8,1	2,6	3,1	4,2	7,4	1,4	5,3	-15,2	--
Salvador	2,6	4,3	1,2	3,6	2,2	3,5	1,1	3,2	263	↑
Sudeste	5,1	8,1	2,1	3,9	5,6	8,9	2,5	3,6		
Belo Horizonte	5,8	8,8	3,1	2,8	6,8	10,3	3,8	2,7	54,4	↑
Vitória	5,5	7,3	3,8	1,9	5,3	7,8	3,1	2,5	49,4	↑
Rio de Janeiro	3,3	4,9	1,9	2,6	3,1	4,0	2,3	1,7	-68,8	--
São Paulo	3,7	5,9	1,6	3,7	1,6	2,6	0,6	4,3	-60,1	--****
Sul	8,9	14,3	3,6	4,0	10,6	17,2	4,3	4,0		
Curitiba	5,0	7,9	2,3	3,4	5,9	8,8	3,3	2,7	-8,7	--
Florianópolis	6,7	10,7	3,1	3,5	7,7	12,4	3,3	3,8	50,1	↑
Porto Alegre	7,0	11,4	3,2	3,6	8,3	14,2	3,2	4,4	46,7	↑
Centro-Oeste	6,6	10,4	2,9	3,6	8,0	12,4	3,6	3,4		
Campo Grande	6,7	10,7	3,0	3,6	9,5	15,1	4,3	3,5	159	↑
Cuiabá	5,0	8,1	2,1	3,9	5,7	8,2	3,4	2,4	755	↑
Goiânia	6,4	10,1	3,0	3,4	7,4	11,8	3,4	3,5	18,8	↑
Brasília	5,2	8,0	2,6	3,1	6,2	9,7	2,9	3,3	48,4	↑

Notas: M - masculino e F - feminino; ** Transformação logarítmica; *** Transformação raiz quadrada; **** Violou o pressuposto de Normalidade dos resíduos; ↑ Tendência significativa de elevação, ↓ Tendência significativa de decréscimo, -- Tendência de estabilidade; Δ 2001-2021: Variação percentual entre a taxa média do primeiro (2001-2006) e do último período (2019-2021). Valores positivos indicam aumento e negativos indicam redução ao longo da série. Tendência estatística estimada via Regressão de Prais-Winsten.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

do fenômeno nesse município de 2000 a 2009. No entanto, outras 18 capitais brasileiras demonstram tendência de crescimento de óbitos por suicídio no país, o que exige ação imediata e articulada a fim de interromper que milhares de pessoas continuem tirando suas próprias vidas.

Considerando a multifatorialidade das motivações das lesões autoprovocadas, a tendência do aumento do suicídio em anos mais recentes

precisa ser analisada sob perspectivas sociais, econômicas, tecnológicas e culturais. Primeiramente, cabe destacar o impacto da pandemia de COVID-19 no Brasil, quando, em 2020, o país foi responsável por 10% das mortes mundiais pela doença⁹. Esse cenário levou ao aumento de transtornos mentais, das desigualdades sociais, da pobreza, das violências, do isolamento, da falta de perspectiva e da desesperança²⁵. Além

disso, as razões para o incremento do fenômeno estudado devem ser analisadas sobretudo segundo etapas do ciclo de vida. Por exemplo, para o adolescente e o adulto jovem, o acúmulo de adversidades, o uso abusivo de álcool e drogas, o estigma da saúde mental, a sobrecarga emocional, incertezas e exclusão, os padrões inalcançáveis, o *cyberbullying* e a exposição constante a redes sociais são fatores de destaque^{4,26}. Para o idoso, a solidão, a dependência emocional e financeira, a proximidade com a finitude da vida e as doenças crônicas se evidenciam¹⁴. Todavia, o que parece ser central na compreensão do suicídio em contextos contemporâneos é a falta de senso de pertencimento e de sentido da vida, em que as subjetividades estão marcadas por rápidas transformações sociais, tecnológicas e existenciais. O sentimento de não se sentir aceito, valorizado e conectado a outras pessoas, grupos ou comunidades tem constituído o cerne de muitos comportamentos suicidas.

Essas reflexões dialogam com um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que é reduzir as taxas de suicídio em um terço até 2030, e chamam atenção para a necessidade de fortalecimento de ações de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental no Brasil. O conhecimento dos distintos perfis de notificação, internação e óbitos podem orientar a prevenção ao suicídio. Nesse sentido, a adolescência é uma fase chave para a intervenção eficaz^{12,27}, e os serviços de saúde, educação e proteção social precisam ser convocados a atuar em prol da vida. O país ainda carece de políticas e regulamentações que orientem a prevenção e atenção da lesão autoprovocada. Em 2019, a criação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio representa um marco legal

para possíveis regulamentações que possam ser implementadas em território nacional, mas não avança na operacionalização de uma abordagem prática e efetiva, sem dar destaque para a importância da articulação intersetorial, desvelando a urgência de mudanças estruturais no país²⁸. No mesmo ano, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2023²⁹ tinha como meta a interrupção do crescimento dos suicídios no Brasil até 2030, colocando em prática ações para o enfrentamento dessas violências em todos os níveis da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, torna-se necessário efetivar uma agenda estratégica e um plano de ações intersetorial para o enfrentamento do suicídio, considerando a diversidade de aspectos sociais e culturais que permeiam o fenômeno.

Pesquisas futuras devem incluir a expansão do conhecimento para regiões de mais baixa renda, examinando as tendências entre grupos LGBTQIA+ e conhecendo tendências particulares por raça/etnia. Entre as limitações do estudo está a subnotificação ou a má classificação dos casos, já que a maior parte pode não ser registrado, de modo que os dados podem não ser suficientemente representativos da situação do país. Além da imprecisão do diagnóstico, há barreiras socio-culturais, morais, religiosas e econômicas, assim como dificuldades de conhecer as circunstâncias dessas ocorrências, até porque muitas situações são de baixa gravidade e resolvidas em casa, o que dificulta um conhecimento mais apurado da magnitude do fenômeno. O ponto forte do estudo é desvelar o cenário das lesões autoprovocadas em mais de duas décadas a partir de distintos perfis de atendimento nos serviços de saúde, o que dá pistas detalhadas para a intervenção.

Colaboradores

JQ Avanci, LW Pinto e SG A participaram da redação, contribuíram na concepção e delineamento do manuscrito, na revisão crítica do conteúdo, na análise e interpretação dos resultados e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

- GBD 2021 Suicide Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health* 2025; 10(3):e189-e202.
- Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak O, Cha CB, Esposito EC, Porter AC, Wyman PA, Boatman AE. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2020; 61(3):294-308.
- World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO; 2014.
- Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCDS. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(2):e2019060.
- Alves FJO, Fialho E, Araújo JAP, Naslund JA, Barreto ML, Patel V, Machado DB. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Reg Health Am* 2024; 31:100691.
- Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 2019; 364:194.
- World Health Organization (WHO). Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. 2021 [cited 2023 set 20]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258):1204-1222.
- Soares FC, Stahnke DN, Levandowski ML. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. *Rev Panam Salud Publica* 2022; 46:e212.
- Curtin SC, Hedegaard H, Minino A, Warner M, Simon T. QuickStats: suicide rates for teens aged 15-19 years, by sex - United States, 1975-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66(30):816.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Bol Epidemiol* 2024; 55(4):1-18.
- ina JQA, Assis SG, Silva Filho OC, Gonçalves AF, Tavares PHSL, Marriel NSM. *Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência: conversando com profissionais sobre formas de prevenção*. Rio de Janeiro: FAPERJ; CNPq; CLAVES/ENSP; Fiocruz; 2023.
- García-Dolores F, Tendilla-Beltrán H, Flores F, Carbajal-Rimoldi LA, Mendoza-Morales RC, Gómez-Mendoza LE, Vázquez-Hernández AJ, de la Cruz F, Genis-Mendoza AD, Nicolini H, Flores G. Increased suicide rates in Mexico City during the COVID-19 pandemic outbreak: An analysis spanning from 2016 to 2021. *Heliyon* 2023; 9(6):e16420.
- Minayo MC, Avanci JQ, Figueiredo AEB. Violência autoinfligida: ideias, tentativas e suicídio consumado. In: Minayo MC, Assis SG, organizadoras. *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 141-157.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Instrutivo ficha de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília: MS; 2015.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*. São Paulo: Edusp; 2007.
- Prais SJ, Winsten CB. Trend estimators and serial correlation. *Cowles Commission Discussion Paper* 1954; 383.
- Alves FJO, Machado DB, Barreto ML. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54(5):599-606.
- Nacamura PAB, Salci MA, Paiano M, Pini JDS, Melo WAD, Jaques AE, Harmuch C. Mortalidade por lesões autoprovocadas: análise de tendência. *Enferm Foco* 2022; 13:e202246.
- Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(7):1425.
- McDonald K, Machado DB, Castro-de-Araujo LFS, Alves FJO, Paiva CHA, Kestel D, Lovisi GM, Malta DC, Mari JJ, McKee M, Saxena S, Ssewamala FM, Vijayakumar L, Whiteford H, Zalsman G, Chang S-S. Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; 56(10):1779-1790.
- McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM: Int J Med* 2015; 108(10):765-780.
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* 2005; 4(2):114-120.
- Sá ISLB, Rebouças EF, Nobre LV, Silva VH, Pessoa LFO, Gurgel WS, Souza FG. M. Suicide rates in Fortaleza increased 157% in ten years. *Rev Med UFC* 2020; 60(3):5-10.
- World Health Organization (WHO). Mental health and covid-19: early evidence of the pandemic's impact [Internet]. 2022 [cited 2023 set 22]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>
- Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychology and Psychiatry* 2011; 52(10):1015-1025.
- National Action Alliance for Suicide Prevention (NAASP), Research Prioritization Task Force. *A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives*. Rockville: National Institute of Mental Health; 2014.
- Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis* 2019; 29(3):e290303.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030*. Brasília: MS; 2021.

Artigo apresentado em 15/03/2024

Aprovado em 09/08/2025

Versão final apresentada em 11/08/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vânia de Matos Fonseca



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons