

Boletim Epidemiológico

4

Volume 55 | 6 fev. 2024

Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021

SUMÁRIO

- 1 Introdução
- 2 Métodos
- 3 Resultados
- 12 Discussão
- 15 Considerações finais
- 15 Referências

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
SRTVN Quadra 702, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svsa@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svsa

■ INTRODUÇÃO

Desde a publicação do relatório *Preventing suicide: a global imperative* em 2014 pela Organização Mundial da Saúde,¹ o suicídio tem sido reconhecido como um problema de saúde pública global, exigindo prioridade em intervenções. A cada ano, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, e aproximadamente 80% dessas mortes ocorrem em países de média e baixa renda.²

Em uma perspectiva global, segundo o estudo *Global burden of disease*, de 2019, o Brasil ocupa o 155º lugar entre as taxas de suicídio padronizadas por idade de 214 países e territórios.³ Entre os países e as regiões com as taxas mais altas estão Groenlândia (América do Norte), Lesoto (África), Quiribati (Oceania) e Guiana (América do Sul).

Embora o Brasil não apresente taxas elevadas de suicídio em um contexto global, é preocupante a tendência crescente de mortalidade por essa causa no país. Um estudo sobre as tendências de mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis de 2000 a 2018 revelou um crescimento médio anual de 1,4% nas taxas de suicídio. Entretanto, a partir de 2014 essa tendência de aumento se acentuou, registrando um incremento de 3,2% ao ano.⁴

Em 2019, o suicídio foi identificado como a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos globalmente, suplantado apenas por lesões no trânsito, tuberculose e violências interpessoais.⁵ No contexto brasileiro, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) aponta o suicídio como a segunda principal causa de mortes de adolescentes de 15 a 19 anos e como a quarta principal entre jovens de 20 a 29 anos.⁶

O suicídio emerge de uma complexa interação de determinantes, tanto individuais quanto coletivos, que abrangem aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e econômicos.² A literatura destaca vários determinantes para o suicídio relacionados à saúde mental e a perspectivas socioculturais.

A história de suicídio na família e o acesso a meios de alta letalidade, como armas de fogo e venenos tóxicos, também são fatores de risco significativos. Adicionalmente, experiências de vida estressantes – como a morte de entes queridos, diagnóstico de doenças graves, divórcio, violência doméstica, desemprego, adversidades financeiras ou migração forçada – não apenas aumentam o risco, mas também podem servir como gatilhos para o ato suicida.⁷

Por se tratar do desfecho de uma cadeia de eventos e comportamentos interligados, o suicídio representa apenas a ponta de um *iceberg* que oculta uma dimensão mais ampla de tentativas, ideações e transtornos mentais. Estimativas produzidas nos Estados Unidos sugerem que, naquele país, para cada suicídio em um ano, em média, três pessoas são hospitalizadas por autolesões, oito são atendidas em serviços de emergência em decorrência de comportamentos suicidas, 38 tentam suicídio e 265 pensam seriamente em cometer suicídio.⁸ A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que para cada morte por suicídio há vinte tentativas, e em média cinco a seis pessoas próximas sofrem com consequências emocionais, sociais e econômicas.^{1,9}

Além disso, estima-se que até 90% das pessoas que cometeram suicídio apresentavam algum transtorno mental antes do ato, sendo a depressão o transtorno mais frequente.^{10,11} Desse modo, o suicídio também pode ser compreendido como um indicador do bem-estar psicossocial de uma população.

Apesar da complexidade da cadeia de determinantes e condicionantes do suicídio, essas mortes podem ser prevenidas. No entanto, intervenções isoladas não são suficientes para uma resposta nacional efetiva para essa questão, devendo-se combinar estratégias multissetoriais nos níveis individual e coletivo que considerem as especificidades socioculturais dos diferentes estratos populacionais.^{2,12}

Portanto, conhecer o fenômeno é fundamental para a definição de prioridades e a elaboração de estratégias e políticas direcionadas ao problema. Nesse sentido, o objetivo deste boletim é apresentar o perfil dos suicídios e as notificações de violências autoprovocadas no ano de 2021, a evolução da mortalidade por suicídio e das notificações de violências autoprovocadas entre 2010 e 2021 no Brasil, bem como o possível efeito da pandemia de covid-19 sobre esses óbitos.

MÉTODOS

Trata-se da análise ecológica exploratória da evolução e do perfil dos suicídios e das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Dados de mortalidade foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), enquanto dados de notificações de violências autoprovocadas foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e dados populacionais foram coletados das projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o período de 2010 a 2060.

Perfil e evolução da mortalidade por suicídio

Consideraram-se suicídios os óbitos em indivíduos com 5 anos de idade ou mais, com causa básica registrada com códigos X60-X84 e Y87.0 da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10).

Inicialmente foi analisado o perfil dos suicídios no Brasil. Foram calculados os números de suicídio e mortalidade proporcional por suicídio em relação ao total de óbitos, levando em consideração sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e estado civil do indivíduo. Em seguida, foram calculadas taxas de mortalidade específicas estratificadas por sexo e idade a fim de analisar as diferenças no risco de suicídio entre esses diferentes grupos. Consideraram-se as faixas etárias de 5-14, 15-19, 20-29, 30-49, 50-69 e 70 anos e mais.

A fim de analisar a evolução da mortalidade por suicídio, foram calculadas as taxas de mortalidade padronizadas por idade e estratificadas por sexo para o período de 2010 a 2021, bem como a variação percentual anual entre as taxas de mortalidade por suicídio. Foi utilizado o método de padronização direta, considerando como padrão a população do Brasil para o ano de 2010.

A taxa de mortalidade padronizada foi calculada com a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa padronizada} = \frac{\sum (PP_i \cdot \frac{O_i}{P_i})}{\sum PP_i} \cdot 100000$$

, onde

PP_i corresponde à população padrão na faixa etária i . O_i corresponde ao número de óbitos observados na faixa etária i no ano de análise, e P_i corresponde à população estimada para a faixa etária i no ano de análise.

Para análise das taxas de suicídio nos estados e nas regiões foram calculadas as taxas de suicídio gerais padronizadas por idade para os anos de 2010, 2019 e 2021, bem como as variações percentuais das taxas entre 2010 e 2021 e entre 2019, último ano pré-pandêmico, e 2021, último ano disponível do período pós-pandêmico.

Análises para investigar o possível efeito da pandemia de covid-19 na evolução das taxas de suicídio no Brasil foram realizadas utilizando o programa Stata, versão 17.0. Para essa análise foram calculadas as taxas de mortalidade por suicídio trimestrais no período de 2015 a 2021. Considerou-se o período de 2015 a 2021, tendo em vista que a análise anterior demonstrou uma mudança na tendência dos suicídios no Brasil após o ano de 2014, com acentuação da tendência de aumento.⁴

Inicialmente foi utilizado o módulo *xtbreak*, do Stata, para investigar a existência de quebra estrutural na série temporal de taxas de suicídio. O módulo *xtbreak* implementa o modelo desenvolvido por Bai e Perron para a estimação de modelos lineares em séries temporais com múltiplas quebras estruturais.¹³ Esse módulo permite investigar os números e os pontos de quebras estruturais, conhecidos ou desconhecidos, em uma série temporal. A análise pode ser realizada por meio de três testes básicos: [1] hipótese nula de nenhuma quebra estrutural contra a alternativa de um número determinado de quebras; [2] hipótese nula de nenhuma quebra contra a alternativa de um número desconhecido de quebras; [3] hipótese nula de s quebras contra a alternativa de $s+1$ quebras. As estimativas dos números e das datas de quebras estruturais são realizadas pelo método de busca em grade, visando minimizar a soma dos resíduos quadráticos da regressão. A comparação para a seleção do melhor modelo é realizada pelo cálculo da estatística F .¹⁴

Após a identificação da quebra estrutural, utilizou-se modelo de regressão linear segmentado, considerando quebras nas tendências e nas constantes da regressão, a fim de identificar as diferenças nas tendências e nos níveis das taxas de mortalidade. Para permitir a investigação de mudanças de nível nas taxas de mortalidade com o início da pandemia, utilizou-se a constante centralizada no primeiro trimestre do ano de 2020. Desse modo, os coeficientes de regressão demonstram a tendência das taxas de suicídio em cada período analisado, enquanto as constantes apresentam as taxas de suicídio esperadas para o primeiro trimestre de 2020, atentando para os seguimentos anterior e posterior ao início da pandemia.

Perfil das notificações de violências autoprovocadas

Por fim, foi analisado o perfil das notificações de violências autoprovocadas. Foram considerados casos de violência autoprovocada registros de indivíduos com 5 anos de idade ou mais, em que os campos 53 ("A lesão foi autoprovocada?") e 61 ("Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida – própria pessoa") foram identificados como "Sim".

Foram calculados os números absolutos e as distribuições relativas das notificações de lesão autoprovocada no Sinan no ano de 2021 segundo variáveis de sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e presença de deficiência/transtorno. Foram também analisadas as distribuições proporcionais dos meios de agressão utilizados em relação ao total de notificações, levando em consideração estratos de sexo (masculino e feminino), etnia (indígena e não indígena), orientação sexual e identidade de gênero (LGBT e não LGBT). Por fim, foi realizada análise descritiva da evolução do número de notificações de violências autoprovocadas registradas no Sinan, trimestralmente, no período de 2011 a 2021.

RESULTADOS

Mortalidade por suicídio

No ano de 2021 foram contabilizados 15.507 suicídios. Destes, 77,8% ocorreram no sexo masculino. Nesse mesmo ano, o suicídio representou a 27ª causa de morte no país, afetando principalmente a população adolescente e adulta jovem. Entre crianças e adolescentes de 5 a 14 anos, o suicídio representou a 11ª causa de morte, ao passo que entre adolescentes e jovens de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos foi, respectivamente, a terceira e quarta maior causa de mortalidade, caindo para a 9ª posição entre adultos de 30 a 49 anos, 34ª na faixa de 50 a 69 anos e 58ª na faixa de 70 anos e mais (Quadro 1).

QUADRO 1 Principais causas de óbito no Brasil segundo a faixa etária. Brasil, 2021

	5 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 49	50 a 69	70 e mais
1	Acidentes de transporte (9,69%)	Agressões (35,37%)	Agressões (29,86%)	Rest. algumas doenças Infecciosas e parasitárias (29,51%)	Rest. algumas doenças Infecciosas e parasitárias (30,20%)	Rest. algumas doenças Infecciosas e parasitárias (19,76%)
2	Rest. das doenças do sistema nervoso (8,77%)	Acidentes de transporte (13,63%)	Acidentes de transporte (13,86%)	Agressões (7,41%)	Doenças isquêmicas do coração (7,24%)	Doenças cerebrovasculares (7,38%)
3	Leucemia (5,61%)	Lesões autoprovocadas voluntariamente (6,90%)	Rest. algumas doenças Infecciosas e parasitárias (9,89%)	Acidentes de transporte (5,77%)	Doenças cerebrovasculares (4,98%)	Doenças isquêmicas do coração (7,06%)
4	Agressões (5,54%)	Rest. sint., sin. e ach. anorm. clín. e laborat.(3,96%)	Lesões autoprovocadas voluntariamente (5,56%)	Rest. sint., sin. e ach. anorm. clín. e laborat. (4,76%)	Diabetes <i>mellitus</i> (4,44%)	Outras doenças cardíacas (5,37%)
5	Afogamento e submersões acidentais (5,01%)	Rest. algumas doenças Infecciosas e parasitárias (3,63%)	Rest. sint., sin. e ach. anorm. clín. e laborat. (4,23%)	Doenças isquêmicas do coração (3,88%)	Rest. sint., sin. e ach. anorm. clín. e laborat. (4,20%)	Doenças hipertensivas (5,22%)
6	Rest. algumas doenças Infecciosas e parasitárias (4,81%)	Intervenções legais e operações de guerra (3,14%)	Eventos cuja intenção é indeterminada (3,07%)	Doenças cerebrovasculares (2,91%)	Outras doenças cardíacas (3,34%)	Diabetes <i>mellitus</i> (5,20%)
7	Rest. sint., sin. e ach. anorm. clín. e laborat. (4,78%)	Eventos cuja intenção é indeterminada (3,04%)	Doenças virais (2,44%)	Doenças do fígado (2,78%)	Doenças hipertensivas (3,09%)	Pneumonia (5,08%)
8	Neoplasias malignas, meningite, encéf. e outras partes do sistema nervoso central (4,58%)	Rest. das doenças do sistema nervoso (2,95%)	Intervenções legais e operações de guerra (2,19%)	Doenças virais (2,76%)	Rest. de neoplasias malignas (2,78%)	Rest. sint., sin. e ach. anorm. clín. e laborat. (4,45%)
9	Rest. de neoplasias malignas (4,46%)	Afogamento e submersões acidentais (2,79%)	Outras causas externas (1,77%)	Lesões autoprovocadas voluntariamente (2,57%)	Pneumonia (2,57%)	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (3,14%)
10	Outras causas externas (4,27%)	Outras causas externas (1,96%)	Outras doenças cardíacas (1,59%)	Outras doenças cardíacas (2,47%)	Doenças do fígado (2,42%)	Doença de Alzheimer (2,74%)
11	Lesões autoprovocadas voluntariamente (3,41%)	Rest. de neoplasias malignas (1,86%)	Rest. de neoplasias malignas (1,49%)	Diabetes <i>mellitus</i> (2,10%)	Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmões (2,24%)	Rest. doenças do aparelho geniturinário (2,43%)
...						
34					Lesões autoprovocadas voluntariamente (0,65%)	
...						
58						Lesões autoprovocadas voluntariamente (0,14%)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM /Daent/SVSA/MS.

Ao avaliar a carga de suicídios em relação ao total de óbitos, verifica-se que eses óbitos representaram 1,2% do total de mortes no sexo masculino, percentual três vezes maior que os 0,4% observados no sexo feminino (Tabela 1). Maiores proporções de suicídios em relação ao total de óbitos

também foram observadas entre adolescentes e jovens adultos (6,9% e 5,6%), indígenas (2,9%), pessoas com ensino médio e ensino superior (1,4% e 1,2%) e solteiras (1,9%), independentemente do sexo (Tabela 1).

TABELA 1 Número e proporções de suicídios em relação ao total de óbitos, segundo o sexo e as características demográficas das vítimas. Brasil, 2021

	Masculino		Feminino		Total	
	Número	Mortalidade proporcional ¹	Número	Mortalidade proporcional ¹	Número	Mortalidade proporcional ¹
Total	12.072	1,21	3.431	0,43	15.507	0,86
Faixa etária						
05 a 14	101	2,70	123	4,35	224	3,41
15 a 19	733	6,09	342	9,65	1.075	6,90
20 a 29	2.495	5,71	667	5,07	3.162	5,56
30 a 49	4.664	3,12	1.230	1,55	5.894	2,57
50 a 69	2.995	0,85	832	0,35	3.827	0,65
70 e mais	1.061	0,25	234	0,05	1.325	0,14
Ignorado	23		3		30	
Raça/cor						
Branca	5.402	1,09	1.761	0,39	7.163	0,76
Negra ²	6.345	1,30	1.560	0,46	7.907	0,95
Amarela	33	0,53	15	0,31	48	0,44
Indígena	122	3,85	39	1,62	161	2,88
Ignorado	170		56		228	
Escolaridade						
Nenhuma	523	0,43	96	0,07	619	0,24
1 a 7 anos	4.085	0,97	924	0,27	5.009	0,66
8 a 11 anos	3.901	1,79	1.240	0,85	5.141	1,41
12 anos e mais	1.081	1,40	556	1,01	1.637	1,24
Ignorado	2.482		615		3.101	
Estado civil						
Solteiro	6.410	2,44	1.804	1,04	8.214	1,88
Casado	2.840	0,67	722	0,35	3.562	0,57
Viúvo	320	0,28	196	0,07	516	0,13
Divorciado	810	1,07	297	0,53	1.107	0,84
Outro	613	1,46	140	0,78	753	1,25
Ignorado	1.079		272		1.355	

¹Mortalidade proporcional por suicídio, correspondendo ao percentual de mortes por suicídio no total de mortes por todas as causas em cada estrato analisado.

²Inclui as categorias preta e parda.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM /Daent/SVSA/MS.

Ao analisar as taxas de suicídio de acordo com a idade, observa-se um aumento do risco ao longo da adolescência, estabilizando-se na vida adulta. Entretanto, existem diferenças marcantes entre homens e mulheres. Nos homens, as taxas de suicídio aumentam progressivamente com a idade, atingindo seu pico

em idosos acima de 70 anos (18,1 óbitos por 100 mil). Por sua vez, nas mulheres o risco é mais elevado entre as adolescentes de 15 a 19 anos (4,5 óbitos por 100 mil), seguido de uma estabilização e declínio das taxas à medida que avançam em idade (Figura 1).

A análise da trajetória das taxas de suicídio no Brasil revela crescimento em ambos os sexos. Entre 2010 e 2021, as taxas de mortalidade subiram 42%, passando de 5,2 para

7,5 suicídios por 100 mil habitantes (Figura 2). O incremento mais pronunciado ocorreu entre 2020 e 2021, com um aumento de 11,4%.

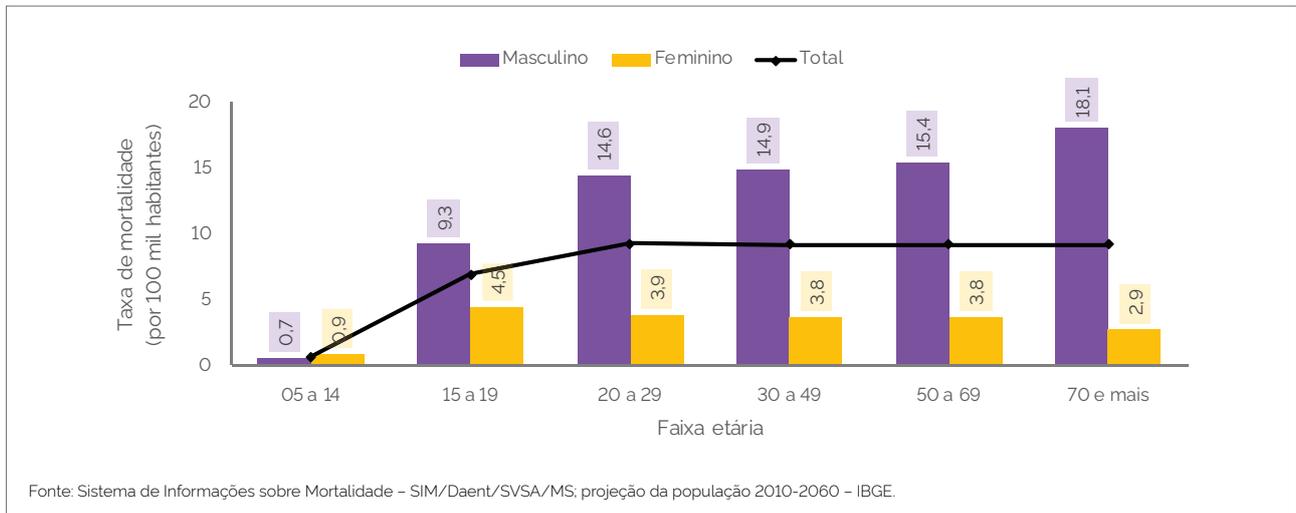


FIGURA 1 Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, segundo o sexo e a faixa etária. Brasil, 2021

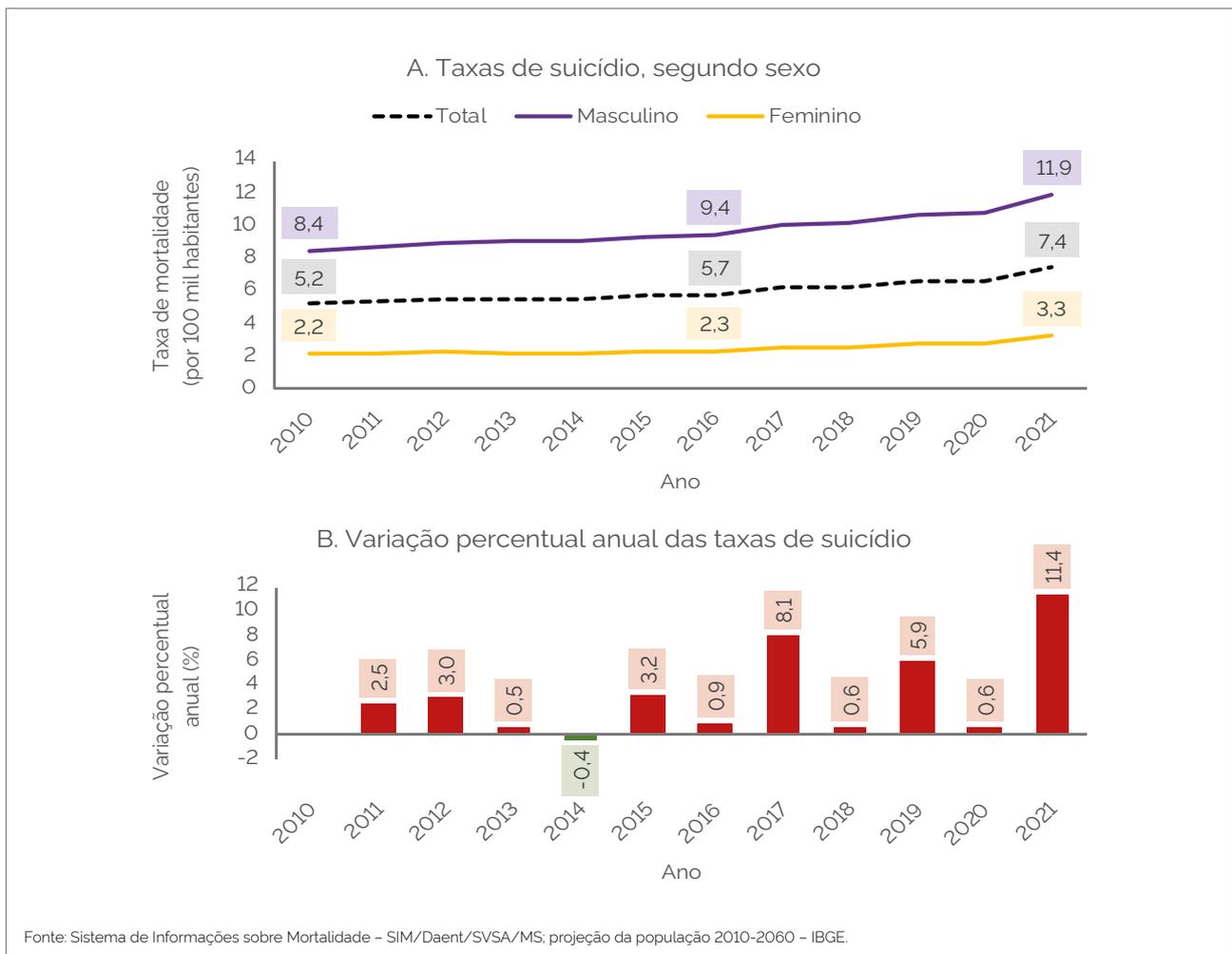


FIGURA 2 Taxas de mortalidade por suicídio, segundo o sexo (A) e variação percentual anual (B). Brasil, 2010 a 2021

A Figura 3 apresenta a evolução trimestral das taxas de suicídio na população brasileira antes e durante a pandemia de covid-19. Observa-se uma modificação na tendência de mortes por suicídio entre os dois períodos. De 2015 ao primeiro trimestre de 2020, as taxas de mortalidade apresentaram tendência crescente da ordem de 0,017 mortes por 100 mil habitantes ao ano

(IC 95%: 0,012; 0,022). Após o primeiro trimestre de 2020, apesar de se verificar uma redução significativa imediata nas taxas de suicídio, observa-se uma acentuação da tendência de crescimento das taxas, cujo coeficiente de regressão foi de 0,089 óbitos por 100 mil habitantes (IC 95%: 0,063; 0,115) (Tabela 2).

TABELA 2 Tendências da mortalidade por suicídio antes e durante a pandemia de covid-19. Brasil, 2015 a 2021

	Tendências		Diferença	
	Pré-pandemia ¹	Pandemia ²	Diferença	p-valor
Coefficiente de regressão	0,017 (0,012; 0,022)	0,089 (0,063; 0,115)	0,073 (0,046; 0,099)	< 0,001
Constante ³	1.669 (1.611; 1.727)	1.407 (1.291; 1.522)	-0,262 (-0,391; -0,133)	< 0,001

¹Período do primeiro trimestre de 2015 ao primeiro trimestre de 2020. ²Período do segundo trimestre de 2020 ao quarto trimestre de 2021. ³Constante centralizada no primeiro trimestre de 2020.
 Fonte: Elaboração dos autores; Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/Daent/SVSA/MS; projeção da população 2010-2060 – IBGE.

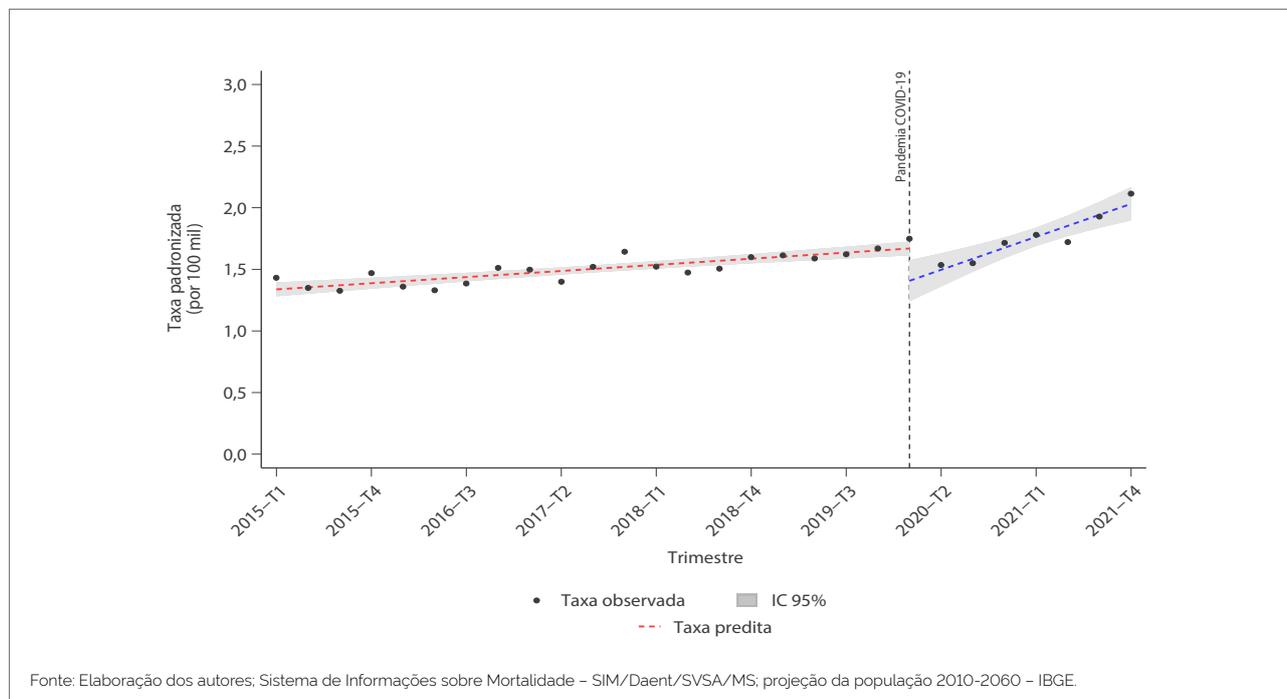


FIGURA 3 Evolução e tendências das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19. Brasil, 2015 a 2021

Em relação às regiões e às Unidades Federativas (Tabela 3), no ano de 2021 verificou-se maior taxa de mortalidade por suicídio na Região Sul (11,22/100 mil). Entre as Unidades da Federação, verificaram-se maiores taxas de suicídio no Rio Grande do Sul (12,37), Piauí (11,83), Mato Grosso do Sul (11,76), Roraima (11,56), Santa Catarina (11,21) e Tocantins (11,11).

Ao analisar a evolução das taxas de suicídio nas regiões e Unidades da Federação entre 2010 e 2021, os maiores incrementos percentuais foram observados nas Regiões

Norte (56,6%) e Nordeste (54,9%). Apenas o Estado de Sergipe apresentou redução das taxas (-13,1%), passando de 6,80 para 5,91 por 100 mil habitantes. Entre as UFs, maiores incrementos percentuais nas taxas de suicídio foram observados nos Estados do Pará (72,0%), Bahia (70,7%), Goiás (69,6%), Paraná (69,0%), Piauí (67,6%), Pernambuco (67,0%), Alagoas (65,4%) e Rio de Janeiro (64,8%). Este último estado também apresentou o maior incremento nas taxas entre 2019, último ano pré-pandêmico, e 2021, com um aumento de 54,0% (Tabela 3).

TABELA 3 Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio, segundo as Unidades da Federação e a região de residência. Brasil, 2010, 2019 e 2021 e variação percentual de 2010 a 2021 e 2019 a 2021

Região/UF	2010	2019	2021	Var. 2010-2021	Var. 2019-2021
Região Norte	4,45	6,28	6,97	56,6%	11,0%
Rondônia	5,63	8,46	8,67	54,0%	2,5%
Acre	6,38	9,23	8,59	34,6%	-6,9%
Amazonas	5,09	6,67	7,59	49,1%	13,8%
Roraima	8,23	8,74	11,56	40,5%	32,3%
Pará	2,86	4,42	4,92	72,0%	11,3%
Amapá	5,35	7,83	7,74	44,7%	-1,1%
Tocantins	7,15	9,19	11,11	55,4%	20,9%
Região Nordeste	4,39	5,67	6,80	54,9%	19,9%
Maranhão	3,65	5,22	5,81	59,2%	11,3%
Piauí	7,06	10,57	11,83	67,6%	11,9%
Ceará	6,27	7,16	9,13	45,6%	27,5%
Rio Grande do Norte	4,73	5,95	7,12	50,5%	19,7%
Paraíba	4,55	6,49	6,98	53,4%	7,6%
Pernambuco	3,51	4,88	5,86	67,0%	20,1%
Alagoas	3,01	4,17	4,98	65,4%	19,4%
Sergipe	6,80	5,34	5,91	-13,1%	10,7%
Bahia	3,35	4,48	5,72	70,7%	27,7%
Região Sudeste	4,73	5,70	6,34	34,0%	11,2%
Minas Gerais	5,83	8,21	8,45	44,9%	2,9%
Espírito Santo	4,74	6,48	6,49	36,9%	0,2%
Rio de Janeiro	3,15	3,37	5,19	64,8%	54,0%
São Paulo	4,83	5,35	5,77	19,5%	7,9%
Região Sul	7,99	10,41	11,22	40,4%	7,8%
Paraná	5,88	8,53	9,94	69,0%	16,5%
Santa Catarina	8,72	10,99	11,21	28,6%	2,0%
Rio Grande do Sul	9,53	11,81	12,37	29,8%	4,7%
Região Centro-Oeste	6,18	8,30	8,91	44,2%	7,3%
Mato Grosso do Sul	8,20	10,30	11,76	43,4%	14,2%
Mato Grosso	5,94	7,46	7,87	32,5%	5,5%
Goiás	5,56	8,54	9,43	69,6%	10,4%
Distrito Federal	6,13	6,85	6,40	4,4%	-6,6%
Brasil	5,24	6,65	7,45	42,2%	12,0%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/Daent/SVSA/MS; Projeção da População 2010-2060 - IBGE.

Notificações de violência autoprovocada

No ano de 2021 foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) 114.159 casos de violência autoprovocada, dos quais 70,3% ocorreram no sexo feminino (Tabela 4). Verificou-se um

predomínio de notificações na faixa de 20 a 49 anos de idade (60,2%), e maiores percentuais de adolescentes de 5 a 14 (11,5%) e 15 a 19 (23,2%) anos no sexo feminino, em comparação ao masculino (respectivamente 4,1% e 17,5%).

TABELA 4 Caracterização das notificações de violências autoprovocadas segundo o sexo. Brasil, 2021

	Masculino N = 33.908 (29,7%)		Feminino N = 80.233 (70,3%)		Total ¹ N = 114.159 (100,0%)	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
5 a 14	1.391	4,1	9.265	11,5	10.660	9,3
15 a 19	5.929	17,5	18.580	23,2	24.515	21,5
20 a 29	11.458	33,8	23.264	29,0	34.726	30,4
30 a 49	11.133	32,8	22.859	28,5	33.994	29,8
50 a 69	3.151	9,3	5.305	6,6	8.458	7,4
70 e mais	664	2,0	565	0,7	1.229	1,1
Ignorado	182	0,5	395	0,5	577	0,5
Raça/cor						
Branca	14.209	41,9	36.105	45,0	50.320	44,1
Negra ²	15.865	46,8	35.950	44,8	51.825	45,4
Amarela	320	0,9	833	1,0	1.153	1,0
Indígena	287	0,8	407	0,5	694	0,6
Ignorado	3.227	9,5	6.938	8,6	10.167	8,9
Escolaridade						
Analfabeto	219	0,6	253	0,3	472	0,4
1ª a 4ª série do ensino fundamental	2.180	6,4	3.648	4,5	5.828	5,1
5ª a 8ª série do ensino fundamental	5.557	16,4	14.936	18,6	20.495	18,0
Ensino médio	9.598	28,3	24.925	31,1	34.527	30,2
Ensino superior	1.784	5,3	5.263	6,6	7.047	6,2
Ignorado	14.295	42,2	30.647	38,2	44.954	39,4
Não se aplica	275	0,8	561	0,7	836	0,7
Situação conjugal						
Solteiro	16.912	49,9	39.639	49,4	56.559	49,5
Casado/união consensual	6.339	18,7	16.689	20,8	23.031	20,2
Viúvo	236	0,7	753	0,9	989	0,9
Separado	1.382	4,1	2.784	3,5	4.167	3,7
Não se aplica	1.053	3,1	2.862	3,6	3.915	3,4
Ignorado	7.986	23,6	17.506	21,8	25.498	22,3
Orientação sexual³						
Heterossexual	17.676	52,4	44.091	55,1	61.772	54,3
Homossexual	1.351	4,0	2.078	2,6	3.431	3,0
Bissexual	203	0,6	923	1,2	1.126	1,0
Ignorado ⁴	14.511	49,7	38.996	48,7	55.784	49,0

Continua

Conclusão

	Masculino N = 33.908 (29,7%)		Feminino N = 80.233 (70,3%)		Total ¹ N = 114.159 (100,0%)		
	N	%	N	%	N	%	
Identidade de gênero³							
Travesti	246	0,7	3	0,0	249	0,2	
Transexual mulher	228	0,7	816	1,0	1.045	0,9	
Transexual homem	236	0,7	206	0,3	443	0,4	
Não se aplica ⁵	18.078	53,6	46.205	57,7	64.289	56,5	
Ignorado	14.953	44,3	32.837	41,0	47.800	42,0	
Deficiência/transorno							
Sim	10.076	29,7	23.677	29,5	33.757	29,6	
Tipo de deficiência / transorno ⁶	• Física	246	2,4	270	1,1	516	1,5
	• Intelectual	566	5,6	1.056	4,5	1.622	4,8
	• Visual	332	3,3	863	3,6	1.195	3,5
	• Auditiva	97	1,0	145	0,6	242	0,7
	• Transtorno mental/ comportamento	9.057	89,9	21.830	92,2	30.891	91,5
	• Outro	359	3,6	489	2,1	848	2,5
Não	16.453	48,5	40.392	50,3	56.852	49,8	
Ignorado	7.379	21,8	16.164	20,1	23.550	20,6	

¹Dezoito registros apresentaram o sexo ignorado. ²Inclui as categorias preta e parda. ³Consideraram-se apenas indivíduos com 10 anos de idade ou mais. ⁴Inclui a não se aplica. ⁵Inclui indivíduos cisgênero. ⁶Variável de preenchimento múltiplo – um mesmo registro pode apresentar mais de um tipo de deficiência/transorno – percentuais foram calculados em relação ao total de indivíduos com alguma deficiência/transorno.

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/Daent/SVSA/MS. Dados atualizados em 17 de agosto de 2023.

A análise descritiva dos dados demonstrou predomínio de notificações entre negros (45,4%) e brancos (44,1%), escolaridade entre os anos finais no ensino fundamental e ensino médio (48,2%) e solteiros (49,5%). Quatro por cento dos casos foram registrados como homo ou bissexuais, e 1,5% foram registrados como travestis ou transexuais (Tabela 4), com um total de 4,8% de indivíduos classificados como LGBT. Pessoas com deficiência somaram 29,6% do total, com predomínio de transtornos mentais/comportamentais (91,5%). A Figura 4 apresenta a distribuição das notificações de violências autoprovocadas segundo o meio de agressão. Análise dos meios de agressão demonstrou predomínio de violências autoprovocadas por meio de intoxicação exógena (67,1%), seguido de objetos cortantes (17,9%) e enforcamentos (6,6%). Análise comparativa por sexo demonstrou que homens apresentaram percentuais de autolesões por enforcamento (12,9%) e arma de fogo (1,4%), respectivamente 3,3 e 7,2 vezes maiores que os observados em mulheres. De modo semelhante, indígenas apresentaram percentuais de autolesões por enforcamento

(32,1%) e arma de fogo (3,2%), respectivamente 5,0 e 5,7 vezes maior que o observado em não indígenas. Por sua vez, a comparação segundo características de orientação sexual e identidade de gênero demonstrou que pessoas LGBT apresentaram percentuais de autolesões por meio de objetos cortantes aproximadamente 50% maiores que pessoas não LGBT.

Análise da evolução dos números de notificações de violências autoprovocadas no Brasil por trimestre demonstrou uma redução acentuada do número de novos registros a partir do segundo trimestre do ano de 2020 até o segundo trimestre de 2021. Entre o primeiro e o segundo trimestres de 2020 houve uma queda de 38,8% no número total de notificações de violências autoprovocadas, reduzindo-se de 32.236 para 19.716. Entre o segundo e o quarto trimestres de 2021 ocorreu um aumento de 47,8% no número de notificações, que passaram de 23.232 para 34.333, retornando aos níveis observados antes do período pandêmico (Figura 5).

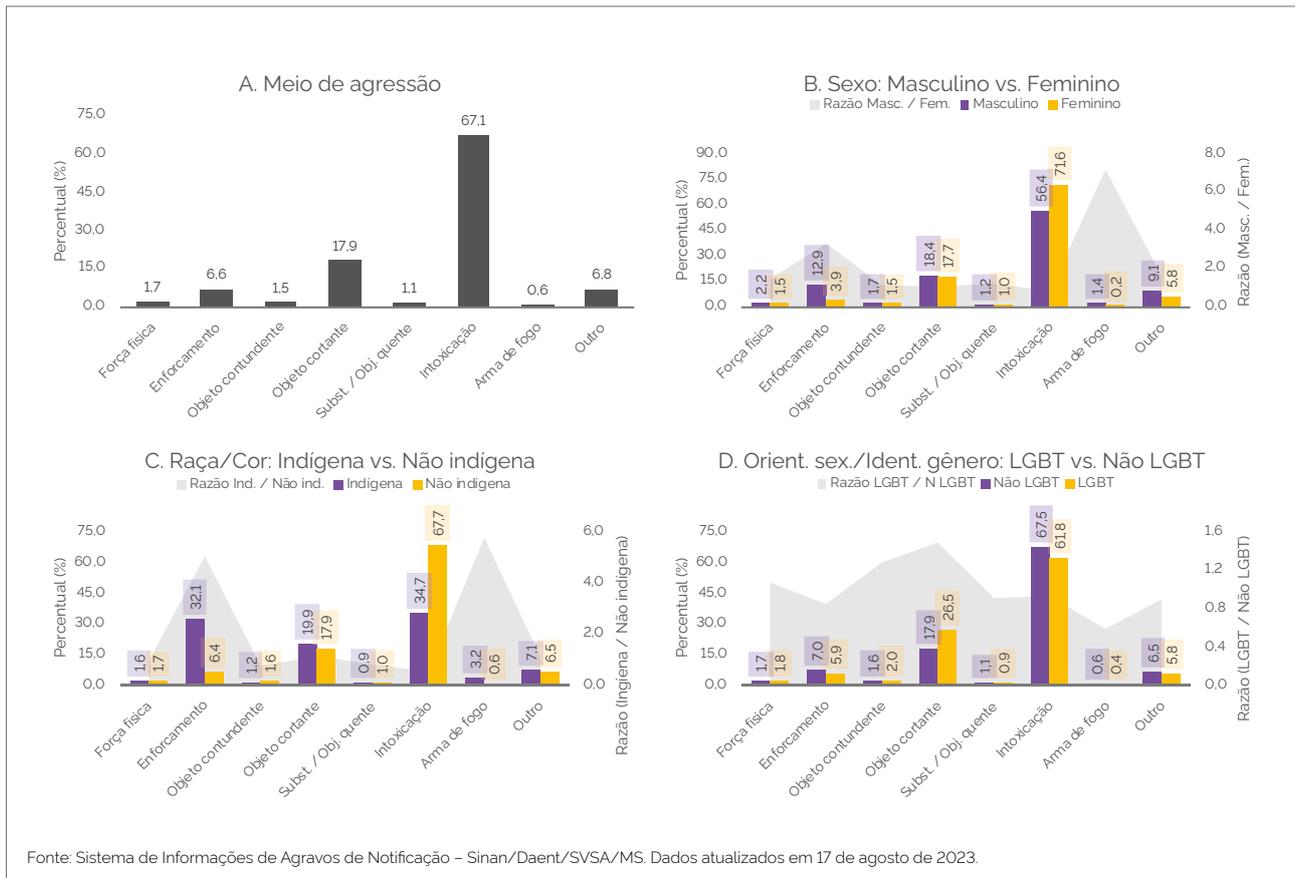


FIGURA 4 Frequências relativas de notificações de violências autoprovocadas, por meio de agressão (A), segundo sexo (B), raça/cor (C) e gênero (orientação sexual e identidade de gênero). Brasil, 2021

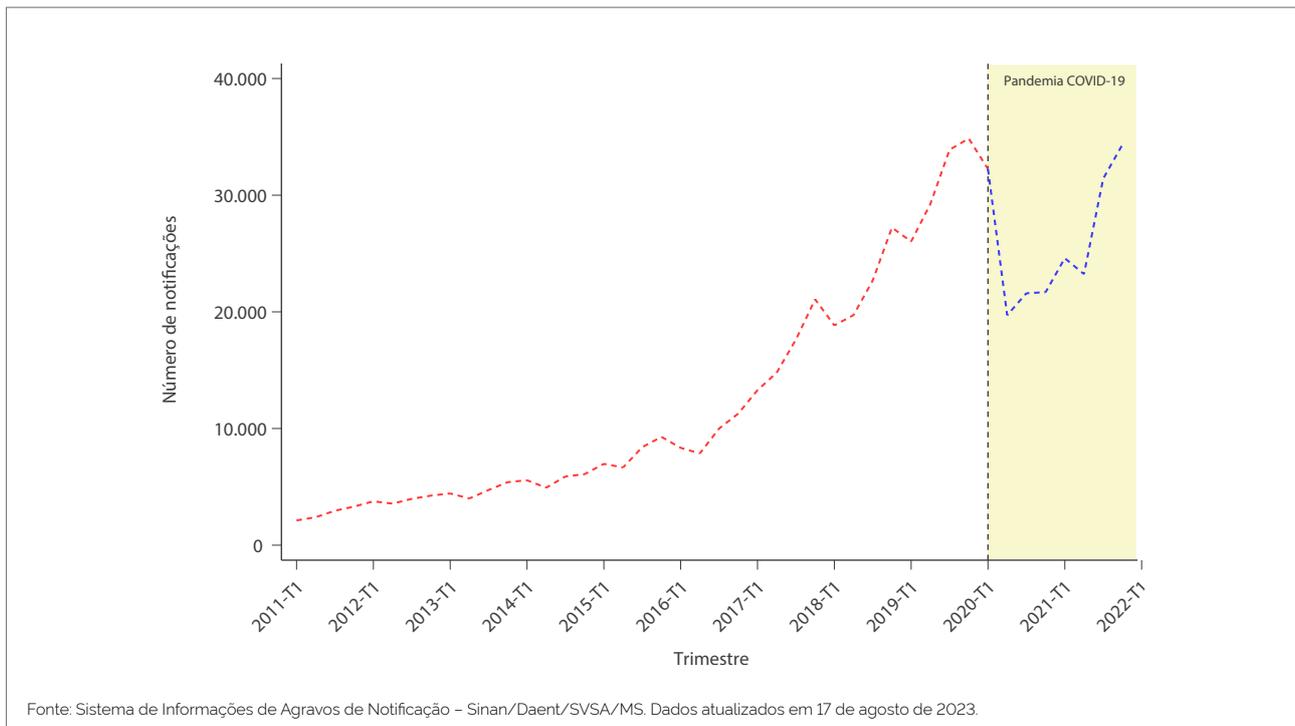


FIGURA 5 Notificações de violência autoprovocada antes e durante a pandemia de covid-19. Brasil, 2011 a 2021

■ DISCUSSÃO

Na última década, o Brasil enfrentou um crescimento preocupante no número de suicídios, que se consolidam como um grave problema de saúde pública. Em 2021 houve mais de 15,5 mil suicídios, equivalente a uma morte a cada 34 minutos. Essa trágica estatística posicionou o suicídio como a 27ª causa de morte no país e terceira maior causa na população jovem.

Destacam-se as maiores taxas de suicídio entre homens, especialmente os idosos, e entre adolescentes de 15 a 19 anos no sexo feminino. Também chamam a atenção os maiores percentuais de suicídios, em relação ao total de óbitos por todas as causas, entre indígenas, indivíduos com ensino médio ou superior e solteiros. Geograficamente, a Região Sul destaca-se por sua elevada taxa de suicídios, com o Rio Grande do Sul detendo a maior taxa de mortalidade por suicídio do país, assim como alguns estados em outras regiões, incluindo Roraima, Tocantins, Piauí e Mato Grosso do Sul.

Em relação às notificações de violências autoprovocadas, destacam-se os maiores percentuais de notificações entre mulheres, adultos jovens, solteiros, bem como a proporção de pessoas com alguma deficiência ou transtorno, compondo quase um terço do total de casos. As intoxicações foram o principal meio utilizado em todos os subgrupos populacionais analisados, entretanto chamaram atenção as proporções mais elevadas de lesões autoprovocadas por meio de enforcamento e arma de fogo entre homens e indígenas em comparação às mulheres e aos não indígenas.

Análise da evolução dos suicídios e das notificações de violências autoprovocadas demonstrou redução nos registros de ambos os eventos imediatamente após o início da pandemia de covid-19. Para as notificações de violências autoprovocadas, verifica-se uma retomada dos números de registros de casos pré-pandemia após o segundo trimestre de 2021, ao passo que para os óbitos por suicídio verifica-se uma acentuação da tendência de aumento das taxas de mortalidade, superando, ao final da série, os níveis de mortalidade pré-pandêmicos.

As diferenças de gênero na dinâmica dos comportamentos suicidas têm sido amplamente demonstradas na literatura global. Em todos os países, mulheres apresentam maiores prevalências de ideação, planejamento e tentativas de suicídio, bem como maiores prevalências de transtornos de humor e ansiedade, com destaque para a depressão, ao passo que homens apresentam um risco de duas a quatro vezes maior de morrer por suicídio.^{15,11,16}

É necessário compreender que o suicídio não é um mero fenômeno biológico, mas também social. Desse modo, os papéis sociais de gênero culturalmente estabelecidos são fundamentais para compreender as diferenças de gênero no processo suicida. Este pode ser entendido como um conjunto de ações interligadas em um fluxo cronológico que se inicia com a ideação, evolui para o planejamento e tentativas recorrentes, com meios cada vez mais letais, até a consumação do ato. Esse processo, entretanto, é uma experiência individual, podendo ocorrer mais lenta ou rapidamente, sendo influenciado por características cognitivas, comportamentais e de personalidade, padrões de relacionamento familiar e aspectos sociais e culturais.¹⁷

Entre homens, questões relacionadas ao trabalho e à renda são aspectos culturais importantes para a determinação do suicídio, com maiores riscos relacionados ao desemprego e às dificuldades financeiras. Em homens idosos, a aposentadoria desempenha um efeito importante no aumento do risco de suicídio, estando relacionada à redução da renda e à quebra de papéis rígidos de gênero socialmente estabelecidos de provimento do lar, bem como a uma redução das relações interpessoais e da autoestima. Em mulheres, o efeito é inverso, com redução do risco de suicídio após os 55 anos.¹⁵

O casamento é considerado um fator protetor para o suicídio, enquanto a viuvez tem sido vista como um fator de risco, especialmente entre homens. Outras questões relacionais, como divórcio e conflitos conjugais, têm sido consideradas gatilhos para a apresentação de comportamentos suicidas em ambos os sexos.^{15,18}

Violências na infância, em especial abuso sexual, são fatores reconhecidamente associados ao maior risco de comportamentos suicidas,^{19,20} sendo importante ressaltar a gravidade do abuso infantil globalmente e no Brasil. Estima-se que até três quartos das crianças entre 2 e 4 anos no mundo sofrem com agressões físicas e psicológicas causadas pelos pais ou pelos cuidadores. Além disso, estima-se que uma em cada cinco mulheres e um em cada 13 homens já sofreu alguma forma de abuso sexual antes dos 18 anos de idade.²¹ No contexto brasileiro, de 2015 a 2021 foram notificados mais de 200 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo 86% das vítimas do sexo feminino.²²

Tais exposições desencadeiam uma variedade de impactos negativos na saúde das vítimas ao longo da vida, incluindo o desenvolvimento de transtornos mentais, abuso de substâncias, comportamentos violentos, práticas sexuais de risco e comportamentos suicidas.^{19-21, 23} Embora haja

estudos sobre as diferenças de gênero nas consequências dessas violências, os resultados ainda são incertos. Isso se deve, em parte, à limitação de pesquisas que focalizam especificamente os efeitos em meninas e à carência de trabalhos que exploram diretamente essas diferenças entre gêneros.²³ Enquanto alguns estudos apontam para a inexistência de diferenças de gênero na força da relação entre a exposição ao abuso e os comportamentos suicidas, outros sugerem um impacto maior dessa exposição na ocorrência de comportamentos suicidas em homens.^{15,23}

É importante destacar que, apesar da prevalência mais elevada de violências sexuais em meninas, aspectos sociais relacionados ao gênero podem desempenhar um papel importante na subnotificação dessas violências em meninas. De modo geral, estudos têm demonstrado que homens tendem a ser mais relutantes em reconhecer uma experiência como abusiva, a revelar menos os abusos sofridos, a demorar mais para revelar esses casos, a não reconhecer os danos físicos e psicológicos decorrentes dessas violências e a receber menores níveis de atenção de serviços de apoio.²³

Nesse sentido, a maior propensão de homens em reprimir memórias de abuso aliada à maior incidência de abuso de substâncias, maior impulsividade e menor propensão a buscar apoio e a aderir a tratamento psicoterapêutico podem ser fatores importantes para a relação entre o abuso e a maior letalidade do comportamento suicida. Em contrapartida, entre mulheres, a relação entre a exposição ao abuso e os comportamentos suicidas parece ser mediada por sintomas depressivos e sentimentos de desesperança, e o maior reconhecimento desses efeitos e maior propensão a buscar ajuda e tratamento podem estar relacionados à menor letalidade e à maior duração do processo suicida.^{15,23}

A letalidade dos meios utilizados também desempenha um papel fundamental nas diferenças entre os sexos nos indicadores de suicídio. Enquanto a maioria das mulheres que cometem suicídio apresenta um histórico de tentativas prévias, com predomínio de autointoxicações, as quais estão relacionadas à baixa letalidade, entre os homens, que apresentam maior frequência de tentativas de suicídio com meios de alta letalidade, como enforcamento e arma de fogo, cerca de 60% morrem na primeira tentativa.¹¹ Não obstante, ao passo que as tentativas de suicídio se tornam mais graves, com meios de maior letalidade, as diferenças de gênero tendem a se reduzir.¹⁵

Diferenças na psicopatologia também podem ser um fator importante para explicar as diferenças nos comportamentos suicidas entre os sexos. Estima-se

que cerca de 90% das pessoas que cometeram suicídio apresentavam algum transtorno mental diagnosticável, sendo os mais prevalentes os transtornos afetivos e por abuso de substâncias.^{15,24} Estimativas globais indicam que mulheres apresentam maior prevalência de depressão e transtornos de ansiedade, enquanto homens apresentam maior prevalência de transtornos por abuso de substâncias, transtornos de personalidade e de déficit de atenção e hiperatividade.^{3,25} Nesse sentido, destaca-se que transtornos e traços de personalidade associados a uma maior impulsividade e agressividade se mostram mais prevalentes no sexo masculino, aumentando o risco de consumação do suicídio.¹⁵ Adicionalmente, entre homens, fatores como elevados níveis de subdiagnóstico e baixa adesão a tratamentos para transtornos mentais, sejam farmacológicos ou psicoterapêuticos, podem contribuir para agravar o quadro de sofrimento psíquico e intensificar o risco de comportamentos suicidas.¹⁵

Os dados revelam uma elevada carga de suicídios entre indígenas em relação a outros grupos raciais, conforme evidenciado pela alta mortalidade proporcional por essa causa. Análises anteriores já haviam destacado essa grave realidade, indicando que a taxa de suicídios entre indígenas no Brasil é aproximadamente três vezes maior que a da população geral. Os dados também demonstraram maiores frações de suicídio entre indígenas em comparação aos demais grupos raciais. Maiores riscos de suicídio em indígenas no Brasil foram constatados em análise anterior, que verificou uma taxa de suicídio entre indígenas aproximadamente três vezes maior que a do restante da população.²⁶

No que tange à população indígena, discute-se que a transição para a vida adulta representa um período crítico para os jovens.^{27,28} Diversos fatores de risco para o suicídio entre indígenas têm sido apontados na literatura, incluindo o consumo abusivo de álcool e drogas, as mudanças socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não indígena, com abandono das tradições e decorrente fragilização cultural, o enfraquecimento de laços familiares e comunitários, a falta de acesso à educação e ao trabalho, o confinamento territorial, entre outros.^{29,30} Cabe, portanto, investigar os impactos das vulnerabilidades sociais decorrentes dos processos históricos que impactaram as comunidades indígenas no fenômeno do suicídio nessa população.^{29,31}

Deve-se considerar, ainda, que o fenômeno do suicídio é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer. Essas concepções são próprias de cada povo indígena e devem ser levadas em consideração na formulação de estratégias de prevenção do suicídio nessas populações.

Essas estratégias devem ser pensadas de modo intersectorial, incluindo-se a rede de atenção psicossocial e a participação social das comunidades indígenas.

A questão do suicídio entre indivíduos LGBTQIA+ também é uma preocupação crescente em saúde pública, evidenciando a vulnerabilidade dessa população em relação ao resto da sociedade. A teoria do estresse de minoria sugere que os membros de grupos minoritários, como a comunidade LGBTQIA+, enfrentam estresses únicos, não encontrados na população em geral, oriundos de estigmatização, preconceito e discriminação. Esses estresses, muitas vezes exacerbados pela rejeição familiar, pela discriminação no trabalho ou pela violência, contribuem significativamente para um risco elevado de problemas de saúde mental e comportamentos suicidas.³²

Estudos têm demonstrado que lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBTQIA+) têm maior probabilidade de tentar suicídio na juventude em comparação a heterossexuais e/ou cisgêneros.³³⁻³⁵ Nesse grupo, a transição para a idade adulta representa um período sensível para o início e a progressão dos transtornos de ansiedade e de humor, que por sua vez podem ser agravados pelo estresse, sobretudo para adolescentes e jovens LGBTQIA+, que nesse período complexo vivenciam violências LGBTfóbicas nos contextos urbano e doméstico.³⁶

Embora ainda não seja possível estimar o número de óbitos por orientação sexual e identidade de gênero por meio do Sistema de Informação de Mortalidade, a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada possui campos específicos para o preenchimento dessa informação.³⁷ Esse aspecto é fundamental para o monitoramento das violências contra essa população no âmbito do SUS e para a implementação das políticas de equidade.³⁸ Uma vez que essa população está em maior risco para o comportamento suicida, destaca-se a importância do correto preenchimento desses campos a fim de dar visibilidade ao grupo e subsidiar a elaboração de políticas e a implementação das ações de prevenção.^{39,40}

Os dados apresentados demonstraram uma mudança na tendência das taxas de suicídio no Brasil após o início da pandemia de covid-19, inicialmente com uma redução das taxas acompanhada de uma acentuação da tendência de aumento. De modo semelhante, verificou-se redução dos números de notificações de lesões autoprovocadas a partir do segundo trimestre de 2020, e retomada dos níveis pré-pandêmicos a partir do segundo trimestre de 2021.

Estudos sobre os impactos da pandemia na mortalidade por suicídio ainda apresentam resultados mistos,⁴¹ sendo importante considerar que esses impactos podem variar em função de diversos aspectos, como o grau de letalidade da pandemia, a rigidez das medidas de controle e distanciamento social e seu impacto no acesso e na disponibilidade de serviços de apoio psicoterapêutico, os impactos econômicos da pandemia sobre a população local, afetando níveis de desemprego e renda, entre outros fatores.

Uma metanálise sintetizou evidências para examinar as mudanças na ocorrência de ideação, tentativas e mortes por suicídio antes e durante a pandemia,⁴² demonstrando um aumento da prevalência de ideação e tentativas de suicídio, ao passo que não foi identificada mudança significativa na ocorrência de mortes. Ressalta-se aqui, que a maioria dos estudos disponíveis sobre o tema ainda é limitada ao ano de 2020, ou aos primeiros meses de 2021. Nesse sentido, torna-se importante destacar que o suicídio pode não surgir como uma consequência imediata de um contexto adverso, mas como o desfecho de um processo mais longo, de modo que se torna necessário analisar a evolução desses óbitos em períodos mais longos de tempo.

Os resultados desta análise se assemelham aos achados de Yard e colaboradores⁴³ ao analisar a frequência de atendimentos hospitalares relacionados a comportamentos suicidas de adolescentes entre janeiro de 2019 e maio de 2021. Os autores demonstraram uma redução no número médio semanal de atendimentos de emergência por lesões autoprovocadas nos primeiros meses após o início da pandemia, em 2020, em comparação ao mesmo período de 2019. Entretanto, verificou-se um aumento progressivo dos atendimentos desses eventos nos meses subsequentes, chegando a níveis 50% maiores que os observados em 2019 entre adolescentes do sexo feminino.⁴³

Discute-se que, em um primeiro momento, as restrições impostas para o controle da disseminação da covid-19 podem ter estreitado a convivência familiar, contribuindo para um ambiente de suporte, bem como para a maior vigilância familiar sobre pessoas depressivas e com ideias suicidas.⁴¹

Paralelamente, essas restrições, somadas ao medo de adoecer, podem ter afetado a busca por atenção em saúde mental, reduzindo o acesso aos serviços de atenção psicossocial.⁴³ Redução de acesso à atenção psicossocial, incertezas produzidas pelo avanço da pandemia, redução de atividades sociais, insegurança econômica, perda de emprego e renda, adoecimento, perda de familiares

e intensificação de conflitos familiares são situações e contextos que contribuem para o adoecimento psíquico, especialmente entre indivíduos mais vulneráveis, como aqueles portadores de transtornos mentais preexistentes e os enlutados.^{41,44,45}

Diante de um cenário tão multifacetado, é crucial que as estratégias de prevenção ao suicídio no Brasil não só considerem a diversidade de fatores de risco, mas também reconheçam e atendam às especificidades socioculturais das populações mais vulneráveis. Além disso, torna-se essencial ampliar e qualificar as notificações de violência interpessoal e autoprovocada e fortalecer a atuação dos serviços de saúde e dos Institutos Médico-Legais para a investigação dos óbitos por causas externas, elucidando as circunstâncias dessas mortes e reduzindo o sub-registro de óbitos por suicídio no país a fim de permitir uma melhor compreensão da magnitude do problema e direcionar intervenções mais eficazes.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta análise chamam atenção para a necessidade de fortalecimento de ações de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental no Brasil, de ações para o enfrentamento do estigma relacionado aos transtornos mentais e ao suicídio, bem como a expansão da rede de atenção psicossocial a fim de garantir o acesso democrático aos serviços de saúde mental no país.

Nesse aspecto, destaca-se que em 2019 foi publicado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2023, estabelecendo como meta interromper o crescimento dos suicídios no Brasil até 2030 e pôr em prática ações para o enfrentamento dessas violências, sendo fundamental atuar para a implantação das ações e das metas do plano em todos os níveis da gestão do Sistema Único de Saúde.

No mesmo ano foi instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) por meio da Lei nº 13.819, de 26 de abril, e em 2020 foi criado o Comitê Gestor da PNPAS por meio do Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro, com o papel de atuar para a implementação da política. Torna-se necessário, nesse sentido, fortalecer a política e o comitê gestor para o desenvolvimento e a implantação de uma agenda estratégica e um plano de ações intersetorialmente articulado para o enfrentamento do suicídio, considerando a diversidade de aspectos sociais e culturais que permeiam o fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO, organizador. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. 89 p.
2. World Health Organization – WHO. Suicide [Internet]. World Health Organization. 2023 [acesso em 25 set 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME. GBD Results Tool | GHDx [Internet]. Global Health Data Exchange. 2023 [acesso em 28 ago 2023]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
4. Corassa RB, Bahia CA, Vasconcelos CH, Aquino EC de, Montenegro M de MS. Mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis no Brasil, 2000 a 2018. Brasil, Ministério da Saúde, Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. p. 111-38. (Saúde Brasil). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2020-2021.pdf>
5. World Health Organization – WHO. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. 28 p.
6. Brasil. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. TabNet. 2023 [acesso em 25 set 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
7. Lima CM, Corassa RB, Viana MC. Epidemiologia do suicídio no Brasil e no mundo. Tratado de suicidologia. 1. ed. Belo Horizonte, MG: Editora Ampla; 2022. p. 137-50.
8. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Facts about suicide [Internet]. 2023 [acesso em 5 set 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>
9. World Health Organization – WHO. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [acesso em 28 set 2020]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf
10. Meleiro AMAS, Correa H. Suicídio. Psiquiatria: estudos fundamentais. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
11. Meleiro AMAS, Correa H. Suicide and suicidality in women. Women's mental health: a clinical and evidence-based guide. 1. ed. Switzerland: Springer Nature; 2020. p. 17-29.

12. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016;3:646-59.
13. Bai J, Perron P. Estimating and testing linear models with multiple structural changes. *Econometrica* 1998;66:47.
14. Ditzen J, Karavias Y, Westerlund J. Testing and estimating structural breaks in time series and panel data in stata [Internet]. arXiv; 2021 [acesso em 9 abr 2023]. Disponível em: <http://arxiv.org/abs/2110.14550>
15. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord* 2012;138:19-26.
16. Viana MC, Corassa RB. Epidemiology of psychiatric disorders in women. *Women's mental health: a clinical and evidence-based guide*. 1. ed. Switzerland: Springer Nature; 2020. p. 17-29.
17. Wasserman D. *The suicidal process. Suicide: an unnecessary death*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 27-37.
18. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: a meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med* 2018;197:116-26.
19. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135:195-211.
20. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018;99:129-41.
21. WHO. Child maltreatment [Internet]. 2022 [acesso em 5 nov 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
22. Brasil, Ministério da Saúde. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. *Bol Epidemiológico* 2023;54:1-14.
23. Cashmore J, Shackel R. Gender differences in the context and consequences of child sexual abuse. *Curr Issues Crim Justice* 2014;26:75-104.
24. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2010;25:252-6.
25. Ferrari AJ, Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Ashbaugh C, Erskine HE, et al. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9:137-50.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. *Bol Epidemiológico* 2020;51:1-7.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Bol Epidemiológico [Internet]*. 2017;48. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
28. Souza MLP de, Orellana JDY. Suicídio em indígenas no Brasil: um problema de saúde pública oculto. *Braz J Psychiatry* 2012;34:489-90.
29. Souza MLP de, organizador. *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2013. 249 p. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).
30. Souza RSB de, Oliveira JC de, Alvares-Teodoro J, Teodoro MLM. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública* 2020;44:e58.
31. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. *Estratégias de prevenção do suicídio em povos indígenas [Internet]*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. 38 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf
32. Paveltchuk F de O, Borsa JC. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Rev Soc Psicoter Analíticas Grup Estado São Paulo* 2020;21:41-54.
33. Hail-Jares K, Cumming C, Young JT, Borschmann R, Lennox N, Kinner SA. Self-harm and suicide attempts among incarcerated lesbian, gay and bisexual people in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2023;57:562-71.
34. Polonijo AN, Beggs MK, Brunanski D, Saewyc EM. Trends and disparities in suicidality among heterosexual and sexual minority/two-spirit indigenous adolescents in Canada. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2022;71:713-20.
35. Stone DM, Luo F, Ouyang L, Lippy C, Hertz MF, Crosby AE. Sexual orientation and suicide ideation, plans, attempts, and medically serious attempts: evidence from local youth risk behavior surveys, 2001–2009. *Am J Public Health* 2014;104:262.
36. Russell ST, Fish JN. Sexual minority youth, social change, and health: a developmental collision. *Res Hum Dev* 2019;16:5-20.

37. Brasil. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 17 jun 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
38. Pinto IV, Andrade SS de A, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. Rev Bras Epidemiol 2020;23:e200006.SUPL.1.
39. Oliveira DC de. Representatividade da população LGBTQIA nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social. Epidemiol e Serviços Saúde 2022;31:e2022020.
40. Polidoro M, Cunda BV, Oliveira DC de. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de 2014 a 2018. Saúde em Redes. 2020;6:195-206.
41. Daudali SA. Impacto da pandemia de covid-19 nos comportamentos autolesivos e suicidários na adolescência [Dissertação]. [Coimbra]: Universidade de Coimbra; 2022.
42. Yan Y, Hou J, Li Q, Yu NX. Suicide before and during the covid-19 Pandemic: a systematic review with meta-analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [acesso em 22 set 2023];20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36834037/>
43. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the covid-19 Pandemic – United States, January 2019-May 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:888-94.
44. Sher L. The impact of the covid-19 pandemic on suicide rates. QJM Mon J Assoc Physicians [Internet]. 2020 [acesso em 22 set 2023];113. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539153/>
45. World Health Organization – WHO. Mental health and covid-19: early evidence of the pandemic's impact [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [22 set 2023] p. 13. (covid-19: scientific briefs). Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>

Boletim Epidemiológico

ISSN 9352-7864

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministra de Estado da Saúde

Nisia Verônica Trindade Lima

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

Ethel Leonor Noia Maciel

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – SVSA**

Ethel Leonor Noia Maciel

Departamento de Doenças Transmissíveis – DEDT

Alda Maria da Cruz

Departamento do Programa Nacional de Imunizações – DPNI

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis – Daent

Leticia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – Dsast

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública – Demsp

Márcio Henrique de Oliveira Garcia

Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente – Daevs

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Dathi

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas – Cenp

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas – IEC

Lívia Carício Martins

*Equipe editorial***Coordenação-Geral de Vigilância de Violências e Acidentes/
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – CGVVA/Daent**

Rafael Bello Corassa, Cheila Marina de Lima, Cintia Honório Vasconcelos, Daila Nina Freire, Marli de Mesquita Silva Montenegro, Mayara Alves Luís, Leticia de Oliveira Cardoso

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – Saes**Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – Desmad****Coordenação-Geral de Desinstitucionalização e Direitos****Humanos na Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGDDH**

João Mendes Lima Júnior

Ministério dos Povos Indígenas**Secretaria de Articulação e Promoção dos Direitos Indígenas****Departamento de Promoção da Política Indigenista****Coordenação-Geral de Promoção à Cidadania e Combate ao Racismo****Coordenação de Acompanhamento da Política de Saúde Indígena**

Daniel Canavese de Oliveira

Secretaria de Gestão Ambiental e Territorial Indígena**Departamento de Justiça Climática**

Maurício Polidoro

*Editoria técnico-científica***Coordenação Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde – CGEVSA/Daevs**

Paola Barbosa Marchesini

Antonio Ygor Modesto de Oliveira

Camila P. Damasceno

*Produção***Núcleo de Comunicação – Nucom**

Edgard Rebouças

Editorial Nucom

Fred Lobo

Revisão Nucom

Yana Palankof