

Epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1996 e 2016 e a política pública
Epidemiology of suicide in Brazil between 1996 and 2016 and the public policy
Epidemiologia del suicidio en Brasil entre 1996 y 2016 e a política publica

Recebido: 13/11/2019 | Revisado: 16/11/2019 | Aceito: 19/11/2019 | Publicado: 21/11/2019

Daniel Augusto da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2716-6700>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: daniel.augusto@unifesp.br

João Fernando Marcolan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8881-7311>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: jfmarcolan@unifesp.br

Resumo

Este trabalho tem o objetivo de analisar ocorrências de suicídio no Brasil entre 1996 e 2016 e as variáveis epidemiológicas relacionadas. Estudo descritivo, retrospectivo, de série histórica, baseado em dados secundários obtidos no mês de junho de 2018, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Taxa de mortalidade por suicídio aumentou de 4,29 em 1996 para 5,55 em 2016. Região Sul apresentou maior taxa de mortalidade em todos os anos, seguida Região Centro-Oeste. Registrado 145.030 (79,04%) óbitos por suicídio de homens e 38.419 (20,94%) de mulheres; 42.040 suicídios de pessoas com idade entre 20 e 29 anos, 39.096 entre 30 e 39 anos, 33.999 entre 40 e 49 anos; 92.007 de pessoas brancas, 59.373 pardas, 9.011 pretas; 89.262 eram solteiras, 57.848 casadas; 103.617 (56,47%) foram em domicílios; 36.689 tinham entre 4 a 7 anos de estudo, 26.822 com 8 a 11 anos de estudo, 24.859 com 1 a 3 anos de estudo, 11.673 com 12 anos ou mais de estudo e 10.279 sem estudo; enforcamento como método mais utilizado nas ocorrências de suicídio. Governo brasileiro necessita implantar programa de vigilância ao comportamento suicida. Incluir o resumo.

Palavras-chave: Suicídio; Epidemiologia; Fatores Epidemiológicos; Brasil; Política Pública.

Abstract

This paper aims to analyze occurrences of suicide in Brazil between 1996 and 2016 and related epidemiological variables. This is a descriptive retrospective study of a historical series based on secondary data obtained in June 2018 from the Mortality Information System (SIM) of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The suicide mortality rate increased from 4.29 in 1996 to 5.55 in 2016. The South Region had the highest mortality rate in all years, followed by the Midwest Region. A total of 145,030 (79.04%) deaths from suicide of men and 38,419 (20.94%) of women were recorded; 42,040 suicides by people aged between 20 and 29 years, 39,096 between 30 and 39 years, 33,999 between 40 and 49 years; 92,007 by white people, 59,373 brown, 9,011 black; 89,262 were single, 57,848 married; 103,617 (56.47%) occurred in households; 36,689 had between 4 and 7 years of schooling, 26,822 with 8 to 11 years of schooling, 24,859 with 1 to 3 years of schooling, 11,673 with 12 or more years of schooling and 10,279 with no schooling; hanging is the most used method in suicide occurrences. The Brazilian government needs to implement a surveillance program for suicidal behavior.

Keywords: Suicide; Epidemiology; Epidemiologic Factors; Brazil; Public Policy.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar los casos de suicidio en Brasil entre 1996 y 2016 y las variables epidemiológicas relacionadas. Este es un estudio descriptivo retrospectivo de una serie histórica basada en datos secundarios obtenidos en junio de 2018 del Sistema de Información de Mortalidad (SIM) del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS). La tasa de mortalidad por suicidio aumentó de 4.29 en 1996 a 5.55 en 2016. La Región Sur tuvo la tasa de mortalidad más alta en todos los años, seguida por la Región del Medio Oeste. Se registraron 145,030 (79.04%) muertes por suicidio de hombres y 38,419 (20.94%) de mujeres; 42,040 suicidios en personas con edades entre 20 y 29 años, 39,096 entre 30 y 39 años, 33,999 entre 40 y 49 años; 92,007 blancos, 59,373 marrones, 9,011 negros; 89,262 eran solteros, 57,848 casados; 103,617 (56.47%) ocurrirán en sus casas; 36,689 tenían entre 4 y 7 años de escolaridad, 26,822 con 8 a 11 años de escolaridad, 24,859 con 1 a 3 años de escolaridad, 11,673 con 12 o más años de escolaridad y 10,279 sin escolarización; ahorcamiento como el método más utilizado en casos de suicidio. El gobierno brasileño necesita implementar un programa de vigilancia para el comportamiento suicida.

Palabras clave: Suicidio; Epidemiología; Factores Epidemiológicos; Brasil; Política Pública.

1. Introdução

É devastador e de longo alcance, podendo durar muito tempo após o acontecimento, o impacto do suicídio sobre as famílias, amigos e comunidades. Estima-se que 804.000 pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, no ano de 2012 e estimava-se que até 2020, mais de 1.500.000 pessoas iriam cometer suicídio por ano (World Health Organization [WHO], 2014), o que não veio a se comprovar devido ao aumento de países que implantaram estratégias de prevenção ao suicídio, embora com quantitativo ainda baixo (38 e 80 em que há qualidade de dados apresentados, apontando para que taxas se mantiveram estáveis no período de 2014 a 2016 com cerca de 800.000 mortes por suicídio por ano, ou seja, a ocorrência de um suicídio a cada 40 segundos. Há ampla variação das taxas entre países e regiões do mundo (Organização PanAmericana de Saúde [OPAS], 2019; World Health Organization [WHO], 2019).

O número de suicídios no mundo cresceu em 60% nos últimos 50 anos até 2012, sendo que cerca de três mil pessoas se suicidam por dia e 60 mil tentam, mas não conseguem, quantitativo este que representa quase 50% do total de mortes violentas, porém, uma vez que o suicídio é um problema delicado, e até mesmo ilegal em alguns países, é muito provável que seja sub-relatado, como no Brasil, onde a possibilidade de perda de seguros e de direitos gera um número significativo de subnotificações (WHO, 2014; Fraga, Massuquetti, & Godoy 2016).

É fato a ocorrência da subnotificação e sub-registro, contudo, além destes, ainda existe a ocorrência dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e morte por causa indeterminada (Moreira, Félix, Flôr, Oliveira, & Albuquerque, 2017).

Quando, por motivos diversos, o resultado da ação não se concretiza em óbito, a ação é classificada como tentativa de suicídio; o ato auto agressivo intencional tem sido uma das principais causas de mortalidade no mundo. Estima-se que para cada caso de óbito, haja entre 10 a 20 casos de tentativa de morte (Conte, Cruz, Silva, Castilhos, & Nicolella, 2015).

Da mesma forma que há subnotificação e sub-registro dos casos de suicídios, nota-se também a ausência de fluxos para notificação dos atendimentos nas ocorrências de tentativas de suicídio em muitos serviços que prestam atendimento de urgência e emergência, o que resulta na não inclusão das ações de prevenção ao suicídio na agenda política da gestão pública (Conte, Cruz, Silva, Castilhos, & Nicolella, 2015).

O Ministério da Saúde publicou em novembro de 2017 o boletim epidemiológico sobre o comportamento suicida no Brasil entre 2011 e 2016, sendo dados atualizados que temos a respeito dessa temática (Ministério da Saúde, 2017). O sistema de notificação precisa ser aperfeiçoado e o programa de prevenção e vigilância ao suicídio necessita ser implantado, pois

está no papel há 13 anos e quase nada se fez.

Neste contexto, este estudo dedica-se a investigar as ocorrências de suicídio entre os anos de 1996 e 2016, e identificar as variáveis epidemiológicas pessoais e comportamentais relacionadas a este evento.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo, epidemiológico, de série histórica, baseado em dados secundários, sobre as ocorrências de suicídio durante o período de 1996-2016 (Pereira et al., 2018).

Os dados de mortalidade e suicídio foram obtidos no mês de junho de 2018, no banco de dados brasileiro: Sistema de Informações sobre Mortalidade (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [DATASUS], 2018). Dados sobre estimativas populacionais foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2018).

Na seleção dos dados, considerou-se, conforme a 10^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as mortes codificadas com X60-X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1994).

As taxas de mortalidade por suicídio foram obtidas por meio da divisão do número de óbitos por suicídio pela população total residente, multiplicado por 100.000.

Os níveis das taxas de mortalidade por suicídio foram classificados em baixas quando menor que 5/100.000 habitantes, médias quando entre 5 e 15/100.000 habitantes, altas quando entre 15 e 30/100.000 habitantes, e muito altas quando maior ou igual a 30/100.000 habitantes (Diekstra & Gulbinat, 1993).

As variáveis selecionadas para este estudo são as disponíveis na base de dados, a saber a faixa etária, a cor/raça, a escolaridade, o local de ocorrência, o estado civil, o sexo, a região e Unidade Federativa, e os métodos utilizados para o suicídio.

Por se tratar de pesquisa que utiliza informações de acesso público, em banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

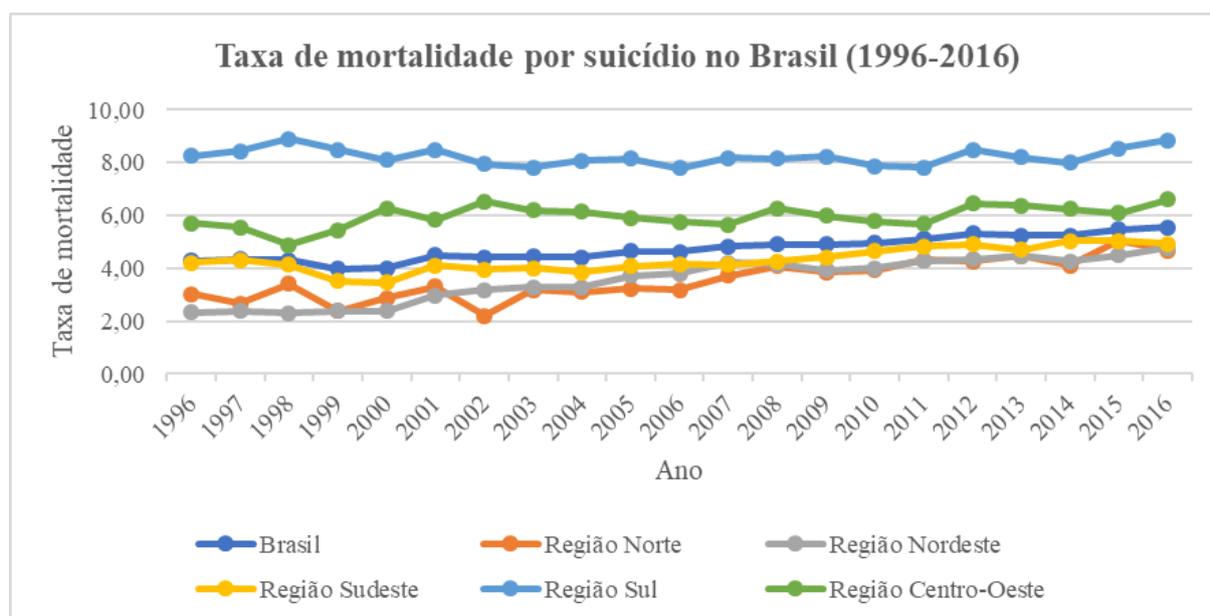
3. Resultados

Didaticamente, os resultados foram agrupados em três categorias: Taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, nas regiões brasileiras e Unidades Federativas entre 1996-2016; Características sociodemográficas das ocorrências de suicídio no Brasil entre 1996-2016; Métodos utilizados nas ocorrências de suicídio no Brasil entre 1996-2016.

3.1. Taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, nas regiões brasileiras e Unidades Federativas entre 1996-2016

A Figura 1 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, e nas regiões brasileiras, no período de 1996 a 2016.

Figura 1. Evolução da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil e regiões brasileiras no período de 1996 a 2016. Brasil, 2019.



Fonte: elaborada pelos autores com dados do DATASUS (2018).

Conforme dados apresentados na Figura 1, nota-se aumento na taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, de 4,29 em 1996 para 5,55 em 2016, um aumento de 29,4% no decorrer deste período. Entre as regiões brasileiras, é possível afirmar que entre os anos de 1996 a 2016, a Região Sul apresenta maior taxa de mortalidade por suicídio em todos os anos, seguida pela Região Centro-Oeste. Quando comparadas as taxas de mortalidade por suicídio dessas regiões com a taxa do Brasil, é possível observar que em todo o período as taxas de mortalidade por suicídio nestas regiões se mantêm acima das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil.

Em relação aos estados brasileiros, com exceção dos anos 2007, 2015 e 2016, o Rio Grande do Sul apresenta maior taxa de mortalidade por suicídio com evolução de 9,86 em 1996 para 10,35 em 2016, e variação no período de 9,69 a 11,02, o que configura a manutenção da alta taxa de mortalidade por suicídio neste estado.

Os estados de Santa Catarina, Roraima, Mato Grosso do Sul, Paraná e Piauí, junto com o Rio Grande do Sul, configuram os cinco estados brasileiros com maiores taxas de mortalidade por suicídio, sendo que, no período selecionado, há um revezamento nas posições, sendo que Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Roraima são os estados com maior frequência em ocupar a posição de estados brasileiros com maiores taxas de mortalidade por suicídio. Para estes estados, em todo o período selecionado para este estudo, a taxa de mortalidade por suicídio é maior que a taxa nacional.

Os estados brasileiros com menores taxas de mortalidade por suicídio compreendem Maranhão, Paraíba, Bahia, Tocantins, Sergipe, Pará, Rio de Janeiro, Pernambuco e Alagoas.

Sobre a variação da taxa de mortalidade por suicídio em relação ao ano de 1996 e o ano de 2016, o Brasil apresentou aumento de 29,23%. Todas as cinco regiões brasileiras apresentaram aumento, sendo, por ordem decrescente Região Nordeste (+104,88%), Região Norte (54,87%), Região Sudeste (16,94%), Região Centro-Oeste (15,55%) e Região Sul (7,18%).

Das 27 Unidades Federativas, somente cinco apresentaram diminuição da taxa de mortalidade por suicídio, a saber Amapá (-24,08%), Distrito Federal (-21,17%), Mato Grosso (-3,68%), São Paulo (-3,20%) e Paraná (-0,22%).

As demais 22 Unidades Federativas apresentaram aumento na variação da taxa de mortalidade por suicídio em relação aos anos de 1996 e 2016, e dentre elas, as cinco Unidades Federativas com maior variação foram Piauí (+456,51%), Maranhão (+332,90%), Paraíba (+283,59%), Acre (+231,60%) e Tocantins (+200,40%).

É importante destacar que o Piauí tem apresentado uma variação acentuada da taxa de mortalidade por suicídio no período de 1996 a 2016, de 1,76 a 9,99, com acentuado aumento nos últimos anos.

Na Tabela 1 se encontram dados sobre a evolução das taxas de suicídio no Brasil, nas regiões brasileiras e nas Unidades Federativas, no período de 1996 a 2006.

Tabela 1. Evolução da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, regiões brasileiras e estados brasileiros no período de 1996 a 2006. Brasil, 2019.

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

BRASIL	4,29	4,34	4,32	3,98	3,99	4,49	4,42	4,44	4,42	4,64	4,63
NORTE	3,01	2,65	3,42	2,38	2,88	3,31	2,91	3,17	3,11	3,24	3,18
RO	3,01	3,19	5,09	4,78	5,50	5,40	3,07	3,64	4,03	4,17	3,97
AC	2,07	2,60	3,11	1,33	4,84	5,05	3,75	4,33	4,12	2,84	3,64
AM	2,93	3,21	3,17	2,09	2,73	3,24	2,73	3,04	3,12	2,82	3,02
RR	7,69	6,29	7,67	10,12	6,78	5,04	5,48	5,60	7,07	6,90	8,43
PA	2,87	2,34	3,17	1,63	1,87	2,30	2,17	2,08	1,99	2,38	2,25
AP	6,06	3,23	3,09	2,50	3,35	6,02	7,16	6,92	6,94	6,90	4,06
TO	2,19	1,30	2,62	2,82	3,28	3,97	4,14	5,85	4,67	5,21	5,40
NORDESTE	2,33	2,37	2,30	2,37	2,37	2,97	3,17	3,28	3,27	3,72	3,80
MA	0,98	0,91	1,31	1,27	1,25	1,90	2,15	1,53	1,64	1,90	2,57
PI	1,80	2,08	2,47	1,76	2,60	3,97	4,11	4,75	5,34	4,92	5,96
CE	3,85	3,14	3,78	4,28	3,62	4,98	6,02	5,40	5,75	6,63	6,00
RN	3,20	3,16	2,51	3,24	3,06	4,12	3,68	5,12	3,88	5,36	4,76
PB	1,18	1,89	1,64	1,72	1,07	1,30	2,12	2,27	2,61	2,95	3,59
PE	3,80	4,19	3,64	3,57	3,47	3,36	3,18	3,64	3,52	3,67	3,46
AL	2,09	1,65	2,90	2,47	2,55	3,36	2,91	2,33	3,15	2,59	3,11
SE	2,77	2,35	1,96	2,22	2,69	3,80	4,33	4,32	4,14	4,12	3,80
BA	1,45	1,66	1,14	1,19	1,54	1,82	1,81	2,22	1,89	2,61	2,78
SUDESTE	4,21	4,31	4,12	3,52	3,47	4,10	3,96	3,99	3,86	4,09	4,15
MG	3,57	3,79	3,47	2,94	3,36	4,41	4,38	5,11	4,77	5,17	5,25
ES	4,00	4,07	4,28	3,10	3,42	3,68	4,00	4,62	4,50	4,87	4,53
RJ	2,83	2,81	2,76	2,29	2,72	3,14	3,14	2,40	2,61	2,78	2,60
SP	5,08	5,17	4,95	4,32	3,82	4,35	4,07	4,01	3,84	4,02	4,19
SUL	8,25	8,43	8,91	8,48	8,10	8,49	7,95	7,81	8,08	8,14	7,80
PR	6,77	6,69	7,18	6,35	6,13	6,85	5,91	5,99	6,69	6,52	5,72
SC	7,77	8,35	7,94	7,57	7,95	8,50	7,91	7,22	7,31	7,65	6,44
RS	9,86	10,09	11,02	10,96	10,03	10,04	9,91	9,85	9,80	9,94	10,52
CENTRO-OESTE	5,71	5,55	4,87	5,44	6,26	5,82	6,54	6,19	6,14	5,92	5,76
MS	6,64	6,52	5,61	7,15	8,33	6,54	7,85	8,62	8,61	8,57	8,44
MT	5,59	4,50	5,66	5,22	5,67	5,62	5,87	6,11	5,78	5,42	5,92
GO	5,07	5,41	4,28	5,47	6,53	6,47	7,31	6,18	6,06	5,98	5,11
DF	6,48	6,18	4,58	3,86	4,19	3,77	4,19	3,93	4,34	3,81	4,53

Fonte: elaborada pelos autores com dados do DATASUS (2018).

Neste período, descrito na Tabela 1, percebe-se aumento na taxa de mortalidade por suicídio no Brasil e nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Com a perspectiva de ampliar a descrição dos dados em série histórica, a Tabela 2 apresenta os dados sobre a evolução das taxas de suicídio no Brasil, nas regiões brasileiras e nas Unidades Federativas, no período de 2007 a 2016.

Tabela 2. Evolução da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, regiões brasileiras e estados brasileiros no período de 2007 a 2016. Brasil, 2019.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

BRASIL	4,82	4,92	4,90	4,95	5,12	5,32	5,24	5,25	5,47	5,55
NORTE	3,71	4,09	3,86	3,93	4,30	4,25	4,47	4,11	5,04	4,66
RO	2,89	5,09	5,65	5,25	4,95	4,59	4,98	4,80	6,16	5,76
AC	5,34	4,85	4,49	5,60	5,49	5,67	5,67	6,20	4,85	6,86
AM	4,03	4,43	4,48	4,65	5,31	5,15	5,91	6,01	6,68	4,85
RR	10,87	7,51	7,59	7,54	7,39	8,09	6,76	3,02	10,28	11,47
PA	2,55	2,96	2,53	2,47	2,89	3,08	2,91	2,58	3,25	3,35
AP	4,60	5,06	4,15	4,49	5,41	3,01	6,12	4,53	6,91	4,60
TO	6,83	6,56	6,11	6,29	6,57	6,63	6,36	5,68	6,53	6,59
NORDESTE	4,21	4,15	3,92	4,00	4,29	4,33	4,47	4,26	4,49	4,78
MA	2,61	2,84	2,45	3,17	3,28	3,07	3,56	3,72	4,06	4,23
PI	6,86	6,96	6,58	6,44	7,45	7,37	7,13	7,64	8,46	9,99
CE	6,41	6,45	5,86	5,78	6,48	5,93	6,72	6,40	6,35	6,58
RN	4,41	4,73	4,59	4,32	5,53	5,30	4,65	4,96	4,53	5,21
PB	3,65	4,17	4,40	4,19	4,30	4,95	5,08	4,01	5,56	4,53
PE	4,47	4,17	3,72	3,24	3,28	3,72	3,48	3,50	3,30	4,21
AL	3,59	3,39	3,52	2,72	3,31	3,44	4,33	3,55	3,47	3,33
SE	5,00	5,40	5,50	6,24	5,98	5,16	5,69	4,96	5,35	5,08
BA	3,01	2,62	2,58	3,08	3,06	3,36	3,26	2,96	3,31	3,48
SUDESTE	4,14	4,25	4,41	4,65	4,82	4,91	4,69	5,03	5,04	4,92
MG	5,33	5,29	5,61	5,62	6,38	6,37	5,63	6,54	6,24	6,20
ES	4,06	4,37	4,30	4,55	4,57	4,97	4,12	4,43	4,81	4,40
RJ	2,30	2,14	2,00	3,18	2,69	2,85	2,67	3,17	3,21	3,44
SP	4,29	4,55	4,77	4,76	4,92	5,00	5,05	5,07	5,18	4,91
SUL	8,17	8,16	8,22	7,87	7,82	8,50	8,21	7,99	8,53	8,84
PR	6,12	5,63	6,06	5,63	5,64	5,95	5,96	5,59	6,41	6,76
SC	7,76	8,06	8,48	8,48	8,23	8,58	8,56	8,73	9,34	9,75
RS	10,40	10,70	10,19	9,69	9,72	10,96	10,23	9,92	10,14	10,35
CENTRO-OESTE	5,65	6,26	5,98	5,78	5,67	6,46	6,38	6,24	6,09	6,60
MS	8,30	7,79	8,68	7,68	8,52	8,38	8,81	7,79	8,68	8,31
MT	5,36	6,09	6,33	5,31	5,14	5,94	5,56	4,87	4,44	5,38
GO	5,37	6,47	5,18	5,25	5,56	6,53	6,64	6,96	6,58	7,18
DF	4,19	4,58	4,95	5,77	3,83	5,10	4,44	4,73	4,46	5,11

Fonte: elaborada pelos autores com dados do DATASUS (2018).

Em análise aos dados descritos nas Tabelas 1 e 2, que compreendem informações sequenciais no período de 20 anos, em números absolutos de ocorrências, o Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio no período entre 1996-2016, com aumento de 69,55% de casos de suicídio no Brasil neste período.

Em todas as regiões brasileiras houve aumento no número absoluto de suicídios entre 1996-2016: Região Nordeste (+160,48%), Região Norte (+142,94%), Região Centro-Oeste (+72,33%), Região Sudeste (+50,73%) e Região Sul (+34,19%) e em todas as Unidades Federativas, sendo que, dentre elas, Piauí (+568,75%), Maranhão (+476,47%), Acre (+460,00%), Paraíba (+364,10%) e Tocantins (+339,13%) foram as que apresentaram maior

variação.

Vale ressaltar que o estado do Rio Grande do Sul, com média de taxa de suicídio de 10,20% no período entre 1996-2016, e mediana de 10,12, configura o estado de maior taxa de suicídio no Brasil, e, ainda, apresentou aumento de 4,95% da taxa de suicídio em relação aos anos de 1996 e 2016, fato que permite afirmar que este estado apresenta prevalência da ocorrência de suicídios.

Em relação aos níveis das taxas de mortalidade a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil em 1996 era considerada baixa, e passou a ser classificada como média desde 2011, quando apresentou taxa de mortalidade por suicídio de 5,12/100.000 habitantes, e até 2016 manteve-se nessa classificação.

Sobre a classificação da taxa de mortalidade nas regiões brasileiras, a Região Sul se mantém na faixa de classificação média em todo o período selecionado para este estudo. A Região Centro Oeste, com exceção do ano de 1998, quando apresentou baixa taxa de mortalidade por suicídio (4,87/100.000 habitantes), é classificada como média taxa de mortalidade por suicídio em todo o período selecionado para este estudo.

A Região Sudeste, apesar do alto número absoluto de suicídios, apresenta taxa de mortalidade por suicídio classificada como baixa, com exceção dos anos de 2014 e 2015, com 5,03/100.000 habitantes e 5,04/100.000 habitantes respectivamente, o que a classifica como média neste intervalo de dois anos.

A Região Norte apresenta taxa de mortalidade por suicídio classificada como baixa no período de 1996-2016, com exceção do ano 2015, classificada como média, com 5,04/100.000 habitantes.

A Região Nordeste é a única região brasileira que apresenta taxa de mortalidade classificada como baixa em todo o período selecionado para este estudo, todavia, há de se destacar a variação da taxa de mortalidade por suicídio de 104,88%, que era de 2,33/100.000 habitantes 1996, e 4,78/100.000 habitantes em 2016.

As Unidades Federativas do Brasil que apresentam taxa de mortalidade por suicídio classificada como média em todo o período de 1996-2016 são Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Paraná e Santa Catarina.

Não houve registro de taxa de mortalidade classificada como alta ou muito alta no período selecionado para este estudo.

3.2. Características sociodemográficas das ocorrências de suicídio no Brasil entre 1996-2016

Entre 1996 e 2016 registrou-se no Brasil 145.030 (79,04%) óbitos por suicídio de

homens, e 38.419 (20,94%) óbitos por suicídio de mulheres.

Ressalta-se ainda que este cenário permanece estagnado, tendo em vista que os percentuais da relação de suicídios entre homens e mulheres apresentaram variação de +0,14% para homens e -0,32% para mulheres, e mediana de 79,05% para homens e 20,94% para mulheres.

Em relação a idade, a estratificação apresentada corresponde aos grupos de idade disponíveis no DATASUS. No período de 1996-2016, 42.040 suicídios de pessoas com idade entre 20 e 29 anos foram registrados, perfazendo o maior quantitativo absoluto de óbitos por suicídio, por faixa etária, seguida pela faixa etária entre 30 e 39 anos (39.096 óbitos por suicídio), e entre 40 e 49 anos (33.999 óbitos por suicídio).

Contudo, na análise da variação entre as faixas etárias nos anos de 1996 e 2016, é possível afirmar que, para todas as faixas etárias, houve aumento no número absoluto de suicídios, sendo que as pessoas na faixa etária de 80 anos ou mais apresentaram maior aumento, com 163,11% na variação dos anos de 1996 e 2016 (103-271 respectivamente), seguidos pela faixa etária entre 50 a 59 anos, com aumento de 132,52% (775-1.802) e 60 a 69 anos, com aumento de 126,69%(487-1.104).

Sobre a cor de pele, entre 1996 e 2016 foram registrados no Brasil 92.007 óbitos por suicídio de pessoas de cor de pele branca, 59.373 de cor de pele parda, 9.011 de cor de pele preta, 1.542 indígenas, 1.068 de cor de pele amarela.

Fato que chamou a atenção e merece destaque se relaciona ao preenchimento desta informação na Declaração de Óbito, fonte de informações para o Sistema de Informações sobre Mortalidade. No ano de 1996, em 96,46% dos casos de suicídio a informação relacionada a cor de pele foi ignorada, o que traduz viés de pesquisa na análise desta informação, todavia, nota-se regressão na falta de informação deste campo, tendo em vista que a partir do ano 2000, essa informação foi ignorada por menos de 10% dos registros de suicídio, chegando a 2,64% e 2016. No período, houve uma redução de 97,26% dos casos de suicídio que tiveram registro desta informação ignorado.

Dessa forma, a análise dos dados referentes a cor de pele apresentada abaixo compreenderá o período de 2000 a 2016.

No período acima mencionado, a maior variação no número absoluto de suicídios é entre cor de pele parda, que registrou aumento de 171,15%, seguido de indígenas com aumento de 140%, cor de pele preta com 64,54%, e cor de pele branca com 41,18%. Entre pessoas com cor de pele amarela houve redução de 2,33% no número absoluto de suicídios.

Em relação ao estado civil, entre 1996 e 2016, em números absolutos, foram registrados

89.262 óbitos por suicídio de pessoas solteiras, 57.848 de casadas, 10.282 de separadas, 7.697 de viúvas, e 5.137 registrado como outro.

Na análise da variação dos números absolutos de suicídios houve aumento para todos os estados civis, sendo que os registrados como outro aumentaram 348,57%, seguido de separados com 249,14%, solteiros com 86,26%, viúvos com 28,34% e casados com 18,67%.

Sobre a escolaridade, observa-se que também é uma informação ignorada no preenchimento da Declaração de Óbito, perfazendo 83,14% em 1996 e 21,99% em 2016, o que dificulta cálculos de variação da mortalidade nesta variável.

Contudo, no período entre 1996 e 2016, 36.689 pessoas com escolaridade entre 4 a 7 anos cometeram suicídio, seguidos de 26.822 com 8 a 11 anos de estudo, 24.859 com 1 a 3 anos de estudo, 11.673 com 12 anos ou mais de estudo e 10.279 com nenhum estudo.

Os locais de ocorrência compreendem hospital, outros estabelecimentos de saúde, domicílio, via pública e outros. Dentre eles, 56,47% (103.617) dos óbitos por suicídio entre 1996 e 2016 (183.484) foram em domicílios, que, em números absolutos, apresentou variação de +105,84% em 2016, em relação aos óbitos em domicílio ocorridos em 1996.

Óbitos por suicídio em via pública apresentaram variação de +51,85% entre 1996 e 2016, e decréscimo na variação em hospital, -11,13%.

3.3. Métodos utilizados nas ocorrências de suicídio no Brasil entre 1996-2016

A Tabela 3 detalha informações sobre os métodos utilizados nas ocorrências de suicídio no Brasil entre 1996 e 2006.

Tabela 3. Relação percentual dos métodos utilizados por homens e mulheres nas ocorrências de suicídio no Brasil entre 1996 e 2006. Brasil, 2019.

	X60- X69 (%)	X70 (%)	X71 (%)	X72- X74 (%)	X75 (%)	X76 (%)	X77 (%)	X78- X79 (%)	X80 (%)	X81- X82 (%)	X83- X84 (%)
1996											
tot 100,0	11,4	44,9	1,2	22,9	0,1	2,0	0,0	4,5	2,2	0,4	10,5
mas 79,1	9,3	47,7	0,8	24,7	0,1	1,0	0,0	4,8	1,8	0,3	9,6
fem 20,9	19,3	34,5	3,0	16,0	0,0	5,8	0,0	3,4	4,0	0,5	13,6
1997											
tot 100,0	11,5	47,0	1,3	22,2	0,0	2,5	0,0	5,3	1,7	0,3	8,0
mas 79,4	9,3	50,1	1,0	23,7	0,0	1,4	0,0	5,3	1,3	0,3	7,6
fem 20,6	20,1	35,0	2,3	16,8	0,1	7,0	0,0	5,1	3,3	0,5	9,8
1998											
tot 100,0	12,5	48,8	1,0	20,1	0,1	2,0	0,0	4,8	2,0	0,4	8,3
mas 79,1	9,6	52,0	0,9	22,1	0,1	0,9	0,0	4,7	1,6	0,4	7,7
fem 20,8	23,3	36,7	1,5	12,7	0,1	6,0	0,0	5,1	3,6	0,3	10,8
1999											
tot 100,0	12,3	51,2	1,1	19,3	0,0	2,2	0,2	4,1	2,3	0,5	6,9
mas 81,2	10,4	53,5	0,8	20,8	0,0	1,1	0,2	4,3	1,9	0,4	6,5

fem 18,8	20,1	41,2	2,6	12,6	0,0	6,7	0,1	3,3	3,7	0,7	8,9
2000											
tot 100,0	13,5	51,5	1,2	19,6	0,0	2,4	0,0	3,5	2,2	0,5	5,5
mas 79,6	11,1	54,5	1,0	21,4	0,0	1,2	0,0	3,4	1,8	0,5	5,2
fem 20,4	23,1	39,7	2,1	12,6	0,0	7,0	0,1	4,0	4,0	0,7	6,7
2001											
tot 100,0	14,2	52,5	1,4	18,2	0,0	2,3	0,1	2,8	2,6	0,5	5,3
mas 79,8	11,0	56,4	1,1	20,0	0,0	1,0	0,1	2,9	2,1	0,5	5,1
fem 20,2	27,1	37,3	2,9	11,2	0,1	7,6	0,1	2,6	4,5	0,7	6,1
2002											
tot 100,0	15,9	52,2	1,3	17,7	0,0	2,2	0,0	3,2	2,7	0,5	4,3
mas 78,0	12,5	56,0	1,0	19,8	0,0	1,1	0,0	3,2	2,1	0,5	3,7
fem 21,9	28,3	38,7	2,1	10,0	0,1	6,2	0,1	2,9	4,5	0,6	6,6
2003											
tot 100,0	16,4	53,6	1,1	16,9	0,0	1,4	0,0	2,7	2,7	0,4	4,6
mas 79,6	12,7	57,1	0,8	18,9	0,0	0,9	0,0	2,8	2,2	0,5	4,0
fem 20,4	31,0	40,0	2,4	9,0	0,0	3,6	0,1	1,9	4,7	0,3	6,9
2004											
tot 100,0	14,8	55,7	1,3	15,6	0,0	1,7	0,0	2,6	3,3	0,6	4,3
mas 78,7	11,0	59,5	1,0	17,4	0,0	0,9	0,0	2,7	2,9	0,6	4,0
fem 21,3	28,7	41,9	2,3	8,8	0,0	4,8	0,1	2,3	4,8	0,6	5,6
2005											
tot 100,0	15,6	56,3	1,5	14,3	0,0	1,7	0,0	2,4	3,6	0,7	3,8
mas 78,9	11,8	60,0	1,3	16,3	0,0	1,1	0,0	2,4	2,9	0,7	3,4
fem 21,1	29,7	42,4	2,2	7,0	0,1	4,2	0,1	2,4	6,0	0,8	5,2
2006											
tot 100,0	16,2	56,9	0,9	13,2	0,1	2,2	0,0	2,7	4,0	0,6	3,2
mas 79,1	13,0	60,7	0,8	14,7	0,1	1,2	0,0	2,8	3,2	0,6	2,8
fem 20,9	28,2	42,5	1,3	7,5	0,1	6,1	0,0	1,9	6,8	0,7	4,8

X60-X69 – Autointoxicação exógena; X70 – Enforcamento; X71 – Afogamento; X72-X74 – Uso de arma de fogo; X75 – Dispositivos explosivos; X76 – Fumaça, fogo e chamas; X77 – Vapor, água, gás, objetos quentes; X78-79 – Objeto cortante, contundente; X80 – Precipitação lugar elevado; X81-X82 – Impacto com veículos e objetos em movimento; X83-X84 – Outros meios.

Fonte: elaborada pelos autores com dados do DATASUS (2018).

Conforma a Tabela 3, nota-se que o enforcamento foi o método de maior frequência de utilização nas ocorrências de suicídio no período de 1996 a 2006. Para ampliar a análise em série temporal, a Tabela 4 apresenta os métodos utilizados por homens e mulheres nas ocorrências de suicídio no Brasil entre 2007 e 2016.

Tabela 4. Relação percentual dos métodos utilizados por homens e mulheres nas ocorrências de suicídio no Brasil entre 2007 e 2016. Brasil, 2019.

	X60- X69 (%)	X70 (%)	X71 (%)	X72- X74 (%)	X75 (%)	X76 (%)	X77 (%)	X78- X79 (%)	X80 (%)	X81- X82 (%)	X83- X84 (%)
2007											
tot 100,0	16,3	58,4	1,1	12,9	0,0	2,0	0,0	2,5	3,3	0,7	2,8
mas 78,9	12,6	62,5	1,1	14,4	0,0	1,1	0,0	2,5	2,7	0,7	2,5
fem 21,1	30,1	42,8	1,3	7,3	0,0	5,3	0,0	2,3	5,8	1,0	4,1
2008											
tot 100,0	16,4	58,6	1,2	12,0	0,1	2,0	0,1	2,5	3,6	0,8	2,8
mas 79,1	12,9	62,2	1,0	13,7	0,1	1,2	0,0	2,7	3,0	0,8	2,5
fem 20,9	29,9	45,1	1,6	5,9	0,0	5,1	0,3	1,8	5,7	0,7	3,9
2009											
tot 100,0	14,8	60,7	1,4	11,4	0,0	2,2	0,1	2,5	3,8	0,8	2,4

mas 80,0	11,4	64,7	1,2	12,8	0,0	1,2	0,0	2,5	3,1	0,9	2,2
fem 20,0	28,2	44,6	2,2	5,9	0,0	6,0	0,1	2,4	6,7	0,5	3,3
2010											
tot 100,0	16,0	60,1	1,1	10,3	0,0	2,4	0,0	2,7	4,1	0,6	2,6
mas 79,07	12,0	65,4	0,8	11,8	0,1	1,2	0,0	2,9	3,1	0,6	2,3
fem 20,87	30,5	41,4	2,4	4,9	0,0	6,3	0,0	2,3	7,6	0,9	3,8
2011											
tot 100,0	15,3	62,4	1,5	9,3	0,0	2,1	0,1	2,7	3,5	0,5	2,6
mas 78,8	11,9	66,6	1,1	10,7	0,0	1,2	0,1	2,9	2,7	0,5	2,3
fem 21,2	28,1	46,7	2,9	4,0	0,0	5,3	0,1	2,1	6,6	0,6	3,6
2012											
tot 100,0	13,1	64,8	1,1	9,6	0,0	2,0	0,0	2,5	3,4	0,5	3,0
mas 78,1	9,5	69,3	0,9	10,9	0,0	1,0	0,0	2,6	2,6	0,5	2,6
fem 21,9	26,1	48,6	1,9	4,8	0,0	5,3	0,0	2,1	5,9	0,6	4,5
2013											
tot 100,0	12,0	65,4	1,1	9,9	0,1	2,0	0,0	2,5	3,7	0,6	2,6
mas 78,9	8,9	69,2	0,9	11,2	0,1	1,1	0,0	2,8	2,9	0,5	2,2
fem 21,1	23,6	51,3	1,9	4,8	0,0	5,3	0,1	1,5	6,6	0,8	4,0
2014											
tot 100,0	12,4	66,6	1,0	9,1	0,1	1,6	0,1	2,5	4,2	0,6	1,7
mas 79,0	9,2	70,1	0,9	10,4	0,1	1,1	0,1	2,6	3,5	0,6	1,5
fem 21,0	24,5	53,3	1,5	4,4	0,0	3,7	0,1	2,2	7,0	0,5	2,6
2015											
tot 100,0	11,7	68,2	1,1	8,1	0,1	1,4	0,0	2,2	4,2	0,7	2,3
mas 78,5	8,9	71,4	0,8	9,3	0,1	0,8	0,0	2,5	3,3	0,6	2,2
fem 21,4	21,9	56,7	2,3	3,6	0,0	3,4	0,0	1,4	7,4	0,8	2,4
2016											
tot 100,0	11,0	68,3	1,0	8,3	0,1	1,3	0,0	2,1	4,3	0,6	3,0
mas 79,2	8,1	71,6	0,8	9,6	0,1	0,8	0,0	2,2	3,5	0,6	2,7
fem 20,8	22,1	55,9	1,6	3,6	0,1	3,0	0,0	1,9	7,0	0,7	4,1

X60-X69 – Autointoxicação exógena; X70 – Enforcamento; X71 – Afogamento; X72-X74 – Uso de arma de fogo; X75 – Dispositivos explosivos; X76 – Fumaça, fogo e chamas; X77 – Vapor, água, gás, objetos quentes; X78-79 – Objeto cortante, contundente; X80 – Precipitação lugar elevado; X81-X82 – Impacto com veículos e objetos em movimento; X83-X84 – Outros meios.

Fonte: elaborada pelos autores com dados do DATASUS (2018).

Em perspectiva de análise de 20 anos, os dados das Tabelas 3 e 4 demonstram que, em números absolutos, o enforcamento manteve-se como método mais utilizado nas ocorrências de suicídio entre todo o período estudado, e ainda apresentou variação positiva de 158,1% em números absolutos, em relação ao ano de 1996, com 3.027 ocorrências e 2016, com 7.813 ocorrências.

Entre todas as ocorrências de suicídio em homens, no ano de 2016, 71,6% foram por enforcamento. Entre as mulheres, no mesmo ano, 55,9% de todas as ocorrências de suicídio foram por enforcamento.

O uso de arma de fogo, que já foi o segundo método mais utilizado em 1996, com 1.543 ocorrências, e perfazendo o método utilizado por 22,9% dos suicídios, apresentou uma redução, em números absolutos, de -38,4%, com 865 ocorrências em 2016, perfazendo 8,3% das ocorrências de suicídio.

A autointoxicação exógena, apresentou terceiro método mais utilizado em 1996,

apresentou variação negativa de -3,0%, de 11,4% para 11,0% em 2016, contudo, passou a ser o segundo método mais utilizado nas ocorrências de suicídio.

Sobre as variações na análise temporal, é importante ressaltar que o suicídio por precipitação de lugares elevados apresentou variação positiva de 222,5%, de 151 ocorrências em 1996, para 487 em 2016.

Da mesma forma, mesmo que menos frequentes, em números absolutos, outros métodos com variação positiva foram uso de vapor, água, gás e objetos quentes, com +200,0%, impacto com veículos e objetos em movimento +172,0%, uso de dispositivos explosivos +100,0%, autointoxicação exógena +64,5%, afogamento +34,9%, fumaça, fogo e chamas +11,3%. A variação negativa no período, além dos já citados, uso de objetos cortantes -19,7%.

4. Discussão

As ações de ideação suicida, planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito configuram o comportamento suicida. O suicídio é entendido como o ato de matar-se deliberadamente. Como fatores de risco para a ocorrência do suicídio, considera-se a presença de fatores sociais, psicológicos, culturais, relacionais e individuais, que possam culminar no desenvolvimento do comportamento suicida no indivíduo (WHO, 2014).

O aumento acentuado e constante das taxas de suicídio a cada ano tem sido amplamente discutido na literatura, onde esse evento é entendido como a representação de um sério problema de saúde pública, o que o torna uma tragédia que ultrapassa o âmbito pessoal, produzindo intenso sofrimento em familiares, amigos e comunidades (Fukumitsu & Kóvacs, 2016; Silva et al., 2015).

Contudo, esse aumento de forma sub-registrada, conduz a taxa de suicídio subestimada, que gera, por sua vez, em análise irreal da situação do suicídio na população. As causas para o sub-registro podem englobar fatores como preenchimento incorreto da certidão de óbito, cemitérios clandestinos e pedidos familiares para alterar a causa da morte (Lovosi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009).

As taxas de suicídio no mundo apresentaram aumento de 60% nos últimos 50 anos, perfazendo quantitativo maior que as mortes em conflitos mundiais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012).

O Brasil, entre 2000 e 2012, apresentou crescimento acentuado no número de suicídios, fato que o classificou como o quarto país da América Latina com maior crescimento nesse período (Heck et al., 2012).

Ainda, entre as mortes violentas ocorridas na década de 2002-2012, houve aumento de 33,6% nos casos de suicídio no total da população brasileira, fato que demanda atenção quando observado o crescimento populacional de 11,1% neste mesmo período (Waiselfisz, 2014).

A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil está entre as mais baixas do mundo, porém, como país de dimensões continentais, ao considerar o número absoluto de suicídios, o Brasil encontra-se entre os dez países com maior número de ocorrências de suicídios. Em 2016 o DATASUS registrou 11.433 mortes por suicídio no Brasil, o que equivale a aproximadamente 31 mortes por suicídio por dia, e uma taxa de suicídio igual a 5,5/100.000 habitantes (DATASUS, 2018; Ministério da Saúde, 2017)

Na perspectiva de dimensões continentais, é possível ainda observar que no Brasil as regiões brasileiras e estados brasileiros comportam-se de maneira consideravelmente variável nas ocorrências de suicídio, de forma que, em 2016, o estado de Roraima apresentou a maior taxa de suicídio (11,47/100.000 habitantes), e o estado de Alagoas apresentou a menor taxa de suicídio (3,33/100.000 habitantes) (Ministério da Saúde, 2017).

Desta forma, obtêm-se entre os estados brasileiros classificações para taxas de mortalidade entre baixas e médias, com variações positivas para crescimento destas taxas em algumas localidades e variações negativas, traduzindo em redução das taxas de suicídio em outras localidades.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde desenvolveu a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, com a publicação das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio por meio da Portaria nº 1.876/2006, no intuito de desenvolver estudos que promovam informação a respeito da temática do suicídio e da tentativa do suicídio, embasando a produção de educação permanente aos gestores, profissionais de saúde e sociedade (Brasil, 2006). Tivemos recentemente a reformulação da legislação por meio da Lei 13.819 de 26 de abril de 2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, cujos objetivos merecem efetivamente serem alcançados (Brasil, 2019).

Desta forma, espera-se que haja melhoria nas ações de prevenção da automutilação e do suicídio, que permanecem acanhadas e minimamente empregadas.

5. Considerações finais

Os dados sobre suicídio no Brasil são subestimados devido a fatores socioculturais e, principalmente, ao sistema de notificação que ainda tem muitas falhas em sua estrutura a permitir perdas de dados, a não interpretação e busca de confirmação de mortes suspeitas para

suicídio e a não notificação.

O Brasil tem quantitativo elevado de mortes devido ao suicídio e não há programa de vigilância nem estratégias de prevenção efetivamente postas em ação em nível nacional para que possamos fazer o enfrentamento necessário a esse problema de saúde pública e flagelo social.

Se faz necessária vontade política para investimentos nessa área, com prestação adequada da assistência, formação específica para os profissionais que atendem aos indivíduos com comportamento suicida e aos sobreviventes e no fortalecimento do tecido social, pois se trata de morte evitável.

Sugere-se a realização de estudos que compreendam as diferentes variáveis epidemiológicas aqui encontradas quanto ao fenômeno do comportamento suicida, de acordo com as especificidades de cada região brasileira e cada Unidade da Federação, de forma a desvelar os motivos que influenciam na decisão pelo suicídio, com vistas a dar embasamento a políticas públicas de prevenção locais e regionais.

Referências

Brasil. (2006, 14 de agosto). Portaria n.º 1.876: institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Brasil. (2016, 7 de abril). Resolução n.º 510: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Brasil. (2019, 26 de abril). Lei n.º 13.819: institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. *Diário Oficial da União*. Recuperado de <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>

Conte, M., Cruz, C. W., Silva, C. G., Castilhos, N. R. M., & Nicolella, A. D. R. (2015). Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção

Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1741-1749. doi: 10.1590/1413-81232015206.02452015

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet]. (2018). Brasília. Recuperado de <http://www.datasus.gov.br>

Diekstra, R. F., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Ann*, 46(1), 52-68. Recuperado de <https://europepmc.org/abstract/med/7694430>

Fraga, W. S., Massuquetti, A., & Godoy, M. R. (2016). Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Anais do 19º Encontro de Economia da Região Sul*, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de https://www.anpec.org.br/sul/2016/submissao/files_I/i3-1e941ade6f1aa8ea2da3a6a517b515df.pdf

Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, 47(1), 3-12. doi: 10.15448/1980-8623.2016.1.19651

Heck, R. M., Kantorski, L. P., Borges, A. M., Lopes, C. V., Santos, M. C., & Pinho, L. B. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21(1), 26-33. doi: 10.1590/S0104-07072012000100003

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. (2018). Brasília. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br>

Lovosi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(Supl.2), S86-94. doi: 10.1590/S1516-44462009000600007

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017). Suicídio. Saber, agir, prevenir. *Boletim epidemiológico*, 48(30). Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil->

epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf

Moreira, R. M. M., Félix, T. A., Flôr, S. M. C., Oliveira, E. N., & Albuquerque, J. H. M. (2017). Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 16(Supl.1), 29-34. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1136>

Organização Mundial da Saúde. (1994). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10*. São Paulo: Edusp.

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Saúde pública ação para prevenção de suicídio*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicidio-traduzido.pdf>

Organização PanAmericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. (2019). *Suicídio: uma pessoa morre a cada 40 segundos afirma OMS*. Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Santa Maria, RS: UFSM, NTE.

Silva, D. S. D., Tavares, N. V. S., Alexandre, A. R. G., Freitas, D. A., Brêda, M. Z., Albuquerque, M. C. S., . . . Melo Neto, V. L. (2015). Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 1027-1036. doi: 10.1590/S0080-623420150000600020

Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil*. Brasília. Flacso Brasil/Secretaria Geral da Presidência da República. Recuperado de https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneve: WHO. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world. Global Health Estimates*. Geneve:
World Health Organization. Recuperado de
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Daniel Augusto da Silva – 50%

João Fernando Marcolan – 50%