

SUICÍDIO NO BRASIL EXPRESSÃO, MAGNITUDE E IMPACTOS DOS ÓBITOS NO SÉCULO XXI

SUICIDE IN BRAZIL EXPRESSION, MAGNITUDE, AND IMPACTS OF DEATHS IN THE 21ST CENTURY

SUICIDIO EN BRASIL: EXPRESIÓN, MAGNITUD E IMPACTOS DE LOS FALLECIMIENTOS EN EL SIGLO XXI

João Vitor Andrade¹
 Erica Toledo de Mendonça²
 Maurício de Oliveira Celeri³
 Juliana Cristina Martins de Souza⁴
 Deise Moura de Oliveira⁵
 José Gilberto Prates⁶
 Fábio de Souza Terra⁷

Resumo: Este estudo teve como objetivo analisar a expressão e magnitude dos óbitos por suicídio no Brasil no século XXI. Foi realizado um estudo quantitativo e retrospectivo, com dados secundários sobre mortes por suicídio entre 2001 e 2023, utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CIDs X60-X84). A análise utilizou o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e o software R. Os resultados mostraram 240.479 óbitos por suicídio, com um aumento acentuado nas taxas em todas as regiões, destacando-se a região Sul (67,44%) e o sexo masculino. A faixa etária de 25 a 29 anos registrou o maior número de óbitos, e a de 20 a 24 anos, o maior APVP. Foram registrados 8.622.680,5 APVP, com 82,28% ocorrendo em indivíduos de 15 a 64 anos. Os estados com maior concentração foram São Paulo (18,31%), Minas Gerais (11,64%), Rio Grande do Sul (8,68%), Paraná (6,66%) e Ceará (5,15%). Quanto às características sociodemográficas, predominou a raça/cor branca, o estado civil solteiro e a escolaridade de 8 a 11 anos. As principais causas de óbito foram enforcamento (64,93%), armas de fogo (6,78%) e autointoxicação por pesticidas (4,88%). Conclui-se que o suicídio apresenta grande expressão no Brasil e que ações governamentais, juntamente com novas políticas públicas, são urgentes para modificar essa realidade.

Palavras-chave: suicídio; expectativa de vida; mortalidade prematura; registros de mortalidade; classe social.

Abstract: This study aimed to analyze the expression and magnitude of suicide deaths in Brazil in the 21st century. A quantitative, retrospective study was carried out with secondary data on suicide deaths between 2001 and 2023, using the International Classification of Diseases (ICDs X60-X84). The analysis used the Potential Years of Life Lost (PYLL) indicator and R software. The results showed 240,479 deaths by

1 Universidade Federal de Alfenas. E-mail: jvma100@gmail.com.

2 Universidade Federal de Viçosa. E-mail: erica.mendonca@ufv.br.

3 Universidade Federal de Viçosa. E-mail: mauricio.celeri@ufv.br.

4 Universidade Federal de Alfenas. E-mail: enfajulianacmartins@gmail.com.

5 Universidade Federal de Viçosa. E-mail: deise.oliveira@ufv.br.

6 Universidade de São Paulo. E-mail: j.prates@hc.fm.usp.br.

7 Universidade Federal de Alfenas. E-mail: fabio.terra@unifal-mg.edu.br.

suicide, with a sharp increase in rates in all regions, especially the South (67.44%) and males. The 25 to 29 age group recorded the highest number of deaths and the 20 to 24 age group the highest PYLL. 8,622,680.5 PYLL were recorded, with 82.28% occurring in individuals aged 15 to 64. The states with the highest concentration were São Paulo (18.31%), Minas Gerais (11.64%), Rio Grande do Sul (8.68%), Paraná (6.66%) and Ceará (5.15%). As for sociodemographic characteristics, white race/color, single marital status and 8 to 11 years of schooling predominated. The main causes of death were hanging (64.93%), firearms (6.78%) and self-poisoning by pesticides (4.88%). It can be concluded that suicide is widespread in Brazil and that government action, together with new public policies, is urgently needed to change this reality.

Keywords: suicide; life expectancy; mortality premature; mortality registries; social class.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo analizar la expresión y magnitud de los fallecimientos por suicidio en Brasil durante el siglo XXI. Se trata de un estudio cuantitativo y retrospectivo, realizado con datos secundarios sobre muertes por suicidio entre 2001 y 2023, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE X60-X84). El análisis se basó en el indicador de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) y fue realizado mediante el software R. Se identificaron 240.479 muertes por suicidio, con un marcado aumento en las tasas en todas las regiones del país, destacándose la región Sur (67,44%) y el sexo masculino. El grupo etario de 25 a 29 años presentó el mayor número de óbitos, mientras que el grupo de 20 a 24 años concentró el mayor número de APVP. Se registraron 8.622.680,5 APVP, con un 82,28% ocurriendo entre personas de 15 a 64 años. Los estados con mayor concentración de casos fueron São Paulo (18,31%), Minas Gerais (11,64%), Rio Grande do Sul (8,68%), Paraná (6,66%) y Ceará (5,15%). En cuanto a las características sociodemográficas, predominó la raza/color blanca, el estado civil soltero y el nivel educativo entre 8 y 11 años de escolaridad. Los principales métodos de suicidio fueron ahorcamiento (64,93%), armas de fuego (6,78%) y autointoxicación por pesticidas (4,88%). Se concluye que el suicidio presenta una alta expresión en Brasil y que son urgentes acciones gubernamentales y nuevas políticas de salud para transformar esta realidad.

Palabras clave: suicidio; esperanza de vida; mortalidad prematura; registros de mortalidad; clase social.

Data de submissão: 04.02.2025

Data de aprovação: 23.04.2025

Identificação e disponibilidade:

(<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/4697>,
<http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v31i72.4697>).

1 INTRODUÇÃO

Os termos latinos *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) dão origem à palavra suicídio, que se caracteriza como um ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte (Andrade, 2019). O suicídio resulta de uma interação

complexa entre fatores socioambientais, culturais, biológicos, genéticos e psicológicos, sendo, portanto, um fenômeno multifatorial (Andrade, 2019; Carter et al., 2021; Silva et al., 2021).

Na contemporaneidade, o suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo, sendo responsável por 1,4% dos óbitos totais. Dados indicam a ocorrência de uma tentativa de suicídio a cada 3 segundos e de um óbito a cada 40 segundos, configurando-se como a segunda principal causa de morte entre adolescentes e adultos jovens de 15 a 29 anos. Entre adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos, é a segunda causa de morte, após condições relacionadas à maternidade (World Health Organization, 2020). Anualmente, registram-se entre 700 mil e 800 mil mortes por suicídio; em 2019, foram contabilizados 703 mil casos (World Health Organization, 2021a).

Por ser um fenômeno humano e universal, o suicídio afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Aproximadamente 80% dos óbitos ocorrem em países de baixa e média renda, evidenciando a necessidade de incluir esse problema no escopo das políticas de saúde pública global, dada sua relação direta com o bem-estar social e psicológico (World Health Organization, 2021a; 2021b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Plano de Ação de Saúde Mental (2020-2030), revelou que a taxa global de mortalidade por suicídio, nos últimos vinte anos, teve uma diminuição de 36%, variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região Europeia, e 49% no Pacífico Ocidental. Porém, tal realidade não é vivenciada na América, onde as taxas de suicídio aumentaram 17% no período semelhante (World Health Organization, 2021a).

Seguindo essa tendência do continente americano, o Brasil ocupa a oitava colocação em número absoluto de suicídios (World Health Organization, 2021a). Pode-se observar que, no país, indivíduos com idades entre 15 e 24 anos e acima de 75 anos são mais vulneráveis a adotarem esta conduta. Além disso, mais de 95% dos casos estão associados a transtornos mentais, como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e alcoolismo, que aumentam a vulnerabilidade ao suicídio. Indivíduos acima de 75 anos também estão mais propensos a essa conduta, e mais de 95% dos casos de suicídio estão associados a algum transtorno mental (McDonald et al., 2021; Silva et al., 2021).

Diante da relevância do suicídio em escala global, a redução da mortalidade por essa causa foi incluída como um dos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no item 3.4.2, que prevê a promoção da saúde mental e do bem-estar para todos. Este indicador mede o progresso na redução de um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por meio de estratégias de prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e do bem-estar (World Health Organization, 2021b).

Entre as ações recomendadas aos Estados membros pela OMS, destacam-se o desenvolvimento e a implementação de estratégias abrangentes de prevenção ao suicídio, com foco nas populações identificadas como de maior risco (World Health Organization, 2021a; Carter et al., 2021). Destaca-se, portanto, a importância de considerar os determinantes sociais da saúde ao realizar intervenções ou planejar cuidados em saúde mental, especialmente devido à complexidade que envolve o ato suicida (Blosnich et al., 2020).

Há que se considerar também que os sistemas de saúde enfrentam o desafio de ampliar a conceitualização de saúde, a partir da biologia individual e dos comportamentos/riscos de saúde, para incluir forças sociais dinâmicas fora das

paredes clínicas e serviços que podem não parecer com atendimento clínico, mas têm ramificações importantes para os pacientes (Blosnich et al., 2020; Fitzpatrick, 2018).

Para além da vivência dos indivíduos com seus processos de sofrimento não compreendido (Silva et al., 2021), destaca-se o luto difícil que recai sobre a família e o ciclo de amizades, além da mortalidade prematura, que pode afetar o período de alta produtividade e criatividade desses indivíduos.

No contexto da mortalidade por causa específica, os métodos tradicionais de análise, como taxas brutas e específicas de mortalidade, apresentam limitações por não incorporarem uma visão mais abrangente do impacto social e econômico dessas mortes, especialmente em relação às regiões afetadas. Esses métodos descrevem apenas o número absoluto de óbitos, mas não consideram as consequências sociais e econômicas que as perdas trazem para a sociedade, como a interrupção do ciclo produtivo e as repercussões nas famílias enlutadas (Pimentel et al., 2020a; Banzatto, 2021; Souza et al., 2024).

Por isso, indicadores mais amplos têm sido sugeridos, como os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que integram a idade em que os óbitos ocorreram ao impacto das perdas para a sociedade. Embora esse indicador não seja o único disponível, ele é relevante por combinar dimensões como mortalidade precoce e suas consequências sociais e econômicas (Romed & McWhinnie, 1977; Andrade & Moraes, 2020; Banzatto, 2021).

Ademais, há uma carência de estudos voltados para a análise sociodemográfica e o ônus social decorrente das taxas de mortalidade por "suicídio". Nesse sentido, é essencial conhecer e mensurar a expressão e a magnitude do suicídio no Brasil, que possui uma população de aproximadamente 216 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024). Esse conhecimento é indispensável para preencher lacunas ainda existentes na literatura sobre o tema, bem como para embasar a criação de Políticas Públicas que ampliem e fortaleçam os serviços de atenção à saúde mental. Portanto, objetivou-se analisar a expressão e a magnitude dos óbitos ocorridos no Brasil em decorrência do suicídio no século XXI.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, conduzido com base em dados secundários referentes às mortes por suicídio no Brasil no século XXI (período de 2001 a 2023). Esses dados estão disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

Consideraram-se as seguintes variáveis para o presente estudo: ano do óbito, sexo, cor/raça, estado de residência, escolaridade, estado civil, faixa etária, local de ocorrência e meio utilizado. Para a definição da causa de óbito, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, códigos X60-X84 "Lesões autoprovocadas intencionalmente" (World Health Organization, 2007).

Os dados sociodemográficos coletados no Sistema de Informação sobre Mortalidade foram organizados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel 2019®. Posteriormente, no software R, versão 4.1.0, realizaram-se as estatísticas descritivas das variáveis para caracterizar os dados. Após, foi aplicado o teste estatístico Qui-quadrado de independência para verificar possíveis associações entre variáveis categóricas, como faixa etária, sexo, cor/raça, estado civil e escolaridade, com nível de significância de 5%.

A taxa de mortalidade (Tm) em cada região, foi mensurada por 100.000 habitantes, através da fórmula:

$$T_m = 100000 \frac{x}{y}$$

Onde x é o número de óbitos por suicídio no ano de referência e y é a população da região no ano de referência. Por fim, realizou-se uma regressão linear para determinar a tendência dos APVP ao longo do período estudado. A regressão foi feita com base no número de APVP dependendo do ano.

Os APVP permitem comparar o efeito de cada causa de óbito em uma população determinada, visto que exprimem a implicação das mortes prematuras (ocorridas antes da duração de vida esperada, além da magnitude). Com esse indicador, há também o critério da transcendência, expressando o valor social atribuído às mortes prematuras (Andrade et al., 2020; Andrade & Moraes, 2020; Pimentel et al., 2020b).

Neste estudo, optou-se pelo modelo de cálculo proposto na literatura de referência (Romed & McWhinnie, 1977), considerando como limite de anos a Expectativa Média de Vida brasileira, que é 76 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019), como na expressão:

$$APVP = \sum_{x=0}^{x=L} a_x d_x$$

Onde L são os anos de vida restantes até a idade superior (76 anos) e x é o número de mortes ocorridas na idade x . Tendo em vista que o Sistema de Informação sobre Mortalidade concede as informações por faixa etária, foi necessário simplificar as informações retiradas do sistema. Assim, utilizou-se o ponto médio de cada faixa etária por meio da expressão:

$$x = \frac{LI + LS}{2}.$$

Desse modo, obtém-se o resultado ao somar o produto do número de óbitos em cada faixa etária pelos anos de vida restantes até a idade limite. Excluíram-se os óbitos de indivíduos com idade até 10 anos, em virtude de não se ter consenso na literatura sobre tais óbitos serem de fato vinculados ao desejo de autoextermínio (Soole et al., 2015).

O estudo seguiu os aspectos éticos em pesquisa, pois, de acordo com a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), pesquisas com dados secundários de domínio público não precisam ser avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS

De 2001 a 2023, foram notificados 251.065 óbitos por suicídio no Brasil. Considerando exclusivamente indivíduos na faixa etária de 10 a 76 anos, o total foi de 240.479 óbitos.

Quando analisado por regiões, as taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes foram maiores na região Sul (12,58), seguida pelas regiões Centro-Oeste (10,14), Norte (8,28), Sudeste (7,06) e Nordeste (6,42), estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Destaca-se ainda um aumento acentuado nas taxas de suicídio em todas as regiões, com destaque para a região Sul (67,44%), seguida pelas regiões Sudeste

(58,02%), Centro-Oeste (57,38%), Nordeste (46,18%) e Norte (39,91%), resultando em um aumento nacional de 57,02%, conforme a Tabela 1.

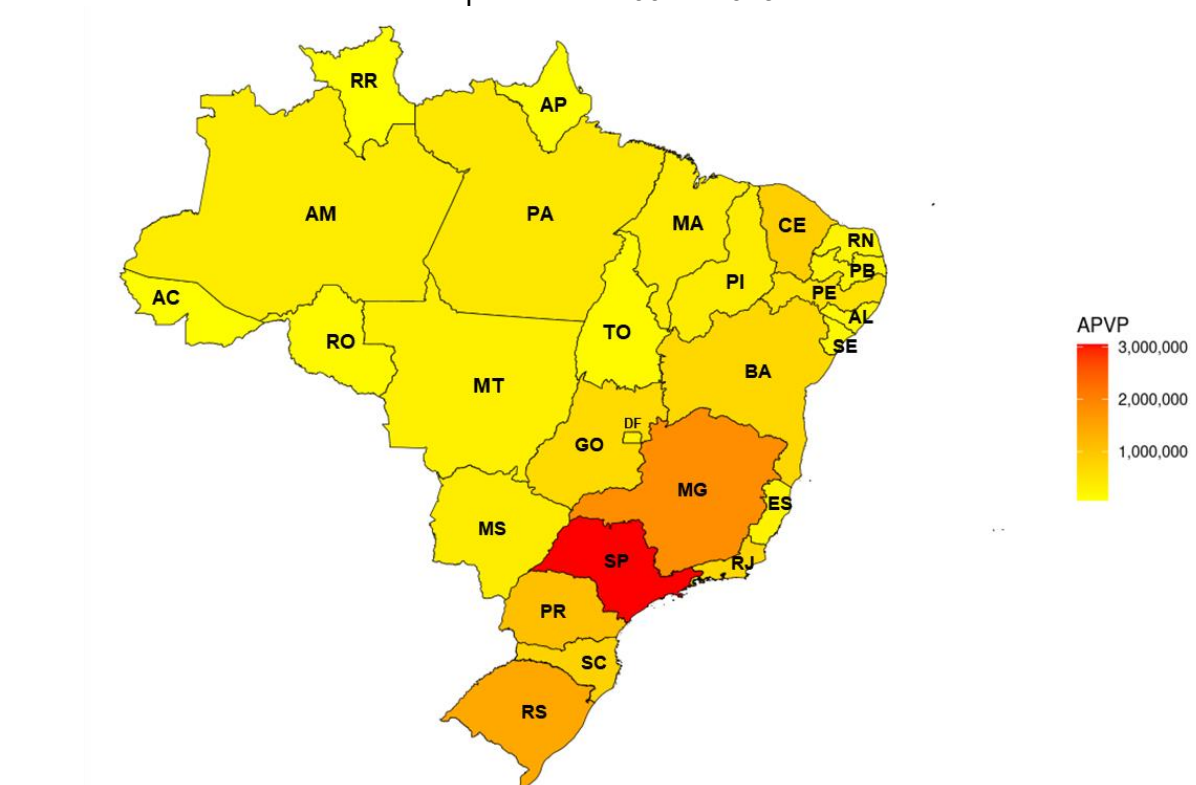
Tabela 1 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes nas regiões do Brasil em 2001 e em 2023.

Região	População 2001		Mortes 2001		População 2023		Mortes 2023	
	Nº	%	Total obi.	Taxa hab.	Nº	%	Total obi.	Taxa hab.
Norte	13245016	7,68%	438	3,3069	17.355.778	8,00%	1.438	8,285425
Nordeste	48331118	28,04%	1433	2,9649	64.656.095	29,82%	4.151	6,420122
Sudeste	73470738	42,62%	3010	4,0968	84.838.192	39,15%	5.991	7,061678
Sul	25453492	14,77%	2161	8,4899	29.937.706	13,85%	3.769	12,58947
Centro-Oeste	11885412	6,89%	692	5,8222	16.289.538	7,58%	1.653	10,14762
Total	172385776		7734	4,4864	216.077.309		17.002	7,86848

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

Contabilizou-se um total de 8.622.680,5 APVP, sendo observada maior concentração nos estados de São Paulo (18,31%), Minas Gerais (11,64%), Rio Grande do Sul (8,68%), Paraná (6,66%) e Ceará (5,15%), representando os maiores quantitativos do período analisado, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Anos potenciais de vida perdidos por estado brasileiro em decorrência do suicídio no período de 2001 a 2023.



ESTADO	APVP	ESTADO	APVP	ESTADO	APVP	ESTADO	APVP
1º - SP	3049710	8º - RJ	705040,2	15º - PI	361322,4	22º - SE	168626,4
2º - MG	1845396	9º - GO	656108,1	16º - MT	296028,2	23º - RO	153873,7
3º - RS	1444007	10º - PE	540716,7	17º - ES	258877,6	24º - TO	151763
4º - PR	1091818	11º - PA	444033,1	18º - PB	253506	25º - AC	87160,43
5º - CE	855114,5	12º - MA	377618,2	19º - RN	239935,5	26º - AP	81929,95
6º - SC	782236,2	13º - MS	372609,7	20º - DF	231254,4	27º - RR	71999,74
7º - BA	713653,5	14º - AM	368068,4	21º - AL	183391,7		

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

Observou-se que a proporção de mortes foi significativamente maior no sexo masculino (78,43%) em comparação ao feminino (21,56%), estatisticamente significativa ($p < 0,001$), conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Anos potenciais de vida perdidos e número de óbitos por suicídio no Brasil por faixa etária no período de 2001 a 2023.

Faixa Etária	Óbitos Masculinos	Óbitos Femininos	Total	APVP
10 a 14 anos	1.587	1.507	3.094	196.469
15 a 19 anos	12.138	5.148	17.286	1.011.231
20 a 24 anos	21.717	5.278	26.997	1.444.339,5
25 a 29 anos	22.334	5.075	27.410	1.329.385
30 a 34 anos	21.394	5.106	26.503	1.152.880,5
35 a 39 anos	20.540	5.461	26.003	1.001.115,5
40 a 44 anos	19.248	5.272	24.522	821.487

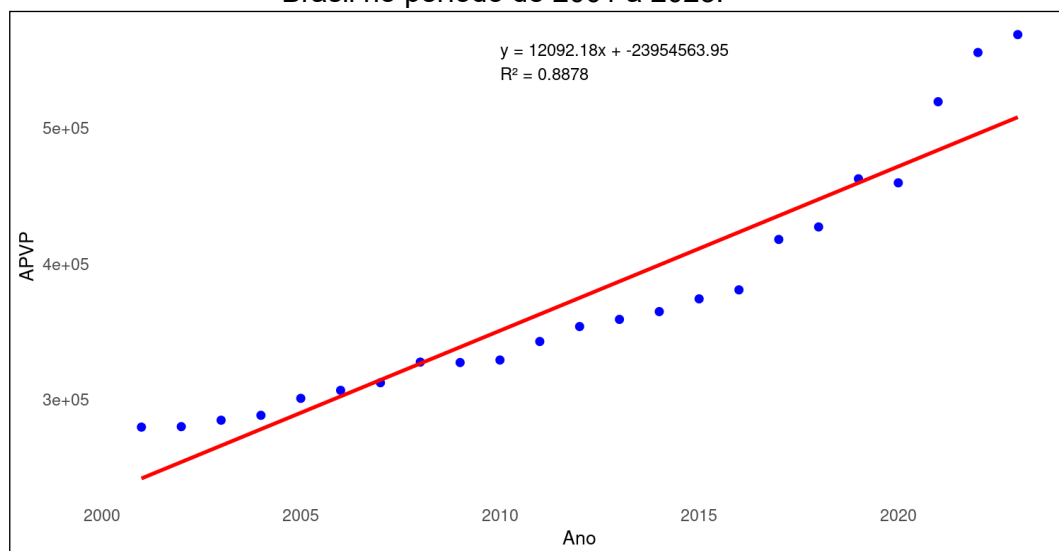
45 a 49 anos	17.167	5.019	22.187	632.329,5
50 a 54 anos	14.863	4.442	19.306	453.691
55 a 59 anos	12.842	3.426	16.269	300.976,5
60 a 64 anos	9.914	2.524	12.438	167.913
65 a 69 anos	7.867	2.009	9.876	83.946
70 a 74 anos	6.134	1.407	7.541	26.393,5
75 a 79 anos	4.336	898	5.234	523,5
> 80 anos	4.809	892	5.702	-
Idade ignorada	514	53	593	-
Total	197.404	53.517	250.961	8.622.680,5

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

O maior número de óbitos foi registrado na faixa etária de 25 a 29 anos, enquanto a maior taxa de APVP foi observada na faixa etária de 20 a 24 anos, ambas com associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Além disso, 82,28% dos APVP foram contabilizados entre indivíduos em idade economicamente ativa (15 a 64 anos), evidenciando um impacto expressivo nessa população, conforme explicitado na Tabela 2.

A análise de regressão linear, realizada para avaliar a relação entre os anos e o número de APVP, demonstrou resultados altamente significativos do ponto de vista estatístico. O modelo revelou que o intercepto foi estimado em -23.950.000, sugerindo um valor hipotético para o APVP no ano zero, que não possui aplicabilidade prática devido à escala temporal analisada. O coeficiente de inclinação foi estimado em 12.090 ($p < 0,001$), indicando um aumento médio de 12.090 APVP por ano, evidenciando uma tendência de crescimento constante ao longo do período avaliado, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Modelo de Regressão linear dos anos potenciais de vida perdidos por ano no Brasil no período de 2001 a 2023.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

O erro padrão das estimativas apresentou valores relativamente baixos, o que reforça a confiabilidade das estimativas dos coeficientes. O coeficiente de determinação (R^2) alcançou 88,78%, indicando que o modelo explica uma proporção

substancial da variação observada nos APVP ao longo do tempo. O R^2 ajustado, de 88,25%, confirma a robustez do modelo ao considerar a inclusão de apenas uma variável independente, mantendo a coerência na explicação da variabilidade dos dados.

O erro padrão residual foi de 29.840, o que reflete a magnitude média das discrepâncias entre os valores observados e aqueles previstos pelo modelo. Adicionalmente, o teste F resultou em um valor de 166,2 ($p < 0,001$), evidenciando que a inclusão da variável ano no modelo é estatisticamente significativa para descrever a variação nos APVP.

Em relação à raça/cor, observou-se que a maior proporção de suicídios foi registrada entre indivíduos de cor/raça branca (48,00%), seguida pelos de cor/raça parda (38,39%), estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

No que se refere ao estado civil, o maior percentual foi identificado entre indivíduos solteiros (54,76%), também estatisticamente significativo ($p < 0,001$).

Quanto à escolaridade, destaca-se que 32,04% dos óbitos ocorreram entre indivíduos com ensino médio completo ou incompleto (8 a 11 anos), seguidos por 31,71% entre aqueles com ensino fundamental completo ou incompleto (4 a 7 anos), estatisticamente significativa ($p < 0,001$), conforme explicitado na Tabela 3.

Tabela 3 - Anos potenciais de vida perdidos no Brasil com relação a cor/raça, estado civil e escolaridade no período de 2001 a 2023.

Variáveis	Total	APVP ₇₆	Qui-quadrado (IC95%)
<i>Cor/Raça</i>			
Branca	120.360	3.678.917,43	p<0,001
Parda	95.934	3.428.909,39	
Preta	13.109	466.731,63	
Ignorada	7.773	269.068,89	
Indígena	2.453	122.355,02	
Amarela	851	25.147,60	
<i>Estado Civil</i>			
Solteiro	126.582	5.215.798,25	p<0,001
Casado	64.380	1.453.515,96	
Separado	16.065	345.406,75	
Outro	9.462	325.799,28	
Viúvo	6.121	86.481,24	
<i>Escolaridade</i>			
8 a 11 anos	55.752	2.096.338,07	p<0,001
4 a 7 anos	55.187	1.797.334,75	
1 a 3 anos	31.766	919.069,05	
> 12 anos	20.926	701.116,86	
Nenhuma	10.403	245.390,21	

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

Os óbitos ocorreram, predominantemente, em locais afastados de uma assistência adequada, comprometendo intervenções rápidas e eficazes que poderiam alterar o desfecho da tentativa. Durante o período analisado, 59,51% dos casos ocorreram em domicílios, estatisticamente significativos ($p < 0,001$), seguidos por 15,62% em outros locais, 16,59% em hospitais e outros estabelecimentos de saúde, e 6,13% em vias públicas.

Quando analisado de maneira sazonal, percebeu-se que a maior taxa de suicídios foi registrada no mês de dezembro (8,93%), seguido pelos meses de outubro

(8,79%) e janeiro (8,70%), estatisticamente significativos ($p < 0,001$). A menor taxa foi no mês de junho (7,61%), seguida pelos meses de julho (7,84%).

Ao se considerar uma separação por estações do ano, tem-se maiores taxas de óbito estritamente nesta ordem: Primavera (25,69%), Verão (25,61%), Outono (24,97%) e Inverno (23,72%), estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

As principais causas de óbitos foram lesões autoprovocadas intencionais por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID-10 X70), que representaram 156.139 óbitos (64,93%). Em seguida, destacaram-se as lesões autoprovocadas intencionais por disparo de outras armas de fogo e não especificadas (CID-10 X74), com 16.301 óbitos (6,78%), e as autointoxicações intencionais por pesticidas (CID-10 X68), responsáveis por 11.740 óbitos (4,88%), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Causas de óbitos segundo o CID-10 no período de 2001 a 2023.

CID-10	Causa	Óbitos	%
X70	Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocação	156139	64,93
X74	Lesão autoprovocada intencional por disparo de outras armas de fogo e não especificadas	16301	6,78
X68	Autointoxicação intencional por pesticidas	11740	4,88
X80	Lesão autoprovocada intencional por precipitação de lugar elevado	8708	3,62
X69	Autointoxicação intencional por outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	6374	2,65
X72	Lesão autoprovocada intencional por disparo de arma de fogo de mão	6293	2,62
X84	Lesão autoprovocada intencional por meios não especificados	6234	2,59
X64	Autointoxicação intencional por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas	5756	2,39
X61	Autointoxicação intencional por anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos Não Classificados em Outra Parte (NCOP)	4128	1,72
X76	Lesão autoprovocada intencional por fumaça, fogo e chamas	3879	1,61
X78	Lesão autoprovocada intencional por objeto cortante ou penetrante	3709	1,54
X71	Lesão autoprovocada intencional por afogamento e submersão	2691	1,12
X79	Lesão autoprovocada intencional por objeto contundente	1663	0,69
X62	Autointoxicação intencional por narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) NCOP	1287	0,54
X82	Lesão autoprovocada intencional por impacto com veículo a motor	1115	0,46
X73	Lesão autoprovocada intencional por disparo de arma de fogo de maior calibre	1054	0,44
X65	Autointoxicação voluntária por álcool	918	0,38
X67	Autointoxicação intencional por outros gases e vapores	575	0,24
X83	Lesão autoprovocada intencional por outros meios específicos	493	0,21
X81	Lesão autoprovocada intencional por precipitação perante objeto em movimento	473	0,20
X66	Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e vapores	260	0,11
X60	Autointoxicação intencional por analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos não-opiáceos	235	0,10
X63	Autointoxicação intencional por outras substâncias farmacológicas que afetam o sistema nervoso autônomo	240	0,10
X75	Lesão autoprovocada intencional por dispositivos explosivos	111	0,05
X77	Lesão autoprovocada intencional por vapor, água quente, gás e objetos quentes	103	0,04
Total		240.479	100,00

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

3 DISCUSSÃO

Este estudo apresenta um perfil da mortalidade por suicídio no Brasil e os APVP decorrentes dessa causa de morte ao longo de um período de 23 anos. A análise realizada evidencia a influência significativa de variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, cor/raça, estado civil e escolaridade, na distribuição dos óbitos por suicídio no Brasil.

Uma investigação brasileira que analisou a mortalidade por suicídio no período de 2000 a 2012 relatou uma redução de 0,4% na taxa de suicídio na região Sudeste (Machado & Santos, 2015). No entanto, no presente estudo, observou-se um aumento nas taxas de suicídio em todas as regiões do país. Esses resultados reforçam a necessidade de políticas públicas abrangentes de prevenção ao suicídio em nível nacional, com o objetivo de mitigar essa importante causa de mortalidade. Ao analisar o aumento das taxas no país e nas cinco regiões, destaca-se a necessidade de fortalecer a rede de atenção à saúde mental, além de garantir maior coesão entre instâncias e instituições para promover a saúde e combater o suicídio (Mateus et al., 2008; Gonçalves et al., 2012).

No que se refere aos estados com maiores taxas de APVP, observa-se que estudos brasileiros anteriores corroboram os achados do presente estudo, apontando taxas brutas de suicídio mais elevadas nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Dentre esses, destaca-se que apenas o Rio Grande do Sul conta com um programa estruturado de prevenção ao suicídio, denominado Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (Conte et al., 2012).

Esse programa promoveu a capacitação de profissionais de saúde para a análise e intervenção em situações de risco de suicídio, a organização da rede de atenção à saúde e o fortalecimento da atenção básica. Além disso, contribuiu para a reorganização da rede intersetorial, permitindo o estabelecimento de uma linha de cuidados integrada e eficiente (Conte et al., 2012). Diante disso, considera-se que o Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio pode servir como modelo para implementação em âmbito nacional, expandindo essa experiência bem-sucedida para todo o território brasileiro, contribuindo assim para a redução das taxas de suicídio e seus impactos.

Os resultados do modelo de regressão indicaram um aumento nos APVP devido ao suicídio, evidenciando que este é um problema de saúde pública em ascensão. Esse fato já havia sido apontado em estudos anteriores realizados no Brasil (Machado & Santos, 2015; Arruda et al., 2021; Bonadiman et al., 2022). Assim, torna-se essencial uma mobilização integrada das instâncias federal, estaduais e municipais, considerando que, à medida que o tempo avança, mais mortes ocorrem por uma causa potencialmente evitável. Investimentos mais robustos em ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental são imprescindíveis.

Apesar de ser amplamente reconhecido que o suicídio é uma causa potencialmente evitável, sua prevenção ainda não é uma prioridade em muitos países, tanto para governos quanto para formuladores de políticas públicas (Droogers et al., 2020; Porras-Segovia et al., 2021). Desde a publicação do primeiro relatório mundial de prevenção ao suicídio pela OMS, apenas 38 países implementaram estratégias nacionais para ações de prevenção (Droogers et al., 2020). Esse cenário reforça a urgência de esforços globais para enfrentar essa questão e salvar vidas.

Há um consenso global que reconhece o suicídio como uma importante causa de mortalidade prematura (Cervantes & Montaña, 2020; Kootbodien et al., 2020; Porras-Segovia et al., 2021). O presente estudo reforça esse entendimento ao

destacar os APVP decorrentes do suicídio no Brasil, sendo a maior parte dessas perdas concentrada em indivíduos em idade economicamente ativa.

Para compreender a gravidade do suicídio em relação à mortalidade prematura, um estudo realizado nos Estados Unidos comparou as mortes por COVID-19 em 2020 (329.593) com as mortes por suicídio em 2018 (47.096) no país. Ao aplicar o indicador de APVP, considerando a expectativa média de vida de 75 anos, verificou-se que a COVID-19 foi responsável por 1.591.487,5 APVP, enquanto o suicídio resultou em 1.344.552 APVP. Esses dados evidenciam o impacto significativo do suicídio na saúde pública e na sociedade (Porrás-Segovia et al., 2021).

Foi observada uma predominância dos óbitos e APVP no sexo masculino, o que é consistente com achados anteriores no Brasil (Bonadiman et al., 2022) e com as tendências internacionais, destacando-se exemplos como o México (Cervantes & Montaña, 2020) e a Espanha (Jimenez et al., 2020). No entanto, com algumas raras exceções, como a China (Zhang et al., 2014) e a Índia (Dandona et al., 2018), onde a mortalidade no sexo feminino é maior. Essas variações podem ser explicadas por questões sociais, culturais e religiosas distintas entre os países (Sher, 2015; Vijayakumar, 2015).

Destaca-se que a maioria dos fatores de risco clínicos para o suicídio é semelhante em ambos os sexos, como separação amorosa, rejeição social ou afetiva, doença mental ou alta recente de hospitalização psiquiátrica, graves perturbações familiares, perda do emprego, alteração de situação financeira, e o temor de ser descoberto por algum comportamento ou ação socialmente criticado (Vijayakumar, 2015; Silva et al., 2021). Contudo, o sexo feminino é mais propenso à ideação e tentativas de suicídio, além de hospitalizações decorrentes de tentativas de suicídio. Por outro lado, no sexo masculino, observa-se o uso de métodos mais letais, resultando em maiores taxas de mortalidade (Sher, 2015; Vijayakumar, 2015).

Em relação à idade, destaca-se que o maior número de óbitos e APVP ocorreu entre adultos jovens, especialmente nas faixas etárias de 20 a 24 e 25 a 29 anos. Esse achado está em consonância com o apontado pela literatura internacional, que evidencia que o suicídio é mais recorrente no início da fase adulta, especialmente em indivíduos em idade economicamente ativa (Allothman & Fogarty, 2020; Porrás-Segovia et al., 2021; Bonadiman et al., 2022).

Adicionalmente, de acordo com a literatura, entre 90% e 98% das pessoas que se suicidam possuem um transtorno mental. Os principais transtornos associados ao suicídio são os transtornos de humor (30,2%), seguidos pelos transtornos decorrentes do uso de substâncias (principalmente o álcool) (17,6%) (Wasserman, 2016; Silva et al., 2021), evidenciando que a ocorrência de um transtorno mental é um fator de risco importante para o suicídio.

A maior taxa de mortalidade entre indivíduos brancos já havia sido apontada em estudos anteriores no Brasil (Mata et al., 2020). Esse dado sugere que fatores culturais, sociais e econômicos desempenham um papel mais significativo do que questões exclusivamente raciais, evidenciando a necessidade de investigações mais aprofundadas sobre o tema.

Em relação à população parda, que, juntamente com a preta, forma a população negra, conforme a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), essa constitui a maioria da população brasileira. No entanto, devido a condições sociais historicamente desfavoráveis, a população negra enfrenta maior vulnerabilidade aos agravos em saúde, apresentando taxas elevadas de mortalidade por causas externas, incluindo o suicídio (Palma et al., 2020).

A falta de estudos epidemiológicos específicos sobre o impacto do suicídio na população negra no Brasil reforça a urgência de pesquisas que abordem as particularidades desse grupo. Além disso, é fundamental o desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental focadas na prevenção do suicídio, considerando as desigualdades sociais que afetam essa população.

No que se refere aos óbitos entre indivíduos de raça/cor indígena, destaca-se a necessidade de atenção específica a essa população, que enfrenta cotidianamente o “não espaço” na sociedade, além de viver, historicamente, em condições precárias, com piores indicadores de saúde em comparação à população geral (Machado & Santos, 2015; Alves et al., 2021).

A população indígena representa apenas 0,4% da população total do Brasil, distribuída entre 305 etnias distintas. Para que as estratégias de prevenção ao suicídio sejam eficazes nesse grupo, é essencial compreender como cada etnia percebe a morte e o ato de tirar a própria vida (Souza & Orellana, 2013; Souza et al., 2020).

Diante desse contexto, ressalta-se a importância da atuação dos profissionais de saúde na realização de triagens de acolhimento, identificação de fatores de risco e implementação de intervenções direcionadas tanto para indivíduos em risco de suicídio quanto para os enlutados por perdas dessa natureza (Souza et al., 2020). Essas ações são fundamentais para um melhor entendimento do fenômeno e para a construção de estratégias preventivas culturalmente sensíveis e eficazes.

No tocante ao estado civil, observa-se maior predominância de suicídios entre indivíduos solteiros, com esses achados sendo congruentes com a literatura existente (Kyung-Sook et al., 2018; Park et al., 2018). Vários estudos demonstram o efeito protetor do casamento, que pode ocorrer devido ao suporte social, econômico e emocional que ele proporciona, além de reduzir o isolamento social ao oferecer oportunidades de integração comunitária (Kyung-Sook et al., 2018; Park et al., 2018; Kposowa et al., 2020).

Em relação à escolaridade, constatou-se que a maior ocorrência de suicídios no Brasil esteve associada a indivíduos com nível de escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo. Esse achado diverge da literatura internacional, como em estudos realizados na Espanha (Borrell et al., 2017) e na Coreia do Sul (Park et al., 2018), onde as maiores taxas de mortalidade por suicídio foram identificadas entre pessoas com escolaridade de até 7 anos de estudo.

Nessa perspectiva, uma revisão sobre a relação entre pobreza e suicídio corrobora esse padrão, apontando que baixos níveis de escolaridade estão associados a maiores índices de pobreza, o que, por sua vez, se relaciona com uma maior ocorrência de suicídio (Iemmi et al., 2016). Além disso, em países de baixa e média renda, o suicídio apresenta forte associação com condições socioeconômicas adversas, como pobreza, desemprego, endividamento e baixos níveis educacionais (Iemmi et al., 2016; Borrell et al., 2017).

Alves et al. (2019), partindo da premissa de que os programas de transferência de renda impactam positivamente a sociedade ao reduzirem as dificuldades financeiras, promoverem a educação e ampliarem o acesso à saúde, realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre a cobertura do Programa Bolsa Família (PBF) e as taxas de suicídio, padronizadas por idade e estratificadas por gênero, considerando variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Para isso, foi conduzido um estudo ecológico longitudinal com dados em painel de 5.507 municípios brasileiros, coletados entre 2004 e 2012 a partir de bases oficiais, como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Ministério do Desenvolvimento Social. Identificaram-se

associações brutas e ajustadas entre os níveis de cobertura municipal do PBF e as taxas de suicídio, evidenciando uma relação dose-resposta estatisticamente significativa, mesmo após o ajuste para covariáveis socioeconômicas, demográficas e de bem-estar social. Observou-se que as tentativas e taxas de suicídio foram significativamente menores em municípios com cobertura entre 30% e 70%, bem como naqueles com cobertura acima de 70%, em comparação aos municípios com baixa cobertura (<30%) (Alves et al., 2019).

Adicionalmente, a literatura aponta que taxas mais elevadas de suicídio entre indivíduos com nível médio ou superior de escolaridade podem estar associadas ao maior acesso a métodos letais, além do conhecimento sobre sua eficácia e letalidade (Zhang et al., 2014; Borrell et al., 2017; Park et al., 2018). Diante dos achados deste estudo, que contrastam com grande parte da literatura existente, torna-se necessário realizar novas pesquisas para elucidar a relação entre escolaridade e suicídio no Brasil, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e estruturais envolvidos nesse fenômeno.

No presente estudo, observou-se uma predominância de suicídios em domicílios, seguidos por aqueles em vias públicas e hospitais, com os achados em concordância com os apresentados em um estudo brasileiro anterior (Arruda et al., 2021). Uma pesquisa realizada no México, ao analisar a tendência suicida da população geral entre 1990 e 2011, também indicou maior ocorrência de suicídios em domicílios, destacando que esse local é mais fácil para consumir o ato, além de carregar uma carga emocional significativa, o que gera um grande impacto no núcleo familiar (Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013).

Em relação aos suicídios ocorridos em vias públicas, a comoção social é um fator importante, uma vez que o ato, quando consumado em um local público, provavelmente resultará em interdição de via e/ou movimentação significativa (Botega, 2015). Nesse contexto, é fundamental que as diretrizes da OMS para a comunicação sobre suicídios em locais públicos sejam observadas, com o objetivo de evitar o chamado "efeito Werther" (Ferreira et al., 2021). Além disso, é fundamental aumentar a conscientização da população sobre os impactos da veiculação de informações sobre mortes por suicídio.

Quanto aos óbitos ocorridos em hospitais, um estudo brasileiro também sinalizou a ocorrência de suicídios nesses ambientes (Arruda et al., 2021). Diversos fatores podem contribuir para esse fenômeno, incluindo a falta de infraestrutura adequada nas instituições, como a ausência de grades de proteção, o despreparo das equipes para identificar e manejar pacientes em risco, e o estado mental e emocional dos indivíduos internados. Além disso, a disponibilidade de meios letais, como medicamentos e instrumentos perfurocortantes, pode facilitar a concretização do ato (Botega, 2015; Arruda et al., 2021). Em alguns casos, o hospital pode ser apenas o local onde o óbito ocorre após uma tentativa de suicídio iniciada em outro ambiente.

Quando analisados de forma sazonal, os dados indicam uma maior ocorrência de suicídios no verão e na primavera, achados que são corroborados por um estudo realizado na África do Sul (Kootbodien et al., 2020). Vale ressaltar que a literatura frequentemente aponta maiores taxas de suicídio no inverno (Botega, 2015), mas esse fato depende do comportamento das estações em cada país. No Brasil, as variações climáticas entre as estações são poucas (Cavalcanti & Ferreira, 2021). Além disso, atividades sociais e datas comemorativas, como o Natal e o Ano Novo, podem aumentar o risco de suicídio, especialmente entre indivíduos que vivem em áreas menos urbanizadas e com menor nível socioeconômico (Botega, 2015; Kootbodien et al., 2020).

Os achados deste estudo corroboram com os dados internacionais, que apontam o enforcamento, estrangulamento e sufocação como os métodos mais frequentes nos óbitos por suicídio (Konieczna et al., 2023; Hawton et al., 2024). Esses métodos são frequentemente associados à sua acessibilidade e alta eficácia letal (Lim et al., 2021; Hawton et al., 2024), o que reforça a necessidade de intervenções preventivas que dificultem o acesso a esses meios, especialmente para indivíduos com histórico de transtornos psiquiátricos ou tentativas prévias de suicídio.

A presença das armas de fogo como a segunda principal causa de morte por suicídio está em consonância com estudos internacionais, especialmente em países onde a posse e o acesso a armas de fogo são menos restritos (Lim et al., 2021; Konieczna et al., 2023; Hawton et al., 2024). Embora o Brasil possua regulamentações para a posse e o porte de armas, mudanças na legislação nos últimos anos geraram debates sobre o impacto desse fator na saúde pública, particularmente no que tange ao aumento da disponibilidade de armas na população civil (Funari, 2022). Medidas de controle, como restrições mais rigorosas à compra de armas e campanhas de conscientização, têm sido recomendadas como estratégias eficazes para a redução dos suicídios por esse meio (Lim et al., 2021; Hawton et al., 2024).

A autointoxicação intencional por pesticidas é um método altamente prevalente em países de baixa e média renda, estando em consonância com achados de pesquisas anteriores que destacam sua incidência em regiões agrícolas e rurais (Lim et al., 2021; Konieczna et al., 2023). A toxicidade dos pesticidas, aliada à sua ampla disponibilidade em determinados contextos socioeconômicos, contribui para as taxas elevadas de mortalidade por esse método. Estudos indicam que políticas de regulação do uso e venda de agrotóxicos têm sido eficazes na redução dos suicídios por esse meio (Lim et al., 2021; Hawton et al., 2024), destacando a importância de medidas regulatórias associadas à capacitação de profissionais da saúde para a identificação e intervenção precoce em populações vulneráveis.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O indicador de APVP está diretamente relacionado a aspectos econômicos e produtivos, e, no presente estudo, assumiu-se que os indivíduos estavam saudáveis e/ou com quadro psíquico estabilizado. No entanto, essa abordagem pode não refletir integralmente o impacto do adoecimento psíquico na população. Assim, recomenda-se que estudos futuros incorporem a análise do indicador Anos Vividos com Incapacidade para uma compreensão mais abrangente da carga do adoecimento mental no Brasil.

Além disso, por se tratar de uma pesquisa baseada em dados secundários, existe a possibilidade de vieses decorrentes da subnotificação de casos e de possíveis inconsistências no preenchimento do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Tais limitações podem impactar a precisão dos achados, reforçando a necessidade de aprimoramento dos sistemas de vigilância epidemiológica. Adicionalmente, sugere-se que futuras investigações utilizem outros delineamentos metodológicos, como estudos de coorte prospectivos, que possam aprofundar a compreensão do fenômeno do suicídio e suas determinantes.

4 CONCLUSÃO

O suicídio apresenta uma grande expressão e magnitude no Brasil, com 240.479 mortes registradas no período analisado, totalizando 8.622.680,5 APVP. O perfil de mortalidade por essa causa no país é predominantemente composto por indivíduos do sexo masculino, adultos jovens (entre 20 e 29 anos), de cor/raça branca, estado civil solteiro e com média escolaridade.

Observa-se um aumento progressivo da mortalidade prematura por suicídio, refletido no crescimento anual de APVP. Esse fenômeno tem um impacto significativo em diversas esferas da sociedade, dado que envolve a perda de vidas em idade produtiva, além de seu valor social. Diante desse cenário, torna-se urgente a implementação de medidas governamentais e a criação de novas políticas públicas que possam modificar essa realidade no Brasil.

Além disso, como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, a prevenção do suicídio deve ser efetiva, garantindo maior bem-estar e qualidade de vida em todas as idades e países. Para que esse objetivo seja alcançado, é essencial ampliar o escopo das pesquisas, incluindo análises sobre Anos Vividos com Incapacidade e estudos de coorte prospectivos. Isso permitirá uma compreensão mais aprofundada do fenômeno e possibilitará intervenções preventivas nos determinantes de saúde.

O presente estudo representa um avanço no conhecimento sobre o suicídio no Brasil, ao ilustrar, com dados confiáveis e comparáveis, o panorama dessa causa de mortalidade. Seus achados fornecem evidências que podem orientar a elaboração de políticas públicas mais eficazes e equitativas, contribuindo para a construção de estratégias mais robustas de prevenção e cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Allothman, D., & Fogarty, A. (2020). Global differences in geography, religion and other societal factors are associated with sex differences in mortality from suicide: An ecological study of 182 countries. *Journal of affective disorders*, 260, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.093>
- Alves, F. J. O., Machado, D. B., & Barreto, M. L. (2019). Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 54, 599-606. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1627-6>
- Alves, F. T. A., Prates, E. J. S., Carneiro, L. H. P., Sá, A. C. M. G. N. D., Pena, É. D., & Malta, D. C. (2021). Proportional mortality in Brazil's indigenous population in the years 2000, 2010, and 2018. *Saúde em Debate*, 45, 691-706. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113010>
- Andrade, J. V. (2019). Suicídio na contemporaneidade. *Revista Ponto de Vista*, 8(1), 136-137. Disponível em: <https://beta.periodicos.ufv.br/RPV/article/view/9211>
- Andrade, J. V., & Moraes, R. C. C. (2020). O que o Coronavírus tem nos tirado? Anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais. *Journal of Nursing and Health*, 10(4). <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.19043>

- Andrade, J. V., de Souza, J. C. M., Lins, A. L. R., de Souza, C. C., Pimentel, T. L., Abijaude, W., Canazart, K. H. M., & Oliveira, E. F. C. (2020). Anos potenciais de vida perdidos nos últimos cinco anos em decorrência do câncer em Minas Gerais: Câncer em Minas Gerais. *Revista Atenas Higeia*, 2(4), 13-17. Disponível em: <https://revistas.atenas.edu.br/higeia/article/view/62>
- Arruda, V. L. D., Freitas, B. H. B. M. D., Marcon, S. R., Fernandes, F. Y., Lima, N. V. P. D., & Bortolini, J. (2021). Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2699-2708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021>
- Banzatto, S. (2021). *O indicador APVP: Perfil de mortalidade no Estado de São Paulo*. Bookerfield.
- Blosnich, J. R., Montgomery, A. E., Dichter, M. E., Gordon, A. J., Kavalieratos, D., Taylor, L., Ketterer, B., & Bossarte, R. M. (2020). Social determinants and military veterans' suicide ideation and attempt: a cross-sectional analysis of electronic health record data. *Journal of general internal medicine*, 35, 1759-1767. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05447-z>
- Bonadiman, C. S. C., Naghavi, M., & Melo, A. P. S. (2022). The burden of suicide in Brazil: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 55(1), e0299-2021. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0299-2021>
- Borrell, C., Marí-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., Calvo, M., Rodríguez-Sanz, M., Bartoll, X., & Esnaola, S. (2017). Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. *BMC Public Health*, 17, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4777-7>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida*. Artmed Editora.
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.cns.saude.gov.br>
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. (2024). Sistema de informações sobre mortalidade. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Carter, S. P., Campbell, S. B., Wee, J. Y., Law, K. C., Lehavot, K., Simpson, T., & Reger, M. A. (2022). Suicide attempts among racial and ethnic groups in a nationally representative sample. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01115-3>
- Cavalcanti, I. F. A., & Ferreira, N. J. (2021). *Clima das regiões brasileiras e variabilidade climática*. Oficina de Textos.

- Cervantes, C. A. D., & Montaña, A. M. P. (2020). Study of suicide burden of mortality in Mexico 1990-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200069. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200069>
- Conte, M., Meneghel, S. N., Trindade, A. G., Ceccon, R. F., Hesler, L. Z., Cruz, C. W., Soares, R., Pereira, S., & Jesus, I. (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2017-2026. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013>
- Dandona, R., Kumar, G. A., Dhaliwal, R. S., Naghavi, M., Vos, T., Shukla, D. K., Vijayakumar, L., Gururaj, G., Thakur, J. S., Ambekar, A., Sagar, R., Arora, M., Bhardwaj, D., Chakma, J. K., Dutta, E., Furtado, M., Glenn, S., Hawley, C., ... Dandona, L. (2018). Gender differentials and state variations in suicide deaths in India: the Global Burden of Disease Study 1990–2016. *The Lancet Public Health*, 3(10), e478-e489. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(18\)30138-5](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30138-5)
- Droogers, M., Jansen, D., Lindert, J., Saboga-Nunes, L., Rudén, M., Guichardon, M., & Zeegers Paget, D. (2020). Health-related Sustainable Development Goals: countdown on alcohol use, smoking prevalence, child overweight and suicide mortality. *European Journal Of Public Health*, 30(1), e10-13. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa027>
- Ferreira, R. D. S., Martin, I. D. S., Zanetti, A. C. G., & Vedana, K. G. G. (2021). Notícias sobre suicídio veiculadas em jornal brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1565-1574. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.12882019>
- Fitzpatrick, S. J. (2018). Reshaping the ethics of suicide prevention: responsibility, inequality and action on the social determinants of suicide. *Public Health Ethics*, 11(2), 179-190. <https://doi.org/10.1093/phe/phx022>
- Funari, G. (2022). ‘Family, God, Brazil, Guns...’: The State of Criminal Governance in Contemporary Brazil. *Bulletin of Latin American Research*, 41(3), 404-419. <https://doi.org/10.1111/blar.13240>
- Gonçalves, R. W., Vieira, F. S., & Delgado, P. G. G. (2012). Mental health policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009. *Revista de Saúde Pública*, 46, 51-58. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>
- Hawton, K., Knipe, D., & Pirkis, J. (2024). Restriction of access to means used for suicide. *The Lancet Public Health*, 9(10), e796-e801. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00157-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00157-9)
- Iemmi, V., Bantjes, J., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B., & Lund, C. (2016). Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 774-783. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30066-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30066-9)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Características étnico-raciais da população: Classificações e identidades*. IBGE. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=284235>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/65c3023462edaabf0d7318c1a0f80ca4.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2024*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock
- Jimenez, A., Santed-Germán, M. A., & Ramos, V. (2020). Google Searches and suicide rates in Spain, 2004-2013: correlation study. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e10919. <https://doi.org/10.2196/10919>
- Jiménez-Ornelas, R. A., & Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), 205-229. Disponible em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000300012
- Konieczna, A., Larsen, C. P., Jakobsen, S. G., Okuda, T., Moriyama, K., Mere, W. S., & Christiansen, E. (2023). Suicide trends in Denmark—An ecological study exploring suicide methods from 1995 to 2019. *PLoS One*, 18(12), e0296324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296324>
- Kootbodien, T., Naicker, N., Wilson, K. S., Ramesar, R., & London, L. (2020). Trends in suicide mortality in South Africa, 1997 to 2016. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(6), 1850. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061850>
- Kposowa, A. J., Ezzat, D. A., & Breault, K. D. (2020). Marital status, sex, and suicide: New longitudinal findings and Durkheim's marital status propositions. *Sociological Spectrum*, 40(2), 81-98. <https://doi.org/10.1080/02732173.2020.1758261>
- Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social science & medicine*, 197, 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
- Lim, J. S., Buckley, N. A., Chitty, K. M., Moles, R. J., & Cairns, R. (2021). Association between means restriction of poison and method-specific suicide rates: a systematic review. *JAMA Health Fórum*, 9(10), e213042-e213042. American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.3042>
- Machado, D. B., & Santos, D. N. D. (2015). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 45-54. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000056>

- Mata, K. C. R., Daltro, M. R., & Ponde, M. P. (2020). Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9(1), 74-87. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.v9i1.2842>
- Mateus, M. D., Mari, J. J., Delgado, P. G., Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., Goihman, S., Razzouk, D., Rodriguez, J., Weber, R., Andreoli, S. B., & Saxena, S. (2008). The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>
- McDonald, K., Machado, D. B., Castro-de-Araujo, L. F., Kiss, L., Palfreyman, A., Barreto, M. L., Devakumar, D., & Lewis, G. (2021). Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 56, 1779-1790. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02060-6>
- Palma, D. C. D. A., Santos, E. S. D., & Ignotti, E. (2020). Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00092819. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092819>
- Park, S. K., Lee, C. K., & Kim, H. (2018). Suicide mortality and marital status for specific ages, genders, and education levels in South Korea: using a virtually individualized dataset from national aggregate data. *Journal Of Affective Disorders*, 237, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.003>
- Pimentel, T. L., Abijaude, W., Canazart, K. H. M., Oliveira, E. F. C., & Andrade, J. V. (2020a). O que a AIDS tem nos tirado? Anos potenciais de vida perdidos no Brasil de 2014 a 2018. *Revista Interdisciplinar*, 13(1), 2. Disponível em: <https://uninovafapi.emnuvens.com.br/revinter/article/view/1747>
- Pimentel, T. L., Abijaude, W., Canazart, K. H. M., Oliveira, E. F. C., & Andrade, J. V. (2020b). Anos potenciais de vida perdidos no brasil em decorrência da dengue: impacto socioeconômico. *Health Residencies Journal-HRJ*, 1(7), 3-13. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i7.121>
- Porrás-Segovia, A., Baca-Garcia, E., Courtet, P., Wainberg, M., & Oquendo, M. A. (2021). If suicide were COVID-19: a neglected cause of premature death. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 82(2), 27939. <https://doi.org/10.4088/JCP.20113702>
- Romed, J. M., & McWhinnie, J. R. (1977). Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *International journal of epidemiology*, 6(2), 143-151. <https://doi.org/10.1093/ije/6.2.143>
- Sher, L. (2015). Suicide in men. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(3), 20430. <https://www.psychiatrist.com/jcp/suicide-men/>
- Silva, J. F., Cruz, J. F. S., Horta, H. H. L., Souza, J. C. M., & Andrade, J. V. (2021). Sísifos em sofrimento psíquico e o suicídio desses nas entrelinhas da literatura: O que compete à enfermagem? In I. K. N. Moraes (Org.), *Enfermagem: Atuação e inovação no cuidado aos pacientes* (pp. 44–58). E-publicar. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.23392.61442>

- Soole, R., Kõlves, K., & Leo, D. (2015). Suicide in children: a systematic review. *Archives of suicide research*, 19(3), 285-304. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.996694>
- Souza, J. C. M., Andrade, J. V., & Prates, J. G. (2024). Histórias apagadas: mortalidade prematura por uso de substâncias psicoativas no estado de São Paulo de 2014 a 2018. *Revista Pró-UniverSUS*, 15(1), 01-07. <https://doi.org/10.21727/rpu.v15i1.3900>
- Souza, M. L. P. D., & Orellana, J. D. Y. (2013). Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62, 245-252. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000400001>
- Souza, R. S. B., Oliveira, J. C., Alvares-Teodoro, J., & Teodoro, M. L. M. (2020). Suicide and indigenous populations in Brazil: systematic reviewEl suicidio y los pueblos indígenas brasileños: revisión sistemática. *Pan American Journal of Public Health*, 44, e58-e58. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.58>
- Vijayakumar, L. (2015). Suicide in women. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S233-S238. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161484>
- Wasserman, D. (2016). *Suicide: An unnecessary death* (2^a ed.). Oxford University Press.
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2020). *Suicide prevention*, [Internet]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
- World Health Organization. (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2020–2030*. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2021b). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Zhang, J., Sun, L., Liu, Y., & Zhang, J. (2014). The change in suicide rates between 2002 and 2011 in China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(5), 560-568. <https://doi.org/10.1111/sltb.12090>