



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA
E COMUNIDADE SESAU/FIOCRUZ**

ANA LETICIA OLIVEIRA FORTES

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR LESÕES
AUTOPROVOCADAS - BRASIL, 2010-2024**

CAMPO GRANDE - MS

2026



ANA LETICIA OLIVEIRA FORTES

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS - BRASIL, 2010-2024

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Médica em Medicina de Família e Comunidade
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros
Mascarenhas

CAMPO GRANDE – MS

2026



RESUMO

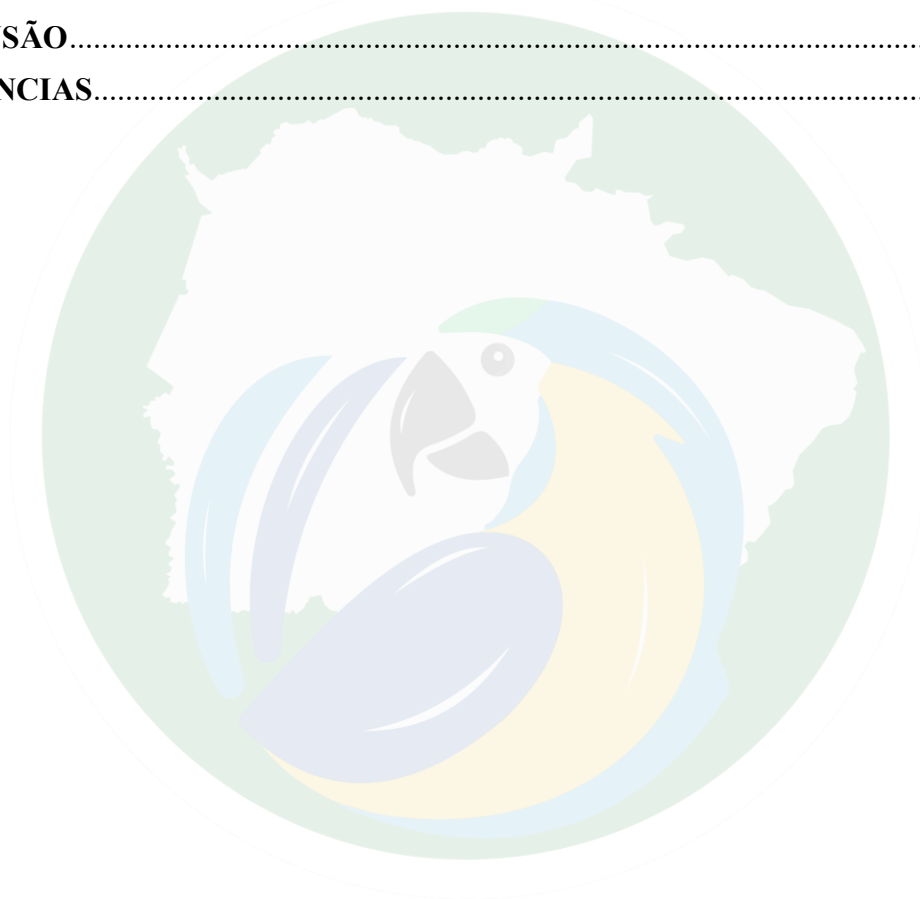
As lesões autoprovocadas correspondem à violência cometida por um indivíduo contra si, representando uma preocupação global, pois o suicídio ainda é uma das principais causas de morte do mundo. Este estudo objetivou analisar a tendência da mortalidade por lesões autoprovocadas no Brasil, no período de 2010 a 2024. Foi desenvolvido um estudo epidemiológico analítico do tipo ecológico de séries temporais, com dados referentes aos óbitos por lesões autoprovocadas (causa básica CID-10: X60-X84) de pessoas com 10 anos ou mais de idade, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ocorridos no período de 2010 a 2024. Calculou o coeficiente de mortalidade por suicídio segundo sexo, faixa etária, meio de autoagressão, estado e região de residência. Adotou-se o modelo de regressão linear de Prais-Winsten para a análise de tendência temporal, considerando-se a variação percentual anual (VPA) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Notou-se tendência crescente na mortalidade por suicídio no Brasil (VPA 3,3; IC95% 2,6; 4,1) e em todas as regiões. Os maiores incrementos foram observados no sexo masculino (VPA 3,3; IC95% 2,7; 4,0), faixa de 20 a 59 anos (VPA 3,2; IC95% 2,2; 4,1), meio enforcamento (VPA 4,6; IC95% 4,1; 5,2) e na região sul (VPA 4,8; IC95% 4,1; 5,5). Em todas as regiões do país evidenciou-se maior coeficiente médio de suicídios no período pós-pandêmico (2020-2024) em comparação ao pré-pandêmico (2010-2019). Conclui-se que houve tendência de aumento no coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil, principalmente durante o período pós-pandêmico. Torna-se necessário preparar os serviços de atenção primária para a identificação de pessoas com comportamento suicida, visando à redução das mortes por suicídio no Brasil, além de rever políticas de restrição de acesso aos meios utilizados para o suicídio. Diante deste cenário, recomenda-se estudos sobre os tipos de objetos utilizados para realizar o enforcamento no Brasil a fim de traçar estratégias mais assertivas de restrição desse meio como também estudos associando o coeficiente de mortalidade por suicídio em locais com cobertura de saúde mental em comparação àqueles que não a tenham a fim de encontrar fragilidades assistenciais.

Palavras-chave: Suicídio; comportamento autodestrutivo; mortalidade; estudos de séries temporais.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
MÉTODO	5
RESULTADOS	8
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19





INTRODUÇÃO

As lesões autoprovocadas correspondem à violência cometida por um indivíduo contra si, compreendendo o comportamento suicida e as autoagressões. O comportamento suicida engloba desde as ideações suicidas, planejamentos, tentativas de suicídios até suicídio consumado. As autoagressões incluem desde lesões superficiais como cortar-se, arranhar-se até lesões graves como auto amputação de dedos, mãos e membros (OMS, 2002)¹.

No contexto epidemiológico dos óbitos por causas externas, as lesões autoprovocadas têm sido uma preocupação global, pois o suicídio continua sendo uma das principais causas de morte no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio no mundo em 2019, o que representa 1,3% das mortes registradas, ou seja, mais de uma em cada 100 mortes no mundo foram ocasionadas por suicídio (OMS, 2021)². Em 2022, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública apontou aumento acima de 10% no número de suicídios no Brasil, em relação a 2021, com um total de 16.262 casos e taxa nacional de 8,0 por 100 mil habitantes (FBSP, 2023)³.

Segundo Brooks et al., da pandemia de COVID-19 apresentou impactos negativos na saúde mental da população e isso é devido diversos fatores estressantes que incluíram período de isolamento social, medo da infecção, frustração, tédio, suplementos inadequados, informações insuficientes, perdas financeiras.⁴ Uma das formas de avaliar esse impacto pode ser a avaliação da mortalidade por suicídio no período pós-pandêmico quanto em comparação ao pré-pandêmico.

O adequado monitoramento e registro dos casos de morte por lesão autoprovocada pode proporcionar um panorama dos principais fatores relacionados, favorecendo intervenções específicas, a fim de proteger grupos mais vulneráveis. Verificou-se que foram realizados estudos sobre tendência de óbitos por suicídio no Brasil, mas não foi avaliado o possível impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população nem a tendência temporal dos meios utilizados para o suicídio. Por isso, este estudo teve como objetivo analisar a tendência da mortalidade por lesões autoprovocadas no Brasil e suas regiões no período de 2010 a 2024, avaliando o impacto pandêmico no incremento de mortalidade.



MÉTODO

A) Delineamento do estudo e contexto

Estudo de séries temporais, com dados sobre óbitos por lesão autoprovocada de pessoas com 10 anos ou mais de idade e residentes no Brasil e suas cinco grandes regiões geográficas, ocorridos no período de 2010 a 2024.

O estudo foi conduzido com dados de abrangência nacional, tendo como unidades de análise as 27 unidades da federal (26 estados e o Distrito Federal) e as cinco regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 1º de julho de 2024, a população brasileira foi estimada em 212,6 milhões de habitantes (IBGE,2024).⁵

B) Participantes

Foram incluídas no estudo pessoas a partir de dez anos de idade, de ambos os sexos, cuja causa básica de morte tenha sido classificada com um dos códigos para “Lesões autoprovocadas intencionalmente” (X60-X84), segundo a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

C) Variáveis

As variáveis de interesse foram: sexo (masculino; feminino), faixa etária (10-19; 20-59; ≥ 60 anos), região geográfica de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste); unidade federativa de residência (Rondônia; Acre; Amazonas; Roraima; Pará; Amapá; Tocantins; Maranhão; Piauí; Ceará; Rio Grande do Norte; Paraíba; Pernambuco; Alagoas; Sergipe; Bahia; Minas Gerais; Espírito Santo; Rio de Janeiro; São Paulo; Paraná; Santa Catarina; Rio Grande do Sul; Mato Grosso do Sul; Mato Grosso; Goiás; Distrito Federal), meio utilizado para a autoagressão (intoxicação exógena - CID-10 X60-X69; enforcamento - CID-10: X70; arma de fogo - CID-10 X72-X75; outros meios - CID-10 X71, X76-X84); ano de ocorrência do óbito (2010-2024).

D) Fontes de dados e mensuração

Os dados referentes aos óbitos foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), enquanto os dados populacionais foram obtidos a partir de estimativas populacionais com base nos censos demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Todos os dados utilizados no estudo foram obtidos por meio de



consulta à página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde do Brasil. Não houve cálculo de amostra, tendo sido utilizados todos os dados disponíveis com informações válidas no SIM.

Calculou-se o coeficiente de mortalidade por suicídio a partir da razão entre o número de óbitos por lesão autoprovocada, por local e ano, e a população residente no mesmo local e período, multiplicada por 100 mil. O coeficiente de mortalidade por suicídio foi calculado segundo sexo, faixa etária, UF e região de residência para cada ano do período analisado.

E) Métodos estatísticos

Calculou-se o coeficiente médio de mortalidade por suicídio, obtido por meio da razão entre o somatório do valor dos coeficientes anuais e o número total de anos do período analisado (n=15 anos), com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), para cada variável. Assim, foi obtida a média aritmética simples dos coeficientes de mortalidade para cada variável, permitindo uma visão geral da magnitude média da mortalidade no período estudado. Também foi calculado o coeficiente médio de mortalidade por lesão autoprovocada em dois períodos, tendo como referência a pandemia de COVID-19: pré-pandêmico (2010-2019) e pós-pandêmico (2020-2024).

Para a análise de tendência temporal, adotou-se o modelo de regressão linear de Prais-Winsten, que leva em consideração a autocorrelação serial dos dados. Os valores do coeficiente de mortalidade (variável dependente - Y) foram convertidos para a escala logarítmica de base 10 (\log_{10}) e analisados segundo ano de ocorrência do óbito (variável independente - X), de acordo com a fórmula I) $\text{Log}(y_t) = \beta_0 + \beta_1 x$, onde y_t é o valor do coeficiente de mortalidade por lesão autoprovocada no ano t; β_0 corresponde à constante ou intercepto entre a reta e o eixo vertical; β_1 se refere à inclinação da reta ou coeficiente de tendência linear, que mede a taxa de mudança anual da medida de interesse; x corresponde ao ano do coeficiente de mortalidade por lesão autoprovocada.

Com os valores do coeficiente β_1 e do erro-padrão (EP) obtidos na análise de regressão, calculou-se a variação percentual anual (VPA) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) por meio das fórmulas II) $\text{VPA} = (-1 + 10\beta_1) \times 100$ e III) $\text{IC95\%} = (-1 + 10\beta_1 \text{ mínimo}) \times 100$; $(-1 + 10\beta_1 \text{ máximo}) \times 100$.

A tendência foi classificada em crescente (quando o coeficiente β_1 foi positivo e o p-valor do teste de Wald foi $<0,05$), decrescente (quando o coeficiente β_1 foi negativo e o p-valor

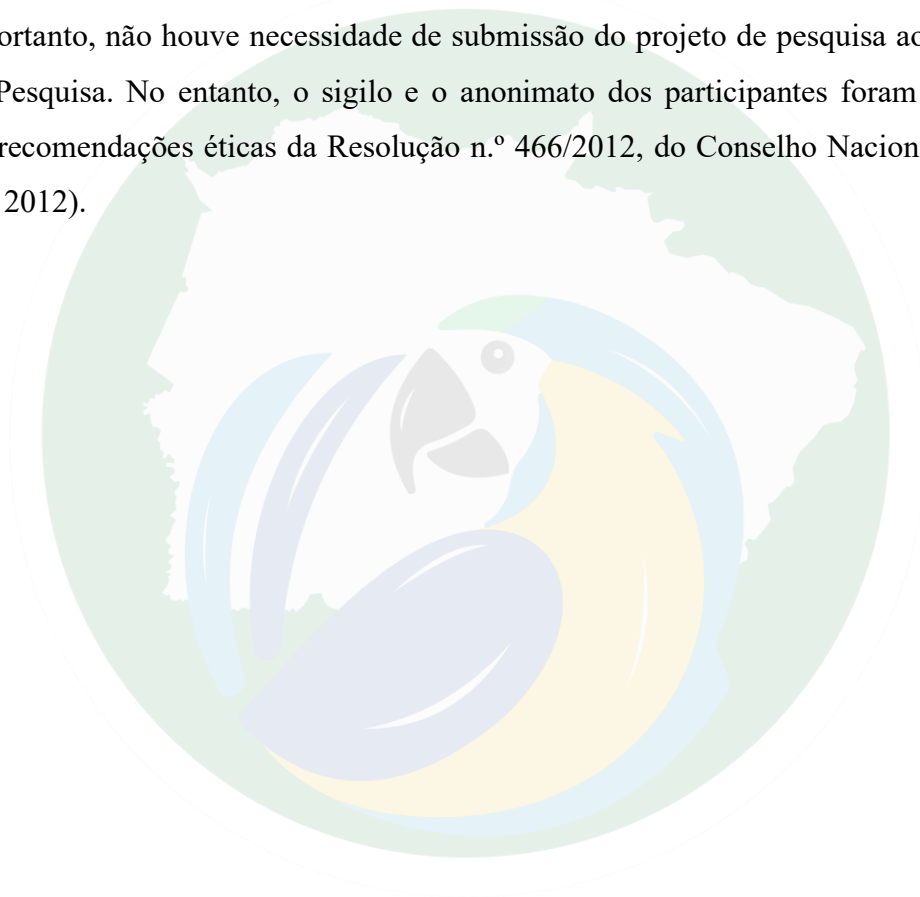


do teste de Wald foi $<0,05$) ou estacionária (quando o p-valor do teste de Wald foi $>0,05$, independentemente do valor do coeficiente β_1).

Foi utilizado o programa Microsoft Excel 2019 para Windows na etapa de organização do banco de dados e cálculo dos coeficientes de mortalidade. As demais análises estatísticas foram realizadas no programa Stata®, versão 16.0.

F) Aspectos éticos

O estudo compreendeu a análise de informações extraídas de bancos de dados anônimos, de acesso livre ao público, sem contato com os participantes ou formulários de registro. Portanto, não houve necessidade de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, o sigilo e o anonimato dos participantes foram garantidos, conforme recomendações éticas da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

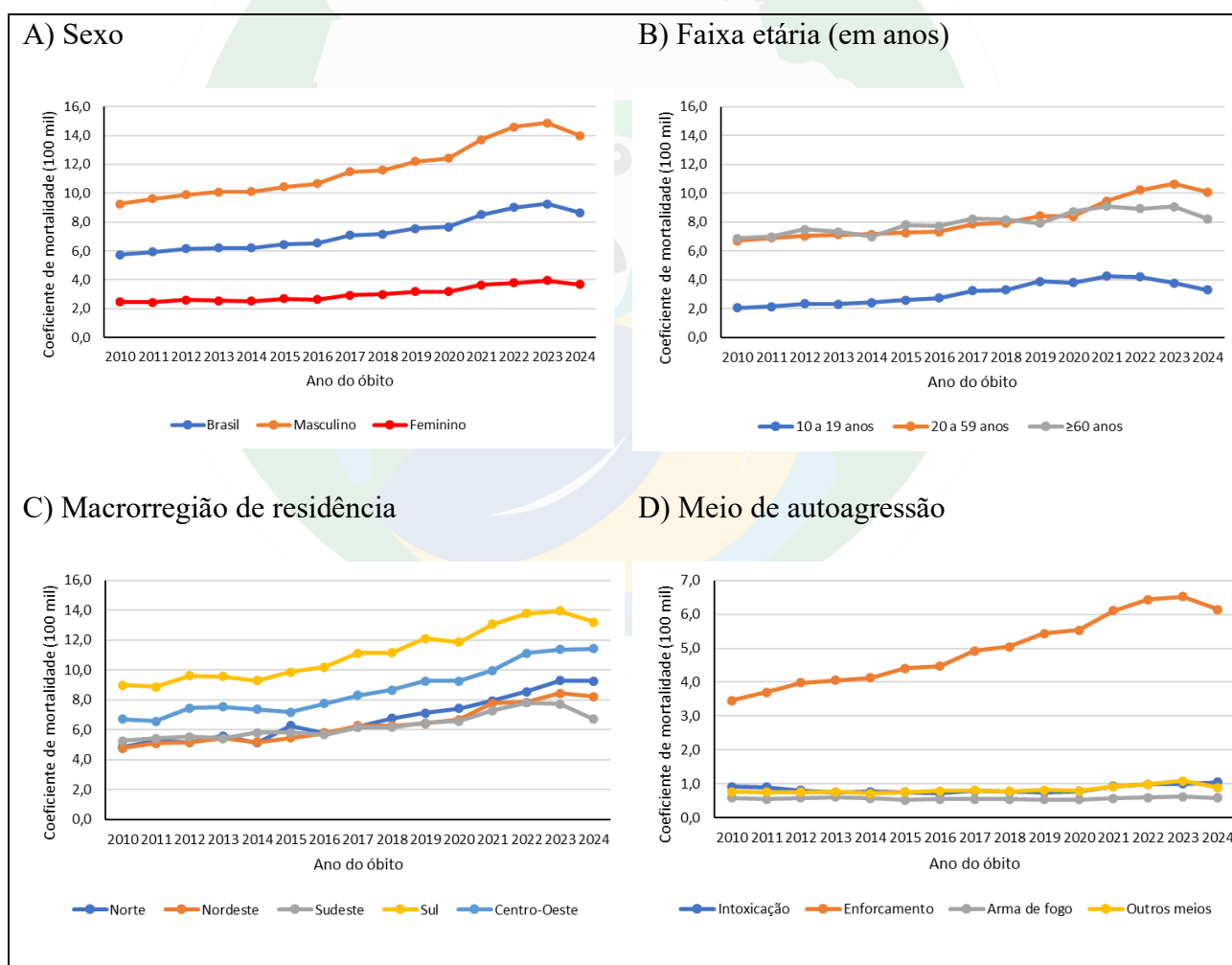




RESULTADOS

No período de 2010 a 2024, foram registrados 190.581 óbitos por lesões autoprovocadas em pessoas com 10 anos ou mais de idade no Brasil. O coeficiente médio nacional no período foi de 7,2/100 mil habitantes, variando de 5,8/100 mil habitantes em 2010 a 8,7/100 mil habitantes em 2024. O coeficiente médio foi mais expressivo no sexo masculino (11,6/100 mil habitantes), nos adultos de 20 a 59 anos de idade (8,1/100 mil habitantes), na região Sul (11,1/100 mil habitantes) e com autoagressão por enforcamento (4,9/100 mil habitantes) (Figura 1).

Figura 1 – Evolução do coeficiente de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, segundo sexo (A), faixa etária (B), macrorregião de residência (C) e meio de autoagressão (D), Brasil, 2010-2024 (n=190.581)





A mortalidade por suicídio não se distribuiu de forma homogênea pelo território brasileiro, sendo a região Sul aquela com o maior coeficiente médio do país (11,1/100 mil habitantes), do Norte (6,7/100 mil habitantes), do Nordeste (6,3/100 mil habitantes), do Sudeste (6,2/100 mil habitantes) e do Centro-Oeste (8,6/100 mil habitantes). Observou-se tendência crescente da mortalidade por suicídio em todas as macrorregiões geográficas. As unidades federativas com maior coeficiente médio de mortalidade foram Rio Grande do Sul (13,3/100 mil habitantes), Santa Catarina (11,4/100 mil habitantes) e Mato Grosso do Sul (11,1/100 mil habitantes), enquanto os menores coeficientes médios foram observados no Rio de Janeiro (4,1/100 mil habitantes), no Pará (4,7/100 mil habitantes) e Bahia (4,9/100 mil habitantes). Apenas Roraima ($p=0,219$) e Sergipe ($p=0,280$) apresentaram tendência estacionária (estabilidade estatística) nos coeficientes de mortalidade por suicídio, enquanto as demais apresentaram tendência crescente (Tabela 1).

Tabela 1 – Tendência do coeficiente de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, segundo macrorregiões de residência e unidades da federação, Brasil, 2010-2024 ($n=190.581$)

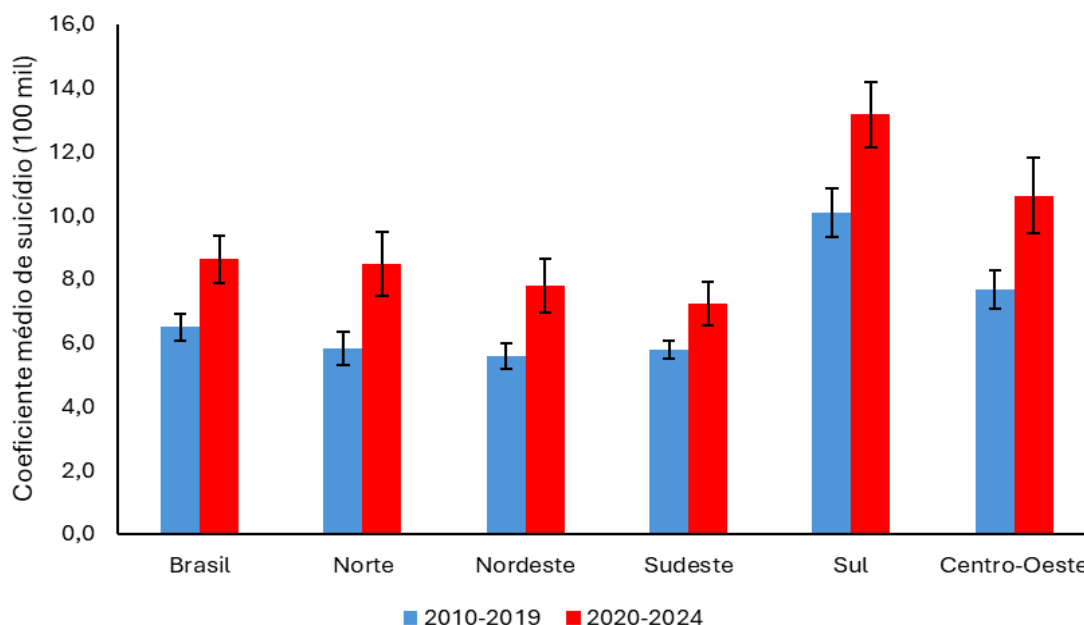
Variáveis	Coeficiente Médio			Tendência
	(IC95%)	VPA (IC95%)	p-valor	
Brasil	7,2 (6,5; 7,8)	3,3 (2,6; 4,1)	<0,001	Crescente
Norte	6,7 (5,8; 7,5)	4,8 (4,1; 5,5)	<0,001	Crescente
Rondônia	8,2 (7,1; 9,3)	5,4 (4,4; 6,4)	<0,001	Crescente
Acre	9,3 (7,6; 11)	6,0 (3,8; 8,3)	<0,001	Crescente
Amazonas	7,7 (7,0; 8,4)	3,0 (1,4; 4,7)	0,001	Crescente
Roraima	9,9 (8,5; 11,4)	2,2 (-1,4; 6,1)	0,219	Estacionária
Pará	4,7 (3,9; 5,5)	6,2 (4,8; 7,5)	<0,001	Crescente
Amapá	8,2 (6,9; 9,5)	5,9 (4,2; 7,6)	<0,001	Crescente
Tocantins	9,5 (8,3; 10,7)	4,3 (3,1; 5,6)	<0,001	Crescente
Nordeste	6,3 (5,6; 6,9)	4,1 (3,3; 4,9)	<0,001	Crescente
Maranhão	5,4 (4,7; 6,1)	4,9 (4,3; 5,5)	<0,001	Crescente
Piauí	10,7 (9,7; 11,7)	3,9 (2,9; 4,8)	<0,001	Crescente
Ceará	8,3 (7,7; 9,0)	2,6 (1,7; 3,5)	<0,001	Crescente
Rio Grande do				
Norte	6,9 (6,2; 7,6)	3,6 (2,3; 5,0)	<0,001	Crescente
Paraíba	6,9 (6,0; 7,8)	5,1 (4,1; 6,1)	<0,001	Crescente



Pernambuco	5,2 (4,5; 5,9)	5,0 (4,0; 6,0)	<0,001	Crescente
Alagoas	5,0 (4,4; 5,6)	4,2 (2,1; 6,3)	0,001	Crescente
Sergipe	6,9 (6,5; 7,2)	0,7 (-0,6; 2,1)	0,280	Estacionária
Bahia	4,9 (4,2; 5,7)	5,3 (3,8; 6,8)	<0,001	Crescente
Sudeste	6,2 (5,7; 6,7)	2,5 (1,6; 3,4)	<0,001	Crescente
Minas Gerais	8,3 (7,5; 9,1)	3,4 (2,5; 4,3)	<0,001	Crescente
Espírito Santo	6,5 (5,7; 7,2)	4,3 (2,9; 5,8)	<0,001	Crescente
Rio de Janeiro	4,1 (3,5; 4,6)	4,2 (2,3; 6,2)	<0,001	Crescente
São Paulo	6,0 (5,7; 6,3)	0,4 (0,6; 2,4)	0,002	Crescente
Sul	11,1 (10,1; 12,0)	3,4 (2,8; 4,0)	<0,001	Crescente
Paraná	8,6 (7,5; 9,7)	4,8 (3,9; 5,7)	<0,001	Crescente
Santa Catarina	11,4 (10,5; 12,4)	3,1 (2,7; 3,5)	<0,001	Crescente
Rio Grande do Sul	13,3 (12,2; 14,3)	2,9 (2,2; 3,6)	<0,001	Crescente
Centro-Oeste	8,6 (7,7; 9,5)	4,0 (3,2; 4,9)	<0,001	Crescente
Mato Grosso do Sul	11,1 (10,2; 12,1)	3,0 (1,9; 4,1)	<0,001	Crescente
Mato Grosso	7,4 (6,6; 8,3)	3,7 (1,3; 6,1)	0,004	Crescente
Goiás	8,8 (7,8; 9,8)	4,6 (3,8; 5,4)	<0,001	Crescente
Distrito Federal	7,2 (6,2; 8,2)	5,2 (3,8; 6,6)	<0,001	Crescente

O coeficiente médio de mortalidade por suicídio foi maior em todas as macrorregiões de residência do Brasil no período pós-pandêmico (2020-2024) quando em comparação ao período pré-pandêmico (2010-2019) (Figura 2).

Figura 2 – Coeficiente médio de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, segundo macrorregião de residência, Brasil, 2010-2019 e 2020-2024 (n=190.581)



Com relação a disparidade de sexo, o coeficiente médio de mortalidade por suicídio no sexo masculino (11,6/100 mil habitantes) foi quase quatro vezes superior ao feminino (3,0/100 mil habitantes). Observou-se tendência crescente na mortalidade por suicídio para ambos os sexos. Todas as faixas etárias analisadas mostraram tendência de aumento. Destaca-se que a população de 20 a 59 anos apresentou o maior coeficiente médio de mortalidade por suicídio (8,1/100 mil habitantes), seguida de perto pelas pessoas de ≥ 60 anos de idade (7,9/100 mil habitantes). Jovens de 10 a 19 anos de idade apresentam o menor coeficiente médio de mortalidade (3,0/100 mil habitantes), mas o maior de crescimento médio anual deste indicador (VPA 3,9%; IC95% 0,9; 7,1) (Tabela 2).

Comportamento semelhante em relação à tendência da mortalidade por suicídio foi observada nas análises por macrorregião geográfica quando analisada segundo sexo. Porém, os grupos etários com maior incremento variaram segundo macrorregião geográfica. Adultos de 20 a 59 anos de idade apresentaram os maiores incrementos proporcionais anuais nas regiões Norte (7,4/100 mil habitantes), Sudeste (7,3/100 mil habitantes) e Centro-Oeste (9,5/100 mil habitantes), quanto pessoas com ≥ 60 anos de idade apresentaram os maiores incrementos nas regiões Nordeste (5,9/100 mil habitantes) e Sul (14,9/100 mil habitantes) (Tabela 2).

Tabela 2 – Tendência do coeficiente de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, segundo sexo, faixa etária e macrorregiões de residência, Brasil, 2010-2024 (n=190.581)

Variáveis	Coeficiente Médio (IC95%)	VPA (IC95%)	p-valor	Tendência
-----------	---------------------------	-------------	---------	-----------



Brasil				
Masculino	11,6 (10,6; 12,7)	3,3 (2,7; 4,0)	<0,001	Crescente
Feminino	3,0 (2,7; 3,3)	3,5 (2,6; 4,4)	<0,001	Crescente
10 a 19 anos	3,0 (2,6; 3,5)	3,9 (0,9; 7,1)	0,014	Crescente
20 a 59 anos	8,1 (7,4; 8,9)	3,2 (2,2; 4,1)	<0,001	Crescente
≥60 anos	7,9 (7,5; 8,3)	1,9 (1,3; 2,4)	<0,001	Crescente
Norte				
Masculino	10,4 (9,2; 11,7)	4,6 (3,9; 5,3)	<0,001	Crescente
Feminino	2,9 (2,4; 3,3)	5,7 (4,4; 6,9)	<0,001	Crescente
10 a 19 anos	5,0 (4,1; 5,8)	6,0 (3,6; 8,4)	<0,001	Crescente
20 a 59 anos	7,4 (6,5; 8,3)	4,3 (3,1; 5,6)	<0,001	Crescente
≥60 anos	5,9 (5,2; 6,5)	3,9 (2,7; 5,1)	<0,001	Crescente
Nordeste				
Masculino	10,4 (9,3; 11,5)	4,2 (3,5; 5,0)	<0,001	Crescente
Feminino	2,4 (2,2; 2,7)	3,6 (2,4; 4,7)	<0,001	Crescente
10 a 19 anos	2,6 (2,2; 2,9)	4,6 (3,3; 5,9)	<0,001	Crescente
20 a 59 anos	7,1 (6,4; 7,9)	3,8 (2,7; 4,9)	<0,001	Crescente
≥60 anos	7,4 (6,8; 8,0)	3,1 (2,5; 3,8)	<0,001	Crescente
Sudeste				
Masculino	10,0 (9,3; 10,7)	2,4 (1,6; 3,2)	<0,001	Crescente
Feminino	2,7 (2,4; 2,9)	2,9 (1,8; 4,1)	<0,001	Crescente
10 a 19 anos	2,2 (1,9; 2,6)	4,1 (0,4; 7,9)	0,03	Crescente
20 a 59 anos	7,3 (6,8; 7,9)	2,3 (1,3; 3,3)	<0,001	Crescente
≥60 anos	5,8 (5,5; 6,1)	1,3 (0,4; 2,2)	0,007	Crescente
Sul				
Masculino	18,0 (16,4; 19,7)	3,5 (2,8; 4,1)	<0,001	Crescente
Feminino	4,4 (4,1; 4,8)	3,3 (2,8; 3,8)	<0,001	Crescente
10 a 19 anos	3,9 (3,3; 4,4)	4,1 (1,4; 6,9)	0,006	Crescente
20 a 59 anos	11,9 (10,8; 13,0)	3,4 (2,7; 4,1)	<0,001	Crescente
≥60 anos	14,9 (14,3; 15,6)	1,3 (0,5; 2,2)	0,003	Crescente
Centro-Oeste				
Masculino	13,6 (12,2; 15,1)	4,0 (3,1; 4,9)	<0,001	Crescente
Feminino	3,8 (3,3; 4,2)	4,5 (3,5; 5,6)	<0,001	Crescente



10 a 19 anos	4,8 (4,1; 5,5)	4,3 (0,8; 7,9)	0,019	Crescente
20 a 59 anos	9,5 (8,4; 10,7)	4,3 (2,9; 5,7)	<0,001	Crescente
≥60 anos	9,4 (9,0; 9,8)	0,8 (0,0; 1,7)	0,061	Estacionária

No Brasil e em todas as macrorregiões, o enforcamento foi o meio de autoagressão responsável pelo maior coeficiente de mortalidade por suicídio, com tendência crescente (VPA 4,6; IC95% 4,1; 5,2). A mortalidade por suicídio envolvendo o uso de arma de fogo foi crescente nas regiões Nordeste (VPA 1,3; IC95% 0,7; 2,0) e Centro-Oeste (VPA 2,4; IC95% 0,9; 3,9). A mortalidade por suicídio envolvendo o uso de armas de fogo apresentou tendência estacionária nas regiões Norte (VPA 0,1; IC95% -3,0; 3,4) e Sul (VPA 0,3; IC95% -0,2; 1,0), mas tendência decrescente (VPA -1,5; IC95% -2,6; -0,4) na região Sudeste. A mortalidade por autointoxicação manteve-se estacionária nas regiões Norte (VPA 0,3; IC95% -3,1; 3,9), Nordeste (VPA 0,2; IC95% -3,2; 3,8), Sudeste (VPA 0,9; IC95% -1,9; 3,9) e Centro-oeste (VPA 0,8; IC95% -2,1; 3,8); em contraponto ao observado na região Sul, onde foi observada tendência crescente (VPA 3,2; IC95% 1,9; 4,5) (Tabela 3).

Tabela 3 – Tendência do coeficiente de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, segundo meio de autoagressão e macrorregiões de residência, Brasil, 2010-2024 (n=190.581)

Variáveis	Coeficiente Médio			
	(IC95%)	VPA (IC95%)	p-valor	Tendência
Brasil				
Intoxicação	0,8 (0,7; 0,9)	0,9 (-1,7; 3,8)	0,451	Estacionária
Enforcamento	4,9 (4,3; 5,5)	4,6 (4,1; 5,2)	<0,001	Crescente
Arma de fogo	0,5 (0,5; 0,5)	0,0 (-0,8; 1,0)	0,851	Estacionária
Outros meios	0,8 (0,7; 0,8)	1,7 (0,5; 3,0)	0,007	Crescente
Norte				
Intoxicação	0,5 (0,4; 0,6)	0,3 (-3,1; 3,9)	0,841	Estacionária
Enforcamento	5,3 (4,5; 6,1)	6,2 (5,9; 6,5)	<0,001	Crescente
Arma de fogo	0,5 (0,4; 0,5)	0,1 (-3,0; 3,4)	0,930	Estacionária
Outros meios	0,3 (0,3; 0,3)	2,4 (-0,9; 5,9)	0,151	Estacionária
Nordeste				
Intoxicação	0,9 (0,8; 0,9)	0,2 (-3,2; 3,8)	0,881	Estacionária
Enforcamento	4,4 (3,8; 5,0)	5,4 (4,7; 6,1)	<0,001	Crescente



Arma de fogo	0,3 (0,3; 0,4)	1,3 (0,7; 2,0)	<0,001	Crescente
Outros meios	0,5 (0,5; 0,6)	4,0 (3,1; 5,0)	<0,001	Crescente
Sudeste				
Intoxicação	0,7 (0,7; 0,8)	0,9 (-1,9; 3,9)	0,494	Estacionária
Enforcamento	3,9 (3,5; 4,3)	4,1 (3,3; 4,8)	<0,001	Crescente
Arma de fogo	0,4 (0,4; 0,4)	-1,5 (-2,6; -0,4)	0,008	Decrescente
Outros meios	1,0 (1,0; 1,1)	0,2 (-1,0; 1,6)	0,633	Estacionária
Sul				
Intoxicação	1,0 (0,9; 1,1)	3,2 (1,9; 4,5)	<0,001	Crescente
Enforcamento	8,0 (7,2; 8,8)	3,9 (3,2; 4,5)	<0,001	Crescente
Arma de fogo	1,1 (1,1; 1,2)	0,3 (-0,2; 1,0)	0,232	Estacionária
Outros meios	0,8 (0,7; 1,0)	4,3 (3,0; 5,5)	<0,001	Crescente
Centro-Oeste				
Intoxicação	1,0 (0,9; 1,1)	0,8 (-2,1; 3,8)	0,570	Estacionária
Enforcamento	5,9 (5,1; 6,6)	5,2 (4,7; 5,7)	<0,001	Crescente
Arma de fogo	0,8 (0,7; 0,8)	2,4 (0,9; 3,9)	0,004	Crescente
Outros meios	0,8 (0,7; 0,9)	3,4 (1,5; 5,3)	0,001	Crescente



DISCUSSÃO

O estudo apresenta um panorama de tendência crescente da mortalidade por lesões autoprovocadas no Brasil no período de 2010 a 2024. Observou-se coeficiente de mortalidade médio mais expressivo no sexo masculino. Com relação aos ciclos de vida, a tendência foi crescente em todos os ciclos de vida na maioria dos estados do Brasil, com coeficientes de mortalidade maiores em adultos e idosos. Embora todas as regiões brasileiras tenham apresentado tendência crescente de suicídio, a região Sul foi aquela que apresentou maior coeficiente de mortalidade por suicídio, com o Rio Grande do Sul sendo a unidade federativa com o maior coeficiente médio. Sobre os meios de autoagressão para suicídio, notou-se coeficiente médio maior de enforcamento em comparação aos outros meios de autoagressão.

A tendência global de suicídio tem sido de diminuição com redução de 36% entre 2000 e 2019. Porém, a região das Américas é a única a apresentar uma ascensão de 17%, chegando a 9,0 suicídios por 100.000 habitantes em 2019 (OMS, 2021)². Dessa forma, o cenário brasileiro evidenciado no estudo também reproduziu a tendência de aumento evidenciada nas Américas.

Ambos os sexos apresentaram tendência crescente de mortalidade por lesões autoprovocadas, porém o sexo masculino apresentou taxas de suicídios mais elevadas que o feminino em todos os anos do estudo. Isso corrobora com dados globais divulgados pela OMS em 2019 no qual o risco de óbito por suicídio era 2,3 vezes maior em homens que mulheres (OMS, 2021)².

Wong et al. (2017)⁶ abordaram, em meta-análise, a relação entre as normas masculinas e o resultado de saúde mental. Aparentemente, o sexo masculino apresenta um pior estado de saúde mental devido as normas masculinas e, principalmente, a menor procura por serviços de assistência à saúde mental. Ademais, o coeficiente de mortalidade maior nos homens provavelmente se deve ao fato de os métodos de suicídio utilizados por eles serem mais propensos a serem letais (CAIA et al., 2022)⁷.

Segundo a OMS a prevalência em adultos muitas vezes está ligada à facilidade de acesso a meios como pesticidas (especialmente em comunidades agrícolas) e armas de fogo (OMS, 2021)¹². Quando se pensa sobre a mortalidade por suicídio em idosos e os possíveis fatores que levam ao adoecimento de saúde mental nessa faixa etária, Van Orden & Conwell



(2011)⁸ traz que a ideação suicida na idade avançada, que posteriormente pode levar ao suicídio consumado, estaria principalmente relacionada aos sentimentos de pertencimento frustrado e de peso percebido (crença de ser um fardo). Associado a essas causas principais estariam os fatores de risco para o comportamento suicida, como: transtornos psiquiátricos, isolamento social, deficiência funcional, doença física e dor, e acesso a meios letais. Vale ressaltar que, entre a população idosa acontece uma morte consumada para cada quatro tentativas de suicídio, enquanto entre a população jovem a proporção é de uma para cada cem a duzentas tentativas, chamando atenção para a necessidade de um programa eficaz de prevenção do suicídio para pessoas idosas (Minayo; Cavalcante, 2015; Obuobi-Donkor; Nkire; Agyapong, 2021).^{9,10}

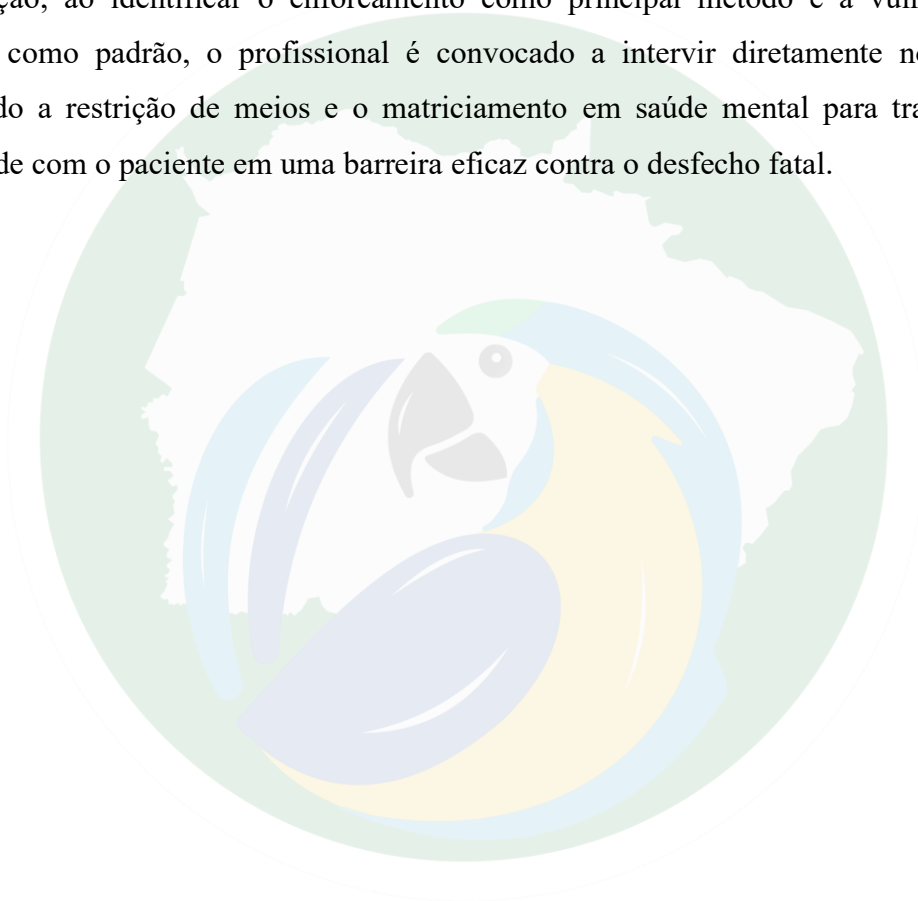
Estatisticamente, segundo a OMS (2014)¹¹ os principais métodos de suicídio no globo são envenenamento por ingestão de pesticidas, enforcamento e uso de armas de fogo. Segundo recomendações da OMS para prevenção de suicídio através da abordagem “LIVE LIFE”, limitar o acesso aos meios de suicídio representam uma das principais estratégias (OMS, 2021)¹². O estudo evidenciou um coeficiente de mortalidade menor de suicídio por armas de fogo e intoxicações quando comparado ao enforcamento. A legislação brasileira pode representar um fator protetivo devido apresentar controle de acesso rigoroso a agrotóxicos/pesticidas devido a exigência de receituário agrônomo para venda além de restrições para aquisição, registro, posse, porte e comercialização nacional de armas de fogo (BRASIL, 2023)^{13,14}. Devido à grande variedade de meios acessíveis para cometer suicídio por asfixia/enforcamento, esse é um método difícil de ser restringido e por isso apresenta uma maior prevalência. (LANGE et al., 2024)¹⁵.

Notou-se um aumento do coeficiente médio de mortalidade por suicídio quando comparados o período pré-pandêmico (2010-2019) e pós-pandêmico (2020-2024). Acredita-se que a pandemia de COVID-19 pode ter afetado negativamente a saúde mental da população de forma multifatorial. No âmbito econômico, períodos de recessão estão associados a um aumento da taxa de suicídios, principalmente devido ao desemprego e endividamento (Oyesanya; Lopez-Morinigo; Dutta, 2015)¹⁶. Por outro lado, o isolamento social, seja ele devido solidão, rede de apoio reduzida, perder o cônjuge por morte ou divórcio apresentou associação com o comportamento suicida letal, sendo demonstrado em diversos estudos (Van Orden et al., 2010)¹⁷. No âmbito psicológico, a angústia e o medo vivenciado nesse período, podem ter gerado aumento do estresse mental e ansiedade. Ademais, devido à preocupação mais urgente com o controle e o tratamento daqueles com COVID-19, reduziu-se



temporariamente o acesso a consultas ambulatoriais em geral, possivelmente prejudicando os cuidados de saúde mental.

O presente evidencia uma transição epidemiológica crítica no Brasil, onde a tendência crescente da mortalidade por lesões autoprovocadas exige que o Sistema Único de Saúde (SUS) adote uma vigilância mais ativa e regionalizada. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, o estudo atua como um guia estratégico para o redirecionamento de recursos para os grupos mais vulneráveis, sendo fundamental o acolhimento precoce e a desconstrução de estigmas culturais. Para a Medicina de Família e Comunidade, os dados ratificam o papel do médico como agente de prevenção; ao identificar o enforcamento como principal método e a vulnerabilidade masculina como padrão, o profissional é convocado a intervir diretamente no território, promovendo a restrição de meios e o matriciamento em saúde mental para transformar a proximidade com o paciente em uma barreira eficaz contra o desfecho fatal.





CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a tendência de aumento do coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil no período de 2010 a 2024, com superior mortalidade durante o período pós-pandêmico (2010-2024). Verificou-se que a população de risco corresponde às pessoas do sexo masculino, adultos e idosos. Como principal meio para a autolesão destacou-se o enforcamento.

Uma limitação do estudo foi a desatualização dos dados referentes à população residente com relação à cor/raça, escolaridade e situação conjugal, impossibilitando o cálculo do coeficiente de mortalidade segundo estas variáveis. Outra limitação do estudo correspondeu a possibilidade de viés de informação, visto que foram utilizados dados preenchidos previamente por diferentes profissionais, podendo incorrer em erros na tabulação de dados. Adicionalmente, pode-se acrescentar a possibilidade de subnotificação visto que o suicídio pode ser ocultado devido conveniência social, razões políticas e entre outras.

Esse estudo contribui para uma melhor compreensão do cenário brasileiro acerca dos óbitos por lesões autoprovocadas, permitindo a elaboração de estratégias locais de prevenção de suicídio mais assertivas considerando as populações com maior risco para tal.



REFERÊNCIAS

- 1 OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
- 2 OMS - Organização Mundial de Saúde. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 10 de jun de 2025.
- 3 FBSP - FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 27 de out de 2025.
- 4 BROOKS, S. K. et al. The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 26 fev. 2020.
- 5 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente para os municípios e unidades da federação em 1º de julho de 2024 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024
- 6 WONG, Y. J. et al. Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, v. 64, p. 80–93, 2017.
- 7 CAIA, Z. et al. The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 300, p. 121–129, mar. 2022.
- 8 VAN ORDEN, K.; CONWELL, Y. Suicides in Late Life. *Current Psychiatry Reports*, v. 13, n. 3, p. 234–241, 3 mar. 2011.
- 9 MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1751-1762, 2015.
- 10 OBUOBI-DONKOR, G.; NKIRE, N.I.; AGYAPONG, V. I.O. Prevalence of major depressive disorder and correlates of thoughts of death, suicidal behaviour, and death by suicide in the geriatric population—A general review of literature. *Behavioral Sciences*, v. 11, n. 11, p. 142, 2021.



11 OMS - Organização Mundial de Saúde. Prevenção do Suicídio: Um Imperativo Global. Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca da OMS, 2014

12 OMS - Organização Mundial de Saúde. LIVE LIFE: an Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. Disponível em:

<<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>>. Acesso em: 04 de dez de 2025.

13 BRASIL. Decreto nº 11615, de 21 de julho de 2023. Regulamenta a Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003. Diário Oficial da União, 21 jun 2023.

14 BRASIL. Lei nº 14.785, de 27 de dezembro de 2023. Diário Oficial da União, 28 dez 2023.

15 LANGE, S. et al. Forecasting the impact of means restriction on the suicide mortality rate in the Region of the Americas: an ecological modeling study. *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 36, p. 100831–100831, 1 ago. 2024.

16 OYESANYA, M.; Lopez-Morinigo, J.; Dutta, R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatry*. v. 22;5(2), p. 243-54, 2015. doi: 10.5498/wjp.v5.i2.243.

17 VAN ORDEN, K. A. et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, v. 117, n. 2, p. 575–600, abr. 2010.