

Paula Jordana da Costa Silva¹
<https://orcid.org/0000-0001-9903-8583>

Rafhaella Albuquerque Feitosa¹
<https://orcid.org/0000-0002-7634-2109>

Michael Ferreira Machado^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0001-6538-6408>

Túlio Romério Lopes Quirino³
<https://orcid.org/0000-0002-3136-4777>

Divanise Suruagy Correia²
<https://orcid.org/0000-0001-7293-4169>

Roberta de Albuquerque Wanderley^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0003-0677-160x>

Carlos Dornels Freire de Souza^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0001-7995-1893>

Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes

Epidemiological profile and temporal trend of suicide mortality in adolescents

DOI: 10.1590/0047-2085000000338

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e analisar a tendência temporal da mortalidade por suicídio entre adolescentes (10-19 anos) do Nordeste brasileiro, no período de 2001 a 2015. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, que teve como cenário a região Nordeste do Brasil. O período de estudo foi de 2001 a 2015. Consideraram-se as mortes por lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), intoxicação exógena de intenção indeterminada (Y10 a Y19) e seqüela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0), de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), de adolescentes de 10 a 19 anos. As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, raça/cor, CID específico, estado de residência e taxa de mortalidade por suicídio/100.000 habitantes. **Resultados:** Foram registrados 3.194 óbitos em decorrência de suicídio na faixa etária estudada, com predomínio do sexo masculino (62,1%; n = 1.984), faixa etária de 15 a 19 anos (84,8%; n = 2.707), raça/cor parda (65,4%; n = 2.090); entre quatro e sete anos de escolaridade (31,7%; n = 1.011) e no CID X70 (47,8%; n = 1.528). A tendência temporal de mortalidade foi crescente de 2001 a 2015 (APC: 2,4%; p < 0,01), com maiores taxas no sexo masculino. Observou-se tendência crescente da taxa de suicídios, no sexo masculino, em todo o período (AAPC: 2,9%; p < 0,01). No sexo feminino, identificou-se tendência decrescente a partir de 2004 (APC: -2,2%; p < 0,01). **Conclusão:** O perfil epidemiológico foi caracterizado pelo sexo masculino, faixa etária de 15-19 anos, cor/raça parda e escolaridade média. A tendência apresentou padrão de crescimento no sexo masculino e declínio no feminino. Recomenda-se que políticas públicas sejam voltadas para a população adolescente.

PALAVRAS-CHAVES

Mortalidade, suicídio, adolescente, saúde mental, epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile and analyze the time trend of suicide mortality among adolescents (10-19 years old) from the Brazilian Northeast, from 2001 to 2015. **Methods:** This is an observational study, which took place in the Northeast region, Brazil. The study period was from 2001 to 2015. Deaths from intentional self-harm (X60 to X84), exogenous poisoning of undetermined intent (Y10 to Y19) and intentional self-harm (Y87.0) were considered, according to the 10th Review of the International Classification of Diseases (ICD-10), for adolescents aged 10 to 19 years. The variables analyzed were: sex, age group, race / color, specific ICD, state of residence and suicide mortality rate/100,000 inhabitants. **Results:** There were 3,194 deaths due to suicide in the age group studied, with a male predominance (62.1%; n = 1,984), age group 15 to 19 years (84.8%; n = 2,707), race/brown color (65.4%; n = 2,090); between 4 and 7 years of schooling (31.7%; n = 1,011) and at CID X70 (47.8%; n = 1,528). The time trend of mortality was increasing from 2001 to 2015 (APC: 2.4%; p < 0.01), with higher rates in males. There was an increasing trend in the suicide rate, among men, throughout the period (AAPC: 2.9%; p < 0.01). In women, a decreasing trend was identified as of 2004 (APC: -2.2%; p < 0.01). **Conclusion:** The epidemiological profile was characterized by male gender, age group 15-19 years, color/brown race and average schooling. The trend showed a growth pattern in males and a decline in females. It is recommended that public policies are aimed at the adolescent population.

KEYWORDS

Mortality, suicide, adolescent, mental health, epidemiology.

Received in: Mar/30/2021. Approved in: June/6/2021

1 Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca, Departamento de Medicina, Arapiraca, AL, Brasil.

2 Universidade Federal de Alagoas/Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE), Maceió, AL, Brasil.

3 Prefeitura Municipal do Recife, PE, Pernambuco, Brasil.

Address for correspondence: Carlos Dornels Freire de Souza. Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca. Rodovia AL-115, Bom Sucesso – 57309-005 – Arapiraca, Alagoas, Brasil. E-mail: carlos.freire@arapiraca.ufal.br



INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como o ato de cessar a própria vida intencionalmente, o que o caracteriza como uma violência autoinfligida. Constitui importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, refletindo um evento polissêmico com repercussões não apenas individuais, mas também coletivas¹. É descrito como o resultado de uma associação entre experiências traumáticas e de perdas, com fatores de risco psicológicos, culturais, sociais e genéticos².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma pessoa morre a cada 40 segundos por suicídio no mundo, e estima-se que para cada ato concretizado outras 20 tentativas estejam ocorrendo. Assim, cerca de 800 mil pessoas, por ano, tiram a própria vida, e um número ainda maior tenta realizá-lo³. No mundo, o suicídio aparece como a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito. Nos próximos anos, a tendência é de que esses números cresçam, caso não sejam tomadas medidas preventivas eficazes⁴.

Desde a década de 1960, no Brasil, os óbitos por causas externas estão superando os de causas infecciosas e parasitárias, caracterizando uma transição epidemiológica⁵. Entre as causas externas, o suicídio ocupa o quarto lugar de prevalência no país, ficando atrás apenas dos homicídios, acidentes de transporte e outras causas acidentais⁶. No período de 2011 a 2015, ocorreram 52.537 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, das quais 8.637 (16,44%) ocorreram na faixa etária de 15 a 24 anos⁷. Esses números podem ainda ser maiores, visto que os óbitos se encontram difusos nos registros de acidentes, homicídios e outras causas de morte⁸.

No território brasileiro, as taxas e o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio podem divergir entre suas regiões, devido às características geográficas, de idade, gênero e origens étnicas diversas⁴. Nos últimos anos, observou-se queda relativa nos números absolutos do suicídio no país, entretanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as taxas vêm se elevando. Por essa razão, o assunto tem sido alvo de estudos que tentam compreender o impacto desse fenômeno entre os jovens e identificar formas para sua prevenção³.

A adolescência é considerada um período de transição entre a infância e a vida adulta⁹. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como “criança” o indivíduo com até 12 anos de idade incompletos, definindo a “adolescência” como a faixa etária dos 12 aos 18 anos¹⁰. Já a OMS a define como sendo dos 10 aos 19 anos completos¹¹. Independentemente das definições cronológicas, a adolescência tem sido compreendida como uma fase de transição que implica o distanciamento da infância e a busca de um estado adulto e autônomo, constituindo um marco importante na construção da personalidade e dos diferentes sistemas que integram o ser humano⁹.

Além disso, a adolescência é também caracterizada pelo início de um amplo processo de desenvolvimento físico, mental, emocional, social e sexual e pelo empenho na busca pelos objetivos estabelecidos pelas expectativas socioculturais da comunidade em que o indivíduo vive¹². Devido à complexidade dessa fase, o nível de satisfação do indivíduo com a própria vida pode provocar alterações em sua capacidade de enfrentar situações de estresse, o que acarreta grandes riscos à sua saúde, podendo culminar na ideação e na tentativa de suicídio¹³. Os principais fatores envolvidos no comportamento suicida nessa faixa etária estão relacionados a situações de violência, conflitos familiares e sociais, diferenças econômicas, uso de substâncias psicoativas, solidão e histórico familiar de comportamento suicida¹⁴.

Diante da relevância desse tema para a sociedade atual, bem como para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de caráter preventivo e interventivo, este estudo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico e analisar a tendência temporal da mortalidade por suicídio entre adolescentes (10-19 anos) no Nordeste brasileiro, no período de 2001 a 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional envolvendo todos os óbitos em decorrência de suicídio em adolescentes (10 a 19 anos) no Nordeste do Brasil, no período de 2001 a 2015.

O cenário da pesquisa foi a região Nordeste do Brasil, composta por nove estados: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia. O Nordeste possui extensão territorial de 1.554.291 km² e 56,5 milhões de habitantes¹⁵. Entre as regiões brasileiras, sua população ocupa a segunda posição em número de crianças e adolescentes (20,6 milhões) e a primeira em números absolutos de crianças e adolescentes residentes em zona rural (6,2 milhões)¹⁶.

A população foi composta por todos os óbitos por suicídio em adolescentes (10-19 anos) residentes no Nordeste entre os anos de 2001 e 2015. Consideraram-se os seguintes critérios, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), intoxicação exógena de intenção indeterminada – envenenamento (Y10 a Y19) e seqüela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0). A inclusão dessas duas últimas categorias (Y10 a 19 e Y87.0) está em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro¹⁷.

Foram avaliadas as seguintes variáveis:

- variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, raça/cor, CID específico, estado de residência);
- um indicador epidemiológico (taxa de mortalidade de adolescentes por suicídio/100.000 habitantes).

Os dados referentes aos óbitos foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). As informações populacionais foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando o censo populacional de 2010 e as estimativas populacionais para os demais anos.

O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional que reúne dados qualitativos e quantitativos sobre os óbitos ocorridos no Brasil, com a finalidade de fornecer informações sobre o perfil de mortalidade. Com base nessas informações, é possível realizar análises estatísticas, epidemiológicas e sociodemográficas, proporcionando a construção dos principais indicadores de saúde¹⁸. Dessa forma, as intervenções podem ser mais bem estruturadas e direcionadas.

Após a coleta e a elaboração do banco de dados, foi realizado o tratamento estatístico. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis (frequência absoluta e relativa). Para a análise temporal, foi adotado o modelo de regressão por pontos de inflexão (*joinpoint regression model*). Esse modelo investiga se uma linha com múltiplos segmentos é estatisticamente melhor para descrever a evolução temporal de um conjunto de dados em detrimento de uma linha reta ou com menos segmentos¹⁹. Dessa forma, o modelo permite constatar a tendência do indicador (se estacionária, crescente ou decrescente) e os pontos em que há alteração dessa tendência (*joins*), possibilitando a identificação da variação

percentual anual (APC – *annual percent change*) e a do período completo (variação percentual anual média; AAPC – *average annual percent change*). Para cada tendência detectada, foram considerados intervalo de confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no *Joinpoint Regression Program*, versão 4.5.0.1 (*National Cancer Institute*, Bethesda, MD, EUA).

Por utilizar dados secundários de domínio público, nos quais não é possível a identificação de nenhum sujeito, este estudo dispensou a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

RESULTADOS

No período estudado, foram registrados 3.194 óbitos em decorrência de suicídio na faixa etária de 10 a 19 anos, no Nordeste brasileiro, com predomínio do sexo masculino (62,1%; n = 1.984). Destacou-se a faixa de 15 a 19 anos (84,8%; n = 2.707), tanto no sexo masculino (86,6%; n = 1.719) quanto no feminino (81,7%; n = 988). A cor/raça com maior número de suicídios foi a parda (65,4%; n = 2.090). Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos indivíduos (31,7%; n = 1.011) tinha entre quatro e sete anos de estudo. Ressalta-se o elevado número de campos ignorados nessas duas variáveis (12,6% na variável raça/cor e 29,6% na variável escolaridade) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos óbitos de adolescentes em decorrência de suicídio no Nordeste do Brasil, 2001-2015 (n = 3.194)

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária						
10 a 14 anos	265	13,4	222	18,3	487	15,2
15 a 19 anos	1.719	86,6	988	81,7	2.707	84,8
Cor/raça						
Branca	275	13,9	225	18,6	500	15,7
Preta	121	6,1	59	4,9	180	5,6
Amarela	5	0,3	3	0,2	8	0,3
Parda	1.323	66,7	767	63,4	2.090	65,4
Indígena	6	0,3	7	0,6	13	0,4
Ignorada	254	12,7	149	12,3	403	12,6
Escolaridade						
Nenhuma	64	3,2	16	1,3	80	2,5
1 a 3 anos	342	17,2	133	11,0	475	14,9
4 a 7 anos	620	31,3	391	32,3	1.011	31,7
8 a 11 anos	322	16,2	269	22,3	591	18,5
12 anos e mais	46	2,3	44	3,6	90	2,8
Ignorada	590	29,7	357	29,5	947	29,6
Total	1.984	100,0	1.210	100,0	3.194	100,0

Em relação à categoria CID-10, a causa X70 (Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento) apresentou o maior percentual (47,8%; n = 1.528) dos óbitos, em ambos os sexos. No sexo masculino, a segunda principal causa foi a X74 (Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo não especificada) (8,2%; n = 163). Já no sexo feminino, destacou-se o CID X68 (Autointoxicação por exposição, intencional, a pesticidas) (24,9%; n = 302) (Tabela 2).

A análise de série temporal na faixa etária de 10 a 19 anos, em ambos os sexos, mostrou tendência crescente na mortalidade (APC: 2,4%; p < 0,01), cuja taxa passou de 1,6 para 2,4/100.000. No sexo masculino, a taxa de mortalidade apresentou tendência crescente linear (AAPC: 2,9%; p < 0,01),

passando de 2,0 para 3,1/100.000. No sexo feminino, apresentou tendência estacionária no período completo (AAPC: 1,2%; p = 0,5) (Figura 1).

Na faixa etária de 10 a 14 anos, em ambos os sexos, observou-se tendência linear de crescimento no período (AAPC: 1,8%; p < 0,01), passando de 0,5 para 0,6/100.000. Esse mesmo comportamento linear foi observado no sexo masculino (AAPC: 3,0%; p < 0,01), passando de 0,55 para 0,6/100.000. Já no sexo feminino, apresentou tendência estacionária no período completo (AAPC: 0,7%; p = 0,7), passando de 0,4 para 0,5/100.000. Entretanto, nesse grupo, foi registrada uma inflexão em 2007, com crescimento no período de 2001-2007 (APC: 9,8%; p < 0,01) e tendência de declínio a partir de 2007 (APC: -5,7%; p < 0,01) (Figura 1).

Tabela 2. Distribuição de óbitos dos óbitos de adolescentes em decorrência de suicídio, segundo categoria do CID-10, no Nordeste do Brasil, 2001-2015 (n = 3.194)

Categoria CID-10	Masculino		Feminino		Total		Categoria CID-10	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%
X60	1	0,05	2	0,1	3	0,1	X79	23	1,1	8	0,6	31	0,9
X61	8	0,4	21	1,7	29	0,9	X80	42	2,1	27	2,2	69	2,1
X62	7	0,3	2	0,1	9	0,2	X81	2	0,1	-	-	2	0,1
X63	1	0,05	2	0,1	3	0,1	X82-	2	0,1	-	-	2	0,1
X64	32	1,6	71	5,8	103	3,2	X83	6	0,3	2	0,1	8	0,2
X65	2	0,1	-	-	2	0,1	X84	43	2,1	34	2,8	77	2,4
X66	2	0,1	3	0,2	5	0,1	Y10	1	0,1	2	0,1	3	0,1
X67	-	-	1	0,1	1	0	Y11-	8	0,4	10	0,8	18	0,5
X68	148	7,4	302	25	450	14	Y12-	13	0,6	3	0,2	16	0,5
X69	95	4,7	128	11	223	6,9	Y13	1	0,1	-	-	1	0
X70	1.124	56,6	404	33	1.528	48	Y14	26	1,3	16	1,3	42	1,3
X71	20	1	9	0,7	29	0,9	Y15	3	0,1	-	-	3	0,1
X72	64	3,2	18	1,4	82	2,5	Y16	3	0,1	1	0,1	4	0,1
X73	30	1,5	-	-	30	0,9	Y17	-	-	1	0,1	1	0
X74	163	8,2	26	2,1	189	5,9	Y18	29	1,4	46	3,8	75	2,3
X75	1	0,05	-	-	1	0	Y19	52	2,6	59	4,8	111	3,4
X76	9	0,4	10	0,8	19	0,5	Y87	10	0,5	2	0,1	12	0,3
X78	13	0,6	-	-	13	0,4	Total	1.984	100	1.210	100	3.194	100

Legenda: Nenhum óbito registrado pelo CID X77 – Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes. X60 – Autointoxicação por exposição, intencional, a analgésicos, anti-inflamatórios e antirreumáticos, não opiáceos; X61 – Autointoxicação por exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos NCOP; X62 – Autointoxicação por exposição, intencional, a narcóticos e sobre psicodislépticos NCOP; X63 – Autointoxicação por exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo; X64 – Autointoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas; X65 – Autointoxicação voluntária por álcool; X66 – Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores; X67 – Autointoxicação intencional por outros gases e vapores; X68 – Autointoxicação por exposição, intencional, a pesticidas; X69 – Autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas; X70 – Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação; X71 – Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão; X72 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão; X73 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre; X74 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo e arma de fogo NE; X75 – Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos; X76 – Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas; X78 – Lesão autoprovocadas intencionalmente por objeto cortante ou penetrante; X79 – Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente; X80 – Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado; X81 – Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento; X82 – Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor; X83 – Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios não especificados; X84 – Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados; Y10 – Envenenamento por exposição a analgésicos, anti-inflamatórios e antirreumáticos não opiáceos, intenção não determinada; Y11 – Envenenamento por exposição a anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados, intenção não determinada; Y12 – Envenenamento (intoxicação) por exposição a narcóticos e a psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte, intenção não determinada (NCOP); Y13 – Envenenamento por exposição a outras substâncias farmacológicas do sistema nervoso autônomo, intenção não determinada; Y14 – Envenenamento por exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas, intenção não determinada; Y15 – Envenenamento por exposição ao álcool, intenção não determinada; Y16 – Envenenamento por exposição a solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores, intenção não determinada; Y17 – Envenenamento por exposição a outros gases vapores, intenção não determinada; Y18 – Envenenamento por exposição a pesticidas, intenção não determinada; Y19 – Envenenamento por exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada; Y87 – Sequelas de lesão autoprovocada intencionalmente, de agressão ou fato cuja intenção é indeterminada.

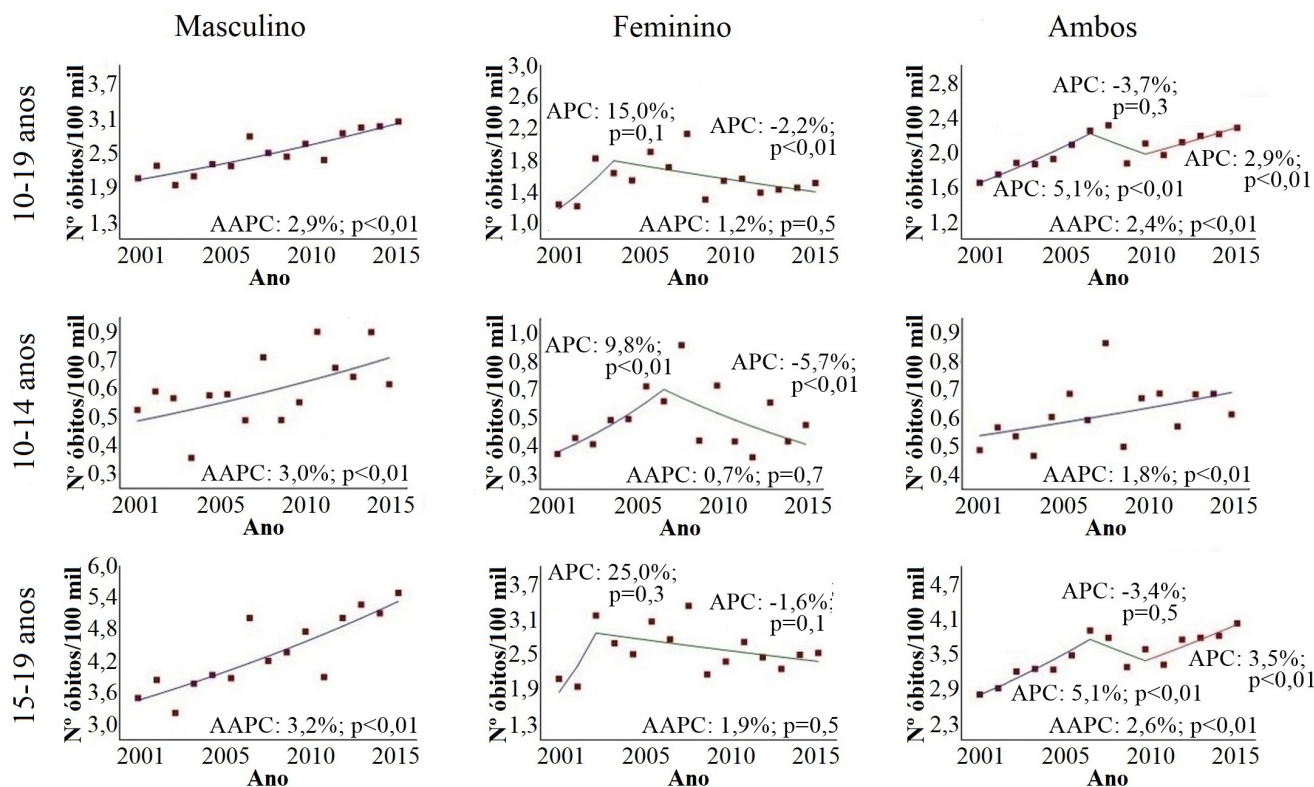


Figura 1. Tendência temporal da mortalidade de adolescentes em decorrência de suicídio no Nordeste do Brasil, 2001-2015.

Na faixa etária de 15 a 19 anos, considerando ambos os sexos, foram observadas três tendências: crescimento no período 2001-2007 (APC: 5,7%; $p < 0,01$), estabilização no período entre 2007-2010 (APC -3,4; $p = 0,5$) e nova tendência de crescimento a partir de 2010 (APC: 3,5%; $p < 0,01$). Ao considerar a série temporal completa, a tendência foi de crescimento (AAPC: 2,6%; $p < 0,01$), passando de 2,8 para 4,0/100.000. No sexo masculino, a tendência observada foi de crescimento linear (AAPC: 3,0%; $p < 0,01$), passando de 3,6 para 5,5/100.000; e no sexo feminino, o padrão temporal foi estacionário (AAPC: 1,9%; $p = 0,5$) (Figura 1).

Na faixa etária de 10 a 19 anos, considerando ambos os sexos, quatro estados apresentaram tendência de crescimento: Maranhão, Ceará, Paraíba e Bahia. Destaca-se a Paraíba como o estado de maior crescimento percentual (APC: 8,1%; $p < 0,001$), cuja taxa passou de 0,64 para 3,67/100.000. Somente Pernambuco apresentou tendência decrescente a partir de 2007 (-7,0%; $p < 0,001$). No sexo masculino, cinco estados apresentaram tendência crescente (Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba e Bahia), destacando-se a Paraíba com o maior crescimento (APC: 8,0%; $p < 0,001$), passando de 1,01 para 4,95/100.000. No sexo feminino, nenhum estado apresentou tendência crescente, e dois deles apresentaram tendência decrescente (Rio Grande do Norte e Bahia). Destaca-se

o Rio Grande do Norte com o maior declínio percentual (APC: -8,8%; $p < 0,001$), cuja taxa decresceu de 1,93 para 0,68/100.000 ao longo da série temporal (Tabela 3).

Considerando ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 14 anos, todos os estados apresentaram tendência estacionária na análise do período total (2001-2015). Contudo, o Maranhão, a partir de 2007, apresentou tendência de crescimento da mortalidade (24,9%; $p < 0,001$). No sexo masculino, o estado do Ceará apresentou tendência crescente (APC: 4,3; $p < 0,001$), passando de 0,45 para 1,69/100.000, e Sergipe apresentou tendência decrescente (APC: -27,1; $p < 0,001$), passando de 0,96 para 0,01/100.000. Já no sexo feminino, o estado de Pernambuco apresentou mais de uma tendência, sendo decrescente no período de 2006-2015 (APC: -13,3; $p < 0,001$). Todos os demais estados apresentaram comportamento temporal estacionário (Tabela 4).

Na faixa etária de 15 a 19 anos, cinco estados apresentaram tendência de crescimento (Maranhão, Ceará, Paraíba, Sergipe e Bahia), destacando-se o estado da Paraíba com o maior crescimento percentual anual (APC: 7,9%; $p < 0,001$), passando de 1,27 para 7,31/100.000. Pernambuco apresentou três tendências, sendo decrescente a partir de 2007 (APC: -5,9%; $p < 0,001$). No sexo masculino, quatro estados apresentaram tendência crescente (Maranhão, Piauí, Paraíba

e Bahia), destacando-se a Paraíba com a maior variação de percentual (APC: 6,8%; $p < 0,001$), passando de 2,01 para 10,33/100.000. No sexo feminino, três estados apresentaram tendência decrescente (Rio Grande do Norte, Alagoas e Bahia), destacando-se o Rio Grande do Norte com a maior

variação (APC: -18,8%; $p < 0,001$), passando de 3,85 para 1,37/100.000. Destaca-se ainda que o estado de Pernambuco apresentou tendência de declínio a partir de 2006 (-9,4%; $p < 0,001$) e o Ceará apresentou tendência de crescimento a partir de 2007 (7,5%; $p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 3. Regressão por pontos de inflexão da mortalidade de adolescentes (10-19 anos) em decorrência de suicídio segundo o estado de residência – Nordeste, Brasil, 2001-2015

	UF	Óbitos/100 mil		Joinpoint regression model		
		2001	2015	Período	APC (IC95%); p valor	Tendência
Ambos os sexos	MA	1,16	3,17	2001-2015	5,0* (2,5;7,6); $p < 0,001$	Crescente
	PI	2,02	2,36	2001-2015	2,3 (-0,7;5,3); $p = 0,1$	Estacionária
	CE	2,15	3,26	2001-2015	1,6* (0,7;2,5); $p < 0,001$	Crescente
	RN	1,74	1,33	2001-2015	-1,6 (-4,6;1,4); $p = 0,3$	Estacionária
	PB	0,64	3,67	2001-2015	8,1* (2,9;13,6); $p < 0,001$	Crescente
	PE	2,05	1,93	2001-2015	-1,1 (-4,3;2,4); $p = 0,5$	Estacionária
				2001-2007	7,4* (0,3;15,2); $p < 0,001$	Crescente
				2007-2015	-7,0* (-10,9;-2,9); $p < 0,001$	Decrescente
	AL	2,55	1,22	2001-2015	1,3 (-1,8;4,4); $p = 0,4$	Estacionária
	SE	2,66	3,80	2001-2015	2,8 (-0,2;6,0); $p = 0,1$	Estacionária
BA	1,16	1,25	2001-2015	0,8* (0,1;1,6); $p < 0,001$	Crescente	
Sexo masculino	MA	1,49	4,26	2001-2015	7,3* (4,4;10,2); $p < 0,001$	Crescente
	PI	2,56	2,99	2001-2015	4,6* (0,8;8,5); $p < 0,001$	Crescente
	CE	2,88	3,87	2001-2015	1,4* (0,4;2,5); $p < 0,001$	Crescente
	RN	1,56	1,97	2001-2015	1,3 (-1,8;4,4); $p = 0,4$	Estacionária
	PB	1,01	4,95	2001-2015	8,0* (4,6;11,4); $p < 0,001$	Crescente
	PE	2,81	2,50	2001-2015	-1,0 (-2,8;0,8); $p = 0,2$	Estacionária
	AL	3,58	1,83	2001-2015	-3,5 (-25,2;24,7); $p = 0,8$	Estacionária
				2001-2003	-57,4 (-92,0;128,3); $p = 0,3$	Estacionária
				2003-2007	37,6 (-27,3;160,3); $p = 0,3$	Estacionária
				2007-2015	-0,8 (-11,8;11,6); $p = 0,9$	Estacionária
SE	3,34	4,26	2001-2015	1,6 (-1,4;4,7); $p = 0,3$	Estacionária	
BA	1,14	2,02	2001-2015	3,3* (0,8;5,9); $p < 0,001$	Crescente	
Sexo feminino	MA	0,83	2,05	2001-2015	1,7 (-1,6;5,2); $p = 0,3$	Estacionária
	PI	1,46	1,71	2001-2015	-1,3 (-4,4;1,8); $p = 0,4$	Estacionária
	CE	1,41	2,62	2001-2015	4,4 (-4,2;13,8); $p = 0,3$	Estacionária
				2001-2003	28,2 (-34,6;151,3); $p = 0,4$	Estacionária
				2003-2015	0,9 (-1,3;3,1); $p = 0,4$	Estacionária
	RN	1,93	0,68	2001-2015	-8,8* (-13,5;-3,8); $p < 0,001$	Decrescente
	PB	0,26	2,37	2001-2015	3,8 (-13,7;24,9); $p = 0,7$	Estacionária
	PE	1,27	1,34	2001-2015	1,1 (-10,2;13,8); $p = 0,9$	Estacionária
				2001-2007	20,8* (13,0;29,1); $p < 0,001$	Crescente
				2007-2010	-24,3 (-59,8;42,5); $p = 0,3$	Estacionária
			2010-2015	-2,8 (-11,4;6,5); $p = 0,5$	Estacionária	
AL	1,51	0,61	2001-2015	-3,5 (-8,0;1,2); $p = 0,1$	Estacionária	
SE	1,96	3,34	2001-2015	4,5 (-1,2;10,6); $p = 0,1$	Estacionária	
BA	1,19	0,46	2001-2015	-4,0* (-6,6;-1,2); $p < 0,001$	Decrescente	

MA: Maranhão; PI: Piauí; CE: Ceará; RN: Rio Grande do Norte; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; AL: Alagoas; SE: Sergipe; BA: Bahia; APC: *annual percent change* (variação percentual anual); IC: intervalo de confiança; UF: unidade federativa. * Significância estatística.

Tabela 4. Regressão por pontos de inflexão da mortalidade de adolescentes (10-14 anos) em decorrência de suicídio segundo o estado de residência – Nordeste, Brasil, 2001-2015

	UF	Óbitos/100 mil		Joinpoint regression model				
		2001	2015	Período	APC (IC95%); p valor	Tendência		
Ambos os sexos	MA	0,54	0,82	2001-2015	4,0 (-5,3;14,1); p=0,4	Estacionária		
				2001-2007	-18,6* (-32,5;-1,9); p<0,001	Decrescente		
				2007-2015	24,9* (10,7;41,0); p<0,001	Crescente		
	PI	0,58	0,96	2001-2015	1,4 (-4,0;7,1); p=0,6	Estacionária		
	CE	0,45	1,10	2001-2015	2,4 (-0,7;5,6); p=0,1	Estacionária		
	RN	0,31	0,01	2001-2015	-1,7 (-15,0;13,7); p=0,8	Estacionária		
	PB	0,01	0,28	2001-2015	3,5 (-10,1;19,2); p=0,6	Estacionária		
				PE	0,46	2001-2015	5,7 (-19,4;38,7); p=0,7	Estacionária
						2001-2007	20,3 (-2,8;48,8); p=0,1	Estacionária
						2007-2013	-23,0 (-41,9;2,2); p=0,1	Estacionária
2013-2015	85,1 (-75,8;1315,0); p=0,5	Estacionária						
AL	0,60	0,59	2001-2015	4,0 (-1,5;9,8); p=0,2	Estacionária			
			2001-2007	19,0* (6,5;32,9); p<0,001	Crescente			
			2007-2015	-6,0 (-12,2;0,7); p=0,1	Estacionária			
SE	0,97	0,94	2001-2015	-1,8 (-7,2;3,9); p=0,5	Estacionária			
BA	0,53	0,15	2001-2015	-2,5 (-7,3;2,5); p=0,3	Estacionária			
Sexo masculino	MA	1,07	1,07	2001-2015	5,1 (-9,3;21,8); p=0,5	Estacionária		
	PI	0,01	0,63	2001-2015	7,9 (-3,7;20,9); p=0,2	Estacionária		
	CE	0,45	1,69	2001-2015	4,3* (0,3;8,6); p<0,001	Crescente		
	RN	0,62	0,01	2001-2015	2,2 (-12,7;19,7); p=0,8	Estacionária		
	PB	0,01	0,01	2001-2015	4,1 (-14,7;27,2); p=0,7	Estacionária		
				PE	0,45	2001-2015	8,2 (-25,4;57,0); p=0,7	Estacionária
						2001-2010	4,5 (-4,2;14,0); p=0,3	Estacionária
						2010-2013	-52,9 (-90,6;135,4); p=0,3	Estacionária
	2013-2015	342,4 (-38,3;3072,8); p=0,1	Estacionária					
	AL	0,59	0,58	2001-2015	6,4 (-14,3;32,2); p=0,5	Estacionária		
SE	0,96	0,01	2001-2015	-27,1* (-42,7;-7,3); p<0,001	Decrescente			
BA	0,65	0,29	2001-2015	4,0 (-5,8;14,9); p=0,4	Estacionária			
Sexo feminino	MA	0,01	0,55	2001-2015	9,9 (-6,9;29,7); p=0,2	Estacionária		
	PI	1,17	1,31	2001-2015	-0,0 (-17,9;21,8); p=1,0	Estacionária		
	CE	0,46	0,50	2001-2015	-1,2 (-6,3;4,1); p=0,6	Estacionária		
	RN	0,01	0,01	2001-2015	5,2 (-11,6;25,3); p=0,5	Estacionária		
	PB	0,01	0,57	2001-2015	-4,1 (-22,3;18,4); p=0,7	Estacionária		
				PE	0,46	2001-2015	-0,3 (-12,9;14,1); p=1,0	Estacionária
						2001-2006	28,3 (-10,1;83,1); p=0,1	Estacionária
	2006-2015	-13,3* (-24,2;-0,9); p<0,001	Decrescente					
	AL	0,60	0,60	2001-2015	-6,9 (-22,1;11,3); p=0,4	Estacionária		
	SE	0,99	1,89	2001-2015	-0,1 (-22,3;28,4); p=1,0	Estacionária		
BA	0,41	0,01	2001-2015	-23,9 (-56,8;33,8); p=0,3	Estacionária			
			2001-2013	-2,2 (-18,6;17,6); p=0,8	Estacionária			
			2013-2015	-83,2 (-99,8;1210,0); p=0,4	Estacionária			

MA: Maranhão; PI: Piauí; CE: Ceará; RN: Rio Grande do Norte; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; AL: Alagoas; SE: Sergipe; BA: Bahia; APC: *annual percent change* (variação percentual anual); IC: intervalo de confiança; UF: unidade federativa. * Significância estatística.

Tabela 5. Regressão por pontos de inflexão da mortalidade de adolescentes (15-19 anos) em decorrência de suicídio segundo o estado de residência – Nordeste, Brasil, 2001-2015

	UF	Óbitos/100 mil		Período	Joinpoint regression model		
		2001	2015		APC (IC95%); p valor	Tendência	
Ambos os sexos	MA	1,80	5,79	2001-2015	5,6* (2,6;8,8); p<0,001	Crescente	
	PI	3,44	3,91	2001-2015	3,3 (-0,3;7,0); p=0,1	Estacionária	
	CE	3,92	5,41	2001-2015	1,5* (0,3;2,8); p<0,001	Crescente	
	RN	3,17	2,70	2001-2015	-2,2 (-5,1;0,7); p=0,1	Estacionária	
	PB	1,27	7,31	2001-2015	7,9* (0,4;15,8); p<0,001	Crescente	
	PE	3,60	3,07	2001-2015	-0,8 (-4,4;2,9); p=0,7	Estacionária	
					2001-2007	6,4 (-1,3;14,7); p=0,1	Estacionária
					2007-2015	-5,9* (-10,2;-1,4); p<0,001	Decrescente
	AL	4,51	1,89	2001-2015	0,8 (-3,3;5,1); p=0,7	Estacionária	
SE	4,33	6,74	2001-2015	4,1* (0,6;7,7); p<0,001	Crescente		
BA	1,75	2,38	2001-2015	1,3* (0,5;2,2); p<0,001	Crescente		
Sexo masculino	MA	1,90	7,85	2001-2015	8,8* (5,6;12,1); p<0,001	Crescente	
	PI	5,08	5,63	2001-2015	6,8* (1,8;12,0); p<0,001	Crescente	
	CE	5,41	6,06	2001-2015	1,1 (-0,3;2,4); p=0,1	Estacionária	
	RN	2,50	3,99	2001-2015	1,5 (-1,4;4,5); p=0,3	Estacionária	
	PB	2,01	10,33	2001-2015	6,8* (1,8;12,0); p<0,001	Crescente	
	PE	5,11	4,38	2001-2015	-0,8 (-2,6;1,1); p=0,4	Estacionária	
	AL	6,55	3,16	2001-2015	5,6 (-1,0;12,8); p=0,1	Estacionária	
	SE	5,71	8,66	2001-2015	3,2 (-2,0;8,7); p=0,2	Estacionária	
	BA	1,59	3,78	2001-2015	4,1* (1,4;6,9); p<0,001	Crescente	
Sexo feminino	MA	1,69	3,70	2001-2015	0,9 (-2,7;4,6); p=0,6	Estacionária	
	PI	1,74	2,16	2001-2015	-1,0 (-5,4;3,5); p=0,6	Estacionária	
	CE	2,40	4,74	2001-2015	7,2 (-10,8;28,8); p=0,5	Estacionária	
					2001-2004	36,8 (-7,3;101,8); p=0,1	Estacionária
					2004-2007	-16,7 (-67,5;113,5); p=0,7	Estacionária
					2007-2015	7,5* (0,5;15,1); p<0,001	Crescente
	RN	3,85	1,37	2001-2015	-18,8* (-26,6;-10,0); p<0,001	Decrescente	
	PB	0,51	4,28	2001-2015	5,7 (-13,9;29,8); p=0,6	Estacionária	
	PE	2,05	1,73	2001-2015	0,2 (-5,5;6,2); p=1,0	Estacionária	
					2001-2006	20,1* (2,9;40,3); p<0,001	Crescente
					2006-2015	-9,4* (-14,5;-4,1); p<0,001	Decrescente
	AL	2,43	0,63	2001-2015	-5,0* (-9,0;-0,8); p<0,001	Decrescente	
SE	2,92	4,82	2001-2015	5,1 (-0,5;11,1); p=0,1	Estacionária		
BA	1,92	0,93	2001-2015	-3,8* (-6,8;-0,7); p<0,001	Decrescente		

MA: Maranhão; PI: Piauí; CE: Ceará; RN: Rio Grande do Norte; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; AL: Alagoas; SE: Sergipe; BA: Bahia; APC: *annual percent change* (variação percentual anual); IC: intervalo de confiança; UF: unidade federativa. * Significância estatística.

DISCUSSÃO

O suicídio caracteriza-se como fenômeno multicausal e que diz respeito a um processo que não pode ser reduzido a uma ocorrência específica. Entender suas razões e características exige que seja considerada a trajetória de vida do sujeito, seus processos psicossociais, bem como os aspectos ligados ao contexto histórico, cultural e econômico²⁰.

Na análise dos fatores relacionados ao suicídio, uma importante ação é a identificação dos transtornos mentais, com maior associação aos episódios de suicídio, como os transtornos de humor, sobretudo depressão; os transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, consumo abusivo de álcool; transtornos de personalidade, quadros de esquizofrenia e diversos transtornos de ansiedade²¹. Além desses aspectos, devem-se considerar os fatores

de natureza psicológica, tais como aqueles relacionados ao processo de luto, os conflitos intrafamiliares, datas pretéritas marcantes, personalidade impulsiva, agressividade excessiva e humor lábil⁸. Sofrimentos e angústias que fomentam a ideação suicida podem alcançar alto grau de intensidade e resultar na prática do ato.

No ensejo desse fenômeno, também se faz necessária uma especial atenção à posvenção ao suicídio, visto que os óbitos por suicídio são apenas a ponta do *iceberg*. Estima-se que, para cada suicídio, 100 pessoas são afetadas, incluindo amigos, familiares e conhecidos, os chamados "*sobreviventes*"²². Essas pessoas comumente convivem com a necessidade de atribuir sentido a tal ato e de justificar o sentido de sua vida. O impacto de viver esse luto é tão significativo que, por exemplo, um indivíduo que se relacionou com alguém que cometeu o ato é um dos principais indicadores de risco futuro de suicídio²³. Destaca-se, então, o profundo impacto emocional, social e econômico causado por esse tipo de violência.

O suicídio na adolescência vem se tornando um assunto cada vez mais preocupante devido ao crescimento nos números de tentativas concretas e de não efetivas. Estima-se que 60% dos suicídios ocorreram na primeira tentativa e que 80% das tentativas não concretizadas serão efetivas em até um ano, caso não haja acompanhamento psicológico ou medidas de prevenção instituídas²⁴. Assim, tentativas anteriores representam importante fator de risco para um ato concreto de suicídio.

Neste estudo, o perfil geral predominante dos casos de suicídio foi de indivíduos do sexo masculino, com idade entre 15 e 19 anos, com a cor/raça parda e escolaridade média. Com relação ao método mais utilizado pelos adolescentes, observou-se o predomínio de lesões autoprovocadas intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento. A tendência da mortalidade por suicídio em adolescentes apresentou padrão de crescimento na região Nordeste, no período de 2001 a 2015, embora com comportamentos diferentes entre os sexos. Desigualdades espaciais nas tendências também foram observadas entre os estados da região.

Corroborando esses achados, a população adolescente masculina comumente apresenta maior percentual de mortes por suicídio do que a feminina, sendo a proporção da mortalidade de 2,06 homens para 1 mulher²⁵. Apesar de as mulheres serem mais propensas a tentar cometer o ato, os homens acabam tendo êxito mais frequentemente, devido ao maior acesso a recursos mais agressivos, como as armas de fogo. Além disso, o desempenho da masculinidade, o que inclui a competitividade, a impulsividade e a violência, pode ser um comportamento que predispõe a uma autoagressão mais violenta²⁶.

Em investigação nacional envolvendo as tentativas de suicídio no Brasil, de 1998 a 2014, foi constatado que os homens representavam 88,6% das tentativas utilizando armas

de fogo e também 81,8% das tentativas com objetos contundentes²⁷. Esses dados estão em consonância com o cenário global do problema. Nos Estados Unidos, 61% dos suicídios masculinos são por armas de fogo²⁸. Outro estudo especificou os principais métodos utilizados por adolescentes. Com dados de 101 países, verificou-se que o enforcamento é o método mais prevalente em ambos os sexos, as armas de fogo ocupam o segundo lugar no sexo masculino, e o envenenamento por pesticidas ocupa o segundo lugar no sexo feminino²⁹. No Brasil, o enfraquecimento da regulação de armas de fogo e de agrotóxicos pode resultar em agravamento da situação nos próximos anos. Nesse sentido, restringir o acesso aos meios mais comuns para a prática do suicídio é um passo importante na prevenção desses eventos.

Esse perfil de causas do suicídio também tem sido observado em outras faixas etárias. Considerando-se as notificações de violência autoinfligida e mortes em decorrência de suicídio em jovens na faixa etária 15-29 anos, no período 2011-2018, o enforcamento foi o mecanismo mais adotado pelos indivíduos na prática do ato de suicídio, com destaque para a população masculina (70,3%), em comparação com a feminina (53,8%). Em segundo lugar estão as intoxicações exógenas, duas vezes mais frequentes nas mulheres (28,0%) do que nos homens (11,9%). Por fim, a proporção de homens que utilizaram arma de fogo foi quase duas vezes maior do que a proporção de mulheres (8,7% e 4,6%, respectivamente)¹⁷.

Em relação às mulheres, em comunidades conservadoras, o início precoce da vida sexual, abortos, violência doméstica, gravidez indesejada, abuso sexual, exercício da prostituição, exploração sexual e problemas com a imagem corporal constituem sérios riscos para a autoagressão nas adolescentes³⁰. Apesar de ficarem atrás dos homens nos números concretos de óbitos por suicídio, elas os superam em número de tentativas. No período de 2011 a 2018, 67,3% das violências autoprovocadas no Brasil, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foram cometidas por mulheres¹⁷. Apesar disso, em comparação aos homens, elas apresentam um número maior de fatores de proteção, a exemplo da autoidentificação precoce dos fatores de risco e da rápida procura por assistência psicoemocional, o que pode ser determinante no menor número de tentativas efetivas, em comparação com o sexo masculino²⁶.

A análise de faixas etárias deste estudo identificou maiores taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes entre 15 e 19 anos, o que também foi constatado em outra pesquisa desenvolvida com dados de 29 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), na qual a taxa de suicídio masculino na faixa etária de 15 a 19 anos foi 8,85 vezes maior do que no grupo mais jovem (10-14 anos) e no sexo feminino foi 5,39 vezes maior³¹. Uma possível explicação é que esse grupo de adolescentes pode sofrer mais com estresse relacionado ao futuro profissional,

vivenciar eventos negativos na vida particular, nas relações familiares e no grupo social no qual está inserido, bem como o excesso no uso de substâncias psicoativas. Porém, o aumento da mortalidade na faixa de 10 a 14 anos revela uma exposição cada vez mais precoce a esses fatores de risco³².

Em relação à cor/raça, neste estudo, a grande maioria dos óbitos constam como pardos, o que corresponde aos resultados encontrados em outras pesquisas que mostram a associação da raça à saúde mental, sendo a população negra a mais tendenciosa a esses transtornos, o que se evidencia pelo suicídio estar situado entre as três principais causas de morte da população parda em 2016³³. Merece destaque o grande número de ignorados nessa variável, que evidencia a falta de atenção no preenchimento da declaração de óbito por parte dos profissionais de saúde, algo totalmente evitável com a implantação de medidas de conscientização e orientação.

Estatísticas mundiais demonstram o crescimento da tendência de suicídio entre os jovens, causando grande debate a respeito dos motivos e fatores envolvidos. Um dos fatores mais debatidos é a exposição a comportamentos suicidas (ESB – *exposure to suicidal behavior*), que leva ao chamado “contágio suicida”³⁴. Estudos recentes sugerem que quanto maior a exposição de um indivíduo a comportamentos suicidas, como planos, tentativas e conclusões, mais aceitável e factível esse comportamento se torna³⁵. Sendo essa exposição muito comum, principalmente entre os jovens e adolescentes com acesso aberto às mídias sociais, e sendo esses indivíduos muito suscetíveis às influências externas, por estarem ainda no processo de construção da sua autoimagem e visão de mundo, pode-se ter uma relação clara de causa-efeito³⁴.

Uma pesquisa realizada com adolescentes de idades entre 10 e 14 anos, em 81 países, de 1990 a 2009, verificou um padrão decrescente na tendência de mortalidade por suicídio no sexo masculino em todos os continentes, com exceção da América do Sul, na qual a tendência foi crescente³⁶. Em outra pesquisa realizada no Brasil de 2000 a 2015, na faixa etária de 10 a 19 anos, observou-se tendência crescente na mortalidade por suicídio no país, mais especificamente nas regiões Norte e Nordeste. Observou-se também tendência de crescimento entre os adolescentes do sexo masculino e flutuação nos valores do sexo feminino. No Nordeste, esse mesmo estudo verificou aumento maior na população masculina do que na feminina²⁵. Esses estudos corroboram os nossos achados.

Com o aumento geral de comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes, intervenções efetivas são necessárias. Como já exposto, o conhecimento dos variados fatores de risco é essencial para a elaboração de intervenções eficazes³⁷. Os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio devem ser acompanhados com especial zelo, tendo em vista o maior risco de novas tentativas. A tentativa de suicídio é a

representação um processo de grave crise, que se desenvolve ao longo de anos e é resultado das múltiplas experiências vivenciadas. Portanto, identificar situações de risco e intervir de modo rápido e adequado implica considerar o indivíduo no seu contexto social e possuidor de uma história singular¹⁷.

Mesmo considerando os cuidados metodológicos, este estudo possui limitações. Uma delas é a utilização de dados secundários, com influência do sub-registro de óbitos, uma vez que o SIM apresenta significativa variação na cobertura entre os estados do país. Outra limitação refere-se ao elevado número de campos ignorados nas variáveis raça/cor e escolaridade, o que compromete o entendimento desses fatores na ocorrência de suicídio.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio em adolescentes do Nordeste brasileiro foi caracterizado pelo predomínio de indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, com cor/raça parda e escolaridade média. O CID X70 (lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento) foi o método mais frequentemente utilizado pelos adolescentes de ambos os sexos para tirar a própria vida.

A análise geral da tendência da taxa de mortalidade apresentou padrão de crescimento em ambos os sexos. Na análise estratificada, o sexo masculino apresentou tendência linear de crescimento e o sexo feminino apresentou tendência de declínio a partir de 2004. Na análise por estados, destaca-se o da Paraíba, que apresentou as maiores variações percentuais de crescimento nas faixas etárias de 10 a 19 e de 15 a 19 anos.

Os resultados aqui apresentados demonstram a importância da temática no âmbito da saúde dos brasileiros e das brasileiras e permite uma adequada compreensão do fenômeno na população infantojuvenil da região Nordeste do Brasil. O conhecimento resultante deste estudo pode ser utilizado para a elaboração de planos e/ou políticas públicas específicos para essa população. A adoção de medidas preventivas é, ao mesmo tempo, necessária e urgente.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Paula Jordana da Costa Silva – Contribuiu na concepção e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e revisão do conteúdo, e aprovação da versão final a ser publicada.

Rafhaella Albuquerque Feitosa – Contribuiu na concepção e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e revisão do conteúdo, e aprovação da versão final a ser publicada.

Michael Ferreira Machado – Contribuiu na concepção e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Túlio Romério Lopes Quirino – Contribuiu na concepção e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Divanise Suruagy Correia – Contribuiu na concepção e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Roberta de Albuquerque Wanderley – Contribuiu na concepção e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Carlos Dornels Freire de Souza – Contribuiu na concepção e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e revisão do conteúdo, e aprovação da versão final a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen KV, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59.
- Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IE. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Braz J Psychiatry*. 2018;40:12-8.
- World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 19]. 32 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
- Wanzinack C, Tomoto A, Oliveira AL. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. *Diver Rev Elet Interdisciplinar* [Internet]. 2017[cited 2020 Apr 13];10(2):106-17. Available from: <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/54974/34899>
- Marinho F, Passos VM, Barboza SE. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(4):713-24.
- Malta DC, Minayo MC, Soares AM Filho, Silva MM, Montenegro MM, Ladeira RM. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(Supl 1):142-56.
- Sistema de Informação sobre Mortalidade/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (SIM/Datasus) [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/>
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2020 Dec 16]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=4AC3DD029AD1038F87AA51F04A0AFB2F?sequence=1
- Coutinho MP, Pinto AV, Cavalcanti JG, Araújo LS, Coutinho ML. Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psic Saúde Doenças*. 2016;17(3):338-51.
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça; 1990 [cited 2020 Jan 7]. Available from: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- World Health Organization. The global strategy for women's, children's and adolescent's health (2016-2030) [Internet]. 2015 [cited 2020 may 16]. Available from: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>
- Florêncio CB, Silva SS, Ramos MF. Adolescent perceptions of stress and future expectations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2017;27(66):60-8.
- Magnani RM, Staudt AC. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando Fam*. 2018;22(1):75-86.
- Sousa CM, Mascarenhas MD, Gomes KR, Rodrigues MT, Miranda CE, Frota KM. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:33.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de pesquisas, coordenação de trabalho e rendimento. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua 2012-2019 [Internet]. Brasil: IBGE; 2019 [cited 2020 Dec 12]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=resultados>
- Fundação Abrinq. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 9]. 94p. Available from: https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2020-03/cenario-brasil-2020-1aedicao.pdf?utm_source=noticia-cenario
- Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 24. v. 50 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. 2019 [cited 2020 dec 12]. Available from: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>
- Morais RM, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde Debate*. 2017;41(spe):101-17.
- Kim HJ, Fay MP, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. 2000;19(3):335-51.
- Figueiredo AE. Suicida: avaliação e manejo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3633-4.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina [Internet]; 2014. [cited 2021 Feb 7]. 52p. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi-5FSX59juAhV2JbkGHcPeD1kQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww3.icb.usp.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F08%2FSuicidio-Informando-para-prevenir.pdf&usq=AOvVaw1c10JPQWUKdTSNtX3KVTqY>
- Kreuz G, Antoniassi RP. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. *Psicol Estud*. 2020;25:e42427.
- Rocha PG, Lima DM. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicol Clin* [Internet]. 2019[cited 2020 Dec 7];31(2):323-44. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/07.pdf>
- Bostwick JM, Pabbati C, Gesk JR, Mackean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*. 2016;173(11):1094-100.
- Cicogna JI, Hillesheim D, Hallal AL. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(1):1-7.
- D'Eça Júnior A, Rodrigues LS, Meneses Filho EP, Costa LD, Rêgo AS, Costa LC, et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? *Cad Saúde Coletiva*. 2019; 27(1):20-4.
- Martins Junior DF, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa A. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study. *BMC Public Health*. 2016;16:990.
- Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425.
- Kölves K, De Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26:155-64.

30. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DM. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1721-30.
31. Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investig*. 2018;15(4):376-83.
32. Fernandes FY, Freitas BH, Marcon SR, Arruda VL, Lima NV, Bortolini J, et al. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(4):e2020117.
33. Matos CC, Tourinho FS. Saúde da população negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018[cited 2021 Feb 14];13(40):1-13. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1706/914>
34. Yildiz M, Orak U, Walker MH, Solakoglu O. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death Stud*. 2019;43(6):365-71.
35. Mueller A, Abrutyn S. Suicidal Disclosures among Friends: Using Social Network Data to Understand Suicide Contagion. *J Health Soc Behav*. 2015;56(1):131-48.
36. Kölves K, De Leo D. Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: changes in the past two decades. *B J Psych*. 2014;205(4):283-5.
37. Brás M, Jesus S, Carmo C. Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação Suicida em Adolescentes. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 9];17(2):132-49. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862016000200003&lng=pt