


# Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016

doi: 10.5123/S1679-49742020000200006


Adolescent intentional self-harm notifications and hospitalizations in Brazil, 2007-2016

Notificaciones e internaciones por lesión autoprovocada en adolescentes en Brasil, 2007-2016

Camila Alves Bahia<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0002-5013-9049](https://orcid.org/0000-0002-5013-9049)

Joviana Quintes Avanci<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0001-7779-3991](https://orcid.org/0000-0001-7779-3991)

Liana Wernersbach Pinto<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0003-1928-9265](https://orcid.org/0000-0003-1928-9265)

Maria Cecilia de Souza Minayo<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0001-6187-9301](https://orcid.org/0000-0001-6187-9301)

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** descrever o perfil das notificações e internações de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes no Brasil. **Métodos:** estudo descritivo, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2011-2014) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (2007-2016) sobre lesões autoprovocadas. **Resultados:** houve 15.702 notificações, predominando o grupo etário de 15-19 anos (76,4%) do sexo feminino (71,6%), e raça/cor da pele branca (58,3%); a residência foi o local mais frequente dessas ocorrências (88,5% de 10-14 anos; 89,9% de 15-19 anos); o meio mais utilizado foi envenenamento/intoxicação (76,6% e 78,0%, respectivamente nas idades de 10-14 e 15-19); houve 12.060 internações, com predominância do sexo feminino (58,1%) e maior ocorrência na região Sudeste (2,7 e 7,0 notificações/100 mil habitantes, nos grupos de 10-14 e 15-19 anos, respectivamente). **Conclusão:** os resultados reforçam a necessidade de os serviços de saúde estarem sensíveis ao registro, atenção e cuidado desses adolescentes.

**Palavras-chave:** Tentativa de Suicídio; Adolescente; Sistemas de Informação; Hospitalização; Epidemiologia Descritiva.

## Endereço para correspondência:

**Camila Alves Bahia** – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Av. Brasil, nº 4036, sala 700, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21040-361  
E-mail: calvesbahia@gmail.com

## Introdução

Lesão autoprovocada é definida como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser classificada como comportamento suicida ou autoagressão. O comportamento suicida se caracteriza pelo fato de o indivíduo causar lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal ou do verdadeiro motivo do ato. Nele estão incluídos pensamentos, planejamento, tentativas de se matar e o ato consumado.<sup>1</sup> Já a autoagressão engloba automutilações, desde as mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas, até as mais severas, como amputação de membros.<sup>2,3</sup> Sexo, idade, cultura e etnia têm implicações importantes na epidemiologia do suicídio, e vários fatores de risco são reconhecidamente associados a distintas causas, as quais interagem entre si, a exemplo de problemas médicos, biológicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosófico-existenciais, além de motivações e problemas sociais.<sup>4</sup>

A transição da infância para a adolescência representa um período crítico para a vulnerabilidade do comportamento suicida.<sup>5</sup> Na adolescência, algumas particularidades próprias da idade aumentam o risco das lesões autoprovocadas, como (i) grandes transformações biopsicossociais, (ii) comportamento naturalmente mais impulsivo e depressivo, (iii) aumento dos transtornos mentais, (iv) maior suscetibilidade ao consumo de álcool e drogas, (v) solidão, (vi) indagações sobre problemas sociais, sentido da vida e inserção no mundo, (vii) aumento dos conflitos familiares, a maioria deles decorrente da busca de autonomia, (viii) crises ou rupturas com namorados ou com amigos e (ix) ousadias nos contatos sociais e sexuais.<sup>3,6-9</sup>

*A transição da infância para a adolescência representa um período crítico para vulnerabilidade do comportamento suicida.*

Todo esse contexto de vulnerabilidade coloca as lesões autoprovocadas como um sério problema de Saúde Pública, e a adolescência como um período da vida quando essa problemática lidera as principais causas de morte.<sup>3,10</sup> Em 2012, o suicídio se encontrava em terceiro lugar entre as causas de óbitos de adolescentes

no mundo, atrás dos acidentes de trânsito e das infecções respiratórias.<sup>11</sup> No entanto, há dificuldades para se obterem estatísticas sobre as tentativas de suicídio, por vários fatores: questões socioculturais, morais, religiosas e econômicas; imprecisão no diagnóstico; e dificuldade de conhecer as circunstâncias dessas ocorrências, até porque muitas dessas tentativas são de baixa gravidade e resolvidas em casa.<sup>12</sup>

No país, dois sistemas de informações em saúde têm sido utilizados para se conhecer a dimensão das tentativas de suicídio. Um é o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), responsável pelo registro dos dados sobre a morbidade hospitalar e fornecimento dos dados sobre os procedimentos realizados durante as internações em hospitais públicos e conveniados ao SUS;<sup>13</sup> o outro é o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em seu componente contínuo, alimentado pela Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Esse formulário é preenchido diante de todo caso suspeito ou confirmado de violência, atendido nos serviços de saúde.<sup>14,15</sup>

As tentativas de suicídio ocupam lugar importante no estudo das lesões autoprovocadas cometidas por adolescentes, uma vez que são um preditor importante para a morte autoinfligida. As tentativas superam em número os suicídios: estima-se que para cada ato consumado na população geral, haja no mínimo 20 tentativas entre os jovens.<sup>16-19</sup> Contudo, estima-se que 67 a 75% dessas tentativas sejam de baixa letalidade, como já foi relatado: um terço dos adolescentes que sofrem esse tipo de lesão chega a ser atendido nas emergências ou prontos-socorros para cuidar dos danos decorrentes de seu ato.<sup>20-21</sup>

No Brasil, as taxas de hospitalização por tentativas de suicídio são maiores entre adolescentes do sexo feminino (três para cada internação do sexo masculino), com maior idade, e nos municípios de mais de 1 milhão de habitantes. Os meios preferidos utilizados nessas tentativas, entre o sexo feminino, são as intoxicações por substâncias, especialmente analgésicos. No sexo masculino, prevalece o uso de objetos cortantes e de armas de fogo.<sup>22</sup> Entre os anos 2000 e 2009, 15,1% das internações por suicídio envolveram adolescentes, e em 2014, 22,8% das tentativas notificadas no Sinan correspondiam a indivíduos nessa fase da vida.<sup>23</sup>

Estudos epidemiológicos são importantes. Conhecer o perfil das tentativas de suicídio permite não só identificar quais adolescentes estão sob maior risco como subsidiar as decisões voltadas a sua prevenção e ações para seu atendimento pela Saúde.<sup>12</sup>

Neste contexto, este artigo teve por objetivo descrever o suicídio envolvendo adolescentes no Brasil mediante dois de seus aspectos: (i) as notificações realizadas no período de 2011 a 2014 e (ii) as internações hospitalares por lesões autoprovocadas, de 2007 a 2016.

## Métodos

Estudo descritivo, sobre notificações e internações decorrentes de lesões autoprovocadas ocorridas na adolescência (10-19 anos), no Brasil.

As fontes de dados são oriundas dos seguintes sistemas de informações de saúde:

a) Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes/Sistema de Informação de Agravos de Notificação –(VIVA/Sinan).

Foram selecionadas para análise as notificações que, no campo da Ficha de Notificação Individual do Sinan destinada ao registro de 'lesão autoprovocada', encontravam-se demarcadas como 'sim', e no campo de referência do 'autor da agressão', a 'própria pessoa'. O período de 2011 a 2014 foi selecionado porque somente em 2011 a notificação de violência interpessoal/autoprovocada foi inserida na lista de eventos de notificação compulsória, e também porque os dados de 2014 eram os últimos disponibilizados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus) no momento da análise.

b) Sistema de Informações Hospitalares do SUS –(SIH/SUS). Foram selecionadas as internações hospitalares ocorridas nos anos de 2007 a 2016 e cujo diagnóstico principal foi 'lesão autoprovocada', conforme os códigos X60 a X84 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10).

Todos os dados foram agregados e analisados segundo sexo e duas faixas etárias – 10 a 14 e 15 a 19 anos.

Para análise das notificações registradas no VIVA/Sinan, foram calculadas medidas de frequências segundo as seguintes variáveis:

a) raça/cor da pele (branca; preta/parda; indígena; amarela);

b) presença de deficiência (sim; não);

c) zona de residência (rural/periurbana; urbana);

d) local de ocorrência (residência; habitação coletiva; escola; via pública; e outros [local de prática esportiva, bar ou similar; comércio ou local de serviços; indústria; local de construção]);

e) meio utilizado (enforcamento; uso de objeto contundente; uso de objeto perfurocortante; uso de substância quente; envenenamento/intoxicação; uso de arma de fogo);

f) ocorrência anterior (sim; não);

g) uso de álcool (sim; não); e

h) encaminhamento realizado e para onde (rede de saúde; rede de assistência social; rede de educação; Conselho Tutelar; Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente; Justiça da Infância e da Juventude; outros [Rede de Atenção à Mulher; Ministério Público; Centro de Referência dos Direitos Humanos]).

Com a finalidade de verificar associações das variáveis supracitadas com o desfecho – notificações por lesão autoprovocada –, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Também foram descritos os meios de agressão, segundo Unidade da Federação (UF).

Foram calculadas taxas de notificação e de internação (por 100 mil habitantes) segundo macrorregião nacional e UF, para os períodos estudados. Nesse cálculo, empregou-se como numerador a quantidade de notificações ou de internações por lesões autoprovocadas, e como denominador, as estimativas da população de adolescente disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para cada ano. Na construção do banco de dados e cálculo das taxas, foram aplicados os programas Excel e Stata 14.0.

O projeto do estudo dispensou avaliação por parte de um Comitê de Ética em Pesquisa porque utilizou bases de dados secundários, não nominais, disponíveis para consulta pública no sítio eletrônico do Datusus ([www.datusus.gov.br](http://www.datusus.gov.br)).

## Resultados

Entre os anos de 2011 e 2014, houve 67.388 notificações de lesão autoprovocada realizadas pelos serviços de saúde, correspondendo a 14% de todos os registros de violências. Dessas notificações, 15.702 (23,3%) referiam-se a adolescentes, 3.699 (23,6%) de 10 a 14 anos e 12.003 (76,4%)

de 15 e 19 anos. Nos dois grupos etários discriminados, houve predomínio de indivíduos do sexo feminino: 2.952 (79,8%) na faixa de 10 a 14 anos e 8.594 (71,6%) na de 15 a 19 anos.

A Tabela 1 mostra que a raça/cor da pele dos adolescentes esteve associada, de forma significativa, às lesões autoprovocadas nos dois grupos etários e segundo o sexo ( $p=0,004$  e  $p<0,001$ , respectivamente). As adolescentes de raça/cor da pele branca de 10 a 14 anos corresponderam a 59,2% do total. As diferenças se repetiram no grupo de 15 a 19 anos (58,7% do sexo feminino contra 57,3% do masculino). Por sua vez, entre os jovens de raça/cor da pele amarela e os indígenas, nos dois grupos de idade, foi o sexo masculino que se destacou nas ocorrências de tentativas de suicídio. Igualmente, encontrou-se associação significativa entre algum tipo de deficiência e tentativas de suicídio, com maior frequência no sexo masculino, seja nos mais velhos, seja nos mais novos ( $p<0,001$ ). Residir em uma zona urbana também se mostrou associado à tentativa de suicídio entre adolescentes de 15 a 19 anos ( $p=0,001$ ).

A residência foi o principal local onde os adolescentes tentaram suicídio, principalmente no sexo feminino, em cuja faixa de 10 a 14 anos o percentual foi de 91,0% de tentativas de suicídio em casa, enquanto no sexo masculino, na mesma faixa etária, essa proporção foi de 78,9%. No grupo de 15 a 19 anos, essa proporção foi de 93,0% para o sexo feminino e de 82,0% para o masculino ( $p<0,001$ ) (Tabela 1).

O envenenamento/intoxicação se destacou como o meio mais utilizado nas tentativas de suicídio, independentemente de idade e sexo. Na idade de 10 a 14 anos, entre as tentativas no sexo feminino, o uso de objeto perfurocortante sobressaiu-se com o segundo lugar em frequência (13,3%), ao passo que, no sexo masculino, para ambos os grupos etários, a segunda maior frequência foi de enforcamento, seguido da utilização de objeto perfurocortante, emprego de arma de fogo e uso de substância quente ( $p<0,001$ ) (Tabela 1). Independentemente da faixa etária, o envenenamento e as intoxicações destacaram-se como principal meio para tentativas de suicídio em quase todos os estados brasileiros: as exceções couberam ao Acre, entre seus adolescentes de 10 a 14 anos, e ao estado do Amazonas, onde o enforcamento sobressaiu em ambos os grupos de idade.

A Tabela 1 ainda mostra um número expressivo de reincidência de casos atendidos decorrentes de tentativas (aproximadamente 30%, em cada faixa etária), situação mais presente no sexo feminino. A associação com uso de álcool nas tentativas de suicídio mostrou-se ainda mais

evidente no sexo masculino ( $p<0,001$ ). A rede de saúde revelou-se o destino da maioria dos encaminhamentos de adolescentes após essas tentativas, vindo a seguir o Conselho Tutelar (Tabela 1).

A região Sul sobressaiu-se quanto ao número e taxas de notificações, independentemente da idade e do sexo: no grupo de 10 a 14 anos, a taxa variou entre 17,6 e 4,4 casos por 100 mil hab., no sexo feminino e no masculino, respectivamente, aumentando para 44,1 entre o sexo feminino e 18,4 entre o masculino, por 100 mil hab., na faixa de 15 a 19 anos. Em seguida, apareceram as regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, quanto à taxa de notificação (Tabela 2).

A Tabela 2 mostra que Mato Grosso do Sul foi o estado com a maior taxa de tentativas de suicídio de adolescentes que chegaram aos serviços de saúde (20,9 e 64,6 casos notificados/100 mil hab., respectivamente no grupo de 10 a 14 e 15 a 19 anos), seguido de Alagoas, Roraima, Tocantins, Minas Gerais e Santa Catarina. Em todos os estados do país, à exceção do Amazonas, as maiores taxas de tentativas de suicídio entre adolescentes notificadas pelos serviços de saúde foram observadas no sexo feminino. Se no estado do Amazonas, nas duas faixas etárias, as taxas de tentativa de suicídio foram maiores no sexo masculino, no Pará e no Maranhão, as taxas foram iguais para ambos os sexos na faixa etária de 10 a 14 anos.

Ocorreram 12.060 internações por lesões autoprovocadas intencionalmente, no período de 2007 a 2016, sendo 3.350 (27,8%) entre jovens de 10 e 14 anos e 8.710 (72,2%) entre os de 15 a 19 anos. Nos dois grupos etários, as adolescentes foram maioria, atingindo 1.947 (58,1%) das internações no grupo de menor idade e 4.435 (50,9%) no de maior idade (dados não apresentados).

Na Figura 1 podem ser visualizadas as séries históricas das taxas de internação por tentativas de suicídio segundo sexo, para as faixas etárias estudadas. No grupo de 10 a 14 anos, observou-se um leve aumento dessas taxas até 2008 e, a partir de então, uma tendência de decréscimo no sexo masculino até 2010, seguida de uma estabilidade em ambos os sexos. Entre os anos de 2014 e 2015, as taxas voltaram a subir, especialmente no sexo masculino (2,5 e 2,4 internações/100 mil hab.), e logo a declinar até 2016. Entre as adolescentes, as taxas mostraram-se mais estáveis ao longo do período, havendo um leve aumento nos anos de 2013 e 2015.

Comportamento distinto foi observado no grupo de adolescentes entre 15 e 19 anos. Este segmento etário apresentou taxas maiores que o de 10 a 14 anos. Desde

**Tabela 1 – Distribuição das notificações de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo características sociodemográficas, das circunstâncias do ato e do encaminhamento realizado, Brasil, 2011-2014**

Características	Idade (em anos) e sexo												P-valor <sup>a</sup>	
	10 a 14						15 a 19							
	Masc (N=747)		Fem (N=2.952)		Total (N=3.699)		Masc (N=3.409)		Fem (N=8.594)		Total (N=12.003)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Raça/cor da pele</b>													0,004	<0,001
Branca	355	56,7	1.483	59,2	1.838	58,7	1.683	57,3	4.238	58,7	5.921	58,3		
Preta/parda	251	40,1	991	39,6	1.242	39,7	1.181	40,2	2.873	39,8	4.054	39,9		
Indígena	11	1,8	15	0,6	26	0,8	54	1,8	56	0,8	110	1,1		
Amarela	9	1,4	15	0,6	24	0,8	19	0,7	50	0,7	69	0,7		
<b>Presença de deficiência</b>	118	20,5	350	15,5	468	16,5	527	20,8	958	15,1	1.485	16,7	<0,001	
<b>Zona de residência</b>													0,217	0,001
Rural/periurbana	73	0,1	249	8,7	322	9,0	359	10,8	744	8,8	1.103	9,4		
Urbana	648	89,9	2.627	91,3	3.275	91,1	2.957	89,2	7.674	91,2	10.631	90,6		
<b>Local de ocorrência</b>													<0,001	<0,001
Residência	554	78,9	2.525	91,0	3.079	88,5	2.542	82,0	7.397	93,0	9.939	89,9		
Habituação coletiva	8	1,1	26	0,9	34	1,0	29	0,9	30	0,4	59	0,5		
Escola	25	3,6	82	3,0	107	3,1	30	1,0	70	0,9	100	0,9		
Via pública	70	10,0	57	2,1	127	3,7	278	9,0	230	2,9	508	4,6		
Outros	45	6,4	86	3,1	131	3,8	221	7,1	224	2,8	445	4,0		
<b>Meio utilizado</b>													<0,001	<0,001
Enforcamento	73	15,6	65	3,2	138	5,6	358	14,6	201	3,4	559	6,7		
Uso de objeto contundente	7	1,5	23	1,1	30	1,2	30	1,2	41	0,7	71	0,8		
Uso de objeto perfurocortante	56	12,0	268	13,3	324	13,1	339	13,8	622	10,4	961	11,4		
Substância quente	15	3,2	39	1,9	54	2,2	46	1,9	95	1,6	141	1,7		
Envenenamento/intoxicação	288	61,5	1.610	80,1	1.898	76,6	1.574	64,2	4.986	83,6	6.560	78,0		
Uso de arma de fogo	29	6,2	6	0,3	35	1,4	103	4,2	17	0,3	120	1,4		
<b>Ocorrência anterior</b>	132	24,6	656	29,1	788	28,2	695	28,1	1.906	30,1	2.601	29,6	0,057	
<b>Uso de álcool</b>	88	16,5	163	7,9	251	9,7	562	24,7	637	11,1	1.199	15,0	<0,001	
<b>Encaminhamento</b>													0,230	0,038
Rede de saúde	331	65,9	1.490	71,4	1.821	70,4	1.499	80,5	4.437	83,5	5.936	82,7		
Rede de assistência social	24	4,8	76	3,6	100	3,9	101	5,4	225	4,2	326	4,5		
Rede de educação	–	–	1	0,1	1	–	–	–	–	–	–	–		
Conselho Tutelar	145	28,9	513	24,6	658	25,4	258	13,9	636	12,0	894	12,5		
Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente	2	0,4	5	0,2	7	0,3	3	0,2	6	0,1	9	0,1		
Justiça da Infância e da Juventude	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Outros	–	–	1	0,1	1	0,0	2	0,1	8	0,2	10	0,1		

a) Teste do qui-quadrado de Pearson

Notas: Os valores das categorias 'ignorado' e 'missing' foram excluídos da análise. Para o grupo etário de 10 a 14 anos, eles apresentaram os seguintes valores, segundo variável: raça/cor da pele (n=569), presença de deficiência (n=868), zona de residência (n=102), local de ocorrência (n=221), ocorrência anterior (n=905) e uso de álcool (n=1104). Já para o grupo de 15 a 19 anos, eles apresentaram os seguintes valores: raça/cor da pele (n=1.849), presença de deficiência (n=3.117), zona de residência (n=269), local de ocorrência (n=952), ocorrência anterior (n=3.201) e uso de álcool (n=3.981).

As variáveis 'Meio utilizado' e 'Encaminhamento' não somam o valor total, desde que se pode assinalar mais de uma opção para cada uma delas na Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), fonte dos dados utilizados no estudo.



**Tabela 2 – Distribuição das taxas de notificação (por 100 mil hab.) de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo região e Unidade da Federação de ocorrência, Brasil, 2011-2014**

Região e UF	Idade (em anos) e sexo					
	10 a 14			15 a 19		
	Masculino (N=747)	Feminino (N=2.952)	Total (N=3.699)	Masculino (N=3.409)	Feminino (N=8.594)	Total (N=12.003)
Taxa	Taxa	Taxa	Taxa	Taxa	Taxa	
<b>Norte</b>	<b>0,9</b>	<b>2,5</b>	<b>1,7</b>	<b>4,4</b>	<b>10,8</b>	<b>7,5</b>
Rondônia	0,9	1,3	1,1	1,2	2,5	1,8
Acre	1,1	5,9	3,5	0,6	8,8	4,7
Amazonas	1,1	0,2	0,7	4,3	3,5	3,9
Roraima	0,9	13,1	6,9	30,5	65,4	47,6
Pará	0,3	0,3	0,3	0,1	1,4	0,8
Amapá	2,4	6,5	4,4	5,8	27,5	16,5
Tocantins	3,4	14,1	8,7	24,6	66,3	45,1
<b>Nordeste</b>	<b>0,9</b>	<b>3,9</b>	<b>2,4</b>	<b>4,7</b>	<b>12,8</b>	<b>8,7</b>
Maranhão	0,4	0,4	0,4	1,8	2,4	2,1
Piauí	1,9	7,0	4,4	11,7	25,8	18,7
Ceará	0,4	1,3	0,8	1,3	4,0	2,6
Rio Grande do Norte	0,5	1,7	1,1	3,8	6,4	5,1
Paraíba	0,6	3,5	2,0	5,4	8,3	6,8
Pernambuco	1,2	6,4	3,8	7,1	18,5	12,7
Alagoas	5,4	26,6	15,9	24,2	90,7	57,4
Sergipe	0,2	0,5	0,4	1,2	1,5	1,4
Bahia	0,1	0,6	0,4	1,4	2,8	2,1
<b>Sudeste</b>	<b>2,6</b>	<b>11,2</b>	<b>6,8</b>	<b>11,5</b>	<b>32,2</b>	<b>21,7</b>
Minas Gerais	3,4	17,2	10,2	17,6	55,4	36,1
Espírito Santo	2,5	11,3	6,8	6,0	22,8	14,2
Rio de Janeiro	1,4	4,2	2,8	4,7	10,0	7,3
São Paulo	1,2	10,8	6,6	11,7	30,2	20,8
<b>Sul</b>	<b>4,4</b>	<b>17,6</b>	<b>10,9</b>	<b>18,4</b>	<b>44,1</b>	<b>31,0</b>
Paraná	4,5	15,8	10,1	15,5	37,0	26,1
Santa Catarina	4,1	18,3	11,1	21,2	50,9	35,7
Rio Grande do Sul	4,6	19,2	11,7	19,7	47,3	33,2
<b>Centro-Oeste</b>	<b>2,5</b>	<b>9,4</b>	<b>5,9</b>	<b>11,5</b>	<b>24,9</b>	<b>18,1</b>
Mato Grosso do Sul	6,9	35,7	20,9	34,8	95,8	64,6
Mato Grosso	0,5	3,5	2,0	3,6	8,9	6,2
Goiás	2,1	4,1	3,1	9,1	12,1	10,6
Distrito Federal	1,4	4,1	2,7	4,5	8,1	6,4

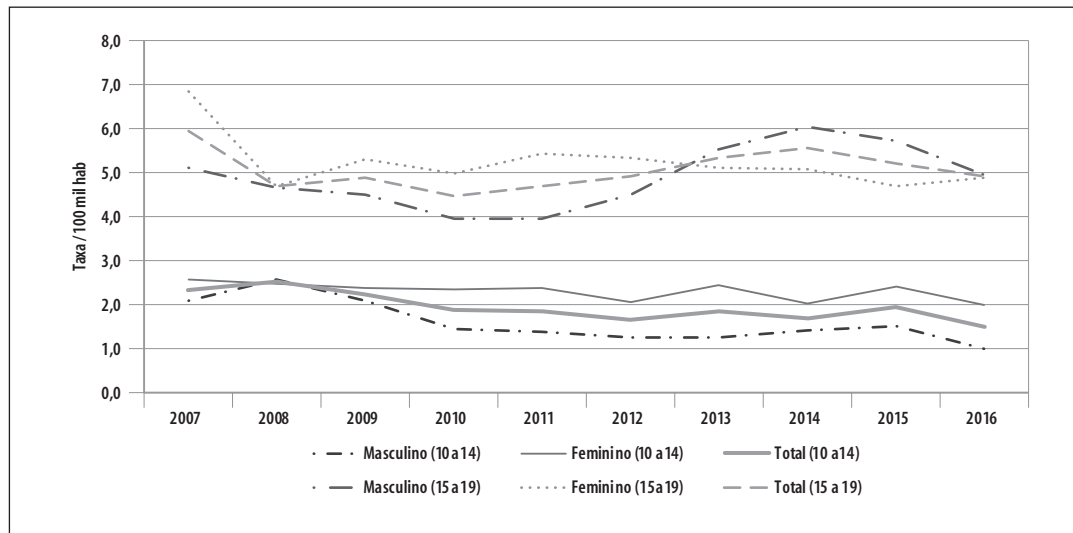
2007, o sexo feminino destacou-se mais que o sexo masculino. A partir de 2012, essa relação se inverteu com o sexo masculino, cuja taxa de 5,0 internações/100 mil hab. em 2012 passou a 6,0/100 mil hab. em 2014, enquanto no sexo feminino essa taxa se reduzia, principalmente a partir de 2011.

A Tabela 3 mostra que a região Sudeste liderou as taxas de internação por tentativa de suicídio cometidas em ambos os sexos, vindo a seguir as regiões Norte, Sul, Centro-Oeste e, com as mais baixas taxas, o Nordeste. Sob uma análise geral, vale ressaltar, no tocante às internações, que o sexo masculino se sobrepôs ao feminino na maior parte dos estados, no grupo etário de 15 a 19 anos. O Pará e a Paraíba se destacaram nas taxas de hospitalização

de adolescentes de 10 a 14 anos que tentaram suicídio, ao passo que Acre e Ceará sobressaíram-se nos casos de jovens de 15 a 19 anos. Alagoas e Sergipe foram os estados a apresentar as taxas de internação por tentativa de suicídio mais baixas do país, na faixa de 10 a 14 anos, e o Rio Grande do Norte, na faixa de 15 a 19 anos.

## Discussão

O estudo traz um panorama das tentativas de suicídio entre adolescentes atendidos por esse motivo, nos serviços de saúde no Brasil, nos últimos anos. Ainda que se saiba da existência de subnotificação, não é desprezível o elevado número de notificações e internações por le-



**Figura 1 – Distribuição temporal das taxas de internação decorrentes de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, Brasil, 2007-2016**

sões autoprovocadas. Não obstante as limitações dos dados, seus achados reforçam um perfil já conhecido na literatura: primazia feminina; maior ocorrência entre adolescentes mais velhos (15 a 19 anos); residência como local principal para ocorrência do ato; e vulnerabilidade das condições de saúde como fator de risco, a exemplo da presença das deficiências.<sup>1,3,24</sup>

Sobre a diferença entre os sexos, sobressai a escolha do método menos letal no sexo feminino, grupo que tende a apresentar maior reincidência. No sexo masculino, predominam o uso abusivo de substância psicoativa e de álcool, e a escolha de métodos que envolvem maior risco de morte autoinfligida.<sup>1,24</sup>

Quanto à idade, Brent et al.<sup>25</sup> explicam que adolescentes mais velhos são, do ponto de vista da cognição, mais aptos a planejar e executar atos suicidas, apresentando intenção mais elaborada do que os mais jovens, além de contarem com um nível de autonomia mais elevado e, portanto, receberem menos supervisão e apoio dos pais. Tal situação pode aumentar a oportunidade de sua desconexão familiar e social, tornando menos provável o reconhecimento do risco iminente de darem fim à própria vida.<sup>24</sup>

Sobre a condição de raça/cor de pele, as discussões da literatura especializada são pouco conclusivas. Estudos mostram que indivíduos brancos têm, tradicionalmente, taxas de comportamento autodestrutivo mais elevadas que os não brancos.<sup>5,18,25</sup>

No que diz respeito à distribuição das tentativas de suicídio e sua notificação no país, observa-se uma combinação de condicionantes socioculturais, econômicos e psicobiológicos possível de explicar as elevadas taxas observadas na região Sul, afetando especialmente famílias de agricultores expostas a pesticidas e a viver de forma mais isolada. A cultura predominantemente alemã e a consequente “imigração” da taxa de suicídio do país de origem, a baixa escolaridade, a tradição do patriarcado, a maior incidência de transtornos mentais e um histórico geracional de suicídio, verificável em muitas famílias, são questões relevantes para reflexão sobre o assunto.<sup>1</sup> Contudo, é curioso observar que a região Sudeste lidera as internações pela causa estudada, o que talvez se justifique pela maior procura e eficácia do socorro médico prestado nos centros urbanos, além de questões relacionadas ao contexto regional/local, possivelmente mais bem descritas em análises específicas por região/localidade.<sup>12,22</sup>

Na análise da evolução temporal, chama a atenção o ligeiro decréscimo das internações hospitalares decorrentes de tentativas de suicídio entre 2009 e 2013, e a sobreposição dos adolescentes do sexo masculino com maior idade, em relação às adolescentes, entre os anos de 2013 e 2016. Quanto a esse decréscimo observado, apesar de a taxa do país ter aumentado até 2012,<sup>3</sup> atribui-se como hipótese o incremento das

**Tabela 3 – Distribuição das taxas de internação (por 100 mil hab.) decorrentes de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo região e Unidade da Federação, Brasil, 2017-2016**

Região e UF	Idade (em anos) e sexo					
	10 a 14			15 a 19		
	Masculino (N=1.403)	Feminino (N=1.947)	Total (N=3.350)	Masculino (N=4.275)	Feminino (N=4.435)	Total (N=8.710)
<b>Norte</b>	<b>3,1</b>	<b>1,9</b>	<b>2,5</b>	<b>5,0</b>	<b>3,3</b>	<b>4,2</b>
Rondônia	1,2	1,9	1,5	5,0	4,7	4,8
Acre	3,0	2,4	2,7	20,7	6,5	13,6
Amazonas	0,5	0,4	0,4	1,3	0,8	1,0
Roraima	0,4	0,8	0,6	1,6	0,4	1,0
Pará	5,4	2,9	4,2	6,4	4,6	5,5
Amapá	0,5	1,2	0,9	0,8	3,0	1,9
Tocantins	2,2	1,4	1,8	1,8	1,2	1,5
<b>Nordeste</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9</b>	<b>3,7</b>
Maranhão	0,6	0,7	0,6	3,2	1,5	2,4
Piauí	0,8	0,9	0,9	1,3	3,2	2,2
Ceará	2,1	2,2	2,1	14,7	7,1	11,0
Rio Grande do Norte	0,5	0,2	0,4	1,1	0,6	0,9
Paraíba	6,4	1,3	3,9	6,6	2,0	4,3
Pernambuco	0,4	0,4	0,4	1,2	1,1	1,1
Alagoas	0,3	0,4	0,3	1,2	0,8	1,0
Sergipe	0,2	0,5	0,3	4,9	1,1	3,0
Bahia	1,0	1,5	1,2	2,2	3,5	2,8
<b>Sudeste</b>	<b>1,7</b>	<b>3,7</b>	<b>2,7</b>	<b>5,8</b>	<b>8,3</b>	<b>7,0</b>
Minas Gerais	2,0	3,7	2,8	6,2	9,7	7,9
Espírito Santo	2,2	3,4	2,8	4,8	6,1	5,4
Rio de Janeiro	0,4	0,7	0,6	2,0	2,0	2,0
São Paulo	1,9	4,9	3,4	7,1	10,2	8,6
<b>Sul</b>	<b>1,4</b>	<b>1,9</b>	<b>1,6</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>
Paraná	1,6	2,3	2,0	4,4	5,2	4,8
Santa Catarina	1,6	2,5	2,0	4,2	3,9	4,1
Rio Grande do Sul	1,0	1,1	1,0	3,0	2,4	2,7
<b>Centro-Oeste</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>
Mato Grosso do Sul	1,1	0,8	1,0	4,2	3,3	3,7
Mato Grosso	1,3	1,8	1,6	4,0	2,0	3,1
Goiás	1,0	1,5	1,3	3,1	3,7	3,4
Distrito Federal	1,9	2,0	2,0	5,4	6,5	6,0

ações de prevenção, bastante alavancadas por crescentes alertas da Organização Mundial da Saúde<sup>3</sup> e maior sensibilização para o tema de parte dos profissionais da Educação e da Saúde. É importante atentar para o aumento das internações de adolescentes do sexo masculino até 2016, possível indicativo de maior fragilidade desse grupo, em um contexto social e econômico a estimular maior competição por oportunidades, dada a baixa perspectiva de trabalho e de futuro e, por conseguinte, a tendência a aumentar seu sofrimento psíquico e perda do sentido da vida. Nesse cenário adverso, os adolescentes, de maneira geral, podem se encontrar mais vulneráveis diante dessa falta de perspectiva. Alguns reagem a essa situação com

o isolamento social, estresse e insegurança pessoal, que pode contribuir para uma maior pressão para o sucesso social, exercida pela família e pelo ambiente competitivo fora de casa.<sup>18</sup> Estudos futuros, especialmente os que incluam a análise desses fatores nos tempos atuais, podem avançar nessa compreensão.

A reflexão sobre as lesões autoprovocadas que não levam à morte é estratégica, face a características típicas da adolescência: impulsividade, problemas de identificação, conflitos e rompimentos de relacionamento, ademais de frequentes frustrações raivosas sem a disponibilidade da assistência de um adulto compreensivo. Conhecer melhor o grupo que tenta suicídio é primordial quando se pensa na prevenção



dessas ocorrências; também é recomendável um atendimento multidisciplinar, ao jovem e sua família, visando evitar a alta reincidência (30%), que torna os adolescentes mais vulneráveis ao ato consumado.<sup>26</sup>

Abordar essas tentativas com seriedade, dar atenção e acolhimento ao adolescente e família e considerar o ato como um sinal de alerta para problemas que estejam se manifestando são algumas das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio. É preciso que os serviços de saúde estejam preparados nesse sentido: seja para os atendimentos emergenciais, seja para dar continuidade a estratégias de apoio ao adolescente, ajudando-o a encontrar um sentido na vida e superar suas angústias.

Brent<sup>27</sup> também faz algumas recomendações aos profissionais da Saúde: (1) compreender melhor o comportamento suicida em faixas etárias mais novas, para uma intervenção mais precoce; (2) prestar atenção ao uso de mídias sociais e seu impacto sobre o jovem,<sup>28</sup> reconhecendo não apenas o potencial danoso como também preventivo das redes de informação e comunicação;<sup>29</sup> (3) focar os antecedentes imediatos das tentativas e seus efeitos no curto prazo, nos casos em que o abuso de substâncias tóxicas se destaca; e (4) aliar o conhecimento biológico do ser humano e do jovem em particular, utilizando-se de modelos teóricos, psicológicos e contextuais.

É importante assinalar algumas limitações do estudo em tela, tais como as fragilidades das estatísticas de notificação e internação dos sistemas de informações em saúde que foram utilizadas. Primeiramente, porque os casos atendidos nos serviços de saúde são os mais graves. Na população geral, estima-se que, para cada três tentativas, uma seja atendida em serviço médico de urgência. O estigma social conferido ao

comportamento suicida e o medo da criminalização do ato são alguns dos motivos para não se registrar esses episódios no sistema de saúde. Em segundo lugar, há subnotificação dos dados e erros de classificação dos casos. Somando-se a todas as fragilidades do sistema público de saúde, cumpre lembrar que as informações de registros hospitalares disponíveis, base deste trabalho, abrangem apenas a rede SUS. Não existem dados provenientes da rede privada de emergência e hospitalar, menos ainda quando se trata de lesões autoprovocadas.

Os resultados apresentados reforçam a necessidade de os serviços de saúde estarem sensíveis ao registro, atenção e cuidado dos adolescentes que a eles chegam por essa causa. Os números de tentativas de suicídio são elevados, revelando a dimensão do fenômeno. É mister seguir o imperativo de atuar na elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas à adolescência. Receber e atender com habilidade e compreensão, apoiar psicologicamente e acompanhar esses jovens, desde quando chegam aos serviços, é essencial para a melhoria de sua qualidade de vida, especialmente daqueles que passam por intenso sofrimento psíquico e isolamento social.

### Contribuição das autoras

Bahia CA participou do delineamento do estudo, análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Avanci JQ contribuiu com a análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Pinto LW contribuiu com o delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados. Minayo MCS contribuiu com o delineamento do estudo, análise, interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

### Referências

1. Botega NJ. Crise suicida: Avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
2. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. Rev. Volume I. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.
3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2020 Feb 13]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
4. Minayo MC, Avanci JQ, Figueiredo AEB. Violência Autoinfligida: ideações, tentativas e suicídio consumado. In: Minayo MC, Assis SG (Org.). Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.

5. Centers for Disease Control and Prevention, Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2005. *MMWR* [Internet]. 2006 Jun [cited 2020 Feb 13];55(SS-5):1–108. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS/SS5505.pdf>
6. Hedeland RL, Teilmann G, Jorgensen MH, Thiesen LR, Andersen J. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatr* [Internet]. 2016 May [cited 2020 Feb 13];105(10):1231-8. Available from: <https://doi.org/10.1111/apa.13458>
7. Daniel SS, Goldston DB. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 Feb 13];39(3):252. Available from: <http://10.1521/suli.2009.39.3.252>
8. Joffe RT, Offord DR, Boyle MH. Ontario child health study: suicidal behavior in youth age 12-16 years. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1988 Nov [cited 2020 Feb 13];145(11):1420-3. Available from: <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1420>
9. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professional [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2020 Feb 13]. 18 p. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_media.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf)
10. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2004 Dec [cited 2020 Feb 13];24(8):957-79. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>
11. World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2020 Feb 13]. Available from: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/)
12. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do *linkage* probabilístico. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 maio [cited 2020 fev 13];30(5):1057-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054213>
13. Souza ER. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. In: Minayo MCS, Deslandes SF (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 255-73.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2020 fev 13]. 72 p. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/sinan/viva\\_instrutivo\\_not\\_viol\\_domestica\\_sexual\\_e\\_out.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/sinan/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf)
15. Pinto IW, Assis SG. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000-2014. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 jun [cited 2020 fev 13];20(6):1681-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.03532015>
16. World Health Organization. Mental health: suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Sep 29]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
17. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Harris MJ, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2008 Jan [cited 2020 Feb 13];47(1):32-40. Available from: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815a56cb>
18. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo Jr CA. National study of US Emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2005 Oct [cited 2020 Feb 13];46(4):963-75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.04.018>
19. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley K, Kleiman EM, Chang B, Nock MK. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Feb 13];46(2):225-36. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
20. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. *MMWR* [Internet]. 2014 Jun [cited 2020 Feb 13];63(4):1-168. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6304a1.htm>
21. Carlson GA, Abbott SF. Mood disorders and suicide. In: Caplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol 2, 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 2367-91.

22. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Suicídios no Brasil por faixas etárias (2000-2008). Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz; 2013.
23. Minayo MCS, Bahia CA, Avanci JQ. Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: Ministério da Saúde (Org.). Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2020 fev 13]. v. 1, p. 325-41. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf)
24. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2006 Mar-Apr [cited 2020 Feb 13];47(3-4):372-94. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
25. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1999 Dec [cited 2020 Feb 13];38(12):1497-505. Available from: <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00010>
26. Anderson LM, Lowry LS, Wuensch KL. Racial differences in adolescents' answering questions about suicide. *Death Stud* [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Feb 13];39(10):600-4. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1047058>
27. Brent D. A time to reap and a time to sow: reducing the adolescent suicide rate now and in the future: commentary on Cha et al. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Feb 13];59(4):483-5. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12903>
28. Sgobin SMT, Travali ALM, Coelho OR, Botega NJ. Direct and indirect cost of suicide attempts in a general hospital: a cost of illness study. *São Paulo Med J* [Internet]. 2015 May-Jun [cited 2020 Feb 13];133(3):218-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.8491808>
29. Hokby S, Hadlaczy G, Westerlund J, Wasserman D, Balazs J, Germanavicius A, Carli V. Are mental health effects of internet use attributable to the webbased content or perceived consequences of usage? A longitudinal study of European adolescents. *JMIR Menl Health* [Internet]. 2016 Jul [cited 2020 Feb 13];3(3):e31. Available from: <https://mental.jmir.org/2016/3/e31/>

## Abstract

**Objective:** to describe the profile of case notifications and hospitalizations of intentional self-harm involving adolescents in Brazil. **Methods:** this was a descriptive study with data from the Notifiable Health Conditions Information System (SINAN) (2011-2014) and the Brazilian National Health System Hospital Information System (SIH/SUS) (2007-2016) about intentional self-harm. **Results:** there were 15,702 notifications, with predominance of the 15-19 years age group (76.4%), females (71.6%) and White race/skin color (58.3%); the home was the most frequent place of occurrence (88.5% among those 10-14 years old and 89.9% among those 15-19 years old); poisoning/intoxication was the most used method (76.6% and 78% in the 10-14 and 15-19 age groups, respectively); there were 12,060 hospitalizations, with a predominance of females (58.1%) and greater occurrence in Southeast Region (2.7 and 7.0 notifications/100,000 inhabitants in the 10-14 and 15-19 age groups, respectively). **Conclusion:** the results reinforce the need for health services to be sensitive to recording cases and providing care to these adolescents.

**Keywords:** Suicide, Attempted; Adolescent; Information Systems; Hospitalization; Epidemiology, Descriptive.

## Resumen

**Objetivo:** describir el perfil de las notificaciones y hospitalizaciones por lesiones autoprovocadas en adolescentes en Brasil. **Métodos:** estudio descriptivo con datos de los Sistemas de Información de Agravamiento de Notificación (2011 a 2014) y de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud (SIH/SUS) (2007 a 2016) sobre lesiones autoprovocadas. **Resultados:** hubo 15.702 notificaciones, con predominio del grupo de 15-19 años (76,4%), mujeres (71,6%) y raza/color de piel blanca (58,3%); la residencia fue el lugar más frecuente (88,5% entre 10 y 14 años y 89,9% entre 15 y 19 años); envenenamiento/intoxicación fue el medio más utilizado (76,6% y 78,0% respectivamente en las edades de 10-14 y 15-19); hubo 12,060 hospitalizaciones, con predominio de mujeres (58,1%) y mayor ocurrencia en la Región Sudeste (2,7 y 7,0 notificaciones/100 mil habitantes entre 10 y 14 y entre 15 y 19 años). **Conclusión:** los resultados refuerzan la necesidad de que los servicios de salud sean sensibles al registro y la atención y cuidado de estos adolescentes.

**Palabras clave:** Intento de Suicidio; Adolescente; Sistemas de Información; Hospitalización; Epidemiología Descriptiva.

Recebido em 08/03/2019  
Aprovado em 16/12/2019

Editora associada: Doroteia Aparecida Höfelmann –  [orcid.org/0000-0003-1046-3319](https://orcid.org/0000-0003-1046-3319)