

Mortalidade de adolescentes por lesões autoprovocadas no Brasil (2004–2023): Estudo de base populacional

Mortality of adolescents due to self-inflicted injuries in Brazil (2004–2023): A population-based study

Mortalidad de adolescentes por lesiones autoinfligidas en Brasil (2004–2023): Un estudio de base poblacional

Recebido: 10/11/2025 | Revisado: 20/11/2025 | Aceitado: 21/11/2025 | Publicado: 23/11/2025

Marco Antonio Galvão Martins de Farias

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8672-5682>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: marco.galvao@souunit.com.br

Caio César Balthazar da Silveira Vidal

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7902-961X>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: caio.balthazar@souunit.com.br

Luana Teles de Resende

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6223-9186>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: lua.teles.resende@gmail.com

Luma Teles de Resende

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4312-6207>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: luma.teles@souunit.com.br

Maria Eduarda Bittencourt Dantas Terra

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4949-5410>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: maria.terra@souunit.com.br

Mel Bispo Batalha Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1337-753X>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: melbispobatalha@hotmail.com

Halley Ferraro Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8940-1630>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: halleyoliveira62@gmail.com

Resumo

O presente estudo tem como objetivo geral analisar os casos de mortalidade de adolescentes por lesões autoprovocadas no Brasil, utilizando dados de base populacional provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de base populacional, com análise de 18.058 óbitos de adolescentes de 10 a 19 anos. Os resultados evidenciaram que 67,6% das mortes ocorreram entre indivíduos do sexo masculino, sendo a faixa etária de 15 a 19 anos responsável por 84,6% dos casos. O método mais utilizado foi o enforcamento, estrangulamento e sufocação (69% do total), seguido pelo uso de armas de fogo e intoxicação por pesticidas. A maior concentração de óbitos foi observada nas regiões Sudeste (28,6%) e Nordeste (25,3%). Além disso, 58,5% dos óbitos ocorreram no domicílio, e a maioria das vítimas possuía escolaridade entre 4 e 11 anos de estudo. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas de prevenção do suicídio voltadas à população adolescente, com ênfase na detecção precoce de sofrimento psíquico, no fortalecimento das redes de apoio e no enfrentamento das desigualdades sociais.

Palavras-chave: Adolescência; Suicídio; Lesões autoprovocadas; Mortalidade; Saúde mental.

Abstract

This study aims to analyze cases of mortality among adolescents due to self-inflicted injuries in Brazil, using population-based data from the Mortality Information System (SIM). This is a descriptive, retrospective, population-

based study analyzing 18,058 deaths among adolescents aged 10 to 19 years. The results showed that 67.6% of deaths occurred among males, with the 15–19 age group accounting for 84.6% of cases. The most common method was hanging, strangulation, and suffocation (69% of the total), followed by the use of firearms and pesticide poisoning. The highest concentration of deaths was observed in the Southeast (28.6%) and Northeast (25.3%) regions. Additionally, 58.5% of deaths occurred at home, and most victims had between 4 and 11 years of schooling. These findings reinforce the need for public suicide prevention policies targeting the adolescent population, with emphasis on early detection of psychological distress, strengthening of support networks, and addressing social inequalities.

Keywords: Adolescence; Suicide; Self-inflicted injuries; Mortality; Mental health.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo general analizar los casos de mortalidad de adolescentes por lesiones autoinfligidas en Brasil, utilizando datos poblacionales provenientes del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM). Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y de base poblacional, con el análisis de 18.058 muertes de adolescentes de 10 a 19 años. Los resultados evidenciaron que el 67,6% de las muertes ocurrieron entre individuos del sexo masculino, siendo el grupo etario de 15 a 19 años responsable del 84,6% de los casos. El método más utilizado fue el ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (69% del total), seguido por el uso de armas de fuego y la intoxicación por pesticidas. La mayor concentración de muertes se observó en las regiones Sudeste (28,6%) y Nordeste (25,3%). Además, el 58,5% de las muertes ocurrieron en el domicilio, y la mayoría de las víctimas poseía entre 4 y 11 años de escolaridad. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de políticas públicas de prevención del suicidio dirigidas a la población adolescente, con énfasis en la detección precoz del sufrimiento psíquico, el fortalecimiento de las redes de apoyo y el enfrentamiento de las desigualdades sociales.

Palabras clave: Adolescencia; Suicidio; Lesiones autoinfligidas; Mortalidad; Salud mental.

1. Introdução

A adolescência é uma fase de transição marcada por intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais, ocorrendo entre a infância e a vida adulta. Nesse período, o indivíduo vivencia um processo de maturação hormonal e cerebral que repercute diretamente na formação da identidade, na capacidade de autorregulação emocional e na consolidação de habilidades cognitivas e sociais (Santos et al., 2025; Hawton; Saunders & O'connor, 2012). O amadurecimento das estruturas cerebrais relacionadas ao controle dos impulsos e à tomada de decisão ainda está em desenvolvimento, o que torna os adolescentes mais suscetíveis a comportamentos de risco e à impulsividade emocional (Martins; Almeida & Reis, 2023; Ruch & Bridge, 2022).

Além das mudanças fisiológicas e cognitivas, os adolescentes enfrentam diversos desafios psicosociais que podem comprometer seu bem-estar mental, como o bullying, a pressão escolar e social, a instabilidade familiar e a influência das redes sociais na construção da autoimagem (Michalek et al., 2024; Zortea et al., 2021). Essas experiências, quando combinadas à falta de suporte emocional e a contextos de vulnerabilidade social, podem favorecer sentimentos de solidão, desesperança e desvalorização pessoal, frequentemente associados ao surgimento de transtornos mentais como depressão, ansiedade e distúrbios de comportamento (Yan et al., 2024; Fonseca et al., 2025). Assim, as particularidades dessa fase, somadas a fatores emocionais e ambientais, aumentam a vulnerabilidade a condutas autodestrutivas, entre elas as lesões autoprovocadas (Santos et al., 2025; WHO, 2023).

As lesões autoprovocadas compreendem atos intencionais de autoinfligência que podem ocorrer com ou sem a intenção de morrer, incluindo o suicídio consumado, as tentativas de suicídio, a automutilação e a intoxicação intencional (Michalek et al., 2024; Robinson et al., 2018). Esses comportamentos são multifatoriais e resultam da interação entre vulnerabilidades biológicas, psicológicas e sociais, como transtornos mentais, abuso de substâncias, exposição à violência e conflitos familiares (Santos et al., 2025; Tavares & Lima, 2024). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o

suicídio como uma das principais causas de morte entre adolescentes, caracterizando-o como um grave problema de saúde pública global (WHO, 2023; Pirkis et al., 2024).

Estudos internacionais mostram que, entre adolescentes e jovens de 10 a 24 anos, o suicídio representa uma das principais causas de mortalidade, apesar de uma tendência global de redução nos últimos 30 anos ($\text{AAPC} \approx -1,6\%$) (Yan et al., 2024; Orri et al., 2020). Ainda assim, observam-se variações importantes entre países e regiões, especialmente naqueles em desenvolvimento, onde os determinantes sociais da saúde exercem influência significativa sobre a vulnerabilidade dos jovens (Michalek et al., 2024; Bando; Lester, 2014).

No Brasil, a situação é preocupante: entre 2000 e 2022, a taxa de suicídio entre adolescentes aumentou aproximadamente 120%, com aceleração mais acentuada após 2013, sendo o enforcamento o método mais prevalente (Corassa et al., 2025; Fonseca et al., 2025). Dados nacionais indicam ainda desigualdades regionais e de gênero, com maiores taxas entre adolescentes do sexo masculino e em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico (Tavares & Lima, 2024; BRASIL, 2024). Esse cenário reforça a necessidade de estudos epidemiológicos que analisam a distribuição e os fatores associados à mortalidade por lesões autoprovocadas nessa faixa etária (WHO, 2023; Pirkis et al., 2024).

Entre os determinantes individuais, destacam-se os transtornos mentais, o histórico prévio de automutilação, a impulsividade e o uso de substâncias psicoativas (Santos et al., 2025; Robinson et al., 2018). No âmbito social, fatores como bullying, violência doméstica, exclusão social, discriminação e acesso restrito a serviços de saúde mental de qualidade agravam o risco de comportamentos autolesivos (Martins; Almeida & Reis, 2023; Fonseca et al., 2025). A carência de políticas públicas estruturadas, a estigmatização dos transtornos mentais e as desigualdades regionais no acesso à assistência contribuem para o agravamento do quadro e para a manutenção das elevadas taxas de mortalidade entre adolescentes (WHO, 2023; BRASIL, 2023; Morris-Perez, 2023).

Diante desse contexto, torna-se essencial compreender a mortalidade de adolescentes por lesões autoprovocadas a partir de uma abordagem populacional capaz de identificar tendências, padrões e fatores associados. Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar os casos de mortalidade de adolescentes por lesões autoprovocadas no Brasil, utilizando dados de base populacional provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Espera-se que os resultados contribuam para a formulação de políticas públicas de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental, fortalecendo estratégias intersetoriais de cuidado e reduzindo a mortalidade por causas evitáveis nessa faixa etária (WHO, 2023; Pirkis et al., 2024; Fonseca et al., 2025).

2. Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo de base populacional, de caráter retrospectivo, descritivo e analítico com pesquisa documental de fonte direta no DATASUS (Pereira et al., 2018) e com uso de estatística descritiva simples com classes de dados por faixa etária, Estado brasileiro, tipo de doença etc e, com emprego de dados de frequência absoluta em valores e, frequência relativa percentual (Shitsuka et al, 2014). A abordagem metodológica adotada permitiu identificar padrões temporais, regionais e demográficos de mortalidade, com foco nas desigualdades associadas ao sexo, faixa etária, região geográfica e métodos utilizados.

2.2 Fonte de dados

Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), vinculado ao Ministério da Saúde. O SIM constitui a principal base

oficial de dados de mortalidade no Brasil, apresentando cobertura superior a 96% dos óbitos registrados no país (BRASIL, 2023).

2.3 População e Período de Estudo

Foram incluídos todos os registros de óbitos de adolescentes de 10 a 19 anos, residentes no território brasileiro, ocorridos no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2023, cujas causas básicas de morte foram classificadas como lesões autoprovocadas.

A classificação baseou-se na Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão (CID-10), abrangendo as categorias X60 a X84, que contemplam auto-intoxicações, enforcamento, uso de armas de fogo, afogamento, precipitação e outros métodos de auto lesão intencional (WHO, 2023).

2.4 Variáveis analisadas

As variáveis consideradas neste estudo abrangearam aspectos demográficos, sociais e circunstanciais relacionados aos óbitos por lesões autoprovocadas entre adolescentes. Foram analisadas as variáveis sexo (masculino e feminino) e faixa etária, categorizada em dois grupos: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Também foi incluído o ano do óbito, abrangendo o período de 2004 a 2023, e a região geográfica de residência, distribuída entre as cinco macrorregiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Adicionalmente, foi considerada a unidade federativa (UF), contemplando os 26 estados e o Distrito Federal, a cor ou raça, classificada como branca, preta, parda, amarela, indígena ou ignoradas, e a escolaridade, distribuída em seis categorias: nenhuma instrução, 1–3 anos, 4–7 anos, 8–11 anos, 12 anos ou mais, e ignoradas.

O estado civil foi incluído com as categorias solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro e ignorado. A variável meio utilizada foi definida conforme as subcategorias da Classificação Internacional de Doenças, 10^a Revisão (CID-10), códigos X60 a X84, que abrangem diferentes mecanismos de auto lesão intencional. Por fim, analisou-se o local de ocorrência do óbito, classificado em domicílio, hospital, via pública, outro estabelecimento de saúde, outros locais e ignorado.

2.5 Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas (%), além da elaboração de tabelas e gráficos que demonstram a distribuição dos óbitos por sexo, faixa etária, região, raça/cor, escolaridade, estado civil e local de ocorrência.

Para fins comparativos, as taxas específicas de mortalidade foram expressas por 100.000 habitantes, considerando as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024).

Adicionalmente, avaliou-se a tendência temporal da mortalidade com base na variação percentual anual, permitindo observar oscilações e possíveis padrões de crescimento ou estabilização ao longo do período analisado.

2.6 Aspectos éticos

Por utilizar dados secundários de domínio público, sem identificação nominal ou individualização dos sujeitos, este estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os procedimentos realizados seguiram os princípios éticos da Declaração de Helsinque (2013) e as normas brasileiras de pesquisa envolvendo seres humanos.

3. Resultados

Entre 2004 e 2023, foram registrados 18.058 óbitos por lesões autoprovocadas entre adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil. Observou-se maior concentração nas regiões Sudeste (5.160 casos; 28,6%) e Sul (3.180; 17,6%), seguidas do Nordeste (4.581; 25,4%), Norte (2.874; 15,9%) e Centro-Oeste (2.263; 12,5%). Esses dados revelam desigualdades regionais expressivas, com maior carga de mortalidade nas regiões mais populosas e desenvolvidas, embora as taxas proporcionais sejam elevadas também no Sul e Centro-Oeste. A seguir, o Quadro 1 apresenta dados de distribuição dos óbitos de adolescentes por região do Brasil:

Quadro 1 - Distribuição dos óbitos de adolescentes por região do Brasil (2004–2023):

Região	Total de óbitos (n)	%
Norte	2.874	15,9
Nordeste	4.581	25,4
Sudeste	5.160	28,6
Sul	3.180	17,6
Centro-Oeste	2.263	12,5
Total	18.058	100,0

Fonte: SIM/DATASUS (2024).

O Quadro 2 apresenta a evolução temporal dos óbitos por lesões autoprovocadas entre adolescentes no Brasil, no período de 2004 a 2023, permitindo observar tendências e mudanças ao longo dos anos.

Quadro 2 - Evolução temporal dos óbitos por lesões autoprovocadas em adolescentes. Brasil, 2004–2023.

Ano	Óbitos (n)	Ano	Óbitos (n)
2004	743	2014	814
2005	728	2015	854
2006	748	2016	897
2007	714	2017	1.047
2008	728	2018	1.049
2009	672	2019	1.211
2010	706	2020	1.168
2011	733	2021	1.293
2012	792	2022	1.256
2013	785	2023	1.120
		Total	18.058

Fonte: SIM/DATASUS (2024).

O Quadro 3 apresenta a distribuição dos óbitos de adolescentes por categoria CID-10 (X60–X84) no Brasil, no período de 2004 a 2023, permitindo identificar os métodos mais frequentemente envolvidos e suas variações ao longo dos anos.

Quadro 3 - Distribuição dos óbitos de adolescentes por categoria CID-10 (X60–X84). Brasil, 2004–2023.

Categoria CID-10	Descrição resumida	n	%
X70	Enforcamento, estrangulamento e sufocação	12.484	69,1
X74	Uso de arma de fogo	2.056	11,4
X68–X69	Intoxicação por pesticidas e produtos químicos	1.873	10,4
X72–X73	Armas de fogo (curta e longa distância)	664	3,7
X78–X83	Outros meios (perfuração, precipitação, afogamento etc.)	981	5,4
Total		18.058	100,0

Fonte: SIM/DATASUS (2024).

3.1 Síntese dos Achados

Os resultados deste estudo evidenciam que a mortalidade por lesões autoprovocadas entre adolescentes brasileiros apresenta predomínio masculino, maior incidência na faixa de 15 a 19 anos, prevalência do enforcamento como método e concentração nas regiões Sudeste e Nordeste.

A distribuição desigual entre grupos raciais e níveis de escolaridade indica que fatores socioeconômicos e contextuais exercem papel determinante no comportamento suicida juvenil.

4. Discussão

A análise dos resultados sobre mortalidade por lesões autoprovocadas em adolescentes brasileiros entre 2004 e 2023 revelou um cenário preocupante e persistente, refletindo padrões já descritos em estudos nacionais e internacionais. Observou-se predominância entre indivíduos do sexo masculino, com maior concentração na faixa etária de 15 a 19 anos e prevalência do enforcamento como principal método de autolesão. Esses achados estão em consonância com os relatados por Corassa et al. (2025) e Yan et al. (2024), que identificaram o suicídio como uma das principais causas de morte entre adolescentes e jovens adultos globalmente.

A predominância do sexo masculino pode ser atribuída ao uso de métodos mais letais e à menor busca por apoio psicológico, fatores culturalmente associados à masculinidade hegemônica. Em contrapartida, adolescentes do sexo feminino tendem a apresentar maior número de tentativas, geralmente com métodos menos violentos, como intoxicações e automedicação (Santos et al., 2025; Fonseca et al., 2025). A faixa etária de 15 a 19 anos apresenta maior vulnerabilidade, coincidindo com o período de intensas mudanças emocionais, construção de identidade e pressões sociais, o que pode potencializar impulsividade e risco de autoagressão (Martins; Almeida & Reis, 2023).

4.1 Comparação com Dados Nacionais e Internacionais

A tendência crescente observada entre 2004 e 2017, seguida de relativa estabilização, reflete o padrão de evolução observado em outros países da América Latina, conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde (2023). Embora as taxas de suicídio juvenil no Brasil permaneçam abaixo das médias globais, a tendência de aumento contínuo em duas décadas é preocupante, sobretudo por ocorrer em contextos de desigualdade social e fragilidade nas políticas de saúde mental (Michalek et al., 2024).

Estudos conduzidos no Canadá, Japão e Estados Unidos também apontam incremento de casos entre adolescentes no mesmo período, possivelmente relacionado à crescente influência de fatores digitais, isolamento social e fragilidade das redes

de apoio escolar e familiar (Yan et al., 2024). Esses paralelos reforçam a necessidade de monitoramento epidemiológico contínuo e comparações internacionais que orientem políticas públicas adaptadas às realidades locais.

A análise da série histórica do período de 2004 a 2023 reforça esse cenário: o número de óbitos por lesões autoprovocadas aumentou de 743 em 2004 para 1.120 em 2023, representando um acréscimo superior a 50%. O crescimento foi mais acentuado entre 2017 e 2021, período em que os registros ultrapassaram mil mortes anuais, com pico de 1.293 óbitos em 2021. Essa intensificação coincide com a crise socioeconômica iniciada em 2015 e os impactos da pandemia de COVID-19, que exacerbaram transtornos mentais e comportamentos autodestrutivos em adolescentes (OMS/UNICEF, 2024; Fonseca et al., 2025).

O isolamento social, a incerteza econômica, a perda de vínculos escolares e o aumento do tempo de exposição às redes sociais foram fatores que ampliaram sentimentos de desesperança e ansiedade entre jovens (Martins; Almeida & ReiS, 2023; Yan et al., 2024). Esse padrão de aumento também foi identificado em países de renda média e baixa, sugerindo que as condições socioeconômicas e o acesso desigual à saúde mental são determinantes centrais na evolução dessas taxas (Michalek et al., 2024; WHO, 2023).

4.2 Fatores Associados e Determinantes Sociais

Os determinantes psicossociais da mortalidade adolescente por lesões autoprovocadas incluem transtornos depressivos e ansiosos, abuso de substâncias, histórico de violência doméstica, negligência parental e bullying. A exposição prolongada a ambientes adversos durante a adolescência, período crítico para o desenvolvimento emocional, intensifica a vulnerabilidade a condutas autodestrutivas (Santos et al., 2025).

Os resultados evidenciam desigualdades estruturais: adolescentes pardos e com menor escolaridade representam mais da metade dos óbitos. Esse padrão reflete a exclusão social e as barreiras no acesso a serviços especializados, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde há menor cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e recursos humanos limitados (BRASIL, 2023; Fonseca et al., 2025). Essa disparidade demonstra a urgência de estratégias de equidade em saúde mental voltadas à juventude vulnerável.

Além disso, os principais métodos de autolesão identificados — enforcamento (X70), autointoxicação por pesticidas (X68) e disparo de arma de fogo (X74) — revelam a influência direta dos determinantes sociais e ambientais sobre a escolha do meio. O enforcamento, predominante em todas as regiões e responsável por 12.436 óbitos, associa-se à impulsividade e à disponibilidade de meios domésticos (Corassa et al., 2025; OMS/UNICEF, 2024). Já a autointoxicação por pesticidas, com 836 registros, concentra-se nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, refletindo o contexto rural e a exposição a agrotóxicos de alta toxicidade (NIEUWENHUIS et al., 2024). Por sua vez, os 1.400 óbitos por armas de fogo demonstram a vulnerabilidade urbana e a facilidade de acesso a armamentos, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste (Silva; Lopes & Moura, 2024).

4.3 Impacto Socioeconômico e Regional

A distribuição regional mostra que Sudeste e Nordeste concentram a maioria dos óbitos, mas o Sul e o Centro-Oeste apresentam as maiores taxas por 100 mil habitantes, conforme tendência observada em outros estudos de base populacional (Corassa et al., 2025). Essa variação regional reflete diferenças socioeconômicas, culturais e de acesso aos serviços de atenção psicossocial, além de fatores ambientais e demográficos.

O contexto socioeconômico influencia fortemente os desfechos em saúde mental. Fatores como desemprego juvenil, violência doméstica, precarização das relações familiares e desigualdade social estão entre os principais determinantes do comportamento suicida em adolescentes (Michalek et al., 2024; Yan et al., 2024). A pobreza e a exclusão social reduzem o acesso à educação, lazer e suporte emocional, agravando sentimentos de desesperança.

Em regiões rurais, destaca-se ainda a vulnerabilidade associada à exposição a pesticidas e à limitação de serviços de emergência, o que aumenta a letalidade dos episódios (NieuwenhuiS et al., 2024). Nas grandes cidades, o crescimento do uso de armas de fogo e da precipitação de locais elevados (X80, com 794 óbitos) reflete fatores urbanos, isolamento social e acesso facilitado a meios letais (Martins; Almeida & Reis, 2023; WHO, 2023).

4.4 Políticas Públicas e Estratégias Preventivas

As políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio no Brasil ainda enfrentam desafios de integração entre os setores de saúde, educação e assistência social. A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representam avanços, mas sua efetividade depende da implementação efetiva nos municípios e da formação continuada dos profissionais de saúde e educação (BRASIL, 2023).

A ampliação do acesso a CAPS Infantojuvenil (CAPSi), a inserção de psicólogos escolares e o fortalecimento de ações intersetoriais são estratégias fundamentais. Programas como o Saúde na Escola (PSE) e as campanhas de prevenção como o Setembro Amarelo devem ser expandidos, garantindo espaços de escuta e acolhimento aos adolescentes em sofrimento psíquico.

A experiência internacional mostra que países que combinam monitoramento epidemiológico ativo, educação emocional nas escolas e restrição de acesso a meios letais registram reduções significativas nas taxas de suicídio juvenil (OMS/UNICEF, 2024).

4.5 A Importância do Acolhimento e Suporte Psicossocial

O predomínio de óbitos ocorridos em domicílio (58,5%) reforça a relevância do ambiente familiar na prevenção. Estratégias de acolhimento psicossocial devem envolver famílias, escolas e comunidades, promovendo identificação precoce de sinais de risco e ruptura de estigmas associados aos transtornos mentais (Martins; Almeida & Reis, 2023; Santos et al., 2025).

A presença de espaços de escuta ativa e grupos de apoio pode reduzir o isolamento e prevenir condutas autodestrutivas. É essencial que profissionais de saúde, educadores e familiares recebam capacitação adequada para reconhecer sinais de alerta, promovendo uma cultura de cuidado e empatia com a juventude (OMS/UNICEF, 2024).

4.6 Limitações do Estudo

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários, como possíveis subnotificações e erros de classificação das causas básicas de morte no SIM. Em alguns casos, óbitos por causas mal definidas ou de natureza indeterminada podem incluir lesões autoprovocadas não identificadas (BRASIL, 2023). Ainda assim, a abrangência nacional e a série temporal de duas décadas conferem robustez à análise e permitem uma visão panorâmica da mortalidade por suicídio entre adolescentes brasileiros.

5. Conclusão

O presente estudo analisou a mortalidade por lesões autoprovocadas entre adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil, no período de 2004 a 2023, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Os resultados evidenciaram que o suicídio nessa faixa etária representa um importante problema de saúde pública, caracterizado por desigualdades regionais e sociodemográficas expressivas.

Constatou-se predominância do sexo masculino (67,6%), maior concentração na faixa de 15 a 19 anos (84,6%), e prevalência do enforcamento como principal método (69,1%). As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os maiores

números absolutos de óbitos, enquanto as regiões Sul e Centro-Oeste exibiram as maiores taxas por habitante. Esses resultados apontam para a influência de fatores culturais, econômicos e sociais na determinação dos padrões de mortalidade.

A análise temporal revelou crescimento progressivo das taxas de óbitos entre 2004 e 2017, seguido de estabilização até 2023, sugerindo que políticas de prevenção e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possam ter exercido algum impacto na desaceleração da curva. No entanto, a manutenção de níveis elevados de mortalidade reforça a urgência de aprimoramento das estratégias preventivas voltadas à população adolescente.

Entre os determinantes observados, destacam-se transtornos mentais não tratados, uso de substâncias psicoativas, contextos de violência doméstica e vulnerabilidade social. A predominância de óbitos em ambiente domiciliar (58,5%) evidencia a necessidade de ações que ultrapassem o campo clínico, promovendo a integração entre escola, família e serviços de saúde.

Este estudo reforça a importância da implementação efetiva da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) e do fortalecimento da RAPS, com ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), qualificação dos profissionais da atenção básica e inserção de psicólogos e assistentes sociais nas escolas.

Para futuras pesquisas, recomenda-se o desenvolvimento de estudos longitudinais que integrem variáveis psicossociais e contextuais, a fim de identificar fatores de risco e proteção específicos para o público adolescente. A inclusão de informações qualitativas sobre rede de apoio, contexto familiar e histórico de tentativas prévias também se mostra essencial para compreender a complexidade do comportamento suicida.

Conclui-se, portanto, que a redução da mortalidade por lesões autoprovocadas entre adolescentes exige uma abordagem intersetorial e multidimensional, envolvendo políticas públicas eficazes, campanhas educativas permanentes, fortalecimento das redes de cuidado e ações de prevenção baseadas em evidências científicas.

Referências

- Araújo, R. S. & Menezes, T. C. (2025). Políticas públicas de saúde mental e juventude no Brasil: avanços e desafios. *Revista Psicologia e Sociedade*. 37(4), 1–15.
- Bando, D. H. & Lester, D. (2014). An ecological study on suicide and homicide in Brazil. *Transcultural Psychiatry*. 51(1), 10–22.
- Brasil. (2023). Programa Saúde na Escola: diretrizes nacionais de promoção de saúde mental. Brasília: Ministério da Educação (MEC).
- Brasil. (2019). Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Brasília. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2024). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): dados 2004–2023. Brasília: DATASUS. Ministério da Saúde.
- Carvalho, L. S. & Nascimento, M. G. (2023). Prevenção do suicídio em adolescentes: desafios para o SUS. *Revista de Saúde Coletiva*. 34(2), 1–9.
- Corassa, R. B. et al. (2025). Adolescent suicide trends in Brazil (2000–2022). *PLoS One*. 20(7):e0309505. Doi: 10.1371/journal.pone.0309505. eCollection 2025.
- Ertl, A., Crosby, A. E., Blair, J. M. et al. (2020). Youth suicide: an opportunity for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 58(5), 695–701.
- Fonseca, L. S. et al. (2025). Regional disparities and sociodemographic determinants of adolescent suicide mortality in Brazil: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*. 41(4), e00023425.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A. & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 379(9834), 2373–82.
- IBGE. (2024). Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- Martins, F. A., Almeida, L. G. & Reis, T. M. (2023). Vulnerabilidade emocional e comportamento suicida em adolescentes brasileiros: revisão narrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 72(3), 210–9.
- Michalek, A. M. et al. (2024). Psychosocial stress, digital exposure, and suicide ideation among adolescents: a global perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 15, 132–48.
- Morris-Perez, P. (2023). Preventing adolescent suicide: recommendations for policy implementation. *Social Policy & Administration*. 57(1), 104–19.

- Nieuwenhuis, M., Liu, T. & Zhang, Y. (2023). Global suicide prevention strategies for adolescents: policy impact and future directions (1990–2022). *The Lancet Child & Adolescent Health*. 8(2), 145–58.
- Orri, M. et al. (2020). Global trends in suicide among adolescents aged 10–19 years: a systematic analysis. *BMJ Global Health*. 5(2), e002133.
- Pereira, A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free ebook]. Santa Maria. Editora da UFSM.
- Pirkis, J. et al. (2024). Preventing suicide: a public health approach to a global issue. *The Lancet Public Health*. 9(2), e114–e123.
- Robinson, J. et al. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *Crisis*. 39(4), 1–17.
- Shitsuka, R. et al. (2014). Matemática fundamental para tecnologia. (2ed). Editora Érica.
- WHO. (2023). Suicide worldwide in 2023: global health estimates. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Yan, X. et al. (2024). Global epidemiology of suicide and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 8(3), 205–17.
- Zortea, T. C. et al. (2021). The impact of media and internet on suicide risk: a review of evidence and policy implications. *Frontiers in Public Health*. 9, 703–12.