

Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica

Daniel Augusto da Silva¹ , João Fernando Marcolan¹ 

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico sobre tentativas e mortes por suicídio no Brasil. **Método:** Pesquisa retrospectiva, quantitativa, com dados obtidos em setembro de 2020 no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Resultados:** Aumento gradual no número de notificações de violência autoprovocada de 497,5% entre 2011 e 2018. Para tentativa de suicídio, em 2018, mulheres foram 68,9%; entre 20 e 59 anos com 65,6%; 49,4% em pessoas brancas. Quanto ao suicídio no período 2009 a 2018, 108.020 óbitos; maiores taxas no sexo masculino; dados de 2018: faixas etárias com distribuição semelhantes; maioria pessoas brancas (49,2%) e pardas (42,8%), há importantes diferenças regionais; em 2017 e 2018 maior percentual proporcional em pessoas com 8 a 11 anos de estudo, 33,1 e 35,6%. **Conclusão:** Aumento crescente nas taxas de tentativa de suicídio e suicídio, com especificidades por região e estado brasileiros; aumento na morte de indígenas, homens, brancos, solteiros, separados e viúvos, com mais anos de escolaridade, em todas as faixas etárias, morte em casa, método de enforcamento.

Descritores: Saúde mental, Suicídio, Tentativa de suicídio, Epidemiologia, Brasil.

1. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, (SP), Brasil



INTRODUÇÃO

A ideiação suicida, a tentativa de suicídio e a morte por suicídio compõem o comportamento suicida, e compreendem as ações relacionadas a intenção voluntária para o autoextermínio, de modo gradual¹.

O suicídio produz um impacto sobre as famílias, amigos e comunidades. A respeito do alcance desse impacto, cinco ou seis pessoas próximas podem ser atingidas², contudo, esse impacto pode afetar cerca de 60 pessoas³ e até 135 pessoas⁴.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2016, cerca de 804.000 pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, a apontar para uma morte a cada 40 segundos e de 10 a 40 tentativas de suicídio para cada morte por suicídio, a depender da região do planeta^{1,5}.

No Brasil houve registro de 183.484 mortes por suicídio entre 1996 e 2016, crescimento de 69,6% nos casos de suicídio neste período⁶. Conforme dados do DATASUS, o Brasil em 2018 registrou 12.733 mortes por suicídio, o que importa na taxa de 6,1 suicídios para cada 100.000 habitantes, a se traduzir em cerca de 35 mortes por dia nesse ano, e manter a posição de oitavo país com mais suicídios no mundo em números absolutos¹.

Estima-se que uma pessoa a cada 45 minutos morre por suicídio no Brasil, embora não tenhamos dados confiáveis suficientes devido a não termos um sistema de vigilância ao comportamento suicida ainda adequado, apesar das melhorias ocorridas nos últimos anos. Isso faz com que a subnotificação e não notificação ainda sejam muito altas, com mascaramento dos dados como diagnóstico, muitas vezes por solicitação de familiares por vergonha e estigma, a esconder a realidade e nos oferecer taxas baixas⁷.

A subnotificação e o sub-registro são reais e esculpem uma realidade não verdadeira, e, ainda, é importante citar o acidente automobilístico, o afogamento, o envenenamento acidental e a morte por causa indeterminada, que por vezes “escondem” a morte por suicídio⁸.

O Brasil, por ser país de dimensão continental, com população maior que 200 milhões de habitantes, por meio do coeficiente nacional de mortalidade por suicídio facilita a ocultação de significativas variações regionais, justificadas por vários fatores específicos a cada localidade. Estudos mostram que as taxas de suicídio mais elevadas estavam em cidades de pequeno e médio porte populacional⁹⁻¹⁰.

Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo analisar os dados epidemiológicos em relação às tentativas de suicídio (2011-2018) e mortes por suicídio (2009-2018) no Brasil.

MÉTODO

Tipo do estudo

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, de série histórica¹¹ (2011-2018 para tentativa de suicídio e 2009-2018 para suicídio), com abordagem quantitativa.

População

Foi inserida no estudo a totalidade dos casos de tentativa de suicídio registrados no Sistema de Notificações e Agravos em Saúde (SINAN), no período de 2011 a 2018, e de mortes por suicídio registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de 2009 a 2018, ambos disponíveis através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

Coleta de dados

Os dados sobre as tentativas de suicídio e mortes por suicídio foram obtidos no mês de setembro de 2020, por acesso ao banco de dados do DATASUS.

Na seleção dos dados sobre mortalidade, considerou-se, conforme a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as mortes codificadas com X60-X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente)¹². Dados sobre estimativas populacionais foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE).

As variáveis selecionadas para este estudo são as disponíveis na base de dados: 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.

Análise e tratamento dos dados

Com o acesso aos dados, os mesmos foram tabulados em planilhas, no *software* Excel da Microsoft, de modo a permitir a análise dos dados com caráter

retrospectivo e de série histórica. Além disso, realizou-se análise estatística descritiva através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, que proporcionou compreender a frequência absoluta e frequência relativa.

Para os cálculos das taxas de morbidade e taxas de mortalidade foram consideradas populações de 100 mil habitantes.

Aspectos éticos

Trata-se de pesquisa que utiliza informações de acesso público, em banco de dados, cujas informações são agregadas, embora sem possibilidade de identificação individual. Este estudo faz parte de estudo mais amplo que atendeu a legislação brasileira e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n.º 2.314.347, no ano de 2017.

RESULTADOS

A tentativa de suicídio no Brasil (2011-2018)

Em números absolutos, o Brasil tem apresentado aumento gradual no número de notificações de violência autoprovocada. Entre 2011 e 2018, identificou-se aumento de 497,5% nos casos notificados. A Tabela 1 apresenta a evolução dos casos de violência autoprovocada notificados no Brasil.

Ao analisar os números absolutos de casos notificados de violência autoprovocada conforme o sexo, no Brasil as mulheres são a maioria, com 68,1% dos casos em 2017 e 68,9% dos casos em 2018. A disparidade encontrada ocorre no estado do Amazonas, onde a maioria das notificações de violência autoprovocada são de homens, com 53,4% em 2018.

Para a idade, considerando o ciclo de vida, a fase jovem, com idade entre 20 e 59 anos, apresenta maior percentual de ocorrências de tentativa de suicídio, com 65,6% no Brasil, em 2018. Em todas as regiões brasileiras, a tentativa de suicídio é maior nessa fase, com variação de 57,5% na Região Norte e 66,9% na Região Sudeste. Ainda, para todos os estados brasileiros, essa é a idade com maior ocorrência, sendo que em todos eles o percentual proporcional é acima dos 50%. Quanto à adolescência, com idade entre 10 e 19 anos, é

o segundo maior percentual das ocorrências de tentativa de suicídio, com 29,8% no Brasil, e variação 28,1 a 38,3% entre as regiões brasileiras.

Para a cor de pele, em 2018 no Brasil, 49,4% das notificações de violência autoprovocada foram de pessoas brancas, seguido de pessoas pardas com 34,2%. Contudo, há de se considerar as diferenças regionais que caracterizam a população brasileira, de forma que em Santa Catarina, o percentual proporcional para pessoas brancas é de 87,6%, e no Amazonas é de 3,8%. Para pessoas pardas, o percentual proporcional varia de 82,7% em Roraima a 6,3% em Santa Catarina.

O suicídio no Brasil (2009-2018)

Nos últimos 10 anos (2009 a 2018), dados mais recentes disponibilizados pelo DATASUS, o Brasil registrou, em caráter ascendente, 108.020 óbitos por suicídio, denominadas lesões autoprovocadas voluntariamente. Destes, 38,3% foram registrados na Região Sudeste, fato que, em números absolutos, se relaciona ao maior quantitativo da população brasileira nessa região.

A Tabela 2 apresenta os dados dos óbitos por suicídio no período de 2009 a 2018 no Brasil, nas Regiões brasileiras e nas Unidades da Federação.

A Figura 1 representa a evolução da Taxa de Mortalidade por suicídios no Brasil, calculada através de dados obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre o número de óbitos por suicídio no Brasil no período de 2009 a 2018 e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sobre a população residente no país no mesmo período citado acima. As taxas estão calculadas por 100.000 habitantes.

Ao analisar os óbitos por suicídio entre os sexos, no ano de 2018, os cinco maiores percentuais proporcionais de óbitos de homens foram na Bahia (85,3%), no Rio Grande do Norte (84,2%), no Ceará (82,3%), no Paraná (81,5%) e no Pará (80,0%). O estado do Amazonas foi único a apresentar maioria masculina para tentativas de suicídio, provavelmente por ter concentração de população indígena e a ocorrência de mortes por suicídio nesses povos, em sua maioria homens.

Para as mulheres, os cinco maiores percentuais proporcionais de óbitos foram em Roraima (32,4%), no Amapá (32,3%), no Acre (28,8%), em Rondônia (27,2%) e no Piauí (26,6%).

Tabela 1. Números absolutos de violência autoprovocada notificada no Brasil, Regiões brasileiras e Unidades da Federação, no período de 2011 a 2018. Assis, SP, Brasil, 2020.

Região/Unidade da Federação	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Região Norte	636	722	1081	1112	1577	1935	2819	3114
.. Rondônia	36	21	43	37	108	180	375	431
.. Acre	33	74	65	85	243	314	614	515
.. Amazonas	104	88	152	207	416	319	281	341
.. Roraima	56	128	166	142	115	149	269	324
.. Pará	90	69	104	158	177	212	298	254
.. Amapá	57	71	104	45	38	61	81	108
.. Tocantins	260	271	447	438	480	700	901	1141
Região Nordeste	1995	2564	3646	3638	4976	5555	8623	12105
.. Maranhão	61	166	173	185	375	198	283	454
.. Piauí	198	318	371	360	606	1045	1053	1247
.. Ceará	72	109	234	285	661	886	1400	1957
.. Rio Grande do Norte	107	126	251	233	334	441	728	1065
.. Paraíba	191	241	186	196	438	285	648	793
.. Pernambuco	421	443	998	1076	1124	1242	2169	3199
.. Alagoas	764	853	972	846	851	804	1227	1663
.. Sergipe	5	13	47	42	43	41	99	238
.. Bahia	176	295	414	415	544	613	1016	1489
Região Sudeste	7455	10836	12422	15384	20182	23301	33624	43096
.. Minas Gerais	2377	4315	5782	7454	9153	8674	11273	13348
.. Espírito Santo	68	225	371	867	1238	1580	2001	3240
.. Rio de Janeiro	466	732	859	1121	1656	2125	3570	4246
.. São Paulo	4544	5564	5410	5942	8135	10922	16780	22262
Região Sul	3557	5342	6403	7524	10142	11562	18766	24264
.. Paraná	581	1367	1741	2356	3892	4754	7777	9950
.. Santa Catarina	1075	1480	2220	2476	2948	3131	4470	5816
.. Rio Grande do Sul	1901	2495	2442	2692	3302	3677	6519	8498
Região Centro-Oeste	1297	1700	1918	2050	2812	3136	4369	6693
.. Mato Grosso do Sul	905	886	1018	1074	1244	1300	1734	1928
.. Mato Grosso	86	209	178	225	235	273	477	641
.. Goiás	218	472	561	580	977	1051	1395	2234
.. Distrito Federal	88	133	161	171	356	512	763	1890
Brasil	14940	21164	25470	29708	39689	45489	68201	89272

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do DATASUS, 2020.

A análise relacionada às idades revelou que a faixa etária com maior proporção de óbitos em 2018 no Brasil foi de pessoas com idade entre 30 e 39 anos (20,7%), seguido de pessoas com idade entre 20 e 29 anos (19,7%) e idade entre 40 e 49 anos (18,1%). O suicídio de idosos, pessoas com 60 anos e mais, correspondeu a 17,9% das ocorrências no mesmo ano. Na série histórica de 1996 a 2018 as taxas aumentaram

162,2% na faixa etária de 60 a 69 anos, 141,4% entre 70 e 79 anos e 189,3% com 80 anos e mais.

Sobre a cor de pele, o Brasil registra a maioria de óbitos por suicídio em pessoas com cor de pele branca (49,2%) e parda (42,8%), todavia, na análise das Regiões brasileiras e Unidades da Federação são perceptíveis as diferenças regionais que são características do Brasil. Nas regiões brasileiras,

Tabela 2. Óbitos por suicídio no Brasil, Regiões brasileiras e Unidades da Federação, no período de 2009 a 2018. Assis, SP, Brasil, 2020.

Região/Unidade da Federação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Região Norte	593	624	692	694	759	708	881	826	896	991
.. Rondônia	85	82	78	73	86	84	109	103	113	125
.. Acre	31	41	41	43	44	49	39	56	64	59
.. Amazonas	152	162	188	185	225	233	263	194	207	234
.. Roraima	32	34	34	38	33	15	52	59	50	37
.. Pará	188	188	222	240	232	208	266	277	301	350
.. Amapá	26	30	37	21	45	34	53	36	46	62
.. Tocantins	79	87	92	94	94	85	99	101	115	124
Região Nordeste	2101	2123	2297	2336	2494	2393	2540	2722	2981	2996
.. Maranhão	156	208	218	206	242	255	280	294	318	313
.. Piauí	207	201	234	233	227	244	271	321	317	331
.. Ceará	501	488	553	510	590	566	565	590	644	655
.. Rio Grande do Norte	144	137	177	171	157	169	156	181	180	196
.. Paraíba	166	158	163	189	199	158	221	181	250	237
.. Pernambuco	328	285	291	332	320	325	308	396	438	430
.. Alagoas	111	85	104	109	143	118	116	112	104	137
.. Sergipe	111	129	125	109	125	110	120	115	127	134
.. Bahia	377	432	432	477	491	448	503	532	603	563
Região Sudeste	3570	3735	3900	4002	3959	4283	4323	4249	4635	4675
.. Minas Gerais	1123	1102	1258	1264	1159	1357	1303	1302	1515	1530
.. Espírito Santo	150	160	162	178	158	172	189	175	207	239
.. Rio de Janeiro	321	509	433	463	437	522	531	573	607	699
.. São Paulo	1976	1964	2047	2097	2205	2232	2300	2199	2306	2207
Região Sul	2279	2154	2156	2357	2365	2319	2494	2602	2862	2891
.. Paraná	648	588	593	629	655	620	716	760	774	915
.. Santa Catarina	519	530	520	548	568	587	637	674	739	735
.. Rio Grande do Sul	1112	1036	1043	1180	1142	1112	1141	1168	1349	1241
Região Centro-Oeste	831	812	807	932	956	950	940	1034	1121	1180
.. Mato Grosso do Sul	205	188	211	210	228	204	230	223	259	268
.. Mato Grosso	190	161	158	185	177	157	145	178	197	226
.. Goiás	307	315	338	402	427	454	435	481	497	499
.. Distrito Federal	129	148	100	135	124	135	130	152	168	187
Brasil	9374	9448	9852	10321	10533	10653	11178	11433	12495	12733

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do DATASUS, 2020.

os percentuais proporcionais de óbito por suicídio relacionado a cor de pele branca e parda são, respectivamente, 12,2 e 75,0% na Região Norte, 15,2 e 75,7% na Região Nordeste, 58,7 e 33,2% na Região Sudeste, 87,0 e 8,9% na Região Sul e 36,0 e 53,9% na Região Centro-Oeste.

Destaca-se o aumento de 176% de suicídios entre os indígenas, considerado o período de 2000 a 2018.

Entre os estados brasileiros, os percentuais extremos dos óbitos de pessoas brancas vão de 90,9% no Rio Grande do Sul para 2,9% em Alagoas. Do mesmo modo, pessoas pardas são 89,6% dos óbitos em Sergipe e 4,1% no Rio Grande do Sul.

Para a escolaridade, no Brasil, excluindo as informações ignoradas, em 2017 e 2018 o maior percentual proporcional foi de pessoas com 8 a 11

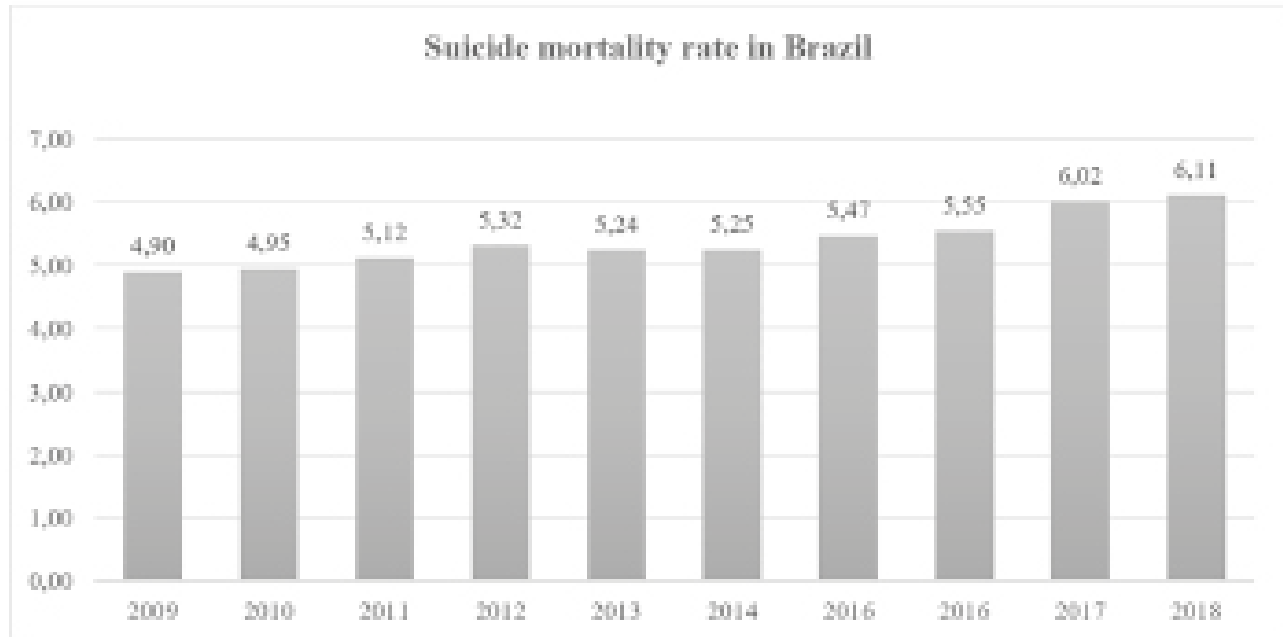


Figura 1. Evolução da Taxa de Mortalidade por suicídios no Brasil de 2009 a 2018. Assis, SP, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do DATASUS, 2020.

anos de estudo, 33,1% e 35,6%, respectivamente. Nos anos anteriores, 2013, 2014 e 2015, o maior percentual era de pessoas com 4 a 7 anos de estudo, 33,5, 32,9 e 33,6%, respectivamente. Na série histórica de 1996 a 2018 as taxas aumentaram 824% para as pessoas entre 8 e 11 anos de escolaridade e 520,3% para as com 12 anos e mais de estudo.

Para o estado civil, pessoas solteiras são a maioria das ocorrências no Brasil e em todas as regiões e estados brasileiros, mesmo com diferenças de 87,1% no Amapá e 31,2% na Paraíba.

A maioria dos indivíduos tentaram suicídio e se suicidaram em casa; o método mais utilizado e em ascensão foi enforcamento, seguido por métodos em descenso como intoxicação exógena e arma de fogo, respectivamente.

De modo geral, todas as regiões tiveram aumento nas taxas de suicídio na série histórica de 1996 a 2018, o Norte com 81,1%, Nordeste com 126,5%, Sudeste com 26,6%, Sul com 17,8% e Centro-Oeste com 28,5%. Quanto aos estados com maiores aumentos para taxas de suicídio, temos Piauí (464,6%), Paraíba (402,6%), Maranhão (355,6%) todos no Nordeste, Tocantins (264,1%) no Centro-Oeste e Acre (227,9%) no Norte. Ainda, historicamente, os estados da Região Sul têm taxas mais elevadas quando comparadas às taxas calculadas nos demais estados brasileiros.

DISCUSSÃO

A tentativa de suicídio é um dos principais indicadores do risco de suicídio, entretanto, a subnotificação resulta no fornecimento de informações atenuadas^{1,13-14}. É estimado que ao menos 20 tentativas de suicídio ocorram para cada morte por suicídio de adulto, o que é traduzido em uma tentativa de suicídio a cada segundo⁷. Os dados brasileiros passam a ser melhor coletados e notificados a partir de 2014, devido à legislação em vigor, e isso influenciou sobremaneira para o aumento elevado de casos notificados de 2011 a 2018 (497,5%).

No Brasil, o boletim com perfil epidemiológico com informações sobre tentativas de suicídio e suicídio por intoxicação exógena no período de 2007 a 2017, revelou 220.045 notificações de intoxicação exógena caracterizada como tentativa de suicídio, e destas, 69,9% foram registradas em pessoas do sexo feminino¹⁵.

Em Minas Gerais, na cidade de Uberaba, estudo que utilizou o banco de dados do Sistema Nacional de Notificação (SINAN), com informações das fichas de notificação respectivas à violência e à intoxicação exógena ocorridas em 2014, revelou 89 casos de tentativas de suicídio por intoxicação exógena, dos quais 68 (76,4%) eram mulheres¹⁶.

Na cidade de Palmas (TO), das 656 notificações de tentativa de suicídio no período de 2010 a 2014, 67,1% foram de mulheres¹⁷.

Quanto ao suicídio no Brasil, chama atenção o fato da ascensão constante no período de 2013 a 2018, que coincide com melhor notificação de casos, a distribuição sem grandes diferenças estatísticas entre as faixas etárias e o aumento também constante entre os indivíduos com maior tempo de estudo.

Os dados sobre dar fim a própria vida pelo suicídio, conforme Estimativas Globais de Saúde da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2016 revelou a taxa de mortalidade por suicídio maior nos homens (13,7 por 100.000 habitantes) do que nas mulheres (7,5 por 100.000 habitantes)¹⁸.

Ensaio sobre o suicídio feminino, aponta a tentativa por parte da psicologia e da psiquiatria para justificar este comportamento, que seria resultado de situações inerentes ao gênero feminino, ou feminilidade, como o desejo de chamar a atenção para si, traços histéricos, variações hormonais, volatilidade de conduta, impulsividade, emotividade excessiva, falta de racionalidade e pragmatismo. No entanto, as autoras propõem uma reflexão quanto aos aspectos culturais e de gênero, em amplitude histórica¹⁹.

Na compreensão do porquê de as mulheres terem mais tentativas de suicídio do que os homens, alguns fatores são apontados e correlacionam essa vulnerabilidade, como a construção social do gênero; a maior prevalência de depressão; a maior ocorrência de distúrbios alimentares; problemas com a imagem corporal; a gravidez indesejada; a psicose pós-parto; a grande ocorrência de ideação suicida após aborto induzido e nas situações de baixos níveis de estrogênio e serotonina; a grande vulnerabilidade à perda de filhos; a violência doméstica contra elas e os filhos e o abuso sexual²⁰⁻²¹.

O Estudo Global de Cargas de Doenças, realizado em 2015, revelou estar o suicídio, na faixa etária de 10 a 24 anos entre as cinco principais causas de mortalidade em todas as regiões, exceto na África²²⁻²³. É grande a vulnerabilidade de adolescentes e jovens adultos ao comportamento suicida. No mundo, quase um terço de todos os suicídios é de pessoas jovens²⁴.

É uma situação de saúde pública preocupante e complexa, por envolver série de fatores de risco, que, nesta idade, podem ser citados os transtornos mentais, como os de humor, uso de álcool e outras drogas e transtornos alimentares; fatores

psicológicos, como baixa autoestima, desesperança e impulsividade; os fatores psicossociais da adversidade, como exposição a violências, ambiente de conflito, exposição a eventos estressantes traumáticos como abuso ou vitimização, baixa confiança e baixa comunicação com mãe e pai, lar desestruturado e pequeno número de amigos, migração, pobreza. Destaca-se a existência de histórico de violência, brigas e agressões, transgressão às leis e problemas de conduta em geral em adolescentes com comportamento suicida²⁴⁻²⁷.

Neste contexto de análise do comportamento suicida por ciclos vitais, a velhice se destaca pela presença de comportamento suicida nesta população e pela população mundial estar envelhecendo, a culminar em boa parte da população nesta faixa etária.

O envelhecimento é um processo inerente ao ciclo de vida. A este processo, há alterações identificadas que se referem aos aspectos físicos, financeiros, psicológicos, emocionais e estruturais. Nesta etapa, carregada de processos de mudança mútua em diferentes perspectivas, o idoso tem a necessidade de apoio para adaptação saudável de sua vida, de modo que, quando não acontece, a falta de expectativa de vida futura o torna vulnerável ao suicídio²⁸.

A este processo de envelhecimento, vale a observação do significado ao qual este exerce às pessoas, de forma que pode ser influenciado pelo contexto vivido. No Brasil, o envelhecimento assume característica de inatividade, de forma que o indivíduo alcança uma época que deixa de realizar muitas das atividades que outrora eram de sua competência²⁹.

A esta situação, atrelam-se expressivas perdas emocionais: o contato com as pessoas, o trabalho, a contribuição econômica para o lar, a desvalorização do senso de pertencimento e utilidade, situações que abrigam potencial transformador negativo aos idosos, que passam a adquirir a autopercepção estigmatizada de inutilidade. Além dessas relações fragilizadas, que geram violências, outros fatores devem ser considerados, como os problemas físicos e incapacitantes como as doenças crônicas, declínio funcional; problemas psiquiátricos como depressão, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, transtornos de personalidade, comportamentos autodestrutivos, comprometimento cognitivo; problemas psicológicos como sofrimento persistente ou traumático, sentimento de solidão, desesperança e tédio, fragilidade; problemas sociais como sofrer isolamento social, viver em conflitos familiares,

nível de escolaridade baixo, ter vivenciado mortes e perdas de parentes próximos ou amigos, ausência de religiosidade, inflexibilidade e rigidez em relação a mudanças, particularmente as sociais; problemas econômicos como a falta de autonomia para gerenciar o próprio dinheiro, ausência de seguridade e assistência social; entre outros²⁹⁻³¹.

Para compreender a relação entre o comportamento suicida e a cor de pele, deve-se considerar o contexto de cada localidade, pois são estes que determinam quais grupos podem ser mais vulneráveis²⁴. Ressalte-se que os determinantes sociais do comportamento suicida possuem relação com a violência estrutural, que por sua vez, é associada ao colonialismo, período histórico no qual grupos eram explorados, discriminados, marginalizados e excluídos. São essas pessoas, classificadas nesses grupos, que hoje são marcadas como vulneráveis³².

Análise do histórico de notificação para tentativa de suicídio por intoxicação exógena no Brasil no período de 2007 a 2017, revelou a maioria com cor de pele branca (46,8% para mulheres e 43,7% para homens), seguido de cor de pele negra, somadas as cores preta e parda (33,1% para mulheres e 36,5% para homens). A informação ignorada teve significativa ocorrência (19,4% para mulheres e 19,0% para homens)¹⁵.

Dados inversos estão em estudo brasileiro que envolveu 86 serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), localizados em 24 capitais e no Distrito Federal, com registro de 477 ocorrências de violência autoprovoada. Dentre elas, 62,4% foram de pessoas com cor de pele preta ou parda, e 34,3% de pessoas com cor de pele branca³³.

O coeficiente de mortalidade por suicídio na adolescência segundo a raça-cor da pele no Brasil de 2000 para 2010, com dados do DATASUS, os adolescentes de cor de pele preta, parda e indígena foram os mais acometidos pelo suicídio³⁴.

No Brasil, no período de 2011 a 2015, 60,4% dos óbitos por suicídio foram de pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas e 31,5% estavam casados ou em união estável. O percentual de homens e mulheres solteiros também foi maior em estudo com pessoas que cometeram o suicídio, com homens solteiros em 57,9% e mulheres solteiras, em 40,0%. Quando separados, encontrou 20,0% das mulheres e 5,2% dos homens³⁵.

Tanto para tentativa de suicídio como suicídio no Brasil deve-se levar em consideração as diferenças regionais com o sul tendo maior população

de cor branca, menor taxa de miscigenação, valores socioculturais, religiosidade, mais anos de estudo, parcela pequena de indígenas, muito em função da colonização europeia. Por outro lado, o sudeste e nordeste, com maior miscigenação de raças e povos, diversidade cultural e religiosa, influência de africanos, europeus, indígenas e asiáticos, e o centro-oeste com seu corredor agroindustrial a receber pessoas de todo lugar brasileiro, a expandir e expulsar os indígenas e o norte com suas características da imensidão amazônica e a cultura indígena. Faz-se necessário prestar atenção a esses fatores quando da análise locorregional para comportamento suicida e as variáveis como cor da pele, estado civil, faixa etária, anos de estudo, renda individual e familiar entre outras.

A considerar na discrepância do aumento das taxas de suicídio entre as regiões brasileiras o fato de algumas regiões/estados terem sistema de registros históricos mais confiáveis ao longo dos anos e outras não tinham, com início relativamente recente destes registros.

Este estudo contribui no avanço das práticas de saúde, pois se dedica a analisar o comportamento suicida e a necessidade de investir em ações de promoção à saúde mental e prevenção da morte por suicídio, tendo em vista o diagnóstico situacional exposto pelos casos notificados e registrados nos bancos de dados brasileiros. Colabora para a elaboração e implantação de políticas públicas na área.

As limitações deste estudo se relacionam à utilização de dados secundários, que são conhecidamente passíveis de subnotificações e falhas nos registros.

CONCLUSÃO

Há aumento significativo e ainda crescente nas taxas de tentativa de suicídio e suicídio no Brasil, com especificidades para cada região e estado brasileiros, com destaque para aumento na morte de indígenas, brancos, com mais anos de escolaridade e melhor coleta e notificação dos dados, embora ainda não seja um sistema de excelência.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
2. Franck MC, Monteiro MG, Limberger RP. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal

- dos casos de 2017 e 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(2):e2019512.
3. Penso MA, Sena DPA. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. *Sociedade e Estado*. 2020;35(1):61-81.
 4. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, Flaherty C. How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019;49:529-534.
 5. World Health Organization. *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO; 2019
 6. Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M*. 2019;4(7):31-44.
 7. Marcolan JF. For a public policy of surveillance of suicidal behavior. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2343-7.
 8. Silva DA, Marcolan JF. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1996 e 2016 e a política pública. *RSD* [Internet]. 2020;9(2):e79922080.
 9. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(5):351-9.
 10. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012;46(2):300-9.
 11. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Atlas; 2021.
 12. Organização Mundial da Saúde. *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Edusp; 2017.
 13. Organization for Economic Co-operation and Development. *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*; 2014.
 14. Stinson JD, Gonsalvez V. Suicide Attempts and Self-Harm Behaviors in Psychiatric Sex Offenders. *Sex Abuse*. 2013;26(3):252-70.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico*. n. 24. 2019.
 16. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas LM. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enferm*, 2018;27(2):e2110016.
 17. Fernandes DAA, Ferreira NS, Castro JGD. Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas-Tocantins, de 2010 a 2014. *Tempus, actas de saúde colet*. 2016;10(4):9-23.
 18. World Health Organization. *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Geneva: WHO; 2019.
 19. Marquetti FR, Marquetti FC. Suicídio e feminilidades. *Cadernos Pagu*. 2017;49:e174921.
 20. Correia CM, Gomes NP, Diniz NMF, Andrade ICS, Romano CMC, Rodrigues GRS. Child and adolescent violence: oral story of women who attempted suicide. *Rev bras enferm*. 2019;72(6):1450-6.
 21. Ferreira ACZ, Capistrano FC, Maftum GJ, Kalinke, LP, Maftum MA. Comportamento suicida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e241446.
 22. GBD 2016 Causes of Death Collaborators, Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1151-210.
 23. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:194.
 24. World Health Organization. *Preventing suicide: a community engagement toolkit*. Geneva: WHO; 2018.
 25. Soto-Sanz V, Piqueras JA, Rodríguez-Marín J, Pérez-Vázquez MT, Rodríguez-Jiménez T, Castellví P et al. Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema (Oviedo)*. 2019;31(3):246-54.
 26. Suárez Colorado Y, Campo-Arias A. Asociación entre apego y riesgo suicida en adolescentes escolarizados de Colombia. *Rev. chil. pediatr*. 2019;90(4):392-8.
 27. Gomes CFM, Silva DA. Aspectos epidemiológicos do comportamento suicida em estudantes universitários. *RSD* [Internet]. 2020;9(5):e38953106.
 28. Armond JE, Armond RE, Pereira TC, Chinaia C, Vendramini TL, Rodrigues CL. Self-injury and suicide attempt among the elderly population in the city of São Paulo. *J. bras. psiquiatr*. 2017;66(2):83-8.
 29. Fernandes-Eloi J, Lourenço JRC. Suicídio na Velhice – Um estudo de revisão integrativa da literatura. *CES Psicol* [online]. 2019;12(1):80-95.
 30. Salazar JAA, Sapuy LPL, Romero AR, Ramírez JAC. Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. *Revista Cultura del Cuidado*. 2016;13(1):70-89.
 31. Minayo MCS, Figueiredo AEB, Mangas RMN. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. *Ciênc. saúde colet*. 2019;24(4):1393-404.
 32. Weber I, Gianolla C, Sotero L. Suicídio e violência estrutural. Revisão sistemática de uma correlação marcada pelo colonialismo. *Soc. estado*. 2020; 35(1):189-228.
 33. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. saúde colet*. 2017;22(9):2841-50.
 34. Santos VC, Anjos KF, Silva JK, Santana JM, Araújo IS. Suicídio na adolescência segundo a raça/cor da pele no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. 2018;6(1):6-10.
 35. Sena-Ferreira N, Pessoa VF, Barros RB, Figueiredo AEB, Minayo MCS. Fatores de risco relacionados com suicídio em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciênc. saúde colet*. 2014;19(1):115-26.

Contribuições específicas de cada autor:

DAS, JFM: Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados;

DAS, JFM: Participação na redação da versão preliminar;

DAS, JFM: Participação na revisão e aprovação da versão final;

DAS, JFM: Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

Financiamento:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

Autor Correspondente:

Daniel Augusto da Silva
daniel.augusto@unifesp.br

Editor:

Prof. Dr. Felipe Villela Gomes

Recebido: 10/02/2021

Aprovado: 18/06/2021
