

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO,
MONITORAMENTO E ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA - SIMASP**

**EVOLUÇÃO E PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS REGIONAIS DO
SUICÍDIO NO BRASIL: UMA ANÁLISE ENTRE 2000 E 2017**

**Elaborado por
MARCO ANTONIO VIEIRA SANT'ANA**

Rio de Janeiro, 03 de fevereiro de 2020

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO,
MONITORAMENTO E ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA**

**EVOLUÇÃO E PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS REGIONAIS DO
SUICÍDIO NO BRASIL: UMA ANÁLISE ENTRE 2000 E 2017**

Elaborado por

MARCO ANTONIO VIEIRA SANT'ANA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistemas de Informação, Monitoramento e Análise de Saúde Pública.

Orientador(es):

Prof. Doutor Ricardo Antunes Dantas de Oliveira

Prof^a. Doutora Dalia Elena Romero Montilla

Rio de Janeiro, 03 de fevereiro de 2020

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar uma análise dos suicídios registrados entre 2000 e 2017 nas grandes regiões do Brasil e do perfil dos suicidas nos estados com maior crescimento relativo em cada uma das regiões do país: Goiás, Piauí, Acre, Minas Gerais e Santa Catarina.

Entre 2000 e 2017 foram registrados 168.794 casos de suicídio no Brasil. A taxa padronizada de suicídio por 100.000 habitantes cresceu 30,2% entre 2000 e 2017 (4,3 para 5,6). As taxas de suicídio nos estados brasileiros variam muito. Em 2017 o menor foi o Rio de Janeiro (3,1) e o maior Rio Grande do Sul (10,6) por 100.000 habitantes.

Entre as regiões, as mais elevadas foram registradas no Sul (8,0) e Centro-Oeste (6,2). Os homens são os que têm maior probabilidade de cometer suicídio. Com relação à faixa etária, pessoas entre 20 e 49 anos atingiram as maiores proporções. As principais características sociodemográficas das pessoas que cometeram suicídio durante o período estudado foram maior escolaridade, solteiro/separado judicialmente e raça/cor branca. Evidenciou-se diferença estatisticamente significativa entre regiões segundo faixa etária, estado civil, escolaridade e raça/cor nos três anos analisados. Para variável sexo, observou-se diferença apenas no ano 2000.

Nos anos analisados, o Sul foi à região com maior proporção de suicídio de pessoas casadas ou em regime de união estável. O Norte foi à região com a maior proporção de suicídio para pessoas com até 19 anos de idade. Em 2017 o Nordeste foi a região com o maior percentual de suicídios de pessoas com escolaridade entre 1 a 7 anos.

Concluimos que a sociedade e as autoridades competentes precisam tratar o assunto com outros olhos, visto que mesmo com os problemas de subnotificação apresentados, nossas taxas de suicídio demonstram relevante crescimento. Desta forma, se torna possível o acompanhamento permanente do fenômeno para avaliarmos o comportamento destes fatores ao longo do tempo e espaço. Através do uso de ferramentas específicas, podem ser geradas projeções que auxiliem o Gestor na tomada de decisão, de modo a tomar medidas antecipatórias que mitiguem o risco do indivíduo se suicidar.

Palavras-chave: suicídio, região, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e raça/cor

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	4
1.1 OBJETIVO GERAL.....	7
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
2. METODOLOGIA.....	8
3. RESULTADOS	11
3.1 DADOS GERAIS	11
3.2 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS - SEXO.....	15
3.3 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – FAIXA ETÁRIA.....	16
3.4 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – SEXO e FAIXA ETÁRIA	19
3.5 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – ESTADO CIVIL	21
3.6 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – ESCOLARIDADE.....	23
3.7 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – RAÇA/COR	24
3.8 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS SUICIDAS NAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO SELECIONADAS	25
3.9 PROBLEMAS DE NOTIFICAÇÃO	29
4. DISCUSSÃO	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

Não existe uma definição precisa de suicídio, porque o mesmo é um fenômeno que não depende de uma única causa. Fatores biológicos, psicológicos, psiquiátricos, sociais e econômicos, surgem como possíveis causas para uma pessoa se suicidar. Vários estudos^{1,2,3} mostram que tentativas anteriores, transtornos mentais (depressão), comportamentos decorrentes do uso excessivo do álcool e fatores sociodemográficos são bons preditores para explicar este tipo de óbito. De uma maneira geral, o suicídio pode ser caracterizado como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção da ação é o fim da vida, de forma consciente e intencional².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas se suicidam no mundo anualmente, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundos, com uma taxa de 10,7 mortes por 100 mil. A cada 3 segundos uma pessoa faz uma tentativa de suicídio. A autoagressão está entre as três

primeiras causas de morte entre as pessoas com idade entre 15-35 anos em todo o mundo. Para cada suicídio completado, ocorrem cerca de 10 tentativas anteriores. No Plano de Ação em Saúde Mental da OMS para 2013-2020, cujo Brasil é signatário, diversos países se comprometeram com a meta de redução de 10% da taxa global de suicídio².

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece que ainda há subnotificação. Capta-se a morte, mas nem sempre a causa, principalmente em classes mais altas, onde existe um sentimento de vergonha em revelar que a pessoa se suicidou, ou outras questões de ordem prática, como o seguro de vida.

Durkheim² aponta uma relação positiva entre o aumento da idade e a taxa de suicídio. Para o autor, a velhice se caracteriza por ter o maior volume de suicídio porque, nesse período, se vivem situações altamente desvitalizantes como: isolamento social, desemprego, aflições econômicas e perda de entes queridos. Muitos autores mostram que, quanto maior a idade média da população, maior é o risco de suicídio. Outros encontraram forte significância estatística para a população de meia idade³.

Diversos autores relatam que o divórcio aumenta o risco de suicídio. Porém, para alguns essa relação positiva apenas se confirma para o sexo masculino³.

Durkheim argumenta que a educação está associada a um nível mais elevado de suicídio por embutir no indivíduo um sentimento maior de independência. Estudos mostram que, para o sexo masculino, quanto maior for o grau de instrução, maior será o risco de suicídio, argumentando que o trabalho de pessoas com alta escolaridade pode ser mais estressante. Ao ser submetido a maior estresse mental, o indivíduo teria maior probabilidade de suicídio.

A taxa de suicídios entre os brancos foi duas vezes maior do que entre não brancos em 1989 nos Estados Unidos⁴. Em 1992, essa diferença diminuiu, com a taxa de suicídio entre brancos chegando a 1,6 vez superior quando comparada aos homens negros⁴.

No Brasil ocorrem cerca de 11 mil mortes por suicídio por ano, com valores estáveis ao longo dos últimos anos⁵. A população indígena brasileira apresenta as mais altas taxas de suicídio³. Segundo dados levantados pela SESAI/SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena), a taxa de suicídio entre os povos indígenas no ano de 2014 foi de 21,8 por 100 mil indígenas, uma incidência quatro vezes maior do que a população brasileira em geral⁵.

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil apresentou um aumento de 56%⁶ nas taxas de mortalidade por suicídio entre 1980 e 2011, e o número de óbitos/100 mil habitantes subiu de 4,9 para 6,2 no período de 2000 a 2012⁷. Esses dados fazem com que o Brasil ocupe a oitava posição de mortalidade por suicídio entre todos os países, e essas taxas variam entre suas regiões¹. No Brasil, os homens são os que mais cometem suicídio. Os suicídios masculinos são duas a quatro vezes mais frequentes dependendo da faixa etária³. A partir dos 70 anos o risco de um homem se suicidar é seis vezes o risco de uma mulher³.

A região Nordeste revela um elevado grau de desigualdade, expressa tanto em uma dimensão econômica quanto no acesso aos serviços públicos, educação e habitação⁸. Essa região destaca-se por apresentar uma tendência significativa de aumento na taxa de suicídio nas últimas décadas⁸. Todavia, uma hipótese plausível para explicar esse fenômeno é a melhoria dos sistemas de informação e captação desses dados⁸.

Visando a promoção de eventos que abram espaço para debates sobre o tema, o Centro de Valorização da Vida (CVV), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) criaram a campanha brasileira intitulada *Setembro Amarelo*. Desde 10 de setembro de 2003, dia Mundial de Prevenção do Suicídio, este mês vem sendo referência para ações relacionadas a este fenômeno.

Outra ação importante que merece destaque é a publicação da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.876 em 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. A partir deste ano o Brasil passou a considerar o suicídio como um problema de Saúde Pública.

Nesse contexto, espera-se que este estudo possa contribuir para a análise da evolução das taxas de suicídio entre 2000 e 2017, assim como descrever o perfil sociodemográfico do suicida e suas correlações, estratificando diferenças regionais brasileiras existentes e de estados selecionados.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a evolução do suicídio e o perfil sociodemográfico dos suicidas nas grandes regiões do Brasil entre 2000 e 2017.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analisar a evolução do suicídio entre 2000 e 2017 segundo estados e grandes regiões do Brasil
- Analisar o perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor) dos suicidas nas grandes regiões brasileiras
- Analisar o perfil sociodemográfico dos suicidas nos estados com maiores taxas de crescimento relativo de suicídio para o biênio 2000/2017
- Avaliar a qualidade da informação sobre suicídios e o perfil dos suicidas no país

2. METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo a respeito das taxas de mortalidade por suicídio notificadas em cada grande região do Brasil entre 2000 e 2017 e do perfil sociodemográfico dos suicidas em anos selecionados (2000, 2010 e 2017) para as regiões e os estados que apresentaram maior crescimento das taxas no período em cada uma das regiões brasileiras.

Foi utilizado o Sistema de Informações de Mortalidade disponibilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em www.datasus.gov.br para montagem do banco de dados. Este banco disponível para download é composto por aproximadamente 60 (sessenta) variáveis das declarações de óbito, que tem como objetivo central descrever o perfil de mortalidade no país. Porém, o banco se apresenta em formato *dbc* que não é usualmente utilizado em softwares específicos de estatística. Para isso, utilizou-se a plataforma *Tabwin32* disponível no site do Ministério da Saúde para transformar os arquivos do banco em formato *dbf*, para posterior análise no Excel e R Project. Utilizou-se também as informações do PROADESS do Laboratório de Informação em Saúde - ICICT – Fiocruz¹².

Quadro 01 – Variáveis selecionadas e fonte das informações

Variáveis	Fonte
Sexo	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Faixa Etária	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Estado Civil	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Escolaridade	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Cor/Raça	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Suicídio: Categoria CID 10 - X60 à X84	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Mortes por causas violentas: Categoria CID 10 - V01 e Y98	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
População residente	Projeção da população - IBGE
Taxa Padronizada por sexo e ano	Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS

Fonte: organizada pelo autor, 2019

A primeira parte traz a análise da evolução histórica das taxas padronizadas de suicídio entre 2000 e 2017 no Brasil e Grandes Regiões.

A segunda parte trata dos perfis dos suicidas no país e em suas regiões entre 2000 e 2017.

Quadro 02 – Agrupamentos realizados

Faixa Etária bruta	Faixa Etária Agrupada
Até 19 anos	Até 19 Anos
Entre 20 e 29 Anos	Entre 20 e 39 Anos
Entre 30 e 39 Anos	
Entre 40 e 49 Anos	
Entre 50 e 59 Anos	Entre 40 e 59 Anos
Entre 60 e 69 Anos	60 Anos ou mais
Entre 70 e 79 Anos	
80 Anos ou +	
Ignorado	Ignorado
Estado Civil bruto	Estado Civil Agrupado
Casado	Casado/União Estável
União estável	
Solteiro	Solteiro/Separado Judicialmente
Separado judicialmente	
Viúvo	Viúvo
Não Informado	Não Informado
Raça/cor bruta	Raça/cor agrupado
Amarela	Amarela/Indígena
Indígena	
Branca	Branca
Parda	Parda
Preta	Preta
Não Informado	Não Informado
Escolaridade bruta	Escolaridade agrupada
Nenhuma	Nenhuma
1 a 3 Anos	De 1 a 7 Anos
4 a 7 Anos	
8 a 11 Anos	8 Anos ou Mais
12 Anos e mais	
Não Informado	Não Informado

Fonte: organizada pelo autor, 2019

Para análise dos estados, optou-se por selecionar os 5(cinco) estados com maior aumento relativo nas taxas padronizadas de suicídio em suas respectivas regiões: Goiás, Piauí, Acre, Minas Gerais e Santa Catarina.

Visando avaliar o quão provável é que a diferença regional observada fosse relacionada ao acaso, aplicamos o teste estatístico Qui-Quadrado para os fatores Sexo, Faixa Etária, Estado Civil, Escolaridade e Raça/cor. Encontramos

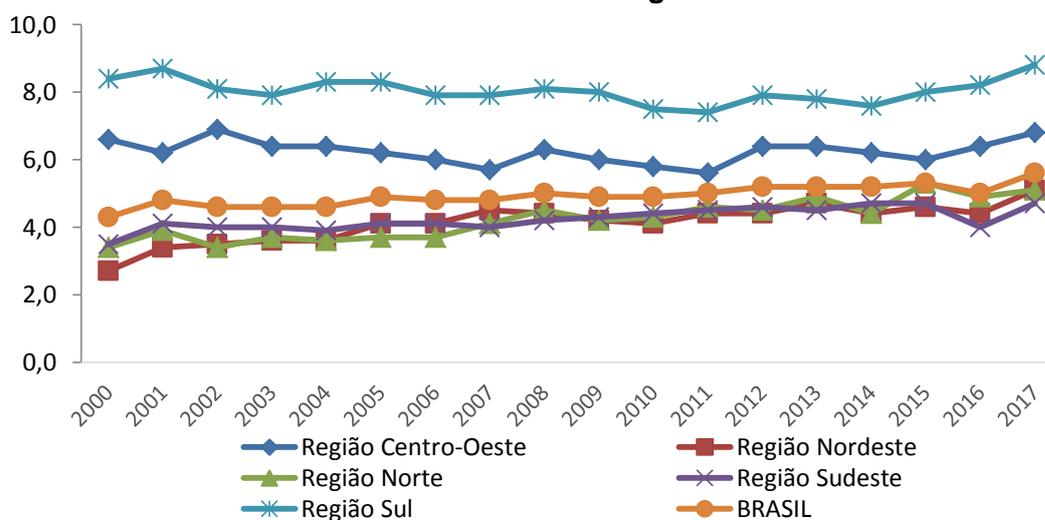
diferença significativa (ao nível de 5%) entre as regiões para todos os fatores, exceto sexo nos anos de 2010 e 2017.

O P-valor, que depende diretamente de uma dada amostra, tenta fornecer uma medida da força dos resultados de um teste, em contraste a uma simples rejeição ou não rejeição. Se a hipótese nula for verdadeira e a chance da variação aleatória for a única razão para as diferenças amostrais, então o P-valor é uma medida quantitativa para alimentar o processo de tomada de decisão como evidência. Na hipótese nula (H0): Não existe diferença entre regiões e o fator selecionado; já na hipótese alternativa (H1): Existe diferença entre regiões e o fator selecionado. Para utilização do Teste Qui-Quadrado, foi necessário agrupar Indígena/Amarela por motivo de existir casela com valor <5 .

3. RESULTADOS

3.1 DADOS GERAIS

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade por suicídio padronizada por 100 mil habitantes segundo ano



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Observa-se no gráfico acima que a região Sul em todos os anos do período analisado registrou a maior taxa padronizada de suicídio, seguida pela região Centro Oeste.

A região Sul aumentou a taxa em 4,8% entre 2000 e 2017. Já entre 2010 e 2017, aumentou 17,3%. A região Nordeste aumentou a taxa em 88,9% entre 2000 e 2017. A região Sudeste aumentou a taxa em 34,3% entre 2000 e 2017. Já entre 2010 e 2017 aumentou 6,8%. Observa-se a menor taxa no país em 2000 (4,3) e a maior em 2017 (5,6).

A partir da tabela 1 abaixo, observa-se que Paraíba, Piauí e Maranhão registraram aumento relativo de mais de 200% em 2017 quando comparado a 2000. Mato Grosso e Paraná foram os únicos estados que reduziram a taxa em 2017 quando comparado a 2000.

A média e a mediana nacional no período analisado foram 4,9 por 100.000 habitantes. O primeiro quartil foi de 4,8 e o terceiro quartil foi de 5,15 por 100.000 habitantes.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio padronizada por 100 mil habitantes segundo ano

Estado	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VARIAÇÃO 2017/2000	VARIAÇÃO 2017/2010
Distrito Federal	4,5	4,0	4,5	4,1	4,7	4,0	4,9	4,5	5,0	5,2	5,9	3,8	5,3	4,7	4,8	4,4	5,3	5,5	22,2%	-6,8%
Mato Grosso do Sul	8,7	6,9	8,2	8,8	8,9	8,8	8,6	8,3	7,8	8,7	7,8	8,5	8,3	8,7	7,8	8,6	8,1	9,3	6,9%	19,2%
Goiás	6,9	6,9	7,8	6,4	6,3	6,2	5,3	5,3	6,4	5,1	5,1	5,5	6,3	6,6	6,9	6,4	6,7	7,0	1,4%	37,3%
Mato Grosso	6,0	6,0	6,1	6,3	6,1	5,7	6,2	5,4	6,1	6,5	5,3	5,1	5,8	5,6	4,8	4,4	5,2	5,8	-3,3%	9,4%
Região Centro-Oeste	6,6	6,2	6,9	6,4	6,4	6,2	6,0	5,7	6,3	6,0	5,8	5,6	6,4	6,4	6,2	6,0	6,4	6,8	3,0%	17,2%
Paraíba	1,6	2,1	2,3	2,5	2,8	3,1	3,9	3,8	4,4	4,6	4,3	4,4	5,0	5,2	4,1	5,6	4,7	6,3	293,8%	46,5%
Piauí	3,0	4,5	4,6	5,3	5,9	5,4	6,5	7,3	7,6	7,1	6,8	7,8	7,7	7,4	7,9	8,7	10,0	10,0	233,3%	47,1%
Maranhão	1,5	2,3	2,5	1,8	1,9	2,2	3,0	3,0	3,2	2,8	3,7	3,7	3,4	3,9	4,1	4,4	4,6	4,9	226,7%	32,4%
Bahia	1,7	2,0	1,9	2,3	2,0	2,8	2,9	3,1	2,7	2,7	3,0	3,0	3,3	3,4	3,0	3,3	2,6	3,4	100,0%	13,3%
Sergipe	3,1	4,3	4,9	4,8	4,6	4,6	4,2	5,2	5,6	5,6	6,5	6,2	5,3	5,9	5,1	5,5	5,1	5,5	77,4%	-15,4%
Ceará	4,1	5,6	6,7	5,9	6,4	7,3	6,6	6,9	7,0	6,3	6,0	6,7	6,1	6,9	6,5	6,4	6,0	7,2	75,6%	20,0%
Rio Grande do Norte	3,4	4,5	3,9	5,5	4,2	5,6	5,0	4,5	4,8	4,6	4,4	5,5	5,2	4,7	4,9	4,5	5,1	5,0	47,1%	13,6%
Pernambuco	3,8	3,7	3,5	4,0	3,9	4,0	3,7	4,8	4,4	3,9	3,4	3,3	3,8	3,7	3,6	3,4	3,7	4,3	13,2%	26,5%
Alagoas	3,0	3,8	3,3	2,6	3,6	2,9	3,5	3,9	3,8	3,9	2,9	3,5	3,7	4,7	3,8	3,7	3,5	3,2	6,7%	10,3%
Região Nordeste	2,7	3,4	3,5	3,6	3,6	4,1	4,1	4,5	4,4	4,2	4,1	4,4	4,4	4,7	4,4	4,6	4,4	5,1	88,9%	24,4%
Tocantins	3,7	4,4	4,5	6,6	5,2	5,8	5,9	6,8	6,4	6,1	6,4	6,6	6,7	6,6	5,8	6,6	6,4	7,6	105,4%	18,8%
Pará	2,2	2,8	2,5	2,4	2,3	2,7	2,6	2,8	3,3	2,8	2,7	3,1	3,3	3,2	2,7	3,4	3,5	3,5	59,1%	29,6%
Amazonas	3,4	4,0	3,3	3,6	3,8	3,4	3,6	4,6	5,0	5,0	5,2	5,8	5,6	6,6	6,8	7,3	5,3	5,4	58,8%	3,8%
Amapá	4,1	7,3	8,7	8,3	8,2	8,5	5,0	5,2	5,6	4,7	5,2	6,2	3,4	7,0	5,1	7,7	5,2	6,3	53,7%	21,2%
Acre	5,8	6,1	4,7	5,1	5,0	3,5	4,5	6,1	5,6	5,1	6,5	6,4	6,5	6,5	7,0	5,4	7,5	8,6	48,3%	32,3%
Roraima	8,0	5,9	6,3	6,4	8,6	8,0	9,7	11,9	8,3	8,3	8,5	8,3	9,0	7,6	3,3	11,3	11,9	9,0	12,5%	5,9%
Rondônia	6,1	5,9	3,4	4,0	4,5	4,3	4,3	2,8	4,9	5,4	5,1	4,7	4,3	5,1	4,8	6,2	5,7	6,1	0,0%	19,6%
Região Norte	3,4	3,9	3,4	3,7	3,6	3,7	3,7	4,1	4,5	4,2	4,3	4,6	4,5	4,9	4,4	5,3	4,9	5,1	50,0%	18,6%
Minas Gerais	3,5	4,6	4,5	5,2	4,9	5,3	5,3	5,2	5,3	5,5	5,3	6,0	6,0	5,4	6,2	5,8	5,6	6,6	88,6%	24,5%
Espírito Santo	3,6	3,8	4,1	4,6	4,6	4,9	4,6	3,9	4,2	4,0	4,3	4,4	4,7	4,0	4,4	4,7	4,0	5,0	38,9%	16,3%
Rio de Janeiro	2,7	3,0	3,0	2,3	2,5	2,8	2,5	2,2	2,1	1,9	3,0	2,6	2,7	2,5	3,0	3,0	1,8	3,1	14,8%	3,3%
São Paulo	3,9	4,4	4,2	4,1	3,9	4,1	4,2	4,1	4,4	4,6	4,5	4,6	4,6	4,8	4,8	4,9	4,1	4,3	10,3%	-4,4%
Região Sudeste	3,5	4,1	4,0	4,0	3,9	4,1	4,1	4,0	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6	4,5	4,7	4,7	4,0	4,7	34,3%	6,8%
Santa Catarina	8,2	8,7	8,0	7,3	7,4	7,6	6,4	7,4	7,8	8,0	8,0	7,7	7,9	8,1	8,1	8,6	9,0	9,7	18,3%	21,3%
Rio Grande do Sul	10,2	10,2	10,0	9,9	9,9	10,0	10,6	9,9	10,4	9,8	9,0	9,0	10,0	9,6	9,3	9,3	9,5	10,6	3,9%	17,8%
Paraná	6,5	7,2	6,2	6,2	6,9	6,7	5,9	6,1	5,7	6,1	5,5	5,5	5,6	5,8	5,5	6,2	6,4	6,4	-1,5%	16,4%
Região Sul	8,4	8,7	8,1	7,9	8,3	8,3	7,9	7,9	8,1	8,0	7,5	7,4	7,9	7,8	7,6	8,0	8,2	8,8	4,8%	17,3%
BRASIL	4,3	4,8	4,6	4,6	4,6	4,9	4,8	4,8	5,0	4,9	4,9	5,0	5,2	5,2	5,2	5,3	5,0	5,6	30,2%	14,3%

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Abaixo segue o total bruto de casos de suicídio estratificados por estado em 2000, 2010 e 2017. Este ano era o último disponível no momento da coleta dos

dados no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS (Setembro de 2019).

Tabela 2 – Distribuição de óbitos por suicídio segundo estado – 2000,2010 e 2017

Estado	2000	2010	2017
Distrito Federal	86	148	168
Goiás	327	315	497
Mato Grosso	142	161	197
Mato Grosso do Sul	173	188	259
Alagoas	72	85	104
Bahia	202	432	603
Ceará	269	488	644
Maranhão	71	208	318
Paraíba	37	158	250
Pernambuco	275	285	438
Piauí	74	201	317
Rio Grande do Norte	85	137	180
Sergipe	48	129	127
Acre	27	41	64
Amapá	16	30	46
Amazonas	77	162	207
Pará	116	188	301
Rondônia	76	82	113
Roraima	22	34	50
Tocantins	38	87	115
Espírito Santo	106	160	207
Minas Gerais	602	1.102	1.515
Rio de Janeiro	392	509	607
São Paulo	1.413	1.964	2.306
Paraná	586	588	774
Rio Grande do Sul	1.022	1.036	1.349
Santa Catarina	426	530	739

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Observa-se na tabela acima um comportamento crescente nos três períodos para a Região Nordeste. Uma hipótese plausível para explicar esse fenômeno é a melhoria dos sistemas de informação e captura destes dados⁹.

O Rio Grande do Sul é o Estado brasileiro que historicamente tem apresentado os maiores coeficientes de suicídio do País. Esse fato tem instigado pesquisadores oriundos de vários campos do conhecimento, destacando-se as

ciências sociais e da saúde, que apontaram a etnia, a cultura, as crises sociais e inclusive aspectos climáticos da região, como possíveis fatores ligados ao problema⁴. Destaca-se também elevado padrão de mortalidade em áreas com alta concentração de agrotóxicos⁴.

3.2 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS - SEXO

Gráfico 3.2.1 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo nas regiões brasileiras - 2000

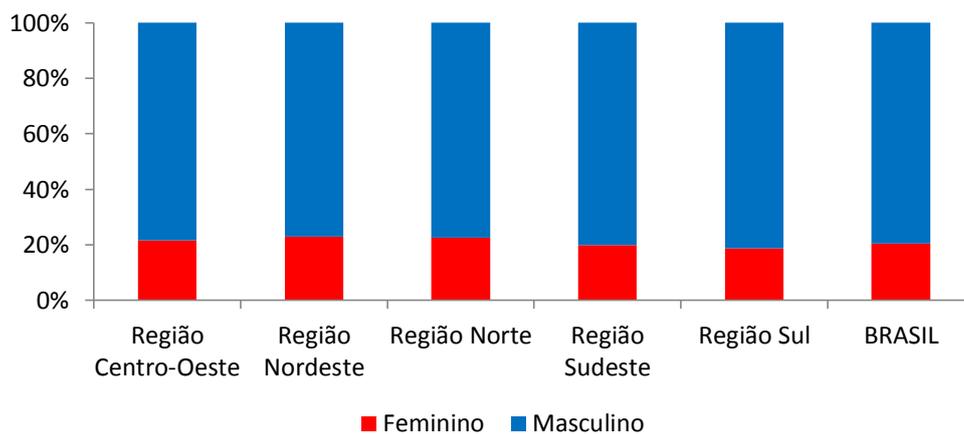


Gráfico 3.2.2 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo nas regiões brasileiras - 2010

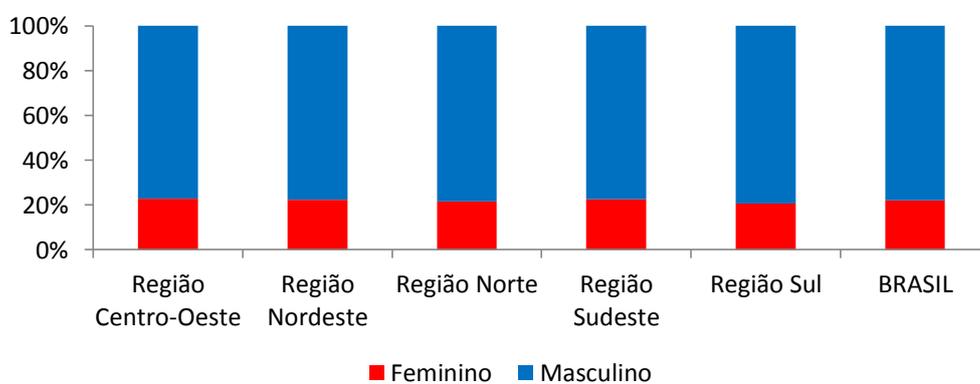
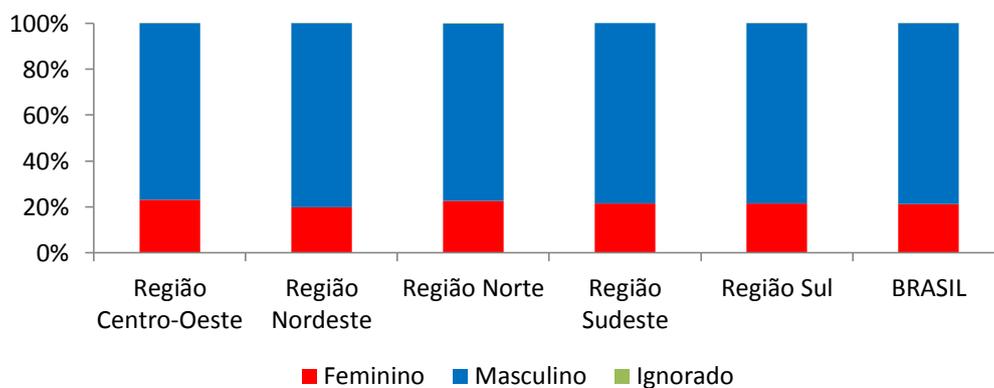


Gráfico 3.2.3 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo nas regiões brasileiras - 2017



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Observa-se em todas as regiões (gráficos 3.2.1, 3.2.2 e 3.2.3) que os homens se suicidam mais do que as mulheres. De cada 100 óbitos, cerca de 80 foram homens. Ao longo do tempo essa relação pouco variou.

Existe diferença estatística significativa entre regiões segundo Sexo ao nível de significância de 5% em 2000 (p valor = 0,03). Não existe diferença estatística significativa entre Regiões segundo Sexo ao nível de significância de 5% em 2010 (p valor = 0,43) e nem em 2017 (p valor = 0,12)

3.3 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS - FAIXA ETÁRIA

Gráfico 3.3.1 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária nas regiões brasileiras - 2000

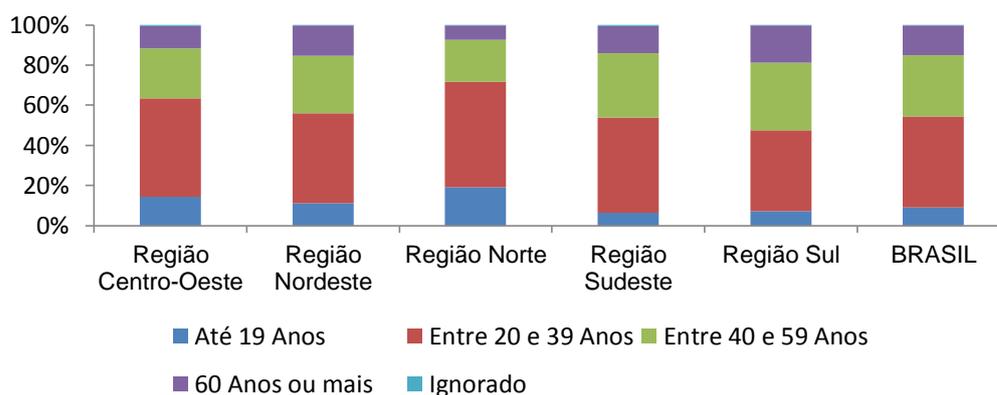


Gráfico 3.3.2 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária nas regiões brasileiras - 2010

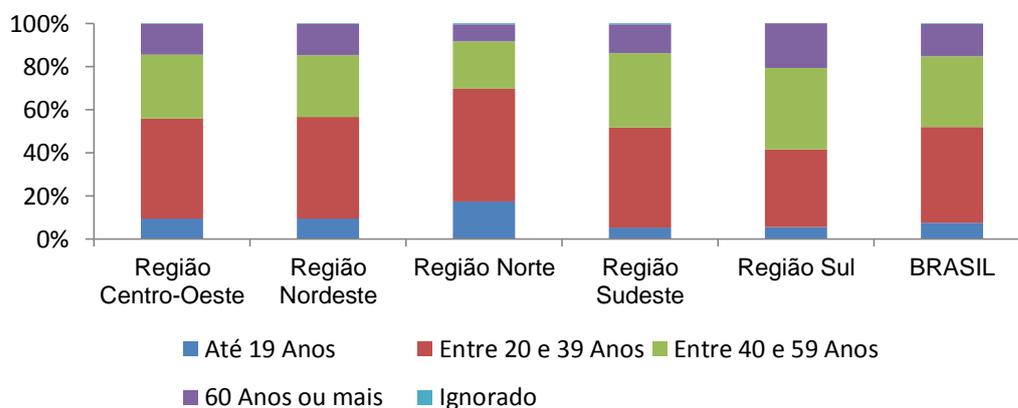
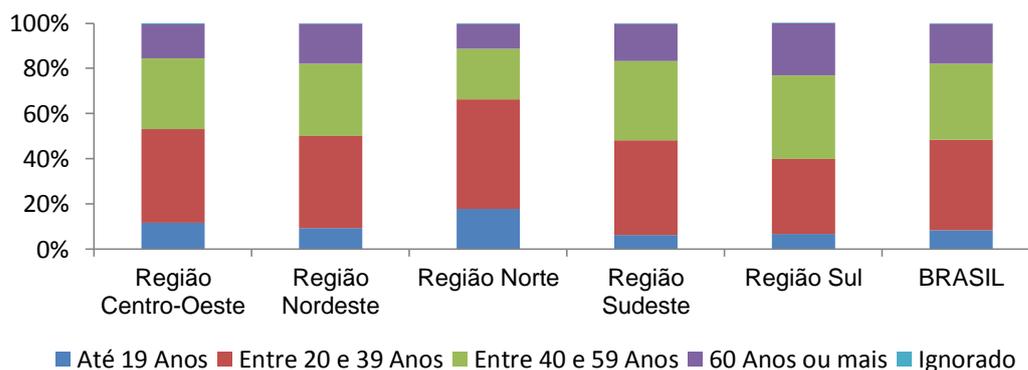


Gráfico 3.3.3 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária nas regiões brasileiras - 2017



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Nos anos analisados a faixa mais prevalente foi entre 20 e 39 anos. Em 2000 no Sul (Gráfico 3.3.1) a faixa mais prevalente foi entre 20 e 39 anos. Porém em 2010 (Gráfico 3.3.2) e 2017 (Gráfico 3.3.3) as maiores proporções foram entre 40 e 59 anos. A região Norte foi a maior proporção de suicídio até 19 anos entre todos os anos e regiões. Para faixa de idosos, observou-se crescimento na proporção ao longo dos anos: 2000 (14,7%), 2010 (15%) e 2017 (18%).

Visando analisar a situação mais atual da temática em estudo, de acordo com os dados disponíveis em Setembro de 2019 no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, foi realizada análise específica do ano de 2017 em relação a faixa etária dos suicidas.

Gráfico 3.3.4 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária - BRASIL 2017

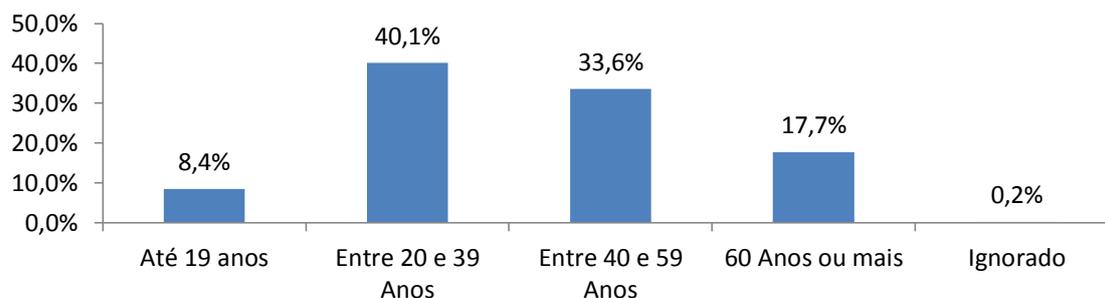


Gráfico 3.3.5 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária - CENTRO OESTE 2017

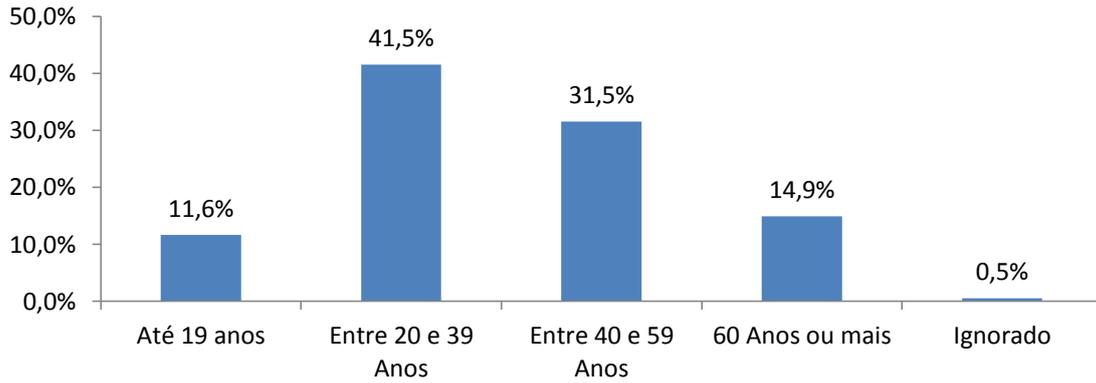


Gráfico 3.3.6 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária - NORDESTE 2017

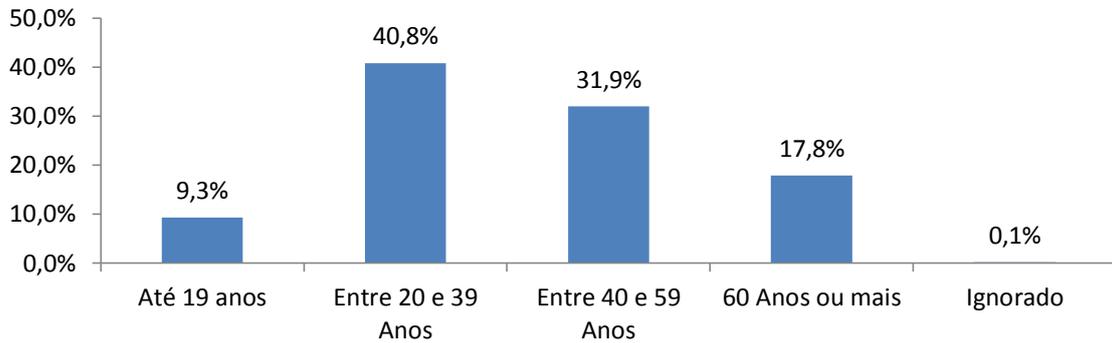


Gráfico 3.3.7 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária - NORTE 2017

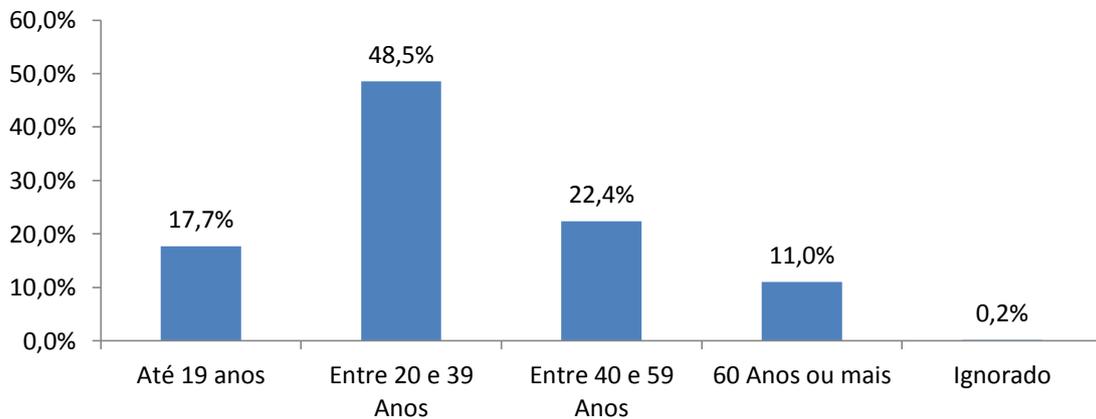


Gráfico 3.3.8 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária - SUDESTE 2017

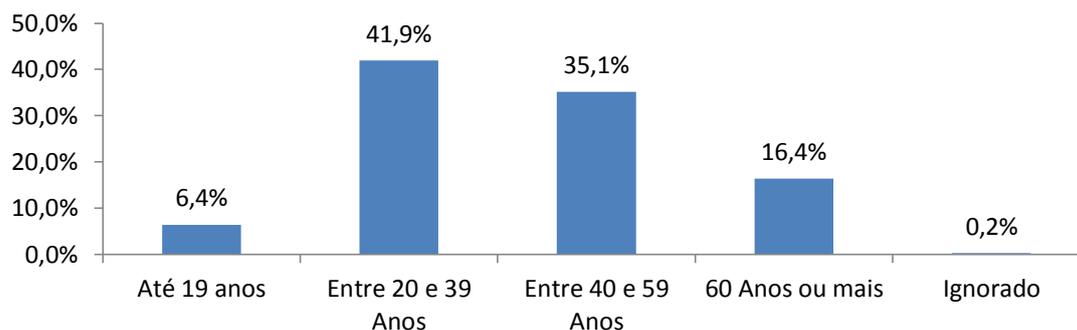
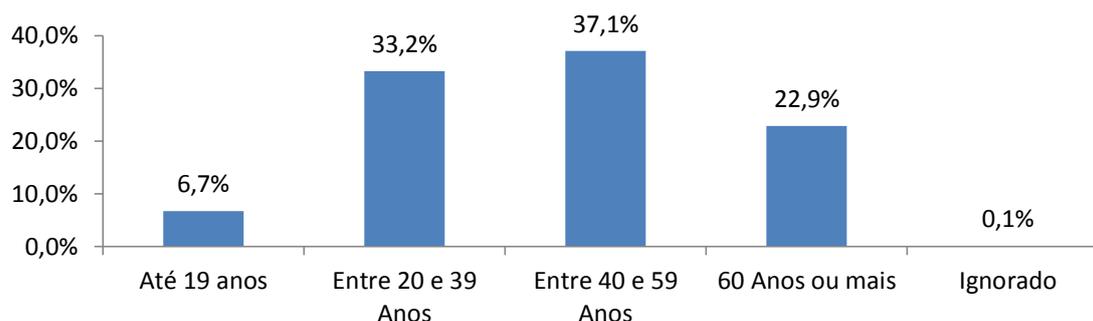


Gráfico 3.3.9 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo faixa etária - SUL 2017



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

No país, 40,1% dos suicidas nacionais tinham idade entre 20 e 39 anos. Esta é a classe modal (maior frequência) de proporção de suicidas. Na Região Centro Oeste, Nordeste e Sudeste observou-se comportamento similar em relação a média nacional. Na Região Norte foi observada 17,7% dos suicidas com idade até 19 anos; e 48,5% entre 20 e 39 anos. Para os idosos verificou-se apenas 11%. Na Região Sul foi observada 33,2% dos suicidas com idade entre 20 e 39 anos ; e 37,1% entre 40 e 59 anos.

3.4 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – SEXO e FAIXA ETÁRIA

Visando analisar a situação mais atual da temática em estudo, de acordo com os dados disponíveis em Setembro de 2019 no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, foi realizada análise específica do ano de 2017 em relação ao sexo e faixa etária dos suicidas.

Em nível nacional, as mulheres representaram em média 21,32% dos suicídios em 2017. Importante ressaltar que para faixa etária até 19 anos observamos uma média maior: 33% dos suicidas em todas as regiões. No Centro Oeste foi a maior proporção nesta faixa: 37%.

Gráfico 3.4.1 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo e Faixa Etária - Centro Oeste 2017

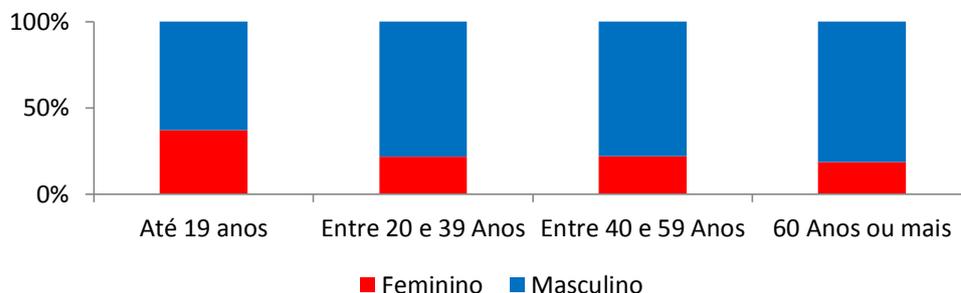


Gráfico 3.4.2 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo e Faixa Etária - Nordeste 2017

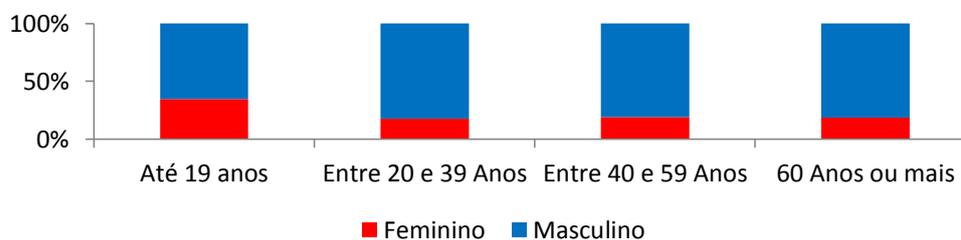


Gráfico 3.4.3 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo e Faixa Etária - Norte 2017

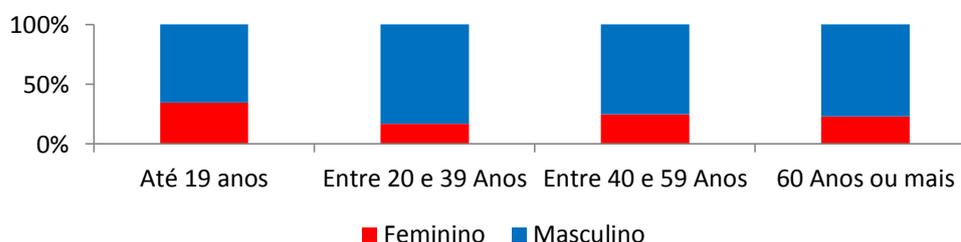


Gráfico 3.4.4 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo e Faixa Etária - Sudeste 2017

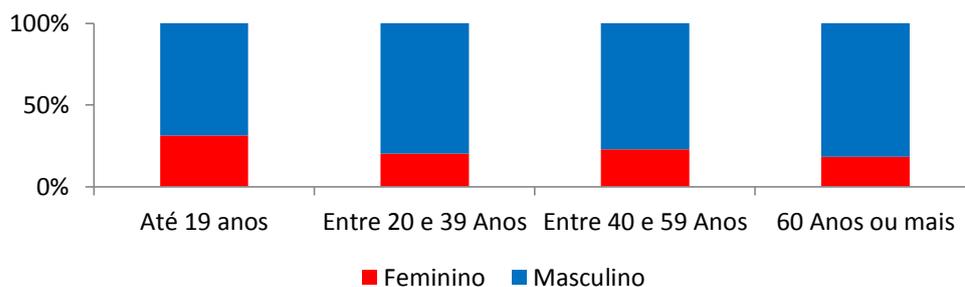
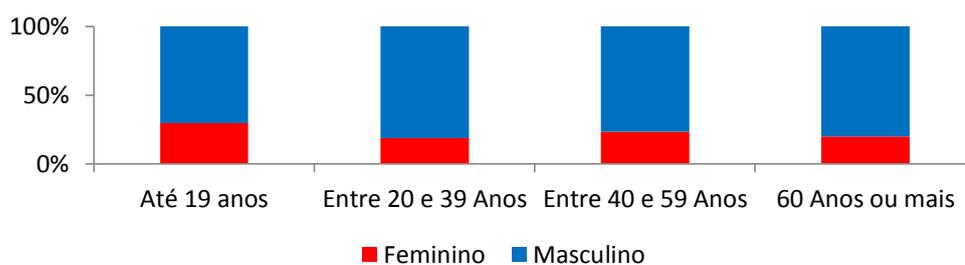


Gráfico 3.4.5 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo sexo e Faixa Etária - Sul 2017



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

3.5 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – ESTADO CIVIL

Gráfico 3.5.1 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Estado Civil nas regiões brasileiras - 2000

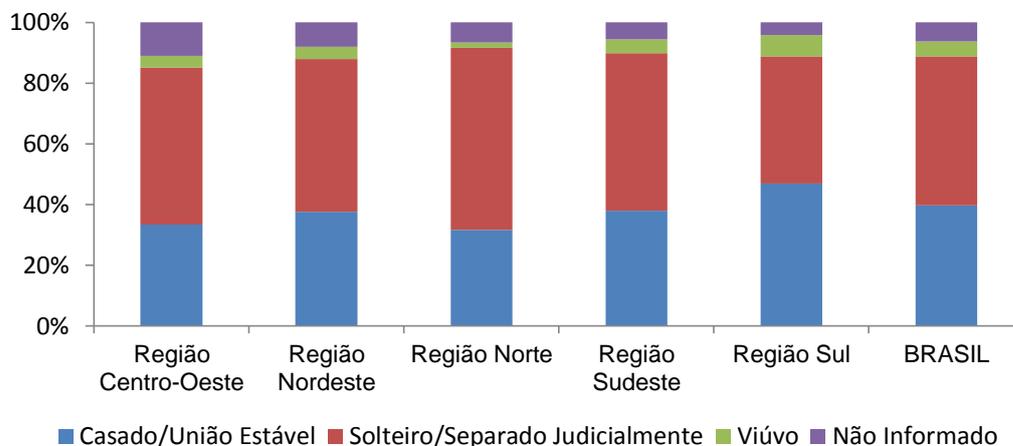


Gráfico 3.5.2 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Estado Civil nas regiões brasileiras - 2010

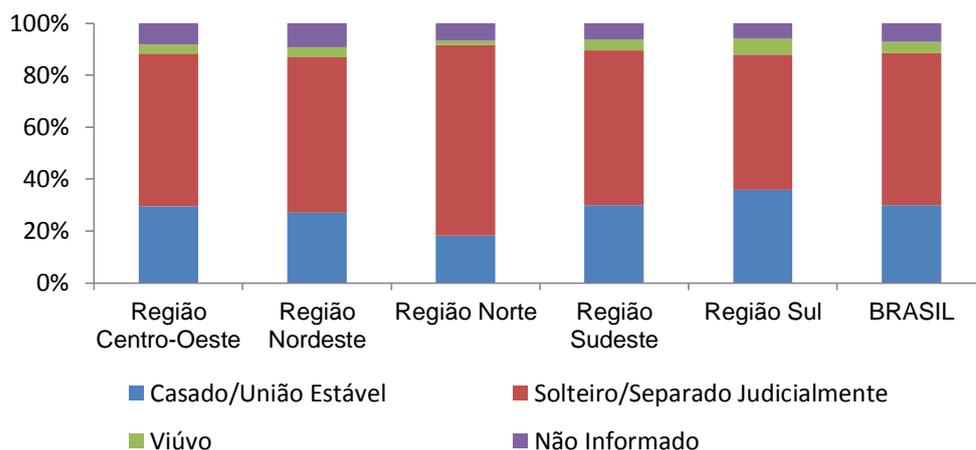
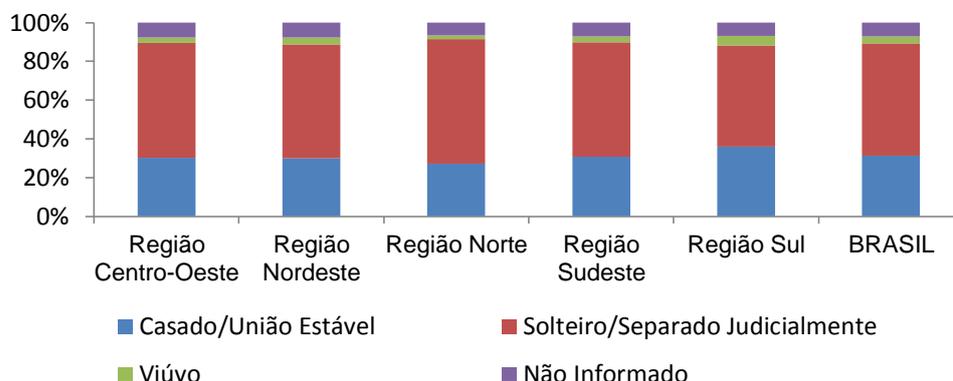


Gráfico 3.5.3 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Estado Civil nas regiões brasileiras - 2017



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

No Brasil, em todos os 3 períodos analisados os solteiros/separados judicialmente compuseram a maior proporção de suicidas. Em 2000 foi de 49%, em 2010 atingiu 59% e em 2017, 58%. Vários autores relatam que o divórcio aumenta o risco de suicídio^{2,3}.

Nos três períodos analisados a Região Norte apresentou a maior proporção de suicídio na categoria Solteiros/Separados Judicialmente. Em 2010 esta categoria atingiu 73% dos suicídios. Nos anos analisados, a região Sul foi a que atingiu a maior proporção para categoria Casado/União Estável no país: 47%, 36% e 36% respectivamente em 2000, 2010 e 2017. Na Região Centro Oeste a proporção de Não Informado em 2000, 2010 e 2017 foi respectivamente: 11%, 8% e 8%.

3.6 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS – ESCOLARIDADE

Gráfico 3.6.1 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Escolaridade nas regiões brasileiras - 2000

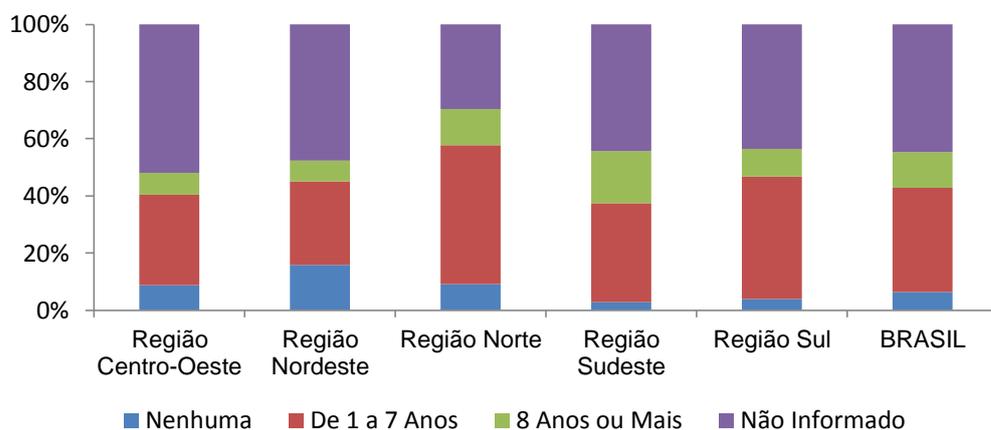


Gráfico 3.6.2 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Escolaridade nas regiões brasileiras - 2010

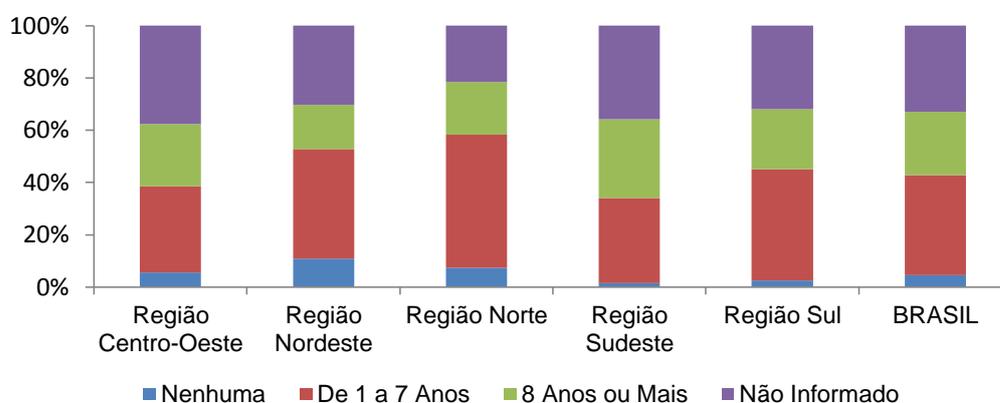
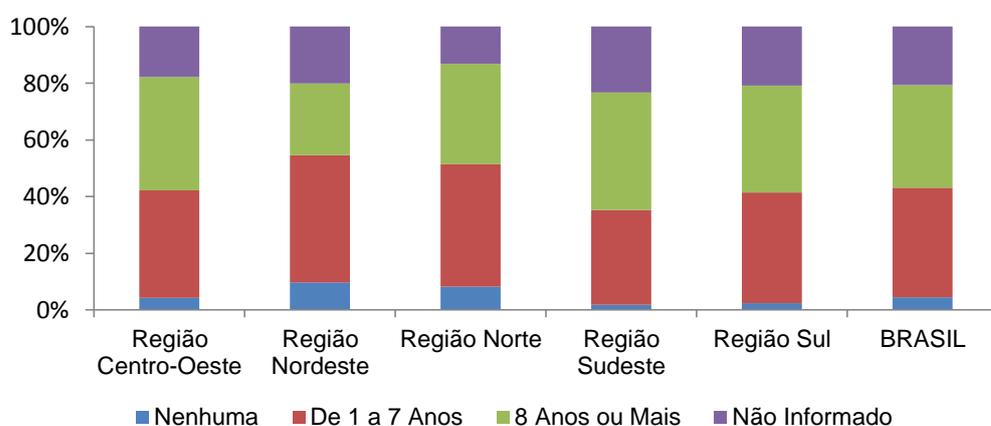


Gráfico 3.6.3 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Escolaridade nas regiões brasileiras - 2017



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Com relação a Escolaridade, destaca-se a importante participação de Não Informado, que prejudica a análise de forma significativa. Porém, observou-se que esta medida vem caindo ao longo do tempo: 44,62% para 20,7% entre 2000 e 2017. No país, considerando os óbitos com escolaridade informada, em 2000 os suicidas com escolaridade acima de 8 anos correspondiam apenas a 12% do total de suicídios. Em 2010 esta proporção nacional subiu para 24% e 36% em 2017. Observa-se que em 2010 e 2017 a região Nordeste registrou a menor proporção de óbitos para a faixa de escolaridade mais elevada entre as regiões brasileiras, enquanto a região Sudeste possui a maior proporção nesta faixa. Na Região Centro Oeste a categoria 8 anos ou mais saltou de 1,51 % em 2000 para 12,40 em 2017, ou seja, um aumento de 10,89%.

3.7 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS - RAÇA/COR

Gráfico 3.7.1 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Raça-cor nas regiões brasileiras - 2000

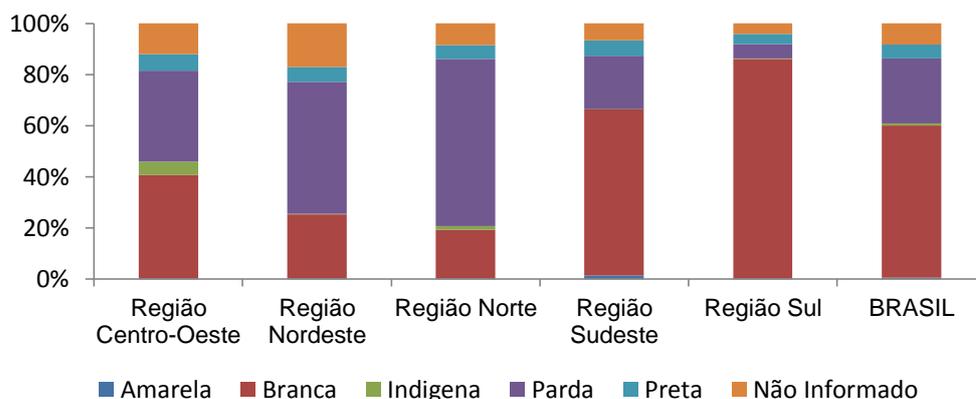


Gráfico 3.7.2 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Raça-cor nas regiões brasileiras - 2010

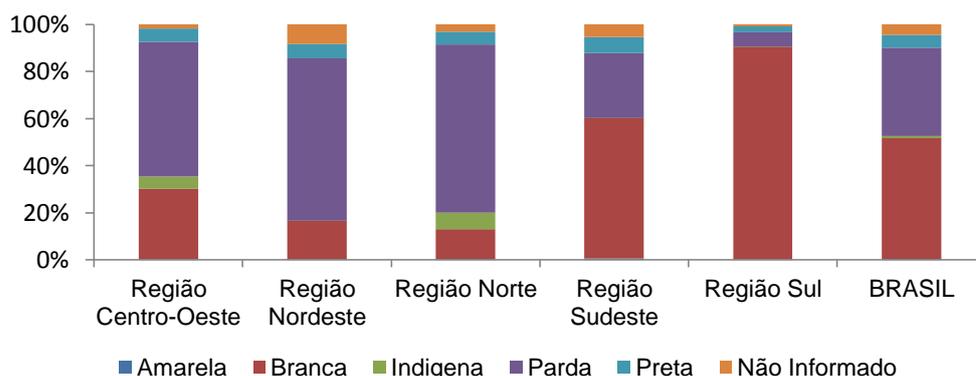
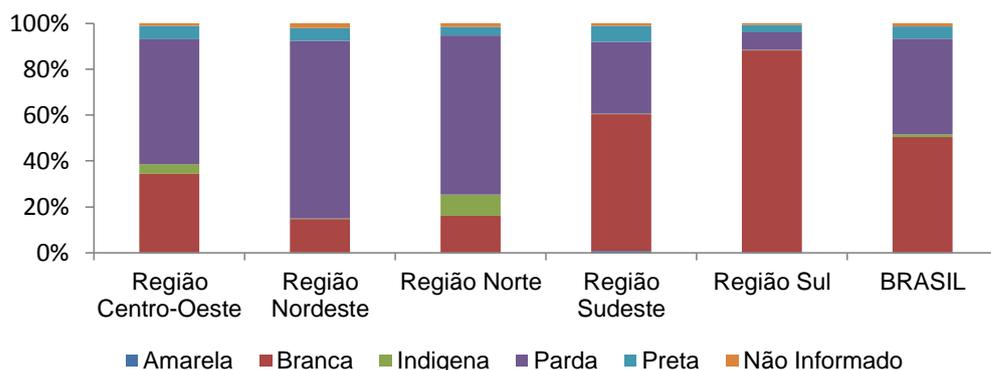


Gráfico 3.7.3 - Distribuição % de óbitos por suicídio segundo Raça-cor nas regiões brasileiras - 2017



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Para cada 100 óbitos, cerca de metade deles foi de pessoas da raça-cor branca. Outro ponto a se destacar é que a raça-cor parda saltou de 25,46% em 2000 para 41,66% em 2017, ou seja, um aumento de 16,2%.

Na Região Sul, a média nos três períodos analisados foi de 88% de suicídios de pessoas da cor branca.

Em 2000 na Região Nordeste 52% dos suicidas eram pardos. Em 2010 saltou para 69% e 2017 atingiu a proporção de 77%. Em 2000 a proporção de Não Informados era de 17% e em 2017 reduziu para apenas 2%.

Foi observada melhora na qualidade da informação da variável raça/cor no Brasil. Esta falta de informação vem decrescendo ao longo do período analisado: 2000(8%), 2010(5%) e 2017(1%).

3.8 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS SUICIDAS NAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO SELECIONADAS

Quadro 03 – Estados selecionados

Região	Estado	Variação relativa 2017/2010
Centro-Oeste	Goiás	37,3%
Nordeste	Piauí	47,1%
Norte	Acre	32,3%
Sudeste	Minas Gerais	24,5%
Sul	Santa Catarina	21,3%

Fonte: organizada pelo autor, 2019

Tabela 3 – Distribuição de óbitos por suicídio segundo sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e raça cor nas UF's selecionadas – 2000

	Acre		Goiás		Minas Gerais		Piauí		Santa Catarina		BRASIL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Feminino	12	44,44	66	20,18	111	18,44	21	28,38	65	15,26	1382	20,38
Masculino	15	55,56	261	79,82	491	81,56	53	71,62	361	84,74	5398	79,62
Ignorado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Faixa Etária												
Até 19 anos	8	29,63	37	11,31	41	6,81	6	8,11	30	7,04	609	8,98
Entre 20 e 29 Anos	9	33,33	88	26,91	157	26,08	21	28,38	84	19,72	1617	23,85
Entre 30 e 39 Anos	4	14,81	72	22,02	162	26,91	12	16,22	95	22,30	1458	21,50
Entre 40 e 49 Anos	5	18,52	52	15,90	119	19,77	14	18,92	79	18,54	1245	18,36
Entre 50 e 59 Anos	1	3,70	37	11,31	72	11,96	7	9,46	60	14,08	832	12,27
Entre 60 e 69 Anos	0	0,00	23	7,03	30	4,98	8	10,81	43	10,09	539	7,95
Entre 70 e 79 Anos	0	0,00	14	4,28	14	2,33	5	6,76	27	6,34	337	4,97
80 Anos ou +	0	0,00	3	0,92	6	1,00	1	1,35	8	1,88	124	1,83
Ignorado	0	0,00	1	0,31	1	0,17	0	0,00	0	0,00	19	0,28
Estado Civil												
Casado	4	14,81	105	32,11	232	38,54	32	43,24	208	48,83	2535	37,39
União estável	4	14,81	11	3,36	2	0,33	0	0,00	4	0,94	165	2,43
Solteiro	17	62,96	151	46,18	278	46,18	33	44,59	134	31,46	3023	44,59
Separado judicialmente	1	3,70	10	3,06	29	4,82	1	1,35	21	4,93	296	4,37
Viúvo	0	0,00	14	4,28	20	3,32	5	6,76	34	7,98	336	4,96
Não Informado	1	3,70	36	11,01	41	6,81	3	4,05	25	5,87	425	6,27
Escolaridade												
Nenhuma	9	33,33	20	6,12	24	3,99	16	21,62	17	3,99	430	6,34
1 a 3 Anos	7	25,93	48	14,68	108	17,94	23	31,08	73	17,14	1222	18,02
4 a 7 Anos	6	22,22	29	8,87	135	22,43	12	16,22	75	17,61	1258	18,55
8 a 11 Anos	2	7,41	8	2,45	54	8,97	6	8,11	29	6,81	568	8,38
12 Anos e mais	0	0,00	3	0,92	29	4,82	4	5,41	9	2,11	277	4,09
Não Informado	3	11,11	219	66,97	252	41,86	13	17,57	223	52,35	3025	44,62
Raça-Cor												
Amarela	0	0,00	0	0,00	2	0,33	0	0,00	0	0,00	43	0,63
Branca	11	40,74	142	43,43	318	52,82	17	22,97	343	80,52	4034	59,50
Índigena	0	0,00	1	0,31	0	0,00	1	1,35	0	0,00	50	0,74
Parda	12	44,44	101	30,89	162	26,91	37	50,00	18	4,23	1726	25,46
Preta	0	0,00	18	5,50	40	6,64	5	6,76	8	1,88	361	5,32
Não Informado	4	14,81	65	19,88	80	13,29	14	18,92	57	13,38	566	8,35
Total Geral	27	100,00	327	100,00	602	100,00	74	100,00	426	100,00	6780	100,00

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Tabela 4 – Distribuição de óbitos por suicídio segundo sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e raça cor nas UF's selecionadas – 2017

	Acre		Goiás		Minas Gerais		Piauí		Santa Catarina		BRASIL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Feminino	17	26,56	104	20,93	318	20,99	56	17,67	163	22,06	2664	21,32
Masculino	47	73,44	393	79,07	1197	79,01	260	82,02	576	77,94	9826	78,64
Ignorado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,32	0	0,00	5	0,04
Faixa Etária												
Até 19 anos	8	12,50	40	8,05	93	6,14	33	10,41	49	6,63	1055	8,44
Entre 20 e 29 Anos	20	31,25	112	22,54	286	18,88	69	21,77	122	16,51	2390	19,13
Entre 30 e 39 Anos	20	31,25	97	19,52	348	22,97	60	18,93	119	16,10	2619	20,96
Entre 40 e 49 Anos	10	15,63	96	19,32	283	18,68	56	17,67	131	17,73	2267	18,14
Entre 50 e 59 Anos	2	3,13	64	12,88	277	18,28	35	11,04	163	22,06	1928	15,43
Entre 60 e 69 Anos	2	3,13	39	7,85	150	9,90	29	9,15	91	12,31	1264	10,12
Entre 70 e 79 Anos	1	1,56	34	6,84	50	3,30	25	7,89	49	6,63	659	5,27
80 Anos ou +	1	1,56	12	2,41	26	1,72	9	2,84	15	2,03	287	2,30
Ignorado	0	0,00	3	0,60	2	0,13	1	0,32	0	0,00	26	0,21
Estado Civil												
Casado	10	15,63	114	22,94	397	26,20	87	27,44	235	31,80	3273	26,19
União estável	7	10,94	40	8,05	53	3,50	42	13,25	80	10,83	661	5,29
Solteiro	33	51,56	224	45,07	714	47,13	149	47,00	263	35,59	6285	50,30
Separado judicialmente	1	1,56	43	8,65	134	8,84	10	3,15	74	10,01	931	7,45
Viuvo	2	3,13	20	4,02	48	3,17	16	5,05	40	5,41	448	3,59
Não Informado	11	17,19	56	11,27	169	11,16	13	4,10	47	6,36	897	7,18
Escolaridade												
Nenhuma	7	10,94	20	4,02	39	2,57	56	17,67	15	2,03	566	4,53
1 a 3 Anos	11	17,19	75	15,09	189	12,48	70	22,08	118	15,97	1724	13,80
4 a 7 Anos	14	21,88	124	24,95	295	19,47	67	21,14	224	30,31	3090	24,73
8 a 11 Anos	16	25,00	120	24,14	315	20,79	69	21,77	245	33,15	3277	26,23
12 Anos e mais	9	14,06	61	12,27	146	9,64	26	8,20	84	11,37	1252	10,02
Não Informado	7	10,94	97	19,52	531	35,05	29	9,15	53	7,17	2586	20,70
Raça-Cor												
Amarela	0	0,00	0	0,00	2	0,13	0	0,00	1	0,14	56	0,45
Branca	12	18,75	158	31,79	778	51,35	56	17,67	664	89,85	6241	49,95
Indígena	4	6,25	1	0,20	5	0,33	0	0,00	0	0,00	150	1,20
Parda	44	68,75	295	59,36	577	38,09	221	69,72	50	6,77	5206	41,66
Preta	3	4,69	32	6,44	135	8,91	27	8,52	15	2,03	672	5,38
Não Informado	1	1,56	11	2,21	18	1,19	13	4,10	9	1,22	170	1,36
Total Geral	64	100,00	497	100,00	1515	100,00	317	100,00	739	100,00	12495	100,00

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Em 2000 no Acre foi observado comportamento diferente em relação à média nacional no que tange a variável Sexo. Neste ano, de cada 10 óbitos por suicídio, cerca de quatro foram mulheres. Em 2017 esta proporção declinou para cerca de duas mulheres para cada 10 óbitos. Em relação ao comportamento da variável faixa etária neste estado, a proporção de suicidas até 19 anos reduziu de 29,63% em 2000 para 12,50% em 2017.

Em Goiás não foi observada melhora na qualidade da informação da variável raça cor. Em 2000 a proporção de não informado era de 11,01%, enquanto que em 2017 permaneceu estável: 11,27%. Em relação a variável Escolaridade, foi verificada melhora significativa na informação. A proporção de não informado foi reduzida em 47,46% em 2017 quando comparada a 2000.

Em Minas Gerais a participação dos suicidas com escolaridade entre 1 e 7 anos correspondia a 40,37% em 2000. Já em 2017 esta proporção reduziu

para 31,95%. Mais de 8 anos de estudo saltou de 13,79% em 2000 para 30,43% em 2017. Destaca-se também a melhoria da qualidade da informação desta variável em 6,81%. Apesar da melhora, a proporção de não informado desta variável em 2017 ainda é alta (35,05%).

O Estado do Piauí saltou de 74 óbitos em 2000 para 317 em 2017 (aumento de 328%). Em 2017 houve um aumento de 10,4% para os homens suicidas quando comparado a 2000.

Outro ponto a se destacar é o aumento de 13% dos suicidas com escolaridade entre 8 e 11 anos em 2017 quando comparado a 2000. Nesta variável foi verificada melhora na qualidade da informação. A proporção de não informado foi reduzida em 8,42% em 2017 quando comparada a 2000. Em relação a melhora na qualidade da variável raça/cor, também foi reduzida em 14,82%.

Em 2017 o estado do Piauí registrou aumento de 19,72% para os suicidas pardos em relação a 2000.

Em Santa Catarina a maior proporção de suicídios foi em pessoas casadas. Apesar dos altos índices de suicídio no Estado, poucos estudos têm sido conduzidos no sentido de descrever o fenômeno, seja no aspecto médico, epidemiológico ou social. Recentemente, a Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECÓ) criou um grupo de pesquisa em epidemiologia clínica que tem, entre outros objetivos, delinear o perfil epidemiológico tanto dos óbitos por suicídio como do comportamento suicida na região¹³. Nesse estado, foi verificada melhora significativa na qualidade da informação de escolaridade. A proporção de não informado foi reduzida em 45,18% em 2017 quando comparada a 2000. Os suicidas idosos em Santa Catarina em 2000 correspondiam a 14,75% do total. Em 2017 esta medida aumentou para 17,69%. Com relação à qualidade da informação da variável Estado Civil, Santa Catarina aumentou de 5,87% em 2000 para 6,36% em 2017.

3.9 PROBLEMAS DE NOTIFICAÇÃO

Vários motivos dificultam a coleta de dados, desde a falta de regularidade por parte dos órgãos governamentais, até o preconceito com o tema. Muitas vezes, a família do suicidado, pede que o suicídio não seja propriamente declarado, por vergonha ou até mesmo receio de não poder receber o seguro de vida. Outro ponto importante, é que os médicos legistas normalmente identificam no atestado, a natureza da lesão que levou à morte e não a causa básica. Como exemplo, citamos uma vítima que morreu com um tiro no peito. A dúvida que percorre é que o caso pode ter sido homicídio ou suicídio.

No Brasil e em outros países, a qualidade dos dados disponibilizados referentes aos óbitos é fator que limita as pesquisas sobre a mortalidade por suicídio. A ocorrência de subnotificação dos casos de suicídio acontece devido a motivações religiosas, sociais, culturais, entre outras.

No presente estudo foi observada aparente melhora na qualidade da informação relativa à escolaridade no país: Em 2000 observamos 44,62% de notificação não informada versus 20,7% em 2017, ou seja, uma redução de 23,92%. Para variável sexo, o campo Ignorado em 2000 obteve percentual nulo. Em 2017 foi de 0,04%. Para variável estado civil foi observada piora na qualidade da informação: 6,27% em 2000 versus 7,18% em 2017. Para variável escolaridade foi observada melhora na qualidade da informação: o campo Não informado em 2000 foi 44,62% e em 2017 reduziu para 20,70%.

Para variável raça/cor, o campo Não informado em 2000 foi de 8,35%. Em 2017 reduziu para 1,36%.

4. DISCUSSÃO

Segundo Durkheim, comportamentos que predisõem ao suicídio como competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo são mais comuns no universo masculino. Diversos autores relatam que a falência em cumprir os tradicionais papéis de gênero, o que significa constituir-se como provedor econômico da família é grande fator de estresse para o homem. Inseridos na cultura patriarcal, os homens são mais sensíveis a reveses econômicos como desemprego e, por isso, mais propensos ao suicídio. No estudo foi comprovada esta hipótese: a proporção de óbitos masculinos no Brasil ficou em torno de 80%.

Embora as mulheres sejam propensas a tentar o suicídio mais vezes¹⁰, os homens têm êxito mais frequente, o que demonstra a expressividade da ocorrência do suicídio em homens no Brasil, confirmando a tendência mundial de que eles são três vezes mais propensos do que as mulheres a cometer suicídio¹⁰. Porém para faixa etária até 19 anos de idade foi verificada proporção de suicídio feminino superior à média geral do país.

Durkheim aponta também uma relação positiva entre o aumento da idade e a taxa de suicídio. Para o autor, a velhice se caracteriza por ter a maior quantidade de suicídios. No entanto, observou-se no Brasil que a proporção de suicídio decresce a partir dos 40 anos de idade no período analisado.

De acordo com Durkheim (2003), a família se configura como fator de proteção ao suicídio. Para diversos autores o divórcio aumenta o risco de suicídio^{2,3}. A categoria Solteiro/Separado Judicialmente foi à classe modal (classe com maior frequência) nos três períodos analisados, atingindo cerca de 55% dos óbitos por suicídio.

Durkheim (2003) argumenta que a educação está associada a um nível mais elevado de suicídio por embutir no indivíduo um sentimento maior de independência. O indivíduo ao ser submetido a maior estresse mental teria maior probabilidade de suicídio. Em que pese à subnotificação da variável escolaridade, em 2017 observou-se a proporção de 61% dos óbitos por suicídio com pessoas com maior escolaridade.

Diversos autores relatam que a taxa de suicídio entre os brancos é duas vezes maior do que entre não brancos³. Neste trabalho verificou-se no Brasil que o

percentual de suicídio para os brancos em 2000 foi de 59%; 2010: 51% e 2017: 50%.

No Brasil foi observado um aumento no índice de suicídio de 43,8%, entre 1980 e 2005¹¹. Os números passaram de 3,2 para 4,6 por 100 mil pessoas¹¹. Em 2007 a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,7 por 100 mil pessoas¹¹. Essa taxa não é uniforme, sendo mais elevada em determinados estados do país, especialmente Roraima (10,4), Rio Grande do Sul (9,9), Mato Grosso do Sul (8,1) e Santa Catarina (7,5). (DATASUS, acesso em acesso em 21/06/10)¹¹.

Foi verificado aumento progressivo dos óbitos por suicídio em todas as regiões do país. A maior e a menor oscilação foram observadas, respectivamente, na região Norte: de 2,6/100 mil em 1996 para 5,0/100 mil em 2015; e na região Sul de 7,7/100 mil em 1996 para 8,5/100 mil em 2015¹⁰. Observou-se também diferença estatisticamente significativa entre todas as regiões brasileiras em relação às variáveis sexo e faixa etária, ambos com p-valor < 0,001¹⁰.

Segundo Durkheim (2003), o suicídio não é hereditário, o que se transmite de pai para filho é tão somente certo temperamento que pode predispor os indivíduos para o suicídio, mas que não pode constituir uma explicação da determinação desses. Portanto, o que se transmitia não seria a afecção propriamente dita, mas um ambiente favorável ao desenvolvimento³.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática suicídio nos fez defrontar com situações até então inimagináveis para este fenômeno que já é considerado pelo governo brasileiro como um problema de saúde pública. A teoria nos cerca de informações ricas em conteúdo, mas pobre em resultados. Sabe-se que histórico de familiares, transtornos psicológicos são bons preditores para uma possível explicação para a pessoa se suicidar². Utilizamos este termo “possível” porque o suicídio é composto por uma infinidade de fatores que o cercam. Para muitos profissionais de saúde mental, este assunto reside dentro do imaginário de muitos cidadãos e quando a pessoa passa por algum tipo de problema que não encontra soluções, este sentimento é exteriorizado.

O objetivo do presente trabalho era mostrar através dos dados disponíveis, a evolução temporal do fenômeno e aprofundar a abordagem das diferenças regionais observadas. Considerando a escassez de recursos, ações específicas podem ser realizadas de acordo com a característica observada em cada região do país, no intuito de que as autoridades competentes possam agir de forma específica em determinadas camadas da população. Com esses fins, analisamos 5 fatores (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e raça-cor) para todas as regiões do Brasil nos anos de 2000, 2010 e 2017 e também abordamos um Estado de cada região com maior crescimento relativo nas taxas de suicídio.

No Brasil, segundo a Portaria nº 1.876 de 2006¹³, as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais¹⁰.

Mesmo que, em algumas regiões brasileiras, a notificação dos casos de suicídio seja um compromisso da gestão pública, são consideradas limitações aos estudos sobre suicídio que merecem ser enfatizadas: consideráveis subnotificações dos dados relacionadas ao estigma social, razões jurídicas e questões religiosas.

Concluimos que é imperativo que a sociedade e as autoridades competentes tratem o assunto com outros olhos, visto que mesmo com os problemas de subnotificação apresentados, as taxas de suicídio demonstram relevante crescimento. Desta forma, se torna possível o acompanhamento permanente do fenômeno para avaliarmos o comportamento destes fatores ao longo do tempo e espaço. Através do uso de ferramentas específicas, podem ser geradas projeções que auxiliem o Gestor na tomada de decisão, de modo a tomar medidas antecipatórias que mitiguem o risco do indivíduo se suicidar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coêlho BM, Andrade LH, Borges G, Santana GL, Viana MC, Wang Y-P (2016) Do Childhood Adversities Predict Suicidality? Findings from the General Population of the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. PLoS ONE 11(5): e0155639. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155639>
2. Durkheim E. O suicídio: *estudo sociológico*. 3 ed. Lisboa: Editorial Presença;2001.
3. Gonçalves, Ludmilla R. C., Gonçalves, Eduardo, & Oliveira Júnior, Lourival Batista de. (2011). Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia*, 21(2), 281-316. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005>
4. KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.
5. *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil – 2017 a 2020*. Ministério da Saúde
6. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência: homicídios e juventude no Brasil – Atualização 15 a 29 anos*. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2014.
7. Machado DB, Santos DN. *Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012*. J Bras Psiquiatr. 2015;64(1):45-54.
8. Santos Emelyne Gabrielly de Oliveira, Barbosa Isabelle Ribeiro. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030015>.
9. Souza Viviane dos Santos, Alves Murilo da Silva, Silva Lívia Angeli, Lino Débora Cristiane Silva Flores, Nery Adriana Alves, Casotti Cezar Augusto. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. J. bras. psiquiatr. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000400010>

10. D'Eça Júnior Aurean, Rodrigues Livia dos Santos, Meneses Filho Edivaldo Pinheiro, Costa Larissa Di Leo Nogueira, Rêgo Adriana de Sousa, Costa Luciana Cavalcante et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900010211>.
11. Werlang BSG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004
12. PROADESS: *Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde*. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br>>. Acesso em: 30 de set. de 2019
13. PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006. *Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Ministério da Saúde
14. Schmitt Ricardo, Lang Maria Gabriela, Quevedo João, Colombo Talita. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300007>.
15. Lovisi Giovanni Marcos, Santos Simone Agadir, Legay Letícia, Abelha Lucia, Valencia Elie. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.* <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.
16. Brzozowski Fabíola Stolf, Soares Giovana Bacilieri, Benedet Jucemar, Boing Antonio Fernando, Peres Marco Aurélio. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 July [cited 2020 Jan 17]; 26(7): 1293-1302. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700008>.
17. Shikida, Claudio Djissey & Gazzi, Rafael & Araujo Jr, Ari Francisco. (2007). Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. *Análise Econômica*. 25. 123-147. 10.22456/2176-5456.10897.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

19. Bahls SC, Botega NJ. *Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios*. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 151-71.
20. Diehl A, Laranjeira R. *Suicide attempts and substance use in an emergency room sample*. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(2):86-91.