



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARINA LEÃO DE MATOS

VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS  
NO DISTRITO FEDERAL DE 2017 A 2021

BRASÍLIA/DF

2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARINA LEÃO DE MATOS

VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS  
NO DISTRITO FEDERAL DE 2017 A 2021

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Ivan Ricardo Zimmermann

BRASÍLIA/DF  
2023

CARINA LEÃO DE MATOS

VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES E ADULTOS  
JOVENS OCORRIDA NO DISTRITO FEDERAL DE 2017 A 2021

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
aobtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva  
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Ivan Zimmermann (Presidente)  
Universidade de Brasília (UnB) - PPGSC

Vivian Siqueira Santos Gonçalves  
Universidade de Brasília (UnB) - PPGSC

Gláucia Talita Possolli  
Membro externo

*Aos jovens vítimas de violência,  
Sintam-se abraçados e acolhidos. Que este trabalho possa contribuir para a  
visibilidade do seu sofrimento.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional às minhas escolhas, minha trajetória pessoal e profissional. Vocês me inspiram a ser melhor e transformam cada página da minha vida. Nunca terei palavras suficientes para expressar meu amor e agradecimento.

Ao meu esposo, Ailson, agradeço pelo companheirismo, parceria, amor e paciência. Agradeço pelas muitas vezes que assumiu atividades e responsabilidades com nossas filhas e familiares, que normalmente seriam minhas. Deixo registrado aqui meu reconhecimento pela sobrecarga que imputou em determinados momentos para que eu pudesse dar continuidade nesse caminho que escolhi.

Às minhas filhas, ainda que não entendam o porquê de ser “mãe, médica, estudante e professora”, agradeço por serem a minha motivação para minha evolução. Por me ensinar a apreciar e aproveitar os momentos, saborear as coisas simples e enxergar com encanto e leveza nossa passagem.

Aos meus pais, pelo exemplo de persistência, coragem e integridade. Os valores que carrego serão sempre mérito da semente que plantaram.

Às minhas amigas, em especial Rosangela, Vilma e Luciane, pelo ombro, aprendizado, força e, principalmente, pelas risadas. Os desafios da vida tornam-se mais leves quando temos com quem contar, uma boa companhia e café. Sem a presença de vocês, essa conquista seria muito mais difícil.

Por fim, ao Prof. Dr. Ivan Zimmermann, pelo aprendizado, apoio, incentivo e orientação.

*“... Cada um sabe a alegria  
E a dor que traz no coração.”  
Epitáfio - Titãs*

## **RESUMO**

A preocupação com a saúde mental dos jovens e adolescentes tem sido objeto de discussão em todo o mundo, à medida que observamos um aumento alarmante nas taxas de tentativas de suicídio nesse grupo populacional. O Distrito Federal (DF) não é exceção, apresentando um aumento dessas tentativas entre 2017 e 2021. O objetivo deste artigo é analisar a letalidade por violência autoprovocada em residentes do DF, com idade entre 10 e 24 anos, entre 2017 e 2021. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa, com utilização de dados secundários dos casos de tentativa de autoextermínio (TAE) e óbitos por autoextermínio. O resultado desta análise mostrou que, apesar do aumento das TAE, nesse mesmo período houve uma diminuição na letalidade desses atos. No entanto, há que se considerar a carga global do suicídio e suas tentativas para a população jovem e a importância disso para a saúde pública.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativas de suicídio; Epidemiologia, Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

The concern with the mental health of youth and adolescents has been the subject of discussion worldwide, as we observe an alarming increase in the rates of suicide attempts in this population group. The Federal District (DF) is no exception, showing an increase in these attempts between 2017 and 2021. The objective of this article is to analyze the lethality by self-harm violence in residents of the DF, aged 10 to 24 years, between 2017 and 2021. This is a descriptive and retrospective study of quantitative approach, of ecological type, with use of secondary data of cases of attempted self-extermination (TAE) and deaths by suicide. The result of this analysis showed that, despite the increase in the cases of TAE, in this same period there was a decrease in the lethality of these acts. However, one must consider the overall burden of suicide and its attempts on the young population and the importance of this for public health.

Keywords: Attempted suicide, Suicide, Epidemiology, Public Health.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 População do Distrito Federal por Região Administrativa.

Figura 2. Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal contendo as Regiões Administrativas

Figura 3. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por ano, segundo sexo de 2017 a 2021.

Figura 4. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por semana, segundo sexo de 2017 a 2021.

Figura 5. Distribuição da incidência de tentativa de autoextermínio, por ano e faixa etária, de 2017 a 2021.

Figura 6. Distribuição da incidência de tentativas de autoextermínio, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Figura 7. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021

Figura 8. Relação entre coeficiente de incidência e índice de vulnerabilidade social da região de residência dos casos de tentativa de autoextermínio no Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

Figura 9. Curva de tendência para o Distrito Federal das taxas de incidência de tentativas de autoextermínio, por região de residência no Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

Figura 10. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por ano e sexo, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Figura 11. Distribuição do coeficiente de mortalidade por região de saúde, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Figura 12. Distribuição de óbitos por autoextermínio, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Figura 13 Distribuição da taxa letalidade, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Distribuição do número dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Tabela 2. Distribuição do número dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021, em relação ao sexo e faixa etária.

Tabela 3. Perfil Epidemiológico dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Tabela 4. Distribuição dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

Tabela 5. Coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, por faixa etária, de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

Tabela 6. Coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, por região de saúde e faixa etária, das tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

Tabela 7. Distribuição do número dos óbitos autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Tabela 8. Distribuição do número dos óbitos autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021, em relação ao sexo e faixa etária.

Tabela 9. Perfil Epidemiológico dos óbitos por autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Tabela 10. Distribuição dos casos de suicídio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

Tabela 11. Coeficiente de mortalidade, por 100.000 habitantes, por autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

Tabela 12. Coeficientes de mortalidade por autoextermínio, por 100.000 habitantes, por região de saúde e faixa etária, dos residentes do Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

Tabela 13. Distribuição da taxa de letalidade por autoextermínio, por região de saúde e faixa etária, dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CDC Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CID-10 10ª Classificação Internacional de Doenças

DO Declaração de Óbito

IVS Índice de Vulnerabilidade Social

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

RA Regiões Administrativas

SES-DF Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIM Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TAE Tentativa de autoextermínio

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<i>Adolescência e saúde mental</i>	3
<i>Saúde mental dos jovens, covid-19 e vulnerabilidades</i>	5
<i>Violência e suicídio</i>	7
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<i>Geral</i>	9
<i>Específicos</i>	9
<b>4. MÉTODO</b>	<b>10</b>
<i>Delineamento</i>	10
<i>População</i>	13
<i>Variáveis</i>	13
<i>Fonte de dados</i>	13
<i>Análise dos dados</i>	14
<i>Aspectos éticos</i>	16
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<i>Tentativas de autoextermínio</i>	17
<i>Suicídio</i>	27
<i>Letalidade</i>	35
<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>37</b>
<i>Limitação do estudo</i>	40
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

Conhecer o perfil dos adolescentes e jovens que tentam e morrem por autoextermínio é imprescindível para a adoção de medidas preventivas e de intervenção precoce nos pacientes. E esta tornou-se a pergunta desta pesquisa.

Com o conhecimento do comportamento dessa população, na região do Distrito Federal, e comparando os anos anteriores com o período de pandemia, o estudo contribui para identificar o perfil desse paciente, orientando a gestão, direcionando as políticas públicas e concentrando esforços e atenção para o período pós-pandemia.

Ainda há a necessidade de estudos sobre o acesso à rede de saúde desses pacientes, bem como a melhoria das políticas públicas visando a quebra das barreiras de acesso existentes, como medida essencial para redução do risco de suicídio. Nesse contexto, o cenário da pandemia de covid-19 e distanciamento social ampliam possibilidades para o estudo desses casos.

Este trabalho tem o intuito de evidenciar essa população no Distrito Federal (DF), comparar o panorama atual com os anos anteriores e analisar a letalidade por autoextermínio em adolescentes e jovens residentes do Distrito Federal, através do cálculo do coeficiente de letalidade.

A vigilância das doenças não transmissíveis de notificação compulsória tem sua importância fundamental dada a alta morbimortalidade, gerando enorme impacto social e econômico. A repercussão da violência gera elevados custos com atendimentos em pronto socorro, usualmente com repetidas tentativas, ou ambulatoriais, como também os custos sociais e pessoais, com impacto importante na qualidade de vida daquelas que acabam por tentar o autoextermínio, dos familiares e todos aqueles que convivem em sociedade.

Portanto, a caracterização do perfil do paciente que tenta o autoextermínio se faz digna pela possibilidade de identificar e reconhecer esse paciente, viabilizar a criação de estratégias de prevenção, cuidado e

proteção às vítimas e formar um meritório instrumento de política pública, ajudando a dimensionar a questão e determinar a necessidade de investimentos na vigilância em saúde.

## 2. INTRODUÇÃO

### *Adolescência e saúde mental*

No desenvolvimento humano, há uma fase em que ocorrem grandes transformações de caráter biológico e psicossocial, a adolescência. O Ministério da Saúde, em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), define adolescência como o período entre 10 e 19 anos. Entretanto, em função da necessidade de atendimentos específicos aos jovens e suas vulnerabilidades, o Ministério da Saúde ampliou o atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos com instituição do Estatuto da Juventude, que estendeu os direitos para jovens com faixa etária além da contemplada pelo Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 2010; 2017b).

Nesse contexto, ressalta-se a importância da mudança na legislação brasileira e ampliação do atendimento a adolescentes e adultos jovens para determinar os direitos desse público. Busca-se a atenção à saúde dos indivíduos dessa faixa etária, uma vez que os jovens são considerados, em geral, um grupo saudável e o acesso aos serviços de saúde por vezes ainda é prejudicado por essa visão (BRASIL, 2010; WHO, 2021a; 2023).

As novas determinações são decisivas para auxiliar em um problema que acomete a população jovem, os transtornos de saúde mental. A importância da saúde mental é inquestionável, uma vez que a OMS define que saúde é o estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. Esse conceito chama a atenção para a integralidade do indivíduo. Já a saúde mental é definida como bem-estar no qual um indivíduo reconhece suas habilidades, lida com o estresse e é capaz de trabalhar produtivamente, contribuindo para sua comunidade (WHO, 2023).

Durante a adolescência, alterações físicas, emocionais e/ou sociais, podem torna-los vulneráveis a problemas de saúde mental. Fatores diversos podem contribuir no desenvolvimento desses transtornos na adolescência, como por exemplo, preocupações com a aparência, peso, altura, exposição à violência e problemas socioeconômicos. Estima-se que 45% da carga global da doença para pessoas entre 10 e 24 anos é relacionada à saúde mental. A maior parte das patologias iniciam antes da vida adulta, sendo que 50%

acontecem aos 14 anos (CAMPION; JAVED; LUND; SARTORIUS *et al.*, 2022; WHO, 2021a).

Os transtornos podem se apresentar com intensidades variáveis e, dentre os casos, as alterações do humor estão entre as mais frequentes. A depressão, por exemplo, é responsável por mais de 14% dos anos vividos com incapacidade no mundo e pode fazer com que a pessoa afetada sofra e tenha sua capacidade prejudicada no trabalho, na escola e na família. Além disso, tem uma associação importante com a violência, sendo um importante preditor do suicídio (CHEN; SONG; HUANG; LI, 2023; COLLABORATORS, 2022; LIN, 2023; SILVA; DE ALMEIDA MACHADO; CARNEIRO; AZEVEDO *et al.*, 2019).

Quadros de depressão na adolescência tem particularidades em comparação ao mesmo quadro em adultos. Isso decorre por características próprias dessa fase de vida, propícia a riscos, medos e instabilidades. Portanto, quando falamos em jovens com transtornos de humor, estes podem apresentar instabilidade emocional, irritabilidade, crises de raiva e outras alterações comportamentais. Além disso, são frequentes os sentimentos como desesperança, desinteresse, apatia, culpa, alterações do padrão de sono, alterações de apetite e peso, isolamento e ideação suicida (DE LIMA ARGIMON; TERROSO; DE SÁ BARBOSA; LOPES, 2013). Em 2016, o autoextermínio foi a segunda principal causa de morte entre 15 a 29 anos no mundo. Estimativas mais recentes, identificam o suicídio como segunda causa de morte entre pessoas de 10 a 14 anos e a terceira entre 15 e 24 nos Estados Unidos. Adicionalmente, cabe salientar que o atraso médio do início dos sintomas para o tratamento dos transtornos de humor é de 11 anos (CAMPION; JAVED; LUND; SARTORIUS *et al.*, 2022; COLLABORATORS, 2022; NAMI, 2022; WHO, 2021b).

O suicídio ou a sua tentativa em adolescentes tem como principal fator de risco a depressão, apesar de não ser o único fator relacionado. Modelos teóricos do comportamento suicida descrevem também outros fatores de risco que podem ser desencadeados a partir de traumas, abusos na infância, sentimento de perda ou destruição, desregulamentação emocional e exclusão



social. Os fatores de risco de suicídio associados ao impacto de um evento estressante, tal como a pandemia, resultam em dupla vulnerabilidade (BANERJEE; KOSAGISHARAF; RAO, 2021; CARBALLO; LLORENTE; KEHRMANN; FLAMARIQUE *et al.*, 2020; DÍAZ-OLIVÁN; PORRAS-SEGOVIA; BARRIGÓN; JIMÉNEZ-MUÑOZ *et al.*, 2021; NAMI, 2022).

#### *Saúde mental dos jovens, covid-19 e vulnerabilidades*

Ribeiro e Moreira, em sua análise sobre o suicídio em adolescentes e jovens no Brasil, mostraram um aumento nos suicídios e ideações suicidas nas faixas etárias mais jovens. E, salientam ainda, que os jovens são considerados vulneráveis ao suicídio, com causas sociais e biológicas, evidenciando um alto impacto e de modo sustentado (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Deste modo, há que se ampliar o acompanhamento dos efeitos da pandemia da covid-19 para além das condições de saúde dos infectados. Um relatório sobre morbidade e mortalidade do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) comparou a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão dos primeiros meses de pandemia com a do ano anterior, reportando um aumento importante de adversidades à saúde mental, uso de substâncias e ideação suicida (CZEISLER; LANE; PETROSKY; WILEY *et al.*, 2020).

Em eventos anteriores, foi observado que as taxas de suicídio diminuem durante os desastres naturais ou epidemia, mas aumentam após a crise. Essa preocupação se evidencia uma vez que durante a pandemia da covid-19 houve a necessidade da adoção de medidas de mitigação pela alta contagiosidade, morbidade e mortalidade da infecção (GOTO; OKUBO; SKOKAUSKAS, 2022; WASSERMAN; IOSUE; WUESTEFELD; CARLI, 2020).

As medidas de afastamento social afetaram diretamente a população jovem. As vulnerabilidades sociais, o medo, o rompimento dos vínculos em função do distanciamento, a manutenção em ambiente familiar desfavorável, a presença de conflitos familiares, associados aos problemas emocionais e

comportamentais próprios da idade, são fatores de risco para o desencadeamento de doenças psiquiátricas no jovem. Não obstante, os efeitos da pandemia influenciaram negativamente nos fatores de proteção da saúde mental, como o convívio com amigos, a frequência e a observação no ambiente escolar, o suporte social e da comunidade (FILGUEIRAS; STULTS-KOLEHMAINEN, 2022; GOTO; OKUBO; SKOKAUSKAS, 2022; MARQUES; MORAES; HASSELMANN; DESLANDES *et al.*, 2020).

Nesse contexto, estudos sugerem que o isolamento social e a solidão aumentam o risco de depressão e ansiedade em crianças e adolescentes. A solidão pode levar ao desespero, e o isolamento é um fator de risco de suicídio. Tentativas de suicídio e ideação suicida em uma amostra de pacientes entre 11 e 18 anos de idade, hospitalizados durante a covid-19 com quadros psiquiátricos, mostraram que houve mais episódios de TAE e ideação suicida durante a pandemia, quando comparado ao ano anterior. Especificamente, a ideação suicida relacionada à covid-19 foi relacionada a problemas financeiros, conflitos dentro de casa e mudanças nas circunstâncias de vida (O'SHEA; PHILLIPS; O'SHEA; RONEY, 2022; SHER, 2020).

Problemas financeiros estão frequentemente associados a uma perda de autoestima, desesperança, depressão, abuso de álcool e drogas, dificuldades domésticas. Na vigência da pandemia, o aumento ou início do uso de álcool e outras drogas pelas populações jovens foi documentado, assim como a íntima relação entre o uso de substâncias, comportamento suicida e aumento dos casos de violência. A história de violência pode servir de gatilho para a tentativa de autoextermínio e automutilação, sendo a violência doméstica um fator relevante (BORGES; BAGGE; CHERPITEL; CONNER *et al.*, 2017; MARQUES; MORAES; HASSELMANN; DESLANDES *et al.*, 2020; YARD; RADHAKRISHNAN; BALLESTEROS; SHEPPARD *et al.*, 2021).

## *Violência e suicídio*

A OMS define como violência:

“o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A partir da definição, a OMS estabelece grupos cuja tipologia acompanha o Relatório Mundial da OMS de 2002. A categorização do fenômeno a partir de suas manifestações compreende: a violência coletiva; a violência interpessoal e a violência auto infligida, em que o próprio sujeito pratica contra si e engloba ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio e suicídio.

Além disso, a OMS coloca que fatores biológicos e psicossociais explicam algumas das predisposições à agressão. E, ainda, que essas condições interagem com aspectos familiares, comunitários, culturais e externos, contribuindo para uma situação propícia à violência, que pode ser de natureza física, sexual, psicológica ou envolvendo privação ou negligência. (OMS, 2002)

Nesse sentido, as interseções entre os diversos fatores individuais e ambientais, como o estresse familiar relacionado à pobreza ou ao desemprego, altos níveis de violência na comunidade, isolamento social, saúde mental e problemas de abuso de substâncias, interagem sinergicamente como fatores de risco ligados a violência, por vezes, de mais de uma natureza. Com isso, algumas pessoas sob risco vivenciam mais de um tipo de violência e tem efeitos prejudiciais não só a curto, mas também a longo prazo (OMS, 2002; WHO, 2019).

É o caso das crianças e adolescentes que são vítimas de violência. A violência contra crianças é aquela que ocorre do nascimento até os 18 anos de idade. Como ocorre em um momento em que o cérebro está em desenvolvimento, a violência tem impacto na função cerebral, bem-estar, cognição e saúde mental das vítimas. Comportamentos de risco à saúde - como propensão ao fumo, abuso de álcool e outras drogas, comportamento

sexual de alto risco, alterações no funcionamento social e baixo desempenho educacional e profissional; são observados nos jovens e adultos que foram vítimas de violência na infância (WHO, 2019; 2022).

Portanto, os fatores de risco relacionados à violência autoprovocada, seja ideação ou o suicídio, já foram descritos e determinados, destacando-se relações hostis, familiares e com a comunidade, distanciamento emocional, conflitos com pares, histórico de maus-tratos e exposição às práticas pobres de parentalidade. No entanto, também pode-se identificar condições de proteção e prevenção como, por exemplo: apoio familiar, vínculos sólidos em contextos educacionais, sociais e de saúde, estabilidade econômica, programas para crianças e jovens nas comunidades e investimento em estratégias que garantem os direitos e promoção à saúde das crianças, adolescentes e sua família, entre outros (CARBALLO; LLORENTE; KEHRMANN; FLAMARIQUE *et al.*, 2020; WHO, 2019).

### 3. OBJETIVOS

#### *Geral*

Analisar as características epidemiológicas das tentativas de autoextermínio em adolescentes e jovens residentes do Distrito Federal entre 2017 e 2021.

#### *Específicos*

- (i) Descrever o perfil epidemiológico das notificações de tentativas de autoextermínio e dos registros de óbitos por suicídio do sistema de informação de mortalidade e no período de 2017 e 2021 no Distrito Federal.
- (ii) Estimar os coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade por região de saúde e faixa etária.
- (iii) Analisar a relação do índice de vulnerabilidade social das regiões de saúde do Distrito Federal e os coeficientes de incidência e mortalidade.

## 4. MÉTODO

### *Delineamento*

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e ecológico, com utilização de dados secundários. O estudo segue as diretrizes de relato de estudos observacionais com dados secundários REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected Data (RECORD) (BENCHIMOL; SMEETH; GUTTMANN; HARRON *et al.*, 2015).

### *Contexto*

*O estudo considera o contexto dos registros de óbitos e tentativas de autoextermínio de habitantes do Distrito Federal durante o período de 2017 a 2021. O Distrito Federal é composto de uma área territorial de 5.760 km<sup>2</sup>. Atualmente, ele é dividido em 33 regiões administrativas (RA), sendo as duas mais recentes, Sol Nascente/Pôr do Sol e Arniqueira, criadas em 2019 (IBGE, 2023). Como este trabalho se utiliza de dados a partir de 201, quando o DF possuía 31 RA, não será utilizada a divisão de RA da atualidade, conforme Figura 1.*

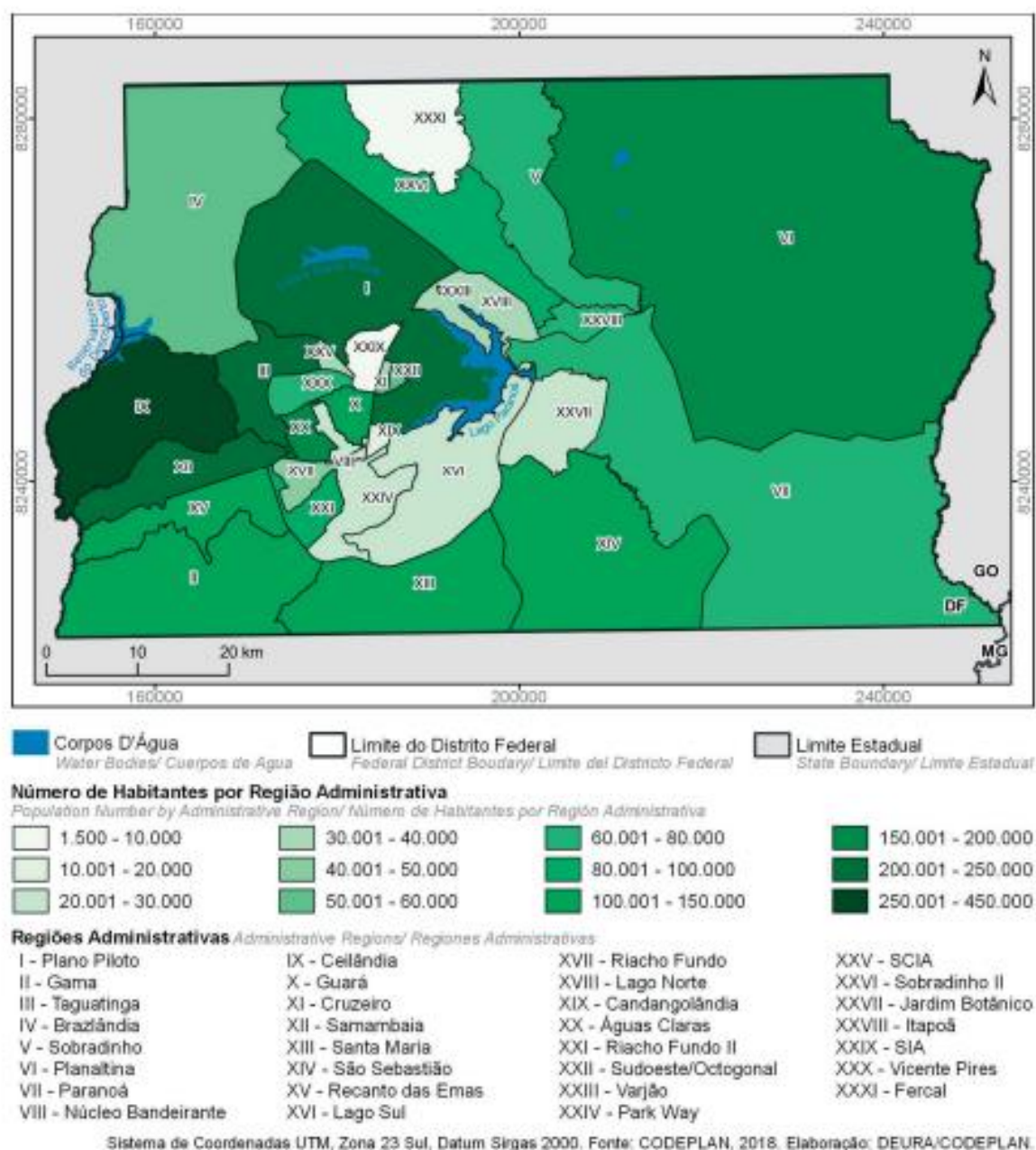


Figura 1. População do Distrito Federal por Região Administrativa.

Fonte: CODEPLAN. Atlas do Distrito Federal 2020. (CODEPLAN, 2020a)

Em relação a população, o DF teve sua projeção populacional para o ano de 2021 de um total de 3.052.546 habitantes sendo 51,9% de mulheres. Para a população em foco neste estudo, a projeção para o mesmo ano é de 693.134 pessoas, com 50,6% do sexo masculino (CODEPLAN, 2022).

Quanto à ocupação do território, a população urbana no Distrito Federal está distribuída por todas as 31 Regiões Administrativas. Segundo dados da

projeção para 2020, da CODEPLAN, a Ceilândia apresenta maior população urbana, seguida pela Samambaia (CODEPLAN, 2017).

No entanto, para as ações de saúde, a SES-DF divide a área do DF em 7 RS, cada uma com uma superintendência responsável por todos os níveis de atenção. São elas: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste, conforme Figura 2.



Figura 2. Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal contendo as Regiões Administrativas

Fonte: Manual de gerenciamento local da atenção primária à saúde do DF, 2021 (SES-DF, 2021).



### *População*

A população de estudo foi constituída a partir dos registros de violência autoprovocada relacionada a adolescentes e adultos jovens (idade entre 10 e 24 anos) residentes no Distrito Federal.

Foram considerados todos os casos notificados como caso de lesão autoprovocada para os casos de tentativa de autoextermínio; e todos os óbitos registrados com causas básicas pelos códigos X60 a X84, da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS.

### *Variáveis*

O estudo considerou os dados de variáveis categóricas e discretas disponíveis nos bancos de dados de notificação de tentativas de autoextermínio e registro de óbitos. As variáveis dos bancos de dados de notificação incluíram: data de nascimento, sexo, data de notificação, data de ocorrência, bairro de residência, episódios anteriores, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, objeto ou substância quente, envenenamento, arma de fogo, outro meio e uso de álcool.

Em relação às variáveis dos registros de óbitos, foram utilizadas as variáveis: data de nascimento, sexo, local de ocorrência, data do óbito e código do estado de ocorrência. Adicionalmente, o estudo também considerou as relações com os dados do índice de vulnerabilidade social (IVS), um indicador composto por uma seleção de indicadores básicos que representam diferentes aspectos da vulnerabilidade social experimentada pela população do Distrito Federal, divididos por Regiões Administrativas.

### *Fonte de dados*

A pesquisa foi desenvolvida utilizando a base de dados relativos às notificações nos sistemas de informação: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM),

após a solicitação formal de disponibilização à Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estados de Saúde do Distrito Federal.

O Sinan é um sistema de vigilância nacional alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Dentro deste escopo, as tentativas de autoextermínio (TAE) são consideradas agravos de notificação compulsória imediata. Portanto, sua comunicação deve ser realizada pela secretaria municipal de saúde em um prazo de até 24 horas do ocorrido (BRASIL, 2017a). No caso do DF, essa notificação é realizada pela SES-DF, uma vez que o DF não possui municípios.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é também um sistema de vigilância nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. Seu registro é obrigatório em todos os óbitos independentemente das causas. Em anexo, encontram-se os formulários originais referentes às notificações de casos de violência (anexo A) e a declaração de óbito (anexo B).

Adicionalmente, os dados populacionais foram coletados da sala de situação da SES-DF e o índice de vulnerabilidade social, do Portal de Informações Estatísticas do Distrito Federal (CODEPLAN, 2020; SES-DF, 2023). Nestas fontes, foi possível obter os dados demográficos - foram utilizados as projeções populacionais, por sexo e, para as regiões de saúde do Distrito Federal (RS), realizadas e apresentadas na sala de situação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF, 2023).

### *Análise dos dados*

Os dados solicitados foram disponibilizados em planilha eletrônica do software Microsoft Excel®. Posteriormente, a manipulação e análise dos dados foram realizadas em linguagem R com apoio da sua interface RStudio,

versão 1.4.1717 e dos pacotes: readxl, dplyr, stringi, stringr, ggplot2, readr, lubridate, tidyverse, epitools, scales, kableExtra, flextable, gtsummary, sqldf, patchwork, forecast, sf, collapse, ggrepel, hrbrthemes, ggthemes, ggmap, cowplot e Epi. Adicionalmente, foi utilizado o software QGIS versão 3.16 para a confecção da imagem do mapa das regiões de saúde do Distrito Federal.

Para identificar o perfil epidemiológico de adolescentes e jovens no DF que tentam e praticam o autoextermínio foram realizadas análises descritivas dos dados, calculando as frequências simples absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

Para o índice de vulnerabilidade social (IVS) das regiões de saúde do Distrito Federal, foram calculados pela média ponderadas das RA, a partir do IVS do Distrito Federal disponível no INFO-DF. O IVS médio da região foi então correlacionado com os coeficientes de incidência e mortalidade de cada região.

Para descrever a letalidade por suicídio, os dados do SIM foram agrupados por ano, sexo e faixa etária. Posteriormente, foram realizados cálculos dos coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade. O coeficiente de incidência foi calculado pela relação entre o número de casos notificados, como lesão autoprovocada e a população estimada para o ano, respeitando-se as faixas etárias.

$$\text{Coeficiente de incidência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos de TAE notificados no ano}}{\text{População estimada para o ano}} \times 100.000$$

O coeficiente de mortalidade foi calculado pela relação do número de óbitos por suicídio e a população estimada para o ano, respeitando-se as faixas etárias.

$$\text{Coeficiente de mortalidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos por suicídio no ano}}{\text{População estimada para o ano}} \times 100.000$$

O coeficiente de letalidade foi calculado pela relação do número de óbitos por suicídio e o número casos de tentativas no ano, respeitando-se as faixas etárias.

$$\text{Coeficiente de letalidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de \u00f3bitos por suic\u00eddio no ano}}{\text{n}^\circ \text{ de casos de TAE notificados no ano}} \times 100$$

### *Aspectos \u00e9ticos*

O projeto foi submetido ao Comit\u00ea de \u00c9tica em Pesquisas (CEP) da Faculdade de Ci\u00eancias da Sa\u00fade (FS) em 11/03/2022, tendo como coparticipante a FEPECS/SES-DF, e a pesquisa foi iniciada ap\u00f3s a aprova\u00e7\u00e3o, registrada sob o n\u00famero CAAE: 55334122.7.0000.5540.

## 5. RESULTADOS

### *Tentativas de autoextermínio*

Em relação ao banco de dados do Sinan, na avaliação dos casos de tentativas de autoextermínio do período de 01/01/2017 a 31/12/2021, foram registrados 7.328 casos na faixa etária de 10 a 24 anos, distribuídos conforme Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição do número dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Ano	Total de casos (n)	%
2017	393	5.4
2018	1039	14.2
2019	2004	27.3
2020	1753	23.9
2021	2139	29.2
Total	7328	100

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

A idade média dos pacientes foi de  $18,5 \pm 3,41$  anos. Com relação à distribuição por sexo, a idade média foi 18,29 anos no sexo feminino e 19,14 anos no sexo masculino, sendo a maioria dos casos notificados provenientes de pessoas sexo feminino para todas as faixas etárias (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição do número dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021, em relação ao sexo e faixa etária.

Faixa Etária	Sexo		
	Feminino	Ignorado	Masculino
10 a 14	901	0	146
15 a 19	2387	1	834
20 a 24	2157	1	901
Total	5445	2	1881

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

E, ao observar a distribuição do número de casos por ano e sexo, pode-se perceber o aumento no número de casos entre os anos de 2017 e 2021, com registro de frequência absoluta aumentada em 164% em 2018, em relação à 2017.

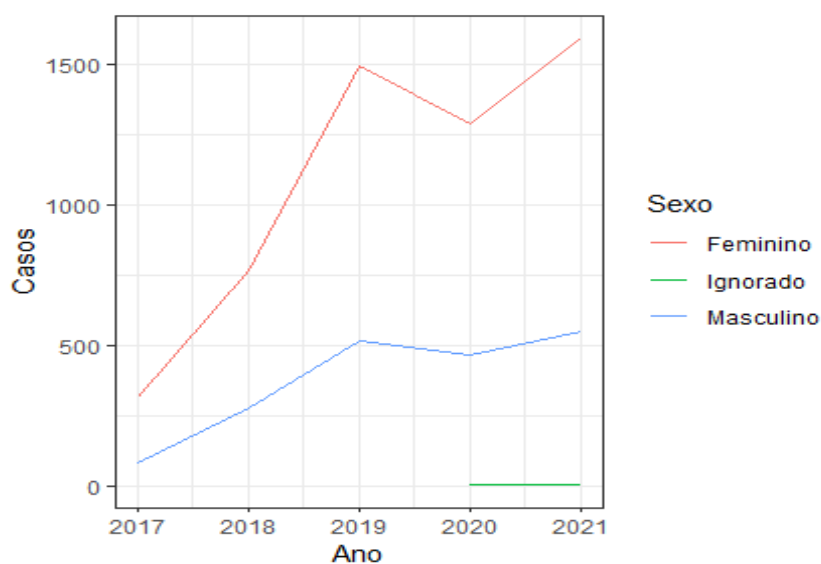


Figura 3. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por ano, segundo sexo de 2017 a 2021.

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

A faixa etária com mais registros de TAE foi entre 15 a 19 anos, com 44% dos casos, sexo feminino (74,3%), e a região com o maior número absoluto de casos foi a região Sudoeste (Tabela 3).

**Tabela 3.** Perfil Epidemiológico dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Variáveis</b>	N = 393 <sup>1</sup>	N = 1,039 <sup>1</sup>	N = 2,004 <sup>1</sup>	N = 1,753 <sup>1</sup>	N = 2,139 <sup>1</sup>
<b>Idade</b>	17.1 (3.6)	18.2 (3.4)	18.5 (3.4)	18.8 (3.3)	18.8 (3.4)
<b>Faixa Etária</b>					
10 a 14 anos	116 (29.5%)	152 (14.6%)	274 (13.7%)	214 (12.2%)	291 (13.6%)
15 a 19 anos	165 (42.0%)	506 (48.7%)	910 (45.4%)	774 (44.2%)	867 (40.5%)
20 a 24 anos	112 (28.5%)	381 (36.7%)	820 (40.9%)	765 (43.6%)	981 (45.9%)
<b>Sexo</b>					
Feminino	312 (79.4%)	766 (73.7%)	1,492 (74.5%)	1,285 (73.3%)	1,590 (74.3%)
Masculino	81 (20.6%)	273 (26.3%)	512 (25.5%)	467 (26.6%)	548 (25.6%)
Ignorado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.0%)
<b>Região de Saúde</b>					
Central	12 (3.5%)	47 (4.9%)	124 (6.5%)	31 (1.9%)	68 (3.4%)
Centro-Sul	27 (7.9%)	103 (10.8%)	271 (14.1%)	194 (11.9%)	286 (14.2%)
Leste	75 (21.9%)	134 (14.1%)	278 (14.5%)	242 (14.8%)	272 (13.5%)
Norte	28 (8.2%)	86 (9.0%)	188 (9.8%)	205 (12.6%)	228 (11.3%)
Oeste	59 (17.3%)	176 (18.5%)	334 (17.4%)	306 (18.8%)	354 (17.6%)
Sudoeste	97 (28.4%)	278 (29.2%)	554 (28.9%)	503 (30.8%)	614 (30.5%)
Sul	44 (12.9%)	128 (13.4%)	170 (8.9%)	151 (9.3%)	190 (9.4%)
Em branco	51	87	85	121	127

<sup>1</sup>Idade: Média (Desvio Padrão); Demais variáveis: Número de casos e Frequência (%)

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Cabe salientar que, em números absolutos, a região Sudoeste foi a que registrou mais casos de TAE em todo o período e também a que concentrou mais casos por ano analisado, nos cinco anos.

Sobre a data de ocorrência, houve variação de 02 casos a 76 casos em uma mesma semana, sendo o pico na 38<sup>o</sup> semana epidemiológica de 2021, contabilizando 76 casos, conforme Figura 4.

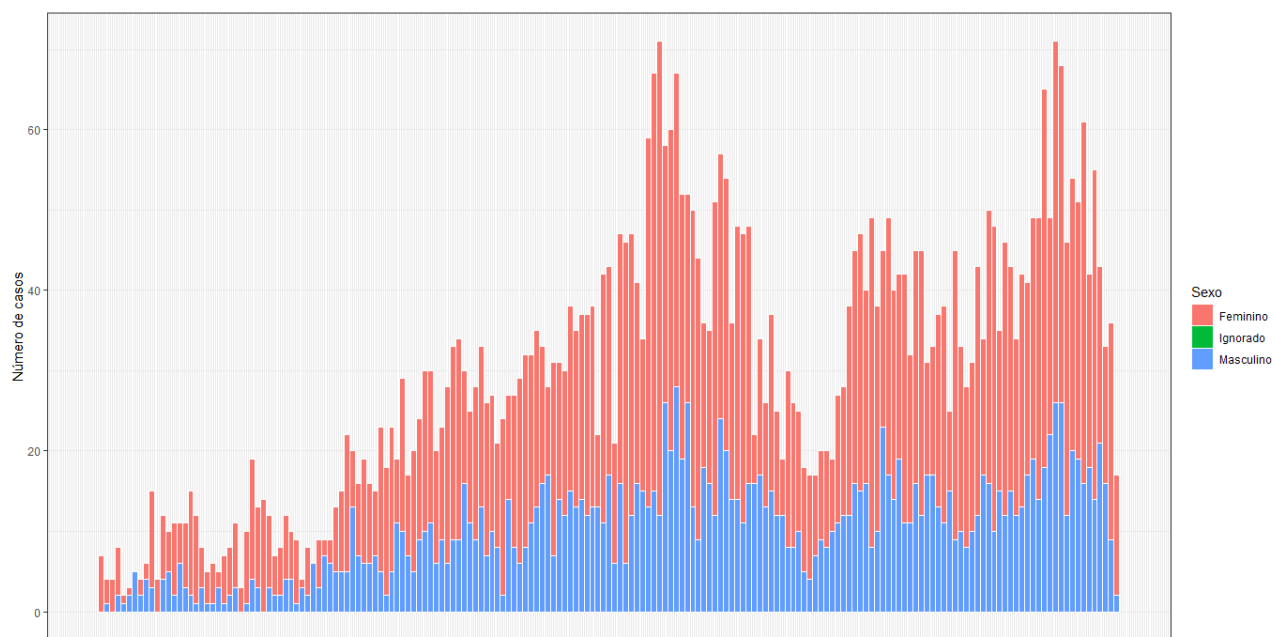


Figura 4. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por semana, segundo sexo de 2017 a 2021.

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Quando analisados os casos por mês, os meses de outubro e setembro contabilizam as maiores frequências mensais, 813 e 812, respectivamente, conforme Tabela 4.

**Tabela 4.** Distribuição dos casos de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

Mês	2017	2018	2019	2020	2021	Total Geral
Janeiro	22	34	103	200	187	546
Fevereiro	16	45	128	164	131	484
Março	26	65	150	182	127	550
Abril	47	90	133	118	131	519
Mai	40	67	145	128	201	581
Junho	39	82	170	64	150	505
Julho	28	108	137	77	153	503
Agosto	26	98	150	131	261	666
Setembro	28	127	257	166	234	812
Outubro	59	113	239	151	251	813
Novembro	27	112	205	221	183	748
Dezembro	41	111	195	141	113	601
Total	399	1052	2012	1743	2122	7328

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.



Quando calculados os coeficientes de incidência, temos para cada 100.000 mil habitantes, para os anos 2017 a 2021 uma variação de 55,56 a 307,71 casos por habitantes no Distrito Federal para todas as faixas etárias estudadas.

À exceção do ano de 2021, pode-se observar que a faixa etária com maior incidência é a faixa dos 15 aos 19 anos. É importante ressaltar que em 2021, o DF também apresentou o maior coeficiente de incidência do período apresentado, ultrapassando 300 casos por 100.000 habitantes, conforme Tabela 5 e Figura 5.

**Tabela 5.** Coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, por faixa etária, de tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Média</b>
10 a 14 anos	16.40	21.51	38.92	30.61	41.86	29,86
15 a 19 anos	23.32	71.62	129.27	110.70	124.72	91,93
20 a 24 anos	15.83	53.92	116.49	109.41	141.12	87,35
Total	55.56	147.05	284.68	250.72	307.71	209,14

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

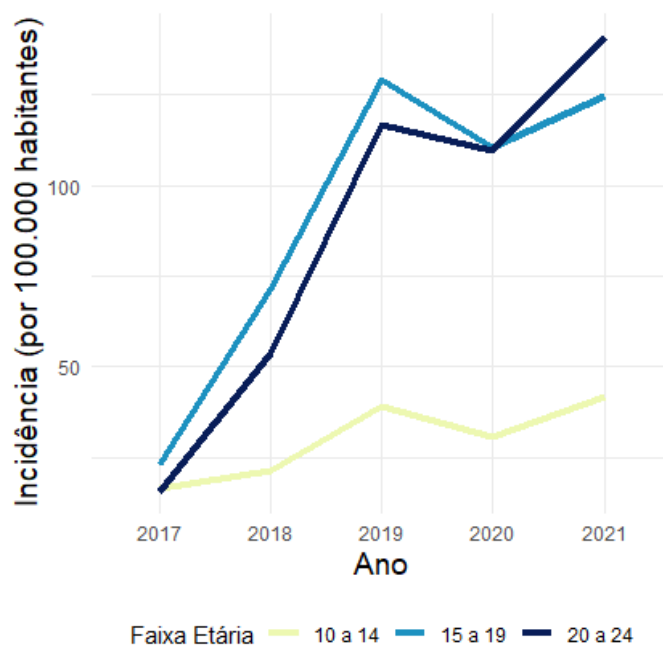


Figura 5. Distribuição da incidência de tentativa de autoextermínio, por ano e faixa etária, de 2017 a 2021

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Quanto à incidência de TAE nas regiões de saúde do DF, a Figura 6 mostra que, em 2017, todas as regiões apresentavam coeficientes menores que 100 casos por 100.000 habitantes. No mesmo ano, a região Leste apresenta o maior coeficiente, 93,19, seguida da região Sul, 63,07 por 100.000 habitantes. Já a região Central apresenta o menor coeficiente, 18,02, seguido da região Norte, 30,62 por 100.000 habitantes. Esses foram os menores coeficientes de todo o período. Em 2018, a região Central se manteve com a menor incidência enquanto a região Sul ultrapassou a da região Leste. No entanto, é importante perceber que em quase todas as regiões de saúde, com exceção da Leste, a incidência foi maior que o dobro da apresentada no ano anterior, tendo a região Central registrado aumento para 71,12 por 100.000 habitantes.

Nos anos de 2019 e 2021, foram registrados os maiores coeficientes. A região Leste em 2019 com 329,35 por 100.000 habitantes e a região Centro-Sul em 2021, com 370,77.

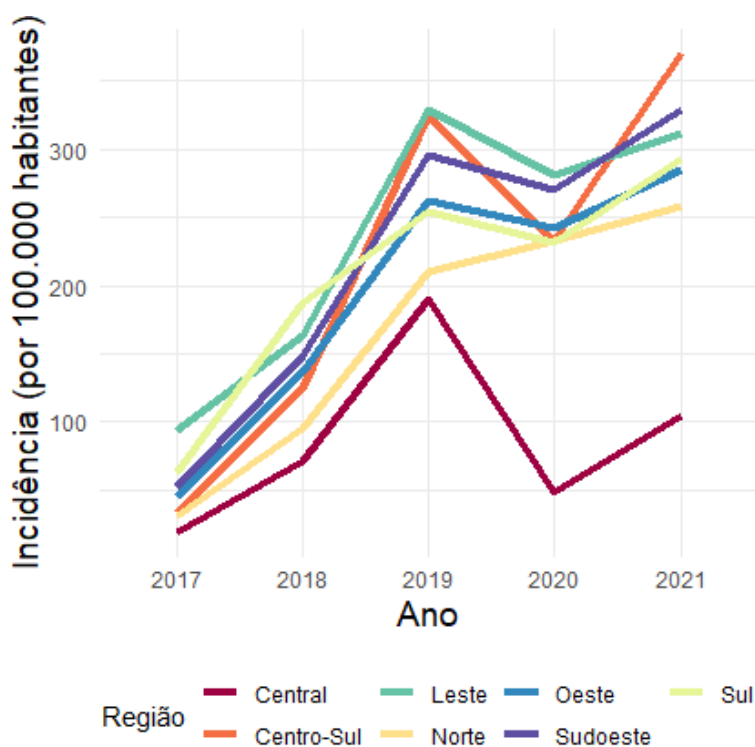


Figura 6. Distribuição da incidência de tentativas de autoextermínio, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

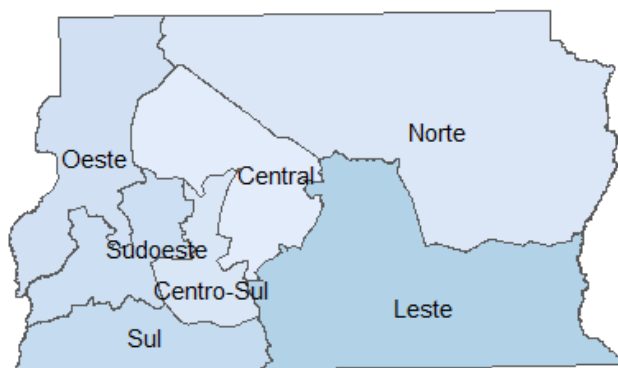
Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

A Figura 7 mostra o mapa de incidência por regiões de saúde no DF em todos os anos estudados. Nota-se o aumento da incidência ao longo dos anos, à exceção da região Central que se mantém com baixas incidências em todo o período, comparativamente às outras regiões. Já a região Centro-Sul, tem o coeficiente aumentado ao longo dos anos, atingindo o tom mais escuro do mapa no ano de 2021.

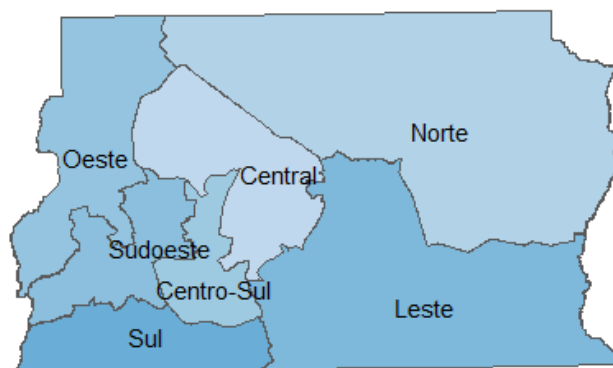
Em relação às faixas etárias, os maiores coeficientes ao longo de todos os anos estão entre 15 e 24 anos. A região Sudoeste na faixa etária de 20 a 24 anos, em 2021, foi a maior incidência registrada.

Quanto à faixa de 10 a 14 anos, à exceção de 2019, a região Oeste foi a que apresentou maiores coeficientes de incidência ao longo do período estudado. Chama a atenção também que a região leste apresentou incidência maior em 2020 que em 2021, ao contrário das outras regiões que registraram valores menores em 2020.

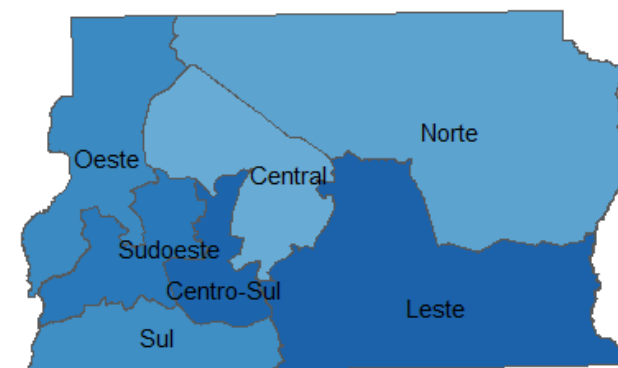
2017



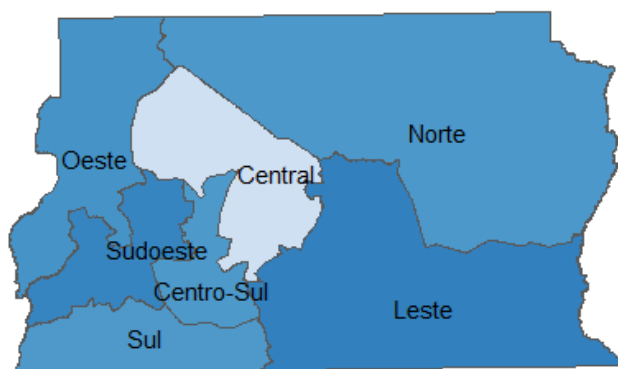
2018



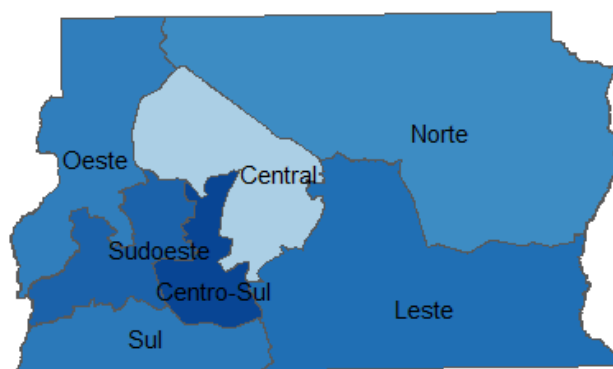
2019



2020



2021



Incidência (100mil hab.)

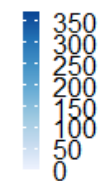


Figura 7. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Fonte: Elaborada pela autora.

Já a faixa etária de 15 a 19 anos, percebe-se valores maiores para a incidência em comparação com a faixa etária anterior e o registro de menor incidência no ano de 2020, em relação ao ano de 2021, exceto na região norte que teve aumento.

**Tabela 6.** Coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, por região de saúde e faixa etária, das tentativas de autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>10 a 14 anos</b>					
Central	9.78	34.27	88.65	19.94	56.09
Centro-Sul	49.57	54.60	137.43	114.92	145.65
Norte	42.89	44.55	155.30	125.54	145.90
Sul	13.54	37.52	43.18	47.52	55.54
Leste	64.29	55.51	164.60	107.79	87.30
Oeste	80.83	159.65	160.22	174.78	255.14
Sudoeste	67.37	94.31	177.77	113.16	241.97
Em branco	7.66	2.75	6.10	9.18	10.48
<b>15 a 19 anos</b>					
Central	31.63	95.55	262.44	74.50	136.86
Centro-Sul	36.95	181.69	477.56	273.04	437.87
Norte	49.79	182.06	382.24	458.84	441.20
Sul	38.24	96.93	130.59	97.28	102.72
Leste	94.98	220.25	397.81	353.67	399.23
Oeste	94.72	288.39	512.59	461.77	463.42
Sudoeste	82.98	296.34	541.99	490.29	578.64
Em branco	7.93	20.42	15.86	22.98	20.05
<b>20 a 24 anos</b>					
Central	12.50	80.23	210.28	48.14	115.15
Centro-Sul	16.11	126.46	329.69	279.31	465.53
Norte	28.36	137.74	284.34	322.71	421.38
Sul	18.22	68.02	95.04	95.12	139.50
Leste	85.82	160.80	356.58	343.41	407.18
Oeste	44.37	191.21	484.03	398.42	465.16
Sudoeste	74.40	246.60	550.92	544.17	609.34
Em branco	6.10	12.87	13.54	18.59	22.72

Fonte: Sinan. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

O IVS do Distrito Federal em 2020 foi 0,34, refletindo uma faixa média de vulnerabilidade. Quando calculado o IVS médio por região, por uma média

ponderada por população de cada região, obteve-se os seguintes IVS: 0,158 da Região Central; 0,331 da Região Centro-Sul; 0,337 da Região Sudoeste; 0,359 da Região Sul; 0,398 da Região Norte; 0,422 da Região Oeste e 0,433 da Região Leste. A correlação entre o IVS da região e o coeficiente de incidência de TAE na região, pelo método de Pearson foi de 0,352, mostrando uma correlação moderada entre maiores valores de incidência para as regiões com IVS maior. O valor p obtido foi de 0,038, mostrando ser estatisticamente significativa, conforme Figura 8.

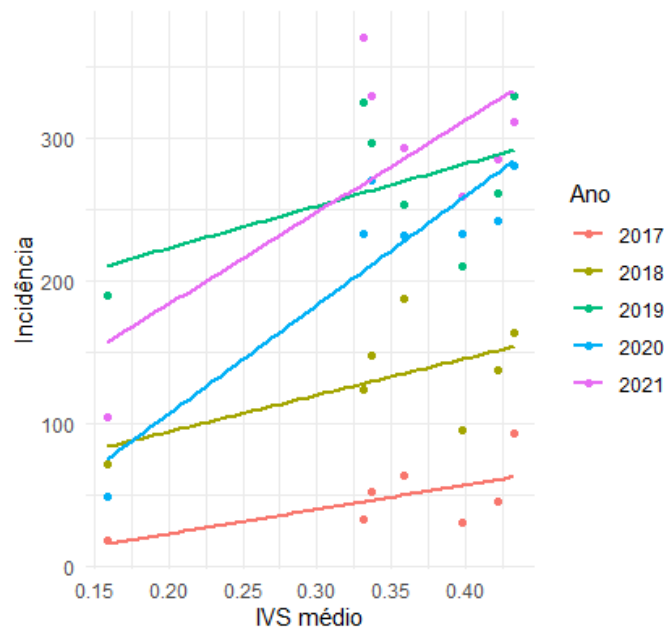


Figura 8. Relação entre coeficiente de incidência e índice de vulnerabilidade social da região de residência dos casos de tentativa de autoextermínio no Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

Fonte: Elaborada pela autora.

Salienta-se que a magnitude do efeito dessa correlação variou ao longo dos anos, mas ficou ao longo do período estudado a linha de tendência para o DF tem com uma importante alteração na inclinação, mostrando aumento considerável (Figura 9).

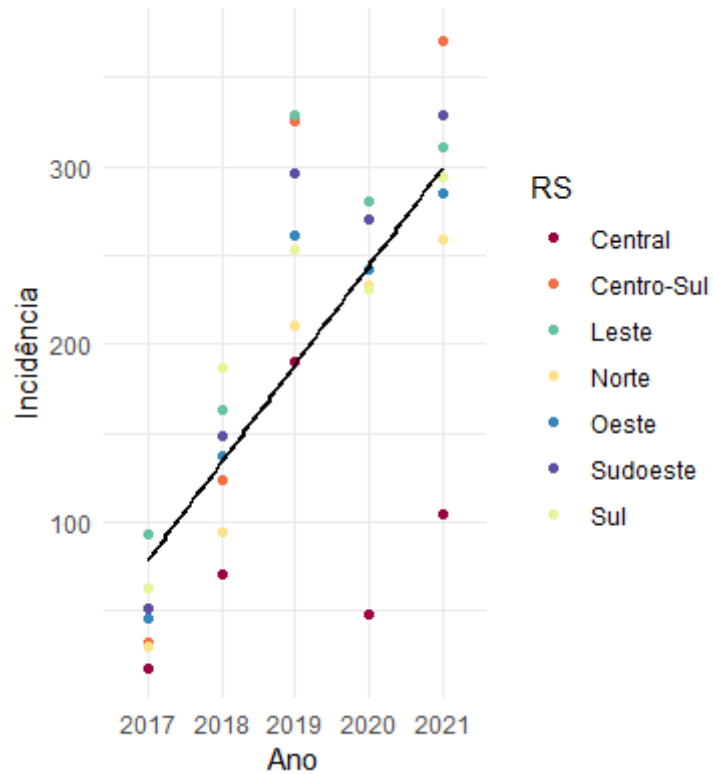


Figura 9. Curva de tendência para o Distrito Federal das taxas de incidência de tentativas de autoextermínio, por região de residência no Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

Fonte: Elaborada pela autora.

### *Suicídio*

Sobre o banco do SIM, na avaliação dos casos de suicídio do período de 01/01/2017 a 31/12/2021 foram 219 óbitos na faixa etária estudada, variando de 34 a 50 óbitos/ano, conforme Tabela 7.

**Tabela 7.** Distribuição do número dos óbitos autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

<b>Ano</b>	<b>Total de óbitos (n)</b>	<b>%</b>
2017	43	19.6
2018	50	22.8
2019	48	21.9
2020	34	15.5
2021	44	20.2
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>100%</b>

Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

No DF, no período, observa-se na população geral uma proporção de, aproximadamente, 9 tentativas para cada óbitos em 2017; 21 em 2018; 42 em 2019, 52 em 2020 e 49 em 2021. A idade média para o óbito foi de 19,7 com desvio padrão de 3.11, sendo a idade média para o sexo feminino 19,4 e 19,9 para o sexo masculino. As TAE, conforme Tabela 2, foram mais prevalentes no sexo feminino. Já para os óbitos, a prevalência foi no sexo masculino, à exceção da faixa etária 10 a 14 anos, em que foi igual, conforme Tabela 8.

**Tabela 8.** Distribuição do número dos óbitos autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021, em relação ao sexo e faixa etária.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Sexo</b>	
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
10 a 14	8	8
15 a 19	21	57
20 a 24	39	86
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>151</b>

Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Quanto à análise da distribuição por sexo, pode-se perceber uma proporção sempre maior para o sexo masculino, chegando em 2019 a quase 3 vezes o número de casos em relação ao sexo feminino, conforme Figura 10.



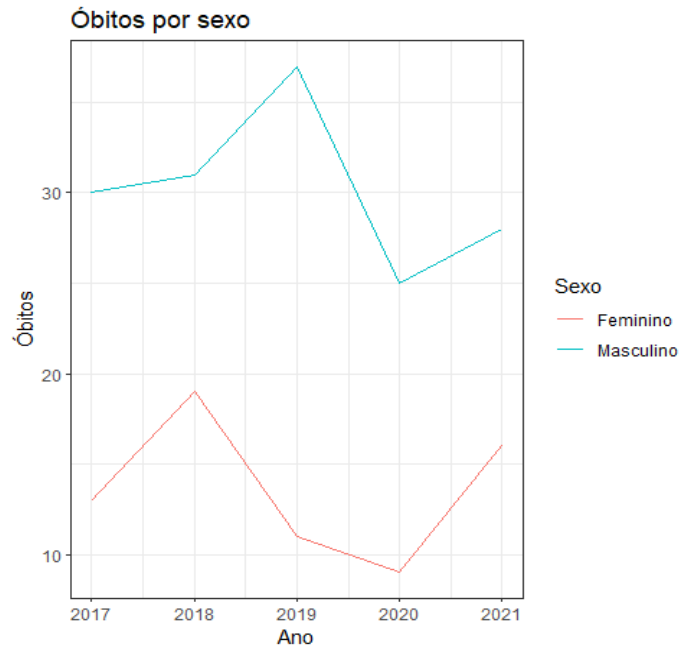


Figura 10. Distribuição de casos de tentativa de autoextermínio, por ano e sexo, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Sobre o perfil epidemiológico apresentado na Tabela 9, nota-se que a faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 24 anos, sendo responsável por 57% do total de óbitos, sexo masculino e região Sudoeste, aproximadamente 28% de todos os casos do período. Quando analisada a distribuição por ano, à exceção do ano de 2019 em que a região Norte apresentou mais casos, a região Sudoeste manteve-se com maiores números absolutos por ano.

**Tabela 9.** Perfil Epidemiológico dos óbitos por autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Variáveis</b>	<b>2017, N = 43<sup>1</sup></b>	<b>2018, N = 50<sup>1</sup></b>	<b>2019, N = 48<sup>1</sup></b>	<b>2020, N = 34<sup>1</sup></b>	<b>2021, N = 44<sup>1</sup></b>
<b>Idade</b>	19.3 (3.2)	19.9 (3.1)	19.9 (2.8)	19.8 (3.1)	19.7 (3.4)
<b>Faixa Etária</b>					
10 a 14 anos	3 (7.0%)	2 (4.0%)	2 (4.2%)	4 (11.8%)	5 (11.4%)
15 a 19 anos	17 (39.5%)	18 (36.0%)	20 (41.7%)	10 (29.4%)	13 (29.5%)
20 a 24 anos	23 (53.5%)	30 (60.0%)	26 (54.2%)	20 (58.8%)	26 (59.1%)
<b>Sexo</b>					
Masculino	30 (69.8%)	31 (62.0%)	37 (77.1%)	25 (73.5%)	28 (63.6%)
Feminino	13 (30.2%)	19 (38.0%)	11 (22.9%)	9 (26.5%)	16 (36.4%)
<b>Região de Saúde</b>					
Central	10 (23.3%)	4 (8.0%)	9 (18.8%)	7 (20.6%)	3 (6.8%)
Centro-Sul	3 (7.0%)	3 (6.0%)	3 (6.2%)	0 (0.0%)	7 (15.9%)
Leste	0 (0.0%)	3 (6.0%)	8 (16.7%)	4 (11.8%)	7 (15.9%)
Norte	9 (20.9%)	9 (18.0%)	10 (20.8%)	2 (5.9%)	2 (4.5%)
Oeste	4 (9.3%)	13 (26.0%)	8 (16.7%)	6 (17.6%)	4 (9.1%)
Sudoeste	12 (27.9%)	14 (28.0%)	7 (14.6%)	11 (32.4%)	17 (38.6%)
Sul	5 (11.6%)	4 (8.0%)	3 (6.2%)	4 (11.8%)	4 (9.1%)

<sup>1</sup>Idade: Média (Desvio Padrão); Demais variáveis: Número de casos e Frequência (%)

Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Em relação a distribuição por mês, para os óbitos, prevaleceram números com variações menores entre os meses com maior registro. Setembro foi o mês com maior registro, 25 óbitos, seguidos dos meses de junho e julho, ambos com 23, e março, registrando 22 óbitos, conforme Tabela 10.

**Tabela 10.** Distribuição dos casos de suicídio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

Mês	2017	2018	2019	2020	2021	Total Geral
Janeiro	1	0	2	3	3	9
Fevereiro	3	4	8	2	3	20
Março	2	6	4	5	5	22
Abril	3	3	3	2	4	15
Maio	4	4	5	4	4	21
Junho	6	9	1	0	7	23
Julho	7	3	5	5	3	23
Agosto	4	3	3	0	2	12
Setembro	4	5	8	3	5	25
Outubro	2	5	4	4	2	17
Novembro	2	6	1	3	2	14
Dezembro	5	2	4	3	4	18
Total	43	50	48	34	44	219

Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Quanto ao coeficiente de mortalidade, o DF teve seu coeficiente variando de 4,86 em 2020 até 7,08 em 2018. Na análise por faixa etária, a faixa etária de 10 a 14 anos foi a que apresentou menores coeficientes ao longo dos anos de 2017 a 2021 e a faixa entre 20 e 24 anos a que apresentou os maiores, sendo o pico em 2018 com registro de 4,25 casos por 100.000 habitantes.

**Tabela 11.** Coeficiente de mortalidade, por 100.000 habitantes, por autoextermínio dos residentes do Distrito Federal, por mês, de 2017 a 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021	Média
10 a 14 anos	0.42	0.28	0.28	0.57	0.72	0.45
15 a 19 anos	2.40	2.55	2.84	1.43	1.87	2,22
20 a 24 anos	3.25	4.25	3.69	2.86	3.74	3,56
Total	6.08	7.08	6.82	4.86	6.33	6,23

Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

Quando avaliada a distribuição em relação às regiões de saúde, pode-se perceber que, ao contrário da incidência que possui um caráter ascendente na maior parte das REGIÕES DE SAÚDE, a mortalidade tem um comportamento variável e diversificado, conforme Figura 11.

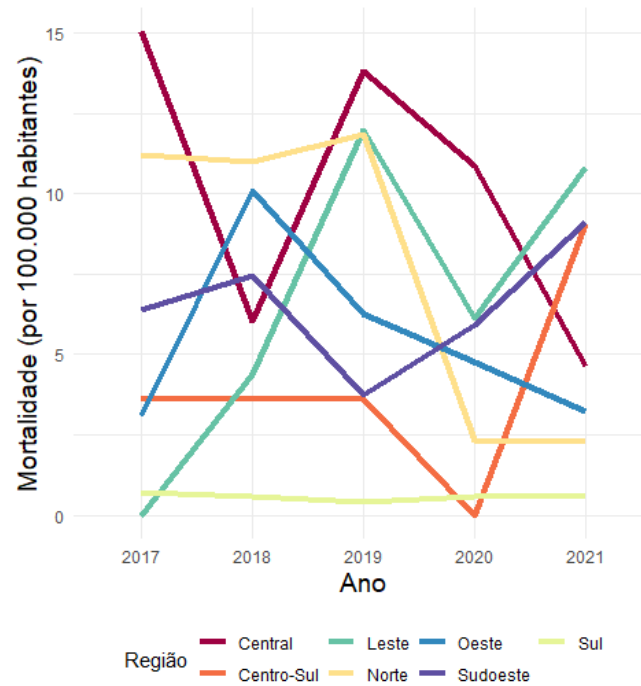
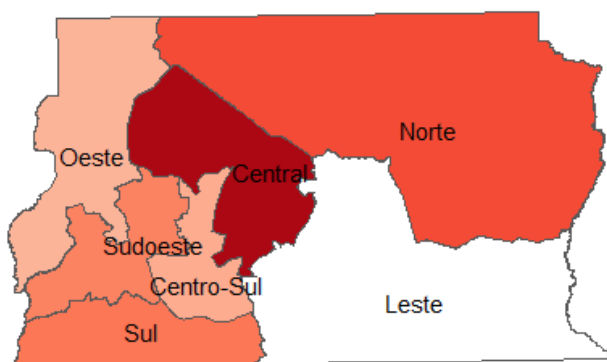


Figura 11. Distribuição do coeficiente de mortalidade por região de saúde, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

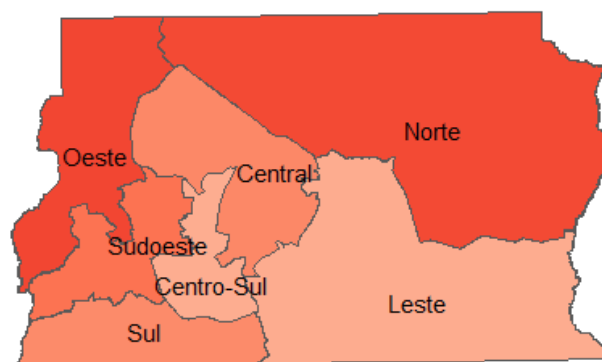
Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

A Figura 12 mostra o mapa de mortalidade por região de saúde no DF do período. Observa-se que não há um padrão contínuo, para a mortalidade por região de saúde, sendo os maiores valores o da região Central em 2017 e 2019.

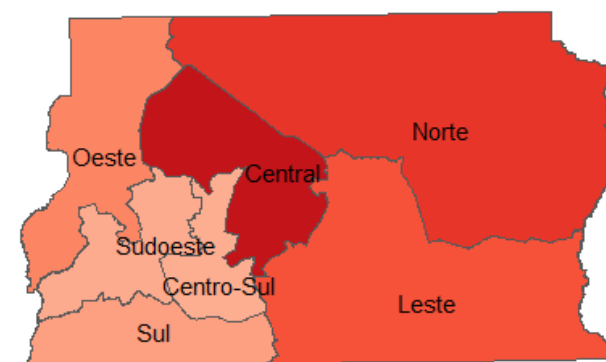
2017



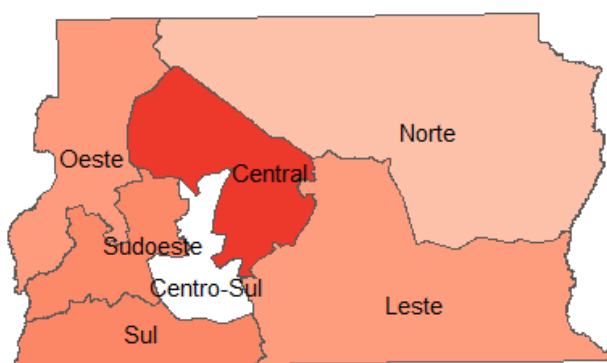
2018



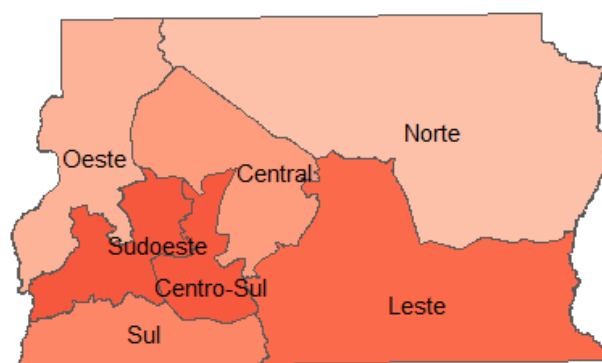
2019



2020



2021



Mortalidade (100mil hab.)

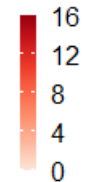


Figura 12. Distribuição de óbitos por autoextermínio, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

Fonte: Elaborada pela autora.

O DF teve seu coeficiente variando de 4,86 casos por 100.000 habitantes em 2020 até 7,08 em 2018, como mostra a Tabela 12.

**Tabela 12.** Coeficientes de mortalidade por autoextermínio, por 100.000 habitantes, por região de saúde e faixa etária, dos residentes do Distrito Federal, por ano, de 2017 a 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>10 a 14 anos</b>					
<b>Central</b>	4,89	4,90	4,92	4,99	0,00
<b>Centro-Sul</b>	0,00	0,00	0,00	13,26	4,85
<b>Norte</b>	3,38	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Sul</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Leste</b>	0,00	0,00	3,91	0,00	4,05
<b>Oeste</b>	0,00	0,00	2,58	0,00	0,00
<b>Sudoeste</b>	1,69	1,71	1,73	1,76	0,00
<b>15 a 19 anos</b>					
<b>Central</b>	27,11	4,55	13,81	18,62	4,56
<b>Centro-Sul</b>	7,39	3,63	7,18	0,00	0,00
<b>Norte</b>	9,50	9,58	9,70	0,00	3,27
<b>Sul</b>	12,45	4,23	8,69	0,00	9,00
<b>Leste</b>	0,00	3,56	6,88	6,69	6,62
<b>Oeste</b>	0,00	15,71	11,29	2,27	6,94
<b>Sudoeste</b>	4,78	6,36	4,78	4,78	6,32
<b>20 a 24 anos</b>					
<b>Central</b>	12,50	12,67	21,46	8,75	4,26
<b>Centro-Sul</b>	3,22	3,16	3,11	0,00	13,11
<b>Norte</b>	16,50	19,69	22,90	6,54	3,21
<b>Sul</b>	8,10	12,15	4,06	16,34	8,10
<b>Leste</b>	0,00	3,54	20,17	3,21	15,40
<b>Oeste</b>	9,30	13,70	6,75	8,88	2,19
<b>Sudoeste</b>	12,15	15,12	4,53	10,57	17,81

Fonte: SIM. Dados extraídos em 15 de dezembro de 2022.

A correlação entre o IVS da região e o coeficiente de mortalidade de TAE na região, pelo método de Pearson, não teve evidências estatisticamente significativas.

### Letalidade

Quanto à letalidade, para o Distrito Federal, a maior taxa foi em 2017, com o registro de 10,94 para cada 100 casos. Em 2018, caiu para 4,81 e teve o menor registro em 2020, com 1,94.

A Tabela 13 mostra as taxas por região de saúde de residência, faixa etária e sexo e pode-se notar que as taxas tem menores registros ao longo dos 05 anos. A região Central foi a que apresentou a maior letalidade, em 2017, com 83,33 em cada 100 casos.

**Tabela 13.** Distribuição da taxa de letalidade por autoextermínio, por região de saúde e faixa etária, dos residentes do Distrito Federal, de 2017 a 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Região de Saúde</b>					
<b>Central</b>	83,33	8,51	7,26	22,58	4,41
<b>Centro-Sul</b>	11,11	2,91	1,11	0,00	2,45
<b>Leste</b>	0,00	2,24	2,88	1,65	2,57
<b>Norte</b>	32,14	10,47	5,32	0,98	0,88
<b>Oeste</b>	6,78	7,39	2,40	1,96	1,13
<b>Sudoeste</b>	12,37	5,04	1,26	2,19	2,77
<b>Sul</b>	11,36	3,13	1,76	2,65	2,11
<b>Faixa Etária</b>					
<b>10 a 14 anos</b>	2,59	1,32	0,73	1,87	1,72
<b>15 a 19 anos</b>	10,30	3,56	2,20	1,29	1,50
<b>20 a 24 anos</b>	20,54	7,87	3,17	2,61	2,65
<b>10 a 24 anos</b>	10,94	4,81	2,40	1,94	2,06
<b>Sexo</b>					
<b>Feminino</b>	4,17	2,48	0,74	0,70	1,01
<b>Masculino</b>	37,04	11,36	7,23	5,35	5,11
<b>Distrito Federal</b>	10,94	4,81	2,40	1,94	2,06

A letalidade foi maior na faixa etária, 20 a 24 anos, nos pacientes do sexo masculino e residentes na região Central, conforme Figura 13.

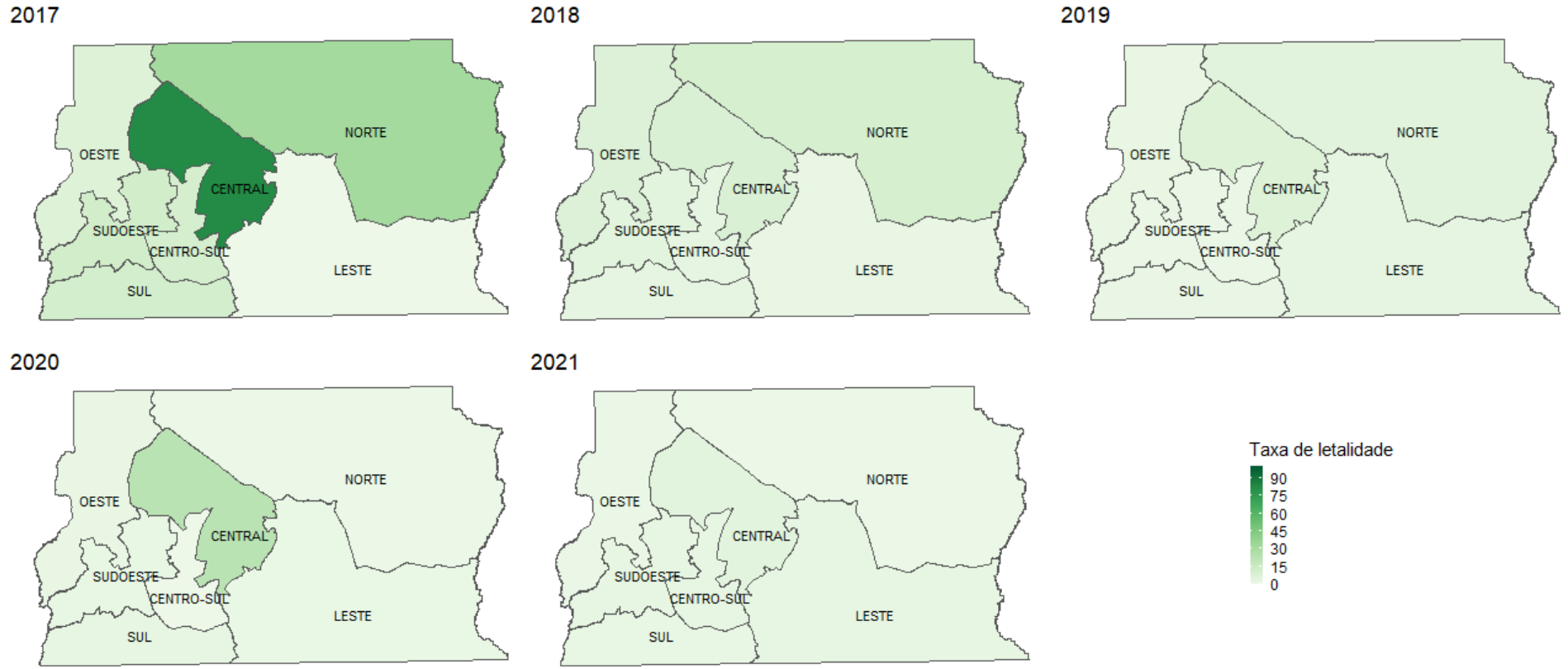


Figura 13. Distribuição da taxa letalidade, por ano, segundo as regiões de saúde do Distrito Federal, de 2017 a 2021.  
Fonte: Elaborada pela autora.



## 6. DISCUSSÃO

O presente estudo obteve sucesso em analisar as características epidemiológicas das tentativas e óbitos por autoextermínio ocorridas no Distrito Federal no período de 2017 a 2021, tendo acesso a um total de 7328 notificações de TAE e 219 de óbitos. O perfil da população estudada mostra um maior número nas tentativas em jovens do sexo feminino, de 15 a 19 anos e na região Sudoeste com frequências mensais maiores em setembro e outubro. Os resultados mostram que a incidência de tentativas de suicídio no DF está aumentando, com variações entre as regiões do DF ao longo do período. A região Central foi a que manteve os menores coeficientes e a região Sudoeste registrou o maior, em 2021. Houve correlação moderada entre a incidência e a região de residência com maior IVS, o que mostra que nas regiões de maior vulnerabilidade ocorrem mais tentativas. Em relação à mortalidade, o perfil está associado ao sexo masculino, entre 20 a 24 anos, na região Sudoeste e meses de setembro, junho e julho. Quanto ao coeficiente, os valores por região variam ao longo dos anos, não tendo prevalência em nenhuma região específica, mas com destaque para região Central. No entanto, o aumento na incidência das TAE não é observado na mortalidade. A letalidade foi maior no ano de 2017, na região central, em jovens de 20 a 24 anos do sexo masculino.

Passeto e colaboradores, em sua análise de dados sobre notificações de violência no DF do ano de 2009 a 2021, mostrou que houve um aumento sustentado nas notificações ao longo de todo o período e que, embora o número absoluto de notificações tenha diminuído e o crescimento populacional tenha desacelerado, a taxa de notificação aumentou devido à proporção entre a variação acumulada do quantitativo de fichas de notificação e a variação acumulada da taxa populacional. Isso indica que, mesmo com menos casos sendo notificados e um crescimento populacional mais lento, a taxa de notificação ainda aumentou em relação ao período pré-pandêmico (PASSETO; FILGUEIRAS; FREITAS; ROQUE, 2022).

A importância deste dado se dá no indício de aumento do impacto da violência, corroborando para os dados encontrados neste trabalho, como a diminuição em números absolutos de TAE em 2020.

O aumento das TAE pode ser atribuído a uma série de fatores, incluindo o aumento dos transtornos mentais, o estresse acadêmico, problemas familiares, abuso de substâncias e acesso fácil a meios letais. Silva e colaboradores apontam para a importância de se entender os fatores de risco específicos associados a essa população, a fim de implementar estratégias eficazes de prevenção e intervenção (SILVA; DE ALMEIDA MACHADO; CARNEIRO; AZEVEDO et al., 2019).

No DF, a análise mostra que as políticas públicas devem ser direcionadas para a prevenção das TAE aos jovens de 15 a 24 anos, em especial, do sexo feminino e para todas as regiões do DF. Apesar da região Central ter incidências de TAE menores que as outras, o mesmo não acontece para a mortalidade. Destaca-se aqui que a mortalidade na faixa 10 a 14 anos se manteve próxima a 5 de 2017 a 2021, enquanto a maior parte dos registros foram de taxa 0. Ressalta-se que a subnotificação dos episódios de TAE e suicídio já foi documentada, sendo um limitante para o conhecimento da magnitude da situação real (DA SILVA; MARCOLAN, 2021; DE BAÉRE, 2019).

Embora a relação direta entre a pandemia, a saúde mental e o suicídio em jovens seja complexa e ainda esteja sendo investigada, alguns estudos têm abordado essa questão. Orgilés et al. (2021) examinou o impacto da pandemia de covid-19 na saúde mental de crianças e adolescentes. Os resultados indicaram que a pandemia teve um impacto negativo significativo na saúde mental dos pacientes, incluindo um aumento nos sintomas de ansiedade e depressão (ORGILÉS; FRANCISCO; DELVECCHIO; ESPADA et al., 2022).

Além disso, autores destacaram que os adolescentes em situação de vulnerabilidade social, como aqueles com menor renda familiar ou condições de moradia precárias, podem estar mais expostos aos efeitos adversos da pandemia e apresentar maior risco de suicídio (ORGILÉS; TOMCZYK; AMORÓS-RECHE; ESPADA et al., 2023; SINGH; ROY; SINHA; PARVEEN et al., 2020). Isso pode ser observado nesta análise uma vez que as regiões com

menor índice de vulnerabilidade social obtiveram os maiores coeficientes de incidência de TAE.

No DF, no período, observa-se na população geral uma proporção de, aproximadamente, 9 tentativas para cada óbito em 2017; 21 em 2018; 42 em 2019, 52 em 2020 e 49 em 2021. Observa-se um aumento progressivo na proporção de tentativas de suicídio em relação aos óbitos ao longo dos anos. É importante salientar que o aumento pode estar associado a uma maior sensibilidade na detecção ou notificação de tentativas de suicídio. O número de óbitos por suicídio parece ter se mantido mais estável.

Já perfil de mortalidade no DF é mais associado ao sexo masculino, com idade na mesma faixa etária, e com variação importante dentro das regiões de saúde do DF. Malta e colaboradores mostraram que, de 1990 a 2019, as mortes em homens entre 15 e 24 anos tinham como principal causa a violência interpessoal, o suicídio e as lesões de trânsito (MALTA; MINAYO; CARDOSO; VELOSO et al., 2021). A letalidade, por sua vez, diminuiu até o ano de 2021, em relação ao ano de 2017. Com relação ao sexo, a letalidade no sexo feminino foi baixa ao longo desse período. No sexo masculino, pode-se perceber uma diminuição gradual nas taxas.

Sobre a idade, a letalidade de 10 a 14 nos foi baixa, variando de 0,73% a 2,59% ao longo dos anos. Entre 15 e 19 anos também houve redução gradual ao longo dos anos, sendo menos que 1,50% em 2021. A faixa etária de 20 a 24 anos foi a que obteve maiores taxas de letalidade, apesar de também apresentar queda progressiva, sendo menor no ano de 2020. Tendo em vista que o ano de 2020 foi atípico pela vigência da pandemia e o distanciamento social, este trabalho não pode responder se a queda nos coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade no ano de 2020 foi uma redução do número de casos ou das notificações.

Quanto à região de saúde de residência, o ano de 2017 foi o que registrou maiores taxas, chegando a mais de 80% na região Central. Em algumas regiões, após 2017, a letalidade se manteve estável, como a Centro-Sul e a Sul.

É importante salientar que a letalidade pode ser influenciada por fatores como capacidade de detecção, abrangência e qualidade dos sistemas de saúde e de informação (MINAYO, 2020). A diminuição pode ser atribuída a uma maior conscientização sobre o tema, ações de prevenção e uma melhoria no atendimento de emergência e cuidados médicos, sem excluir a possibilidade de diminuição em função do aumento das notificações de TAE, como citado anteriormente. É importante a realização de novas pesquisas, preferencialmente com análise temporal ampliada, para determinação da tendência.

No entanto, é essencial desenvolver e implementar estratégias eficazes de prevenção da violência autoprovocada e intervenção, direcionadas as características populacionais. Um estudo europeu demonstrou efeitos positivos do baixo nível socioeconômico e alto isolamento social nas taxas de suicídio (NÄHER; RUMMEL-KLUGE; HEGERL, 2019). Além disso, Raschke disserta sobre evidências de que a vulnerabilidade social pode desempenhar um papel importante na previsão de ideação suicida e a importância do fator socioeconômico na gravidade da depressão, afetando a saúde mental e influenciando indiretamente a ideação suicida (RASCHKE; MOHSENPOUR; ASCHENTRUP; FISCHER et al., 2022).

#### *Limitação do estudo*

As investigações dos óbitos são realizadas individual e manualmente. Isso acarreta em um atraso de aproximadamente dois anos na liberação do banco de dados com a causa de óbito original modificada. Portanto, não haveria tempo hábil para a realização desta pesquisa incluindo o ano de 2021 dos óbitos após investigação, tendo sido feitas as análises com as causas originais.

Adicionalmente, salienta-se que a subnotificação dos episódios de TAE e suicídio já foi documentada, sendo um limitante para o conhecimento da magnitude da situação real (DA SILVA; MARCOLAN, 2021; DE BAÉRE, 2019).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O suicídio na juventude, seja criança, adolescente ou adulto jovem, é um grande problema de saúde pública. A pandemia por covid-19 contribuiu de forma significativa para a saúde mental desta população, tornando imperativo o acompanhamento desses dados. Assim como na literatura, as TAE no DF têm prevalência em mulheres. A faixa etária com maior prevalência é a de 15 a 19 anos e, apesar da região Sudoeste do DF obter o maior número de casos absolutos, a região Centro-Sul registrou a maior incidência.

A análise dos dados também mostrou que os óbitos por suicídio no DF também, como na literatura, são mais frequentes para o sexo masculino e na faixa etária de 15 a 19 anos. No entanto, a mortalidade obteve seus maiores coeficientes na região Central do DF. Quanto à letalidade, percebe-se a diminuição gradual das taxas, sendo as maiores taxas relacionadas a residentes da região Central, do sexo masculino com idade entre 20 e 24 anos.

Salienta-se que a carga global associada ao suicídio e suas tentativas são um problema grave de saúde pública. Além disso, o suicídio é multifatorial, tendo sido a pandemia da covid-19 um fator de importância enorme para a saúde mental dos jovens. Pode-se perceber que as quedas nos coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade no ano de 2020 podem ser relacionadas à diminuição de notificações, pelo momento de distanciamento social, e não a uma diminuição efetiva dos casos.

Ainda são necessários estudos com maior aprofundamento, mas é inquestionável a relevância na identificação do perfil e fatores de risco para direcionar ações específicas à população. As mortes não são o único indicador de suicídio; é uma questão multifacetada que abrange bem-estar mental, qualidade de vida e impacto emocional nas pessoas. Apesar das taxas de letalidade não serem altas, o suicídio e o sofrimento mental não deve ser minimizados, visto o impacto na morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

BANERJEE, D.; KOSAGISHARAF, J. R.; RAO, T. S. 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. **Psychiatry research**, 295, p. 113577, 2021.

BENCHIMOL, E. I.; SMEETH, L.; GUTTMANN, A.; HARRON, K. *et al.* The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. **PLOS Medicine**, 12, n. 10, p. e1001885, 2015.

BORGES, G.; BAGGE, C. L.; CHERPITEL, C. J.; CONNER, K. R. *et al.* A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. **Psychological medicine**, 47, n. 5, p. 949-957, 2017.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. . 2017a.

BRASIL. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Ministério da Saúde Brasília, 2017b.

CAMPION, J.; JAVED, A.; LUND, C.; SARTORIUS, N. *et al.* Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. **The Lancet Psychiatry**, 9, n. 2, p. 169-182, 2022.

CARBALLO, J.; LLORENTE, C.; KEHRMANN, L.; FLAMARIQUE, I. *et al.* Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. **European child & adolescent psychiatry**, 29, p. 759-776, 2020.

CHEN, Q.; SONG, Y.; HUANG, Y.; LI, C. The interactive effects of family violence and peer support on adolescent depressive symptoms: the mediating role of cognitive vulnerabilities. **Journal of affective disorders**, 323, p. 524-533, 2023.

CODEPLAN. Atlas do Distrito Federal 2017. Distrito Federal: Companhia de Planejamento do Distrito Federal 2017.

CODEPLAN. **Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal – IVS-DF**. INFO-DF Portal de Informações Estatísticas do Distrito Federal, 2020. Disponível em: <https://infodf.ipe.df.gov.br/ivs-df/ivs-df-por-ra-e-dimensoes/>. Acesso em: 04 de abril.

CODEPLAN. Projeções populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030 - Resultados. Distrito Federal: Companhia de Planejamento do Distrito Federal 2022.

COLLABORATORS, G. M. D. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Psychiatry**, 9, n. 2, p. 137-150, 2022.

CZEISLER, M. É.; LANE, R. I.; PETROSKY, E.; WILEY, J. F. *et al.* Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24–30, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 69, n. 32, p. 1049, 2020.

DA SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, 54, n. 4, 2021.

DE BAÉRE, F. Registro de tentativa de suicídio no Distrito Federal: uma realidade subnotificada. **Interação em Psicologia**, 23, n. 1, 2019.

DE LIMA ARGIMON, I. I.; TERROSO, L. B.; DE SÁ BARBOSA, A.; LOPES, R. F. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, 2013.

DÍAZ-OLIVÁN, I.; PORRAS-SEGOVIA, A.; BARRIGÓN, M.; JIMÉNEZ-MUÑOZ, L. *et al.* Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. **The European Journal of Psychiatry**, 35, n. 3, p. 181-192, 2021.

FILGUEIRAS, A.; STULTS-KOLEHMAINEN, M. Risk Factors for Potential Mental Illness Among Brazilians in Quarantine Due To COVID-19. **Psychol Rep**, 125, n. 2, p. 723-741, Apr 2022.

GOTO, R.; OKUBO, Y.; SKOKAUSKAS, N. Reasons and trends in youth's suicide rates during the COVID-19 pandemic. **The Lancet Regional Health-Western Pacific**, 27, p. 100567, 2022.

IBGE. **Panorama do Distrito Federal**. Distrito Federal, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>. Acesso em: 25 de fevereiro.

LIN, S. L. The “loneliness epidemic”, intersecting risk factors and relations to mental health help-seeking: A population-based study during COVID-19 lockdown in Canada. **Journal of affective disorders**, 320, p. 7-17, 2023.

MALTA, D. C.; MINAYO, M. C. D. S.; CARDOSO, L. S. D. M.; VELOSO, G. A. *et al.* Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26, n. 9, p. 4069-4086, 2021.

MARQUES, E. S.; MORAES, C. L. D.; HASSELMANN, M. H.; DESLANDES, S. F. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, 36, 2020.

MINAYO, M. B., C. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção. In: NJAINE, K. A., SIMONE GONÇALVES DE; CONSTANTINO, PATRICIA (Ed.). **Impactos da Violência na Saúde**. 4ª ed. Scielo Books: Editora Fiocruz, 2020. cap. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção.

NÄHER, A. F.; RUMMEL-KLUGE, C.; HEGERL, U. Associations of Suicide Rates With Socioeconomic Status and Social Isolation: Findings From Longitudinal Register and Census Data. **Front Psychiatry**, 10, p. 898, 2019.

NAMI. **Mental Health by numbers**. 2022. Disponível em: <https://www.nami.org/mhstats>. Acesso em: 27 de fevereiro.

O'SHEA, E. R.; PHILLIPS, K. E.; O'SHEA, K. N.; RONEY, L. N. Preparing for the Impact of COVID-19 on the Mental Health of Youth. **NASN school nurse**, 37, n. 2, p. 64-69, 2022.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial da Saúde Genebra, 2002. 9241545615.

ORGILÉS, M.; FRANCISCO, R.; DELVECCHIO, E.; ESPADA, J. P. *et al.* Psychological Symptoms in Italian, Spanish and Portuguese Youth During the COVID-19 Health Crisis: A Longitudinal Study. **Child Psychiatry Hum Dev**, 53, n. 5, p. 853-862, Oct 2022.

ORGILÉS, M.; TOMCZYK, S.; AMORÓS-RECHE, V.; ESPADA, J. P. *et al.* Stressful Life Events in Children Aged 3 to 15 Years During the COVID-19 Pandemic: A Latent Class Analysis. **Psicothema**, 35, n. 1, p. 58-65, Feb 2023.

PASSETO, A.; FILGUEIRAS, L.; FREITAS, S.; ROQUE, T. Análise comparativa do impacto da pandemia de COVID-19 no

perfil de notificação de violência no Distrito Federal. VIGILÂNCIA, S. D. V. À. S. D. D. e EPIDEMIOLÓGICA. Brasília: SES-DF: 226 p. 2022.

RASCHKE, N.; MOHSENPOUR, A.; ASCHENTRUP, L.; FISCHER, F. *et al.* Socioeconomic factors associated with suicidal behaviors in South Korea: systematic review on the current state of evidence. **BMC Public Health**, 22, n. 1, 2022.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, n. 9, p. 2821-2834, 2018.

SES-DF. Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal 2021.

SES-DF. **Projeção da população do Distrito Federal**. 2023. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/projecao-da-populacao-do-df-salasis/>. Acesso em: 10 de abril.



SHER, L. An infectious disease pandemic and increased suicide risk. : SciELO Brasil. 42: 239-240 p. 2020.

SILVA, R. S.; DE ALMEIDA MACHADO, R.; CARNEIRO, L. S.; AZEVEDO, G. H. M. *et al.* Fatores de risco associados ao suicídio na adolescência: uma revisão integratiiva no período de 2004 a 2019. **Revista de Patologia do Tocantins**, 6, n. 2, p. 50-56, 2019.

SINGH, S.; ROY, D.; SINHA, K.; PARVEEN, S. *et al.* Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. **Psychiatry Res**, 293, p. 113429, Nov 2020.

WASSERMAN, D.; IOSUE, M.; WUESTEFELD, A.; CARLI, V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. **World Psychiatry**, 19, n. 3, p. 294-306, 2020.

WHO. **INSPIRE handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children**. Geneva: World Health Organization, 2019. 9241514094.

WHO. **Mental health of adolescents**. Geneva, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 04 de dezembro.

WHO. **Mental Health**. Geneva, 2021b. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1). Acesso em: 10 de abril.

WHO. **Violence against children**. Geneva, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>. Acesso em: 13 de janeiro.

WHO. **The Global Health Observatory**. Geneva, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being#:~:text=The%20WHO%20constitution%20states%3A%20%22Health,of%20mental%20disorders%20or%20disabilities>. Acesso em: 21 de janeiro.

YARD, E.; RADHAKRISHNAN, L.; BALLESTEROS, M. F.; SHEPPARD, M. *et al.* Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12–25 years before and during the COVID-19 pandemic—United States, January 2019–May 2021. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 70, n. 24, p. 888, 2021.


## ANEXOS

## Anexo A Ficha de Notificação de Casos de Violência

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº		
<b>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</b>						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação		
	4 UF		5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora		1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros			
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	11 Data de nascimento		
	10 Nome do paciente		12 (ou) Idade		13 Sexo	
	16 Escolaridade		14 Gestante		15 Raça/Cor	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		19 UF	
	20 Município de Residência		Código (IBGE)	21 Distrito		
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)	
	33 Nome Social		34 Ocupação			
Dados da Pessoa Atendida	35 Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	49 Ponto de Referência		50 Zona		51 Hora da ocorrência	
	52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?	



Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado			
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros			
	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX			
Dados finais	69 Data de encerramento			
<b>Informações complementares e observações</b>				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:				
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180	<b>Disque Direitos Humanos</b> 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura	
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015	

 <b>República Federativa do Brasil</b> <b>Ministério da Saúde</b> 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		<b>Declaração de Óbito</b>					
<b>I</b>	<b>Cartório</b>	1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data		
		4 Município	5 UF	6 Cemitério			
<b>II</b>	<b>Identificação</b>	7 Tipo de Óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal	8 Óbito Data	9 Cartão SUS	10 Naturalidade		
		11 Nome do falecido					
		12 Nome do pai		13 Nome da mãe			
		14 Data de Nascimento	15 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	16 Sexo M - Masc. F - Fem. I - Ignorado.	17 Raça/cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena		
<b>III</b>	<b>Residência</b>	18 Estado civil 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/Divorçado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 4 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código			
		21 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	Código	Número	22 CEP		
		23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código 25 UF		
<b>IV</b>	<b>Ocorrência</b>	26 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Via pública 5 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	27 Estabelecimento	Código			
		28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	29 CEP			
<b>V</b>	<b>Fetal ou menor que 1 ano</b>	30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	Código 32 UF		
		<b>PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO</b> <b>INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE</b>					
<b>VI</b>	<b>Condições e causas do óbito</b>	33 Idade	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 4 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	36 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos Nascidos mortos		
		37 Duração da gestação (Em semanas) 1 <input type="checkbox"/> Menos de 22 2 <input type="checkbox"/> De 22 a 27 3 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 4 <input type="checkbox"/> De 32 a 36 5 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 6 <input type="checkbox"/> 42 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	38 Tipo de Gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	39 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	40 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	41 Peso ao nascer	42 Num. da Decl. de Nascidos Vivos
		<b>ÓBITOS EM MULHERES</b>					
		43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	44 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 <input type="checkbox"/> Sim, até 42 dias 2 <input type="checkbox"/> Sim de 43 dias a 1 ano 3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>			
		45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
		46 Exame complementar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	47 Cirurgia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	48 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
		<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>					
		<b>49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>					
		<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte a					
		<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica					
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.							
<b>VII</b>	<b>Médico</b>	50 Nome do médico	51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outros			
		53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	54 Data do atestado	55 Assinatura			
		<b>PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)</b>					
<b>VIII</b>	<b>Causas externas</b>	56 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	57 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	58 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9 <input type="checkbox"/> Ignorada			
		59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência					
<b>IX</b>	<b>Localid. S/ Médico</b>	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO					
		60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	Código				
<b>IX</b>	<b>Localid. S/ Médico</b>	61 Declarante			62 Testemunhas		
		A			B		