

## Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010

## Epidemiology of suicide in Brazil between the years 2000 and 2010

Magid Calixto Filho<sup>1</sup>, Talita Zerbini<sup>2</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>

---

Calixto Filho M, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética & Justiça*. 2016;21(2):45-51.

**RESUMO:** A incidência do suicídio está aumentando no Brasil e no mundo como um todo, configurando um importante problema de saúde pública. Esta pesquisa teve como objetivo estudar os meios mais comuns para o suicídio por meio de uma análise detalhada sobre a epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 a 2010. Também foram analisadas as regiões brasileiras de maior incidência, o sexo e a idade mais frequentes dos que cometem ato suicida. Além disso, buscou-se estabelecer associações que pudessem justificar o maior ou menor índice de suicídio em relação a cada variável escolhida. O estudo epidemiológico foi baseado na análise de artigos publicados no período definido para este trabalho. Além disso, foram utilizados manuais elaborados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. Conclui-se que a prevalência é maior em homens do que em mulheres, sendo as regiões Sul e Centro-Oeste as de maior incidência. Predomina um desfecho letal por lesões autoprovoçadas, principalmente, pelo enforcamento. Além disso, esse quadro, que antes acometia em maior incidência a população idosa, hoje vem intensificando-se em jovens. Nesse contexto, pode-se perceber a necessidade de enfrentar esse importante problema de ordem sócio-econômico-cultural com estratégias de rastreamento, conduta e tratamento eficazes, na tentativa de diminuir a incidência e os números absolutos do suicídio no Brasil.

**DESCRIPTORES:** Brasil/epidemiologia; Incidência; Suicídio/estatística e dados numéricos.

---

---

<sup>1</sup> Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

<sup>2</sup> Médica legista do Instituto Médico Legal do Estado de São Paulo. Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Endereço para correspondência:** Rua Padre Anchieta 1527, Franca-SP. e-mail: [magidfilho@uol.com.br](mailto:magidfilho@uol.com.br).

## INTRODUÇÃO

O suicídio é uma intercorrência que tem se tornado cada vez mais frequente no Brasil e no mundo, com crescimento progressivo ao longo das últimas décadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o quarto país da América Latina com o maior crescimento no número de suicídios ao ano no período de 2000 a 2012, e o ato suicida é considerado a terceira maior causa de óbito por fatores externos<sup>1,2</sup>, antecedido por homicídios e acidentes de trânsito<sup>3</sup>. O suicídio e a tentativa de suicídio devem ser notificados, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 271/2014 e SINAN versão 5.0<sup>4</sup>.

Enquadram-se no termo suicídio, de acordo com a sua significação, atos nocivos à própria saúde que atentam para o autoextermínio consciente<sup>5</sup>. O sociólogo Émile Durkheim relacionou o autoextermínio a fatores sociais que repercutem na vida do indivíduo com tamanha intensidade que perturbam a harmonia individual. Somado a isso, a cultura de cada povo influencia diretamente no desfecho em casos de suicídio. Esses aspectos podem tornar o indivíduo mais vulnerável e suscetível a suicidar-se<sup>6</sup>.

A OMS, em 2000, determinou como fatores de risco para o suicídio<sup>2</sup> alguns fatores sociodemográficos como sexo masculino, faixa etária entre 15 e 44 anos<sup>1,7,8</sup> e acima de 75 anos, estratos econômicos extremos, residentes de áreas urbanas, desempregados, aposentados, isolamento social, solteiros, viúvos ou separados<sup>5,9</sup> e migrantes. De modo complementar, associou que, a partir de estudos prévios, houve uma prevalência de 80% a 100% dos casos de suicídio com diagnóstico de transtorno mental<sup>2,7</sup>. Todos esses, assim como o proposto por Durkheim em pleno século XIX<sup>6</sup>, não são, necessariamente e unicamente fatores individuais.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que registros acerca dos números de mortalidade por suicídio, são contabilizadas por declarações de óbitos registradas no Sistema de Informação e Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. No entanto, registros da OMS informam que o Brasil é um país populoso e, por isso, possui um baixo coeficiente de mortalidade por suicídio. Apresentou, nos últimos anos, uma baixa taxa de incidência que variou de 4 a 6 para 100.000 habitantes<sup>5</sup>, embora esteja entre os dez países com maiores números absolutos<sup>10</sup>. Isso significa que esse coeficiente nacional esconde variáveis importantes<sup>1</sup>.

Estima-se que o quadro possa ser pior já que os números reais de suicídio podem ser até quatro vezes maiores que os registros oficiais, o que os caracteriza como subestimados e subnotificados<sup>1,5,6,8</sup>. Isso pode ser explicado pela dificuldade em dimensionar, registrar com precisão e oficializar atos suicidas efetivos. Essa dificuldade intensifica-se pelo tabu que ainda existe,

principalmente, para a família da vítima, em considerar a realidade do fato<sup>11</sup>. As subnotificações no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação impedem que ações do poder público sejam efetivas, já que depende delas para quantificar e qualificar o suicídio e promover intervenções de sucesso<sup>1,12</sup>.

A morte de causa indeterminada, ou de causa violenta, como em acidentes automobilísticos, envenenamento acidental e afogamento, são outros fatores que também contribuem para que o número absoluto de suicídios não seja fidedigno<sup>1</sup>. Isso ocorre porque as causas citadas nem sempre são registradas e documentadas como suicídio, camuflando-o entre causas aparentemente vistas como fatalidades. A falta de informações concretas que sustentem e confirmem o suicídio nessas causas resultam em um número absoluto subestimado, que impede registro verdadeiro.

Com base no ponto de vista microsociológico, há indicativos de que a integração e posição social do indivíduo possibilitem diferentes padrões materiais de vida, expondo o indivíduo a fatores de riscos ambientais diversos<sup>6</sup>. Assim, podem existir alterações nos fatores comportamentais e psicossociais como estresse, sentimentos de privação e percepção de violência e frustrações que prejudicam a saúde mental do indivíduo afetado.

Estudos confirmam que há um risco três vezes maior de suicídio entre indivíduos internados em hospitais gerais<sup>13</sup> do que na população como um todo, sendo estes locais os segundos em maior proporção de suicídios confirmados<sup>1</sup>. A maioria dos casos ocorridos em âmbito hospitalar é associada a doenças crônicas ou terminais que se tornaram dolorosas e debilitantes. Além disso, foi comprovado que, dentre as pessoas que cometeram a violência autoinfligida, aproximadamente 90% receberam um ou mais diagnóstico de doenças psiquiátricas<sup>7,14</sup>.

O autoextermínio tem um impacto familiar, social e econômico imensurável<sup>1,2</sup>. Um único ato pode afetar, no mínimo, 5 ou 6 pessoas<sup>10</sup>. Caso ocorra em um ambiente que engloba maior concentração de pessoas, como ambiente escolar ou de trabalho, o impacto pode aumentar para centenas de pessoas. Além disso, o custo pode ser estimado em anos de vida produtiva perdidos por incapacidade (*disability adjusted life years*)<sup>3</sup>. Em uma análise feita em trabalhos anteriores, esse custo equiparou-se ao custo de mortes em guerras, homicídio, trauma e asfixia neonatais e aproximou-se do dobro do custo de morte em pacientes com diabetes<sup>2</sup>.

Uma tentativa de suicídio não fatal<sup>9,11</sup> e um transtorno mental são grandes preditores clínicos de autoextermínio concretizado no futuro. As tentativas de suicídio exercem importante impacto em serviços de saúde, demandando custos diretos em hospitalizações e medicamentos, e também, na economia mundial, pois

acarreta afastamento do trabalho, incapacitações ou até invalidez<sup>9</sup>.

Médicos emergencistas e da atenção primária possuem um papel importante na avaliação, condução e posterior prevenção em um quadro suicida. Aproximadamente 31% a 60% dos casos de suicídio procuraram atendimento médico<sup>11</sup> no mês anterior ao ato, sendo esse profissional um clínico geral<sup>12,7</sup>. É preciso, para uma maior credibilidade dos dados disponíveis, diferenciar os dados coletados em serviços de emergências, de quando se tratam de real tentativa ou acidentes de causa violenta<sup>7</sup> como traumatismos, queimaduras, ferimentos por arma de fogo ou arma branca, acidentes automobilísticos e intoxicações exógenas. Um adequado registro garante maior foco e atenção em meios efetivos de cuidados e prevenção em pacientes suicidas.

A incidência é diferente nos gêneros e idades<sup>15</sup>. A maioria dos casos de autoextermínio concretizado ocorre entre homens e idosos, apesar de, na última década, esta tendência ter diminuído e o número de casos entre os jovens, aumentado<sup>1,8</sup>. Porém, outros fatores também se relacionam com o suicídio, já que é um fenômeno humano multifacetado que depende da interação biológica, genética, psicológica, sociocultural e econômica<sup>11,16</sup>.

## OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo fundamental realizar uma análise da epidemiologia do suicídio no Brasil, no período de 2000 a 2010, para que seja possível delimitar se há obstáculos na conduta e auxiliar na melhora de estratégias para detecção, conduta e prevenção do suicídio. Foi enfatizada a relação do suicídio entre os gêneros e faixas etárias, regiões do Brasil de maior incidência e os meios mais comuns que desencadeiam tal fato. Também foram feitas relações dessas variáveis com fatores que podem ser direta ou indiretamente influentes sobre elas.

## MÉTODOS

Foi realizada revisão de literatura em diferentes bases de dados disponíveis *online*, dados de registro do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, além de manuais de saúde nacionais com foco principal na detecção precoce, conduta e prevenção do suicídio. Optou-se pela utilização de descritores controlados especificados como “Brasil”, “Suicídio” e “Incidência” no Descritores em ciência da saúde (DeCS), para posterior seleção da literatura pertinente à pesquisa.

Para a seleção de material disponível em meio eletrônico, foram combinados os descritores controlados acessados no DeCS no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio de operadores

booleanos, optando-se apenas pela combinação restritiva. Foram incluídos os artigos disponíveis na forma de texto completo, em periódicos indexados pela Medline ou Lilacs, escritos em português ou inglês e publicados no período de 2000 a 2010. Foram excluídos da seleção revisões não sistemáticas, narrativas, editoriais e artigos que fugissem da temática do suicídio no Brasil.

## RESULTADOS

Os resultados encontrados por meio da revisão de literatura disponível, publicada no período de 2000 a 2010, foram objeto de análise comparativa descritiva. Dentre os dados, focou-se em estudar a incidência variável nos gêneros e idades, na distribuição pelas regiões brasileiras e, por fim, nos meios mais comuns de tentativas e concretizações do autoextermínio.

Ao longo da vida a ideia suicida foi mais prevalente (17,1%) seguida da estruturação de planos (4,8%) e tentativas de suicídio (2,8%)<sup>9</sup>. Quando relacionados às tentativas de suicídio, os resultados foram mais significativos entre mulheres e jovens<sup>11</sup>, sendo a intoxicação por medicamentos o método mais utilizado<sup>9,10</sup>. No entanto, homens brasileiros provocam autoextermínio efetivo em maior intensidade<sup>1</sup>, utilizando-se de métodos de maior letalidade<sup>5</sup>, como o enforcamento, arma de fogo e intoxicações medicamentosas, respectivamente.

Em relação às idades de maior incidência do ato suicida concretizado, observou-se grande variação na escolha do método classificatório de faixa etária em cada estudo. Alguns optaram por classificar de acordo com o DATASUS e outros classificaram em intervalos de 10, 20 ou 30 anos de idade. Apesar disso, a maior incidência se deu entre os 20 e 59 anos de idade, com índices que variam entre 59,7% a 84,62% em todos os artigos analisados<sup>1,8</sup>.

Os índices de suicídio aumentaram em todas as faixas etárias em todas as pesquisas estudadas<sup>6</sup>. A faixa de maior aumento se deu entre 20 e 59 anos, com porcentagem que oscilou de 22% a 30% no período analisado. Mas a faixa etária jovem tem grande representatividade<sup>13</sup>, com índices que vêm se elevando a cada década<sup>11</sup> e que indicam que os jovens de 15 a 24 anos morrem mais de causas sociais do que de doenças biológicas<sup>6</sup>.

Em estudos que relacionaram a distribuição dos índices na população idosa<sup>8,17</sup>, o resultado encontrado foi preocupante, já que a taxa de suicídio na faixa etária entre 70 e 79 anos variou de 7,3 a 7,8 óbitos por 100.000 habitantes. Este valor é considerado alto, e o maior dentre todas as faixas etárias na população brasileira<sup>1</sup>. Nas faixas entre 60 e 69 anos e acima de 80 anos os resultados também foram elevados comparados à média nacional de faixas etárias inferiores, correspondendo respectivamente a 6,58 e 6,76 óbitos por 100.000 habitantes.

Foi realizada uma pesquisa com adolescentes na faixa etária de 11 a 15 anos para avaliar a prevalência do suicídio nessa fase e os possíveis fatores envolvidos. De 1039 entrevistas realizadas, encontrou-se uma prevalência de 14,1% de ideação suicida. Entre as meninas, a ideação foi maior, em torno de 47% maior propensão que os meninos. O sexo feminino sexualmente ativo, com consumo de álcool, tabaco e drogas, e sintomas que indicam transtorno de conduta com associação a sintomas depressivos, foram relacionados à maior suscetibilidade a ideação suicida<sup>18</sup>.

Pesquisas que tiveram como uma das variáveis de avaliação as taxas de suicídio de acordo com o sexo confirmaram os resultados da maior prevalência de suicídios efetivos no sexo masculino. Quando as taxas entre os sexos são comparadas, homens se sobressaem em uma razão próxima de 4:1<sup>5-7</sup>, e são associados ao uso de meios mais letais, que desencadeiam suicídio efetivo ou demandam cuidados intensivos, com maior risco de morte<sup>15</sup>.

Quanto ao suicídio relacionado às regiões brasileiras, as taxas são bastante divergentes<sup>1,8</sup>. A incidência decresce da região Sul - 8,5 a 9,3/100.000 habitantes - e Centro-Oeste - 6,1 a 6,5/100.000 habitantes - com maiores taxas<sup>1,8</sup>, seguidas das regiões Sudeste, Norte e Nordeste, com taxas próximas de 4,0, 3,5 e 4,2/100.000 habitantes<sup>1,8</sup>, respectivamente. Apesar de os maiores índices referirem a regiões Sul e Centro-Oeste, houve queda em seu crescimento e incremento nas outras regiões, no período analisado. A análise de pesquisas mais antigas<sup>8</sup> confirma que os maiores índices de suicídio se mantiveram, desde 1980 até a atualidade, nas regiões Sul e Centro-Oeste.

Os meios mais comuns de atos suicidas foram as lesões autoprovocadas, com índices próximos, porém com pequenas divergências, dentro das literaturas analisadas. O enforcamento, variou de 64,5% a 68,4%, seguido de uso de armas de fogo, com variação de 11% a 17,8% e autointoxicação de 8,2% a 14,3%. Em menor grau, porém não menos relevante, a queda de locais altos apresentou taxas próximas de 5%<sup>5,8</sup>.

O enforcamento é o meio mais utilizado tanto por homens quanto por mulheres e em todas as faixas etárias, quando se trata de autoextermínio efetivo<sup>1</sup>. Já o uso de armas de fogo é a segunda opção de maior prevalência entre os homens e terceira entre as mulheres, sendo que estas, como segunda escolha, optam por sobredoses de medicamentos que intoxicam e tem menores chances de suicídio efetivo<sup>1</sup>. Além disso, os homens foram os mais prevalentes em todos os meios utilizados, com a única exceção pela intoxicação medicamentosa<sup>8</sup>.

Em um estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), foi possível inferir que a condução de um caso de suicídio, após sua constatação em serviços de saúde, tem importante

impacto nos quadros de repetição posterior a tentativa. Para o estudo, realizado pela OMS (WHO, 2002), foram incluídos diversos países e Campinas foi a cidade de escolha no Brasil para avaliar como a condução do caso pode influenciar na posterior prevenção.

Todos os casos que deram entrada no pronto socorro foram divididos em dois grupos. O primeiro recebeu uma intervenção psicossocial com entrevista motivacional, seguida de telefonemas regulares e condução para um serviço de saúde. O segundo grupo somente foi conduzido para o serviço de saúde. Após 18 meses, o primeiro grupo apresentou porcentagem dez vezes menor de suicídios posteriores, quando comparado com o primeiro<sup>3</sup>.

## DISCUSSÃO

Nos estudos utilizados como objeto de revisão neste trabalho observou-se que a maior ocorrência de morte por suicídio ocorre no primeiro ano após a primeira tentativa de autoextermínio<sup>11</sup>. Tal fato implica em grande importância nos aspectos de prevenção e tratamento, devendo, ambos, serem intensificados nesses casos.

A maior prevalência de tentativas de suicídio foi verificada entre as mulheres<sup>6</sup>, que utilizam métodos de menor letalidade como a intoxicação por medicamentos<sup>8,11</sup>. O alto número de tentativas decorre de falta de efetividade em concretizar a ação suicida. Mesmo as tentativas sendo mais prevalentes, apresentam porcentual considerável das taxas de mortalidade por suicídio, com maior aumento nos índices que os homens nos últimos anos.

Ao contrário das mulheres, os homens que tentam suicídio utilizam-se de técnicas mais letais, que culminam em um desfecho efetivo da autodestruição<sup>8</sup>. Os métodos como enforcamento e uso de armas de fogo são as escolhas de maior prevalência<sup>11</sup>. Mesmo as mulheres tendo apresentado aumento superior ao dos homens nas taxas de mortalidade por suicídio no período, eles ainda possuem números quase 4 vezes acima das taxas delas, de acordo com levantamentos realizados<sup>5,6,7</sup>.

Essa diferença entre os gêneros pode ser explicada historicamente pelo maior acesso dos homens aos meios mais letais e pela menor exposição das mulheres a sentimentos de falência frente ao insucesso financeiro, competitividade e impulsividade<sup>1,7</sup>, todos fatores de risco para o suicídio<sup>2,4</sup>. As mulheres geralmente são mais religiosas<sup>17</sup>, podendo ter, por isso, auxílio no enfrentamento de situações extremas. Ademais, as mulheres se preocupam mais com a própria saúde, principalmente mental e emocional, e buscam ajuda profissional com menor resistência que os homens<sup>1,8,15</sup>.

Em relação à faixa etária, observou-se que a população jovem e adulta, entre 20 e 59 anos, foi a que possuiu o maior aumento nas taxas de violência

autoinfligida. Apesar disso, a população idosa - acima de 60 anos - apresenta, ainda, os maiores índices absolutos comparados à média nacional, maiores do que na população que tem entre 20 e 59 anos<sup>1,5,8,11,17</sup>. Valores representativos como os expostos apontam para um cenário alarmante, em que a falta de estudos específicos que abordem diretamente as causas prejudica a possibilidade de prevenção e de conduta focada na etiologia.

O aumento no número de autoextermínio entre jovens<sup>6,11</sup>, principalmente, foi relacionado em alguns estudos à atual situação socioeconômica vivenciada no país desde meados de 2000. A crise econômica pode ter-se refletido diretamente em menores expectativas de crescimento e construção profissional a essa parcela em ascensão na população, o que caracteriza momentos de frustração e pode corroborar com o desenlace suicida<sup>6,8</sup>.

Quando se trata da distribuição de índices de suicídio, as regiões brasileiras Sul e Centro-Oeste são as que possuem as maiores taxas no período analisado. Em contraste, as regiões Norte, Nordeste e Sudeste, apresentaram índices menores. Não foi possível determinar a relação de causa e efeito e encontrar fatores influenciadores para a maior ou menor taxa de suicídio no período em cada região. Os Estudos com essa temática foram pouco desenvolvidos e não tiveram expressividade.

Dentre os meios mais comuns da prática da violência autoinfligida, os resultados foram coincidentes na maioria dos artigos analisados. Variam conforme a cultura, costumes<sup>6,15</sup> e acesso facilitado a determinados meios<sup>5</sup>. Conhecer as causas de óbitos por suicídio e os fatores de risco auxilia na conduta direcionada em estratégias de prevenção<sup>5</sup>. Quando optam por enforcamento, precipitação de local elevado, intoxicação por medicamentos ou lesões por objetos cortantes, torna-se difícil a prevenção pelo controle do acesso a esses meios. A conduta ideal, nesses casos, é a identificação precoce de pessoas com potencial suicida, analisando adequadamente os fatores de risco.

Apesar de não ser o método de escolha mais frequente para o ato suicida, a intoxicação por medicamentos pode refletir na ideação suicida quando há fatores predisponentes e pode ser consequência do uso abusivo de medicamentos psicoativos. A OMS revelou que, em 1990, quase três décadas atrás, o número de doses diárias de drogas psicoativas, ultrapassou até três vezes o esperado. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tomou a iniciativa de melhorar as regulamentações de controle para a produção e distribuição desses medicamentos. No entanto, as taxas de abuso e até suicídios decorrentes por intoxicações medicamentosas intencionais não decresceram<sup>8</sup>.

Na tentativa de melhorar as ações de prevenção ao suicídio, instituíram-se em 2006 as Diretrizes Nacionais

de Prevenção do Suicídio através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.876. Consta no artigo 2º que deve haver articulação entre o Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, instituições acadêmicas e outras organizações governamentais e não governamentais para conduta, prevenção, manejo e estratégias frente ao crescente índice de suicídio. No mesmo ano, foi lançado o Manual de Prevenção do Suicídio, dirigido a profissionais da saúde em atenção primária<sup>2</sup>. Também, a OMS, desde 2000, construiu um Manual para Médicos Clínicos Gerais de prevenção do suicídio<sup>2</sup>. Apesar destas iniciativas, nenhuma estratégia efetiva foi implantada, o que se reflete nas continuamente crescentes taxas de mortalidade por suicídio.

## CONCLUSÃO

Dados referentes a este estudo e outros realizados anteriormente corroboram para o fato assinalado pela OMS de que o suicídio está cada vez mais frequente entre a população geral e tem se tornado um importante problema de saúde pública. Em um país de grande extensão territorial e populoso como Brasil, apesar de as taxas não serem altas quando comparadas com as taxas internacionais, elas são de expressividade preocupante.

Constatou-se que as maiores taxas de mortalidade por suicídio se dão entre homens, enquanto as mulheres superam as taxas de tentativas. Homens optam por meios mais letais, como enforcamento e armas de fogo diferenciando-se das mulheres, que preferem formas menos letais, como autointoxicação medicamentosa. A faixa etária de maior crescimento nas ocorrências é a de 20 a 59 anos. Além disso, as regiões Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas de suicídios registradas.

É de grande relevância, também, frisar que a subnotificação e subestimação<sup>1,5,6,8</sup> nos registros relacionados ao ato suicida têm refletido em maiores dificuldades no manejo desse problema de saúde pública. A informação é um recurso importante na área da saúde e contribui para conduzir recursos e estratégias com maior eficiência. Assim, deve-se considerar buscar melhores alternativas para contornar gargalos de registros de óbitos que, na atualidade, impedem fidedignidade.

O estudo mais consistente em termos de conduta pós-detecção de ideação ou tentativa suicida foi o realizado pela OMS (SUPRE-MISS). Dentre os resultados obtidos, a parcela de pacientes que recebeu intervenção psicossocial com entrevista motivacional e telefonemas regulares com encaminhamento para um serviço de saúde, apresentou chances, até dez vezes menores, de realizar novas tentativas<sup>3</sup>. Seguir essa linha estratégica de manejo pode significar adotar uma atitude fundamentada cientificamente, de fácil desenvolvimento e que pode alcançar resultados desejados.

---

Calixto Filho M, Zerbini T. Epidemiology of suicide in Brazil between the years 2000 and 2010. *Saúde, Ética & Justiça*. 2016;21(2):45-51.

**ABSTRACT:** The incidence of suicide is increasing in Brazil and in the world as a whole, leading to an important public health problem. This research aimed to study the most common means for suicide through a detailed analysis of the epidemiology of suicide in Brazil between the years 2000 and 2010. The Brazilian regions with the highest incidence and the sex and age with the highest rates of suicide were also analyzed. In addition, we sought to establish associations that could justify a higher or lower suicide rate in relation to each variable chosen. The epidemiological study was based on the analysis of articles published during the period defined for this work. In addition, manuals prepared by the Brazilian Ministry of Health and World Health Organization were used. It is concluded that the prevalence is higher in men than in women, with the South and Central West regions having the highest incidence. A lethal outcome caused by self-inflicted injuries, mainly by hanging, predominates. Moreover, this condition, that affected predominantly the elderly population, is now increasing among young people. In this context, it is possible to perceive the need to confront this important social, economic, and cultural problem with strategies for effective tracking, conduct, and treatment, in an attempt to reduce the incidence and absolute numbers of suicide in Brazil.

**KEY WORDS:** Brazil/epidemiology; Incidence; Suicide/statistics & numerical date.

---

## REFERÊNCIAS

1. Santos J. Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos [dissertação][Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010 [Acesso em 2016 ago. 27]. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp154224.pdf>
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária [Internet]. Genebra; 2000 [Acesso em 2016 ago. 27]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)
3. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl I):S18-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Portaria GM/MS nº 1271/20014 [Internet]. Brasília; 2014 [Acesso em 2016 nov 14]. Disponível em: <https://goo.gl/TF4dww>
5. Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):38-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100008>
6. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):673-83.
7. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2064-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>
8. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl II):S86-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>
9. Botega NJ, Leon LM, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarrodo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2632-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>
10. Oliveira LH, Resende AB, Nadalin BA. Avaliação epidemiológica das intoxicações exógenas agudas atendidas no pronto socorro municipal de Juiz de Fora. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2005 [Acesso em 2016 out. 13];15(3):153-6. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1350>
11. Rodrigues SMS, Barbalho LONF, Silva LCL. Estudo sobre a incidência e o perfil dos casos de suicídio no município de Belém. *Rev Para Med* [Internet]. 2008 [Acesso em 2016 out. 13];22(4). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2008/v22n4/a2237.pdf>
12. Lozada EMK, Mathias TAF, Andrade SM, Aida T. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):223-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100024>
13. Ferreira MHF, Colombo ES, Guimarães PSA, Soeiro RE, Dalgalarrodo P, Botega NJ. Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):51-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-444620060005000031>
14. Silva CA, Pereira MLG, Bustamante C, Ferraz ACT, Baldassin S, Andrade AG, et al. Ideação suicida entre estudantes da área da saúde: um estudo transversal. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):338-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-444620090005000006>

15. Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(2):139-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000063>
16. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1587-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800007>
17. Miranda ACCA, Bós AJG. Incidência de suicídio entre idosos brasileiros. *Rev Med Minas Gerais [Internet].* 2004 [Acesso em 2016 nov. 14];14(4). Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1465>
18. Souza LDM, Silva RA, Jansen K, Kuhn RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(1):37-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009005000011>

Recebido para publicação: 28/09/2016

Aceito para publicação: 27/11/2016