

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



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

**PERFIL DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO E SUA RELAÇÃO COM OS  
DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO  
BRASIL NO ÂMBITO DA PANDEMIA DE COVID-19**

**Elaborado por**

**PALOMA PALMIERI ALVES**

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.

**Orientadora:**

Profa. Doutora Giseli Nogueira Damascena

**Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2022**

À minha filha *Ana Clara* e  
ao meu esposo *Eduardo Tavares*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela saúde, pela força e pela esperança e fé em tempos de pandemia.

A minha família, meu esposo Eduardo e minha filha Ana Clara, que estão sempre comigo me apoiando, me dando forças e me ajudando a trabalhar e estudar.

A minha mãe que sempre esteve comigo me apoiando e aconselhando e a todos os meus familiares que sempre me apoiaram e me incentivaram a voltar a estudar.

Ao meu trabalho no Ipea, que me fez perceber, por meio dos trabalhos desenvolvidos na instituição, a importância da análise qualificada dos dados provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde nas Políticas Públicas nacionais.

As minhas amigas de curso Aline Rodrigues, Sonia Castilho e Karoline Duffrayer, que compartilharam comigo dos conhecimentos adquiridos. Aos colegas de curso pelo companheirismo.

Aos professores que me ajudaram durante o curso, em especial à minha orientadora, Giseli Nogueira Damascena, que sempre foi muito gentil, atenciosa e teve muita serenidade comigo durante o tempo de realização desse trabalho.

Ao meu pai que, apesar de não estar mais presente fisicamente, sempre me incentivou a estudar.

Acima de tudo, guarde o seu coração, pois dele depende toda a sua vida.

Provérbios 4:23

## RESUMO

**Introdução:** O suicídio se tornou um grave problema de saúde pública, como apontam os dados da Organização Mundial da Saúde. A Pandemia da COVID-19 impactou severamente a população, deixando marcas profundas na saúde mental dos indivíduos, gerando ansiedade e agravando os casos de transtornos mentais e comportamentais (TMeC), em especial a depressão. **Objetivos:** Analisar a relação espaço-temporal dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), traçando o perfil dos indivíduos e sua associação aos diagnósticos associados de TMeC no Brasil, de 2010 e 2020. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, com abordagem descritiva, no qual se buscou identificar grupos de indivíduos com características semelhantes e que cometeram suicídio na última década e no primeiro ano da pandemia de COVID-19. Foram construídos gráficos, tabelas, figuras e mapas ilustrando a distribuição espacial e temporal; segundo diagnósticos de TMeC associados ao suicídio, perfil sociodemográfico e tipo de ocupação. Além das proporções, foram calculadas as variações percentuais das taxas de suicídio por Unidades da Federação e Macrorregiões Geográficas. **Resultados:** O período de 2010 a 2020 apresentou um crescimento de 46% do número de suicídios, representando a perda de cento e vinte seis mil e uma vidas que poderiam ter sido evitadas no período. Apenas em 2020, foram 13.835 óbitos por suicídio, representando um crescimento percentual de 2,3% de crescimento no último ano. Entretanto, quando o indivíduo também apresentava diagnóstico de algum TMeC como, depressão, ao uso de drogas, múltiplas drogas, sedativos, narcóticos, psicotrópicos e álcool, o crescimento foi de 11,5%, cinco vezes maior. **Conclusão:** Os dados apresentados evidenciam os impactos do isolamento na saúde mental da população em se tratando de suicídio. Torna-se urgente a garantia de uma rede de apoio com tratamento adequado e equitativo aos indivíduos da população diagnosticada com TMeC de modo a garantir as intervenções necessárias no estilo de vida ainda na atenção básica de forma que esses indivíduos consigam lidar com os sintomas dos distúrbios diagnosticados para que suas vidas não sejam perdidas pelo suicídio.

**Palavras-chave:** Suicídio, Transtornos Mentais e Comportamentais, Depressão, COVID-19, Brasil.

## ABSTRACT

**Background:** Suicide has become a serious public health problem, as indicated by world health organization data. The COVID-19 pandemic severely impacted the population, leaving deep marks on the mental health of individuals, generating anxiety and aggravating cases of mental and behavioral disorders (CST), especially depression. **Objective:** To analyze the sand-time relationship of suicide deaths recorded in the Mortality Information System (SIM), tracing the profile of individuals and their association with associated diagnoses of CST in Brazil, 2010 and 2020. **Methods:** This is an ecological study, with descriptive approach, in which we sought to identify groups of individuals with similar characteristics who committed suicide in the last decade and in the first year of the COVID-19 pandemic. Graphs, tables, figures and maps were constructed illustrating spatial and temporal distribution; according to diagnoses of CST associated with suicide, sociodemographic profile and type of occupation. In addition to the proportions, the percentage variations of suicide rates by Federation Units and Geographic Macroregions were calculated. **Results:** The period from 2010 to 2020 showed a growth of 46% in the number of suicides, representing the loss of one hundred and twenty six thousand and one lives that could have been avoided in the period. In 2020 alone, there were 13,835 deaths by suicide, representing a percentage growth of 2.3% in the last year. However, when the individual also had a diagnosis of a TMeC such as depression, drug use, multiple drugs, sedatives, narcotics, psychotropics and alcohol, the growth was 11.5%, five times greater. **Conclusions:** The data presented show the impacts of isolation on the mental health of the population in the case of suicide. It is urgent to guarantee a support network with adequate and equitable treatment for individuals in the population diagnosed with CST in order to ensure the necessary interventions in lifestyle still in primary care so that these individuals can cope with the symptoms of the disorders diagnosed so that their lives are not lost by suicide.

Keywords: Suicide, Mental and Behavioral Disorders, Depression, COVID-19, Brazil.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ARCGIS – Software de Sistema de Informações Geográficas

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

COVID-19 – Doença do Coronavírus 2019

DATASUS – Departamento de Informação em Saúde

DO – Declaração de Óbito

ENCE – Escola Nacional de Ciências Estatísticas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TMeC – Transtornos Mentais e Comportamentais

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/REFERENCIAL TEÓRICO .....	8
2 JUSTIFICATIVA .....	13
3 OBJETIVOS .....	15
4 METODOLOGIA .....	16
4.1 Suicídio e Transtorno Mental no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) .....	16
4.2 Tipo de estudo, população, período e fontes de informação .....	21
4.3 Plano de análise e interpretação dos dados .....	21
5 RESULTADOS .....	23
5.1. Suicídios .....	23
5.2. Suicídios associados a TMeC.....	24
5.3. Características Sociodemográficas dos óbitos por suicídio .....	29
5.4. Classes de ocupação dos óbitos por suicídio .....	34
5.5. Tipologias dos óbitos por suicídio .....	40
5.6. Macrorregiões geográficas .....	43
5.7. Unidades da Federação .....	46
6 DISCUSSÃO .....	56
6.1. Problemas de notificação e qualidade da informação .....	62
6.2. Limitações .....	63
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	66

## 1. INTRODUÇÃO/REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio consiste em um sério problema de saúde pública, sobre o qual se estima que morram cerca de 703 mil pessoas dessa causa a cada ano no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Ainda de acordo com a OMS, a morte por suicídio situa-se entre as principais causas de morte no mundo, superando os óbitos por malária, HIV/aids, câncer de mama ou guerra e homicídio.

Nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que, apenas no ano de 2019, 97.339 pessoas morreram por suicídio e ainda que as tentativas de suicídio foram 20 vezes maiores que esse número. (DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO 2022 - OPAS/OMS | ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, [s. d.]

No Brasil, o suicídio também representa um sério problema de saúde pública, com raízes sociodemográficas e comportamentais. Sant'Ana (2020) analisou os suicídios brasileiros registrados entre 2000 e 2017 nas grandes regiões do Brasil e relatou que foram registrados 168.794 casos de suicídio no Brasil no período, obteve uma taxa padronizada de suicídio de 4,3 por 100.000 habitantes e descreveu também um crescimento de 30,2 por 100 mil habitantes entre 2000 e 2017. O autor ainda apresentou um quadro diferenciado entre os estados brasileiros que se constituiu como reflexo das iniquidades e desigualdades sociais e econômicas injustas e evitáveis, tornando assim relevante a investigação e o acompanhamento permanente do fenômeno do suicídio ao longo do tempo e do espaço.

No final de 2019, o mundo foi acometido por uma pandemia da Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), dada por uma infecção respiratória aguda causada pelo vírus SARS-CoV-2. A chegada da pandemia de COVID-19 provocou a necessidade da adoção de medidas de restrição de contato físico em vários países com o objetivo de conter a transmissão da infecção e prevenir a sobrecarga dos sistemas de saúde. Contudo, a orientação do confinamento domiciliar teve implicações relevantes no contexto psicossocial dos indivíduos, tornando o enfrentamento do isolamento social uma experiência desafiadora. A separação dos

entes queridos, a perda da liberdade, a incerteza sobre a doença e as mudanças nas atividades rotineiras provocaram angústia, ansiedade e depressão, gerando problemas psicológicos relevantes e a adoção de comportamentos não saudáveis. Neste sentido, o isolamento da pandemia de COVID-19 expôs a população à fatores de risco ao suicídio elencados pela OMS, tais como medo, preocupação, estresse e falta de apoio social (WHO, 2022). Tais exposições decorrentes do isolamento como as mudanças significativas na rotina diária, movimentos restritos, falta de contato físico com outros familiares, amigos e colegas, e ainda se somando ao medo de contrair o vírus na pandemia de COVID-19, foram propulsores de impacto no sentido do agravamento dos transtornos mentais e comportamentais (TMeC) e do crescimento do número de registros de TMeC. Nesse contexto de pandemia, acredita-se que em indivíduos afetados por TMeC, seria como se eles vissem no suicídio uma possibilidade de término da sua angústia e medos, tornando o cenário da saúde mental ainda mais complexo. (MENTAL HEALTH AND COVID-19, 2022)

Autores como Hao et al (2020) e Sher (2020), compararam o impacto psicológico da epidemia COVID-19 e associaram este ao suicídio. Hao et al (2020) compararam indivíduos com ou sem perturbações de humor e ansiedade e citaram que as preocupações com a sua saúde física, raiva, impulsividade e ideia suicida eram significativamente mais elevadas em doentes psiquiátricos do que em controlos saudáveis. Sher (2020) observou que múltiplos casos de suicídios estavam também relacionados com o COVID-19 em países como EUA, Reino Unido, Itália, Alemanha, Bangladesh, Índia e outros países foram relatados em meios de comunicação social e literatura psiquiátrica. O autor cita que os estudos indicam que a pandemia de COVID-19 está associada à angústia, ansiedade, medo de contágio, depressão e insónia na população em geral. Além disso, ele observou a questão das ocupações e que os profissionais de saúde estavam especialmente angustiados.

A alta mortalidade por suicídio se mantém como um dos maiores desafios do Brasil e, como já apontado por Sant'Ana (2020), os eventos não acontecem com uma distribuição espacial igualitária. Nessa perspectiva, reportar as ocorrências e realizar o monitoramento regular e anual dos eventos de suicídio,

como sugere a OMS (WHO, 2019), traduzem a espinha dorsal de estratégias nacionais eficazes de prevenção do suicídio. Para a OMS (WHO, 2021), identificar grupos específicos em risco de suicídio é importante indicando que os países usem taxas desagregadas pelo menos por sexo, idade e tipo de método utilizado para o suicídio, haja vista que consistem em informações essenciais para a compreensão do escopo do problema, de modo que as intervenções possam ser adaptadas para atender às necessidades de populações específicas e ajustadas às tendências.

Autores como ILIC e ILIC (2022) citam que um total de 759.028 mortes por suicídio foram reportadas em todo o mundo no ano de 2019, sendo 523.883 masculinos e 235.883 femininos. Segundo os dados coletados pelas autoras, a taxa global de suicídio foi de 9,0 por 100 mil habitantes em ambos os sexos, enquanto entre os homens essa taxa sobe para 12,6 versus 5,4 por cem mil habitantes entre as mulheres. Em se tratando dos países, ILIC e ILIC (2022), ainda citam que, em ambos os sexos, as taxas de suicídio foram encontradas na África (11,2), enquanto as mais baixas foram obtidas no Mediterrâneo Oriental (6,4). As autoras ainda mencionam que a região das Américas apresentou um aumento significativo da mortalidade por suicídio entre os anos 2000 e 2019, na contramão de outras regiões que tiveram uma tendência de declínio. Quanto ao Brasil, Silva e Marcolan (2021) citam que foram registradas 183.484 mortes por suicídio entre 1996 e 2016, com aumento de 69,6% nos casos de suicídio nesse período (Marcolan & Silva, 2019; Silva & Marcolan, 2020). Em 2018, o Brasil registrou 12.733 mortes por suicídio, o que representa uma taxa de 6,1 suicídios para cada 100 mil pessoas e cerca de 35 mortes por dia neste ano.

Ainda no Brasil, Meller e colaboradores (2022), Boschiero e colaboradores (2021) e Universidade de Medicina Johns Hopkins (2022) citam que a luta contra a pandemia tem sido complicada e que o país é uma das nações com maior impacto de COVID-19, com mais de vinte milhões de casos e quinhentos e sessenta mil mortes até ao início de agosto de 2021. As desigualdades sociais existentes, as atuais fragilidades políticas, educacionais e de saúde, juntamente com a disseminação de notícias falsas, medidas de bloqueio fracas, atrasos na vacinação e negação científica, contribuíram para este cenário no Brasil (Boschiero et al., 2021). Em relação às características sociodemográficas consideradas em

seu estudo, Boschiero e colaboradores (2021) utilizaram sexo, grupo etário categorizado, cor da pele, estado civil, escolaridade e se a pessoa vivia sozinha ou não e seguiram com uma análise descritiva para a obtenção de frequências absolutas e relativas, seguida de análise de associação entre o medo da COVID-19 com as variáveis coletadas através do teste de Fisher. Por meio dos dados analisados, os autores identificaram que um maior medo estava associado a uma maior prevalência de depressão, stress e tristeza, má qualidade do sono, saúde mais pobre e ideia suicida.

Abi Zeid Daou, Rached e Geller (2021) citam que a pandemia de COVID-19 atingiu o mundo no meio de uma epidemia de suicídio sem precedentes neste século e que à medida que o mundo se concentra em limitar a propagação do vírus e priorizar doentes médicos agudos, as medidas de contenção se eximem de consequências para a saúde mental da população. Para eles, o aumento da ansiedade e da depressão aumenta o risco de suicídio agudamente e no rescaldo da pandemia também contribui para esse aumento. Eles analisaram os dados do suicídio antes da pandemia e o impacto de epidemias anteriores nas taxas de suicídio. Em seguida, examinaram como isto pode levar a um aumento das taxas de suicídio, concentrando-se na população americana.

O processo de levantamento dos dados de suicídios no Brasil remete ao mesmo do relatório da OMS (WHO, 2019), sendo dado por meio da extração dos óbitos por suicídio da base do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), tomando por base a Classificação Internacional de Doenças, referente aos códigos X60-X84. Para os dados de suicídio associados a TMeC, estão disponibilizados na mesma estrutura e divulgados no âmbito do SIM em óbitos com múltiplas causas de diagnóstico, onde a causa básica se tratava de suicídio com menção de causa múltipla do capítulo de transtornos mentais e comportamentais – Capítulo V da CID-10. Os dados estão disponíveis no TABNET/MS por ano a partir de 2006 e podem ser coletados por faixa etária, sexo, raça/cor e por local e município de residência e de ocorrência.

Uma grande estratégia mundial foi anunciada objetivando a redução das mortes por suicídio no mundo pela OMS trazendo como meta global e incluindo

como indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas na meta 3.4, bem como no 13º Programa Geral de Trabalho da OMS 2019–2023 e no Plano de Ação de Saúde Mental da OMS 2013–20202, que foi estendido até 2030. Uma resposta abrangente e coordenada à prevenção do suicídio é fundamental para garantir que a tragédia do suicídio não continue a custar vidas e afetar milhões de pessoas por meio da perda de entes queridos.

Nesse sentido, o presente estudo contribuirá para essa estratégia mundial sendo norteado por três perguntas: “Qual o perfil dos óbitos por suicídio diagnosticados com TMeC no Brasil?”, “Quais as Unidades da Federação e Macrorregiões Geográficas de maior ocorrência de casos de suicídios/TMeC no Brasil?” e “Quais categorias de ocupação/profissões foram as mais acometidas com o fenômeno do suicídio no Brasil no último ano?”

Em relação à minha trajetória acadêmica, sou Bacharel em Estatística pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais também pela ENCE/IBGE e futura especialista em Sistemas de Informação, Monitoramento e Análise de Saúde Pública pela FIOCRUZ no presente ano. Minha aproximação com a área de saúde se deu quando obtive uma bolsa de pesquisa junto ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no ano de 2016, o que me proporcionou uma experiência enriquecedora sobre a área de Sistemas de Informação em Saúde, violência e os custos das internações por violência, a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), no qual trabalhei por dois anos e os resultados foram tão relevantes que se tornaram o livro intitulado: Uma análise da base de dados do Sistema de Informações Hospitalares entre 2001 e 2018<sup>1</sup>.

Em 2018, ingressei na equipe de bolsistas do Atlas da Violência, também do Ipea, na qual atuo até hoje e trabalho com informações provenientes dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (MS) (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN),

---

<sup>1</sup> Disponível em: [Uma análise da base de dados do sistema de informacao hospitalar.pdf \(ipea.gov.br\)](https://ipea.gov.br/pt-br/publicacoes/uma-analise-da-base-de-dados-do-sistema-de-informacao-hospitalar)

do IBGE e com os Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019. Nesses anos, atuando pesquisadora, os resultados dos estudos realizados foram publicados em diversos textos e relatórios técnicos da instituição, a saber: Atlas da Violência (2018 a 2021<sup>2</sup>), Atlas da Violência no campo no Brasil: Condicionantes socioeconômicos e territoriais<sup>3</sup> (2020), Atlas da Violência: Políticas Públicas e retratos dos Municípios Brasileiros (2018 e 2019<sup>4</sup>), bem como o texto intitulado “Violência contra pessoas com deficiência: o que dizem os dados da Saúde Pública?”<sup>5</sup> publicado em 2021.

De junho de 2020 a dezembro de 2021 trabalhei como assistente de pesquisa no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), participando no projeto de pesquisa de Revisão Integrativa acerca da testagem rápida para o HIV e das ações de promoção da saúde relacionadas ao HIV/AIDS, pelo qual tive a oportunidade de desenvolver algoritmos de busca em literatura via R/RStudio e também de contribuir em projetos de pesquisa com necessidades de análises estatísticas, que se traduziu em uma excelente oportunidade de conhecer a Fiocruz e os cursos oferecidos.

## 2. JUSTIFICATIVA

A pertinência e relevância do tema se justificam por este se tratar de um grave problema de saúde pública, como apontam os dados da OMS (WHO, 2021) e Sant’Ana (2020). Além disso, a pandemia da COVID-19 impactou severamente a população devido ao isolamento social, o medo da doença, o desemprego e a crise financeira, entre outros, em que se pretender abordar uma apresentação estruturada de indicadores do tema e análises estatísticas, que utilizarão

---

<sup>2</sup> [1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf \(ipea.gov.br\)](#)

<sup>3</sup> [8456-atlascampo2020comp2.pdf \(ipea.gov.br\)](#)

<sup>4</sup> [8021-atlasdaviolencia2019municipios.pdf \(ipea.gov.br\)](#)

<sup>5</sup> [Ipea - Atlas da Violencia v.2.7 - Violência contra pessoas com deficiência: o que dizem os dados da Saúde Pública?](#)

informações do SIM, para evidenciar a situação de saúde da população brasileira relativa à mortalidade por suicídio e suas condições de vida.

Um dos motivos da proposta deste projeto ser viável se deve ao fato de que a redução da mortalidade por suicídio foi priorizada pela OMS como meta global e incluída como indicador nos ODS (WHO, 2021). Também pelo aumento nos registros de prevalência do transtorno de estresse pós-traumático e depressão ocorridos em períodos de quarentena vividos a partir da pandemia de COVID-19 citados em (HAWRYLUCK et al, 2004).

O relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) publicado em 13 de maio de 2020 também se apresenta voltado para políticas públicas de saúde mental em tempos de pandemia da COVID-19. O documento reflete a relevância atual do tema, bem como a preocupação acerca dos efeitos da pandemia para a saúde mental dos indivíduos, contextualizando a realidade atual com dados mundiais, onde retrata que a depressão afeta 264 milhões de pessoas no mundo e que o suicídio corresponde à segunda causa de morte para jovens de 15-29 anos. Destaca ainda também que em países de baixa e média renda cerca de 76% a 85% das pessoas com problemas de saúde mental não recebem tratamento adequado (ONU, 2020).

No Brasil, Goularte et al (2021) afirmam que o governo declarou estado de emergência em 3 de fevereiro de 2020 (Ministério da Saúde, 2020a), com o primeiro caso de COVID-19 relatado em 26 de fevereiro de 2020 (Dong et al., 2020). No mês de maio do mesmo ano a COVID-19 já tinha se espalhado para todas as regiões brasileiras (Ministério da Saúde, 2020b), com um total de 125.502 mortes até 5 de setembro (Dong et al., 2020). Os autores evidenciaram que indivíduos em quarentena relataram maior prevalência de sintomas psicológicos, como distúrbios emocionais, depressão, estresse, mau humor, irritabilidade, insônia e sintomas de estresse pós-traumático do que aqueles que não estiveram em quarentena (Brooks et al., 2020). Além disso, o medo da infecção, a frustração e o tédio, a insuficiência de suprimentos e as perdas financeiras estão entre os principais contribuintes para o sofrimento emocional generalizado e o aumento do risco de doenças psiquiátricas associadas à COVID-19 (Brooks et al., 2020). Portanto, espera-se sobrecarga em saúde mental e aumento do uso de serviços de saúde mental como consequência

dessa pandemia (Druss, 2020; Torjesen, 2020). Autores como Barros et al. (2020), Campos et al. (2020), Meller et al. (2022) também estudaram a saúde mental da população brasileira durante a pandemia de COVID-19. Meller et al (2022) avaliaram o medo do COVID-19 e a sua relação com as características socioeconômicas, demográficas, de saúde e pandêmicos, por meio de uma regressão de Poisson. Campos et al (2020) identificaram pessoas com histórico de distúrbios de saúde mental antes da pandemia COVID-19 na população brasileira e estimaram a prevalência de alterações de humor e a angústia subjetiva da pandemia entre indivíduos com ou sem distúrbios de saúde mental, chegando à conclusão de que os indivíduos previamente diagnosticados com distúrbios de saúde mental em algum momento da vida são mais vulneráveis ao impacto psicológico da pandemia. Barros et al (2020) analisaram a saúde mental dos adolescentes brasileiros durante a pandemia COVID-19, por meio da avaliação dos fatores associados à tristeza e nervosismo frequentes na adolescência brasileira. Os autores entrevistaram 9.470 adolescentes (dos 12 aos 17 anos), de 27 de junho a 17 de setembro de 2020, e concluíam que a tristeza e o nervosismo nos adolescentes brasileiros são elevados e citam a necessidade de ação por parte do governo, escolas, serviços de saúde e pais para mitigar o impacto da pandemia na saúde física e mental dos adolescentes. Concluem que deve ser dada especial atenção aos adolescentes com problemas de saúde anteriores e aos que pertencem à população socialmente mais vulnerável.

Com este estudo espera-se obter resultados que possam contribuir para melhorar as estratégias e possibilitar a tomada de decisões com mais eficiência no que se refere às características que são estatisticamente significativas e que contribuem para levar o indivíduo ao suicídio e, assim, colaborar para que os gestores e profissionais possam agir de forma planejada e articulada para garantir o tratamento e a definição de medidas a serem fixadas para que se consigam reduzir as chances de ocorrência do evento suicídio das pessoas que sofrem de algum tipo de TMeC.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Geral**

Analisar a relação espaço-temporal dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), traçando o perfil dos indivíduos e sua associação aos diagnósticos associados de transtorno mental e comportamental (TMeC) no Brasil, de 2010 e 2020.

#### **3.2. Específicos**

- Analisar a evolução do número de casos de óbitos por suicídio e dos suicídios associados TMeC ao longo dos anos estudados (2010 a 2020);
- Comparar os suicídios ocorridos com os suicídios associados a TMeC ocorridos entre 2010 e 2020, segundo características estudadas.
- Analisar a distribuição dos óbitos por suicídio e óbitos por suicídio associado a TMeC por faixa de idade, de modo a quantificar o crescimento percentual dos óbitos entre os adolescentes;
- Descrever a tipologia dos óbitos por suicídio e por suicídio associado a TMeC para os anos de 2010 a 2020, segundo as características sociodemográficas e classes de ocupação;
- Analisar a distribuição espacial dos óbitos por suicídio e dos suicídios associados a TMeC entre os anos de 2010 e 2020, segundo as Macrorregiões Geográficas e as Unidades da Federação;

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Suicídio e Transtorno Mental no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**

Atualmente, a Declaração de Óbito (DO) consiste no instrumento fonte das pesquisas quando se trata das causas de morte no Brasil, por meio da CID-10. A DO é o documento-base do SIM, que foi criado em 1975 com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública.

Com base nessas informações é possível conhecer as causas associadas aos óbitos que possibilita realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2001; LAURENTI, 2000). Também é possível dimensionar a magnitude de determinadas doenças, as quais têm sido ocultadas devido ao enfoque apenas na causa básica (ISHITANI; FRANÇA, 2001). Laurenti e Buchalla (2000) também destacam que nem sempre a causa básica é uma doença ou evento simples de ser prevenido e, por isto, a análise das causas associadas pode ajudar na definição de ações preventivas.

A população do estudo será a de óbitos registrados no SIM, segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que apresentaram como causa básica de morte decorrente de suicídio ou lesões autoprovocadas intencionalmente (BRASIL, 2014), independente da forma e do local de ocorrência (CID-10, códigos de X60 a X84), registrados no período de 2010 a 2020 e selecionados por residência (Figura 1). Além dos óbitos por suicídio, serão analisados os óbitos com causas múltiplas, isto é, os óbitos por suicídios registrados na causa básica, mas com menções diagnósticas de transtornos mentais e comportamentais nas causas secundárias de diagnósticos (CID-10, códigos F00 a F99, referente ao capítulo V da CID-10) (Figura 2) (BRASIL, 2014). Esses dados serão obtidos junto ao MS no âmbito do SIM.

Os dados sobre as características sociodemográficas e de ocupação das vítimas serão obtidos também no SIM enquanto os dados de população residente

serão obtidos das Estimativas de População divulgadas pelo IBGE. Também será utilizada a malha digital brasileira, disponibilizada pelo IBGE.

Figura 1. Código Internacional de Doenças (CID-10) relacionados ao suicídio ou ao grupo de lesões autoprovocadas intencionalmente

<p>X60</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos</li> </ul>	<p>X61</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classif.</li> </ul>	<p>X62</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação por exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte</li> </ul>	<p>X63</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo</li> </ul>
<p>X64</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas</li> </ul>	<p>X65</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação voluntária por álcool</li> </ul>	<p>X66</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores</li> </ul>	<p>X67</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores</li> </ul>
<p>X68</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas</li> </ul>	<p>X69</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas</li> </ul>	<p>X70</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação</li> </ul>	<p>X71</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão</li> </ul>
<p>X72</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão</li> </ul>		<p>X73</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre</li> </ul>	<p>X74</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada</li> </ul>

<p>X75</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos</li> </ul>	<p>X76</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas</li> </ul>	<p>X77</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes</li> </ul>	<p>X78</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante</li> </ul>	<p>X79</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente</li> </ul>
<p>X80</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado</li> </ul>	<p>X81</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento</li> </ul>	<p>X82</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor</li> </ul>	<p>X83</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados</li> </ul>	<p>X84</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados</li> </ul>

Fonte: <https://www.ciddez.com.br/>. Elaboração da autora.

Obs.: CID-10, Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade, Grupo: Lesões autoprovocadas intencionalmente e Categorias (Códigos CID) de X60 a X84

Figura 2. Código Internacional de Doenças (CID-10) relacionados aos Transtornos Mentais e Comportamentais



Fonte: <https://www.ciddez.com.br/>. Elaboração da autora.

Obs.: CID-10, Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais, Grupo: Categorias (Códigos CID) de F00 a F99

## **4.2. Tipo de estudo, população, período e fontes de informação**

Será realizado um estudo ecológico, com abordagem descritiva, no qual se buscará avaliar como os contextos social e ambiental podem afetar a saúde do indivíduo e dos grupos populacionais em relação aos eventos de suicídio e a ocorrência de TMeC (MEDRONHO, 2006).

O Brasil, bem como suas Unidades da Federação e suas Macrorregiões Geográficas foram escolhidos como unidade de análise espacial porque possibilitam uma melhor representação da dinâmica territorial, visto que é esperado que em cada Unidade Federativa e Macrorregião brasileira existam distintas características e segmentos de análise.

## **4.3. Plano de análise e interpretação dos dados**

Em uma primeira etapa foi realizada uma análise descritiva para apresentar as características dos óbitos por suicídio e de suicídio associado aos TMeC, de 2010 a 2020. Também será feita a análise temporal da evolução do número de casos de interesse, por meio da apresentação de gráficos e tabelas elaborados no software livre R e no Excel.

Na segunda etapa da análise foi descrito o perfil sociodemográfico dos indivíduos que cometeram suicídio e dos suicídios associados aos TMeC.

Na terceira etapa, foram utilizados os microdados do SIM para identificar as profissões e/ou ocupações mais frequentes nos óbitos registrados tanto como suicídios como nos suicídios com TMeC, além da obtenção do crescimento percentual de cada classe de ocupação no último ano da série temporal estudada.

Na quarta etapa de análise, foram utilizadas as estimativas de população para a realização do cálculo das taxas de suicídios, assim como da proporção de suicídios associados aos TMeC estudados em relação ao total de suicídios.

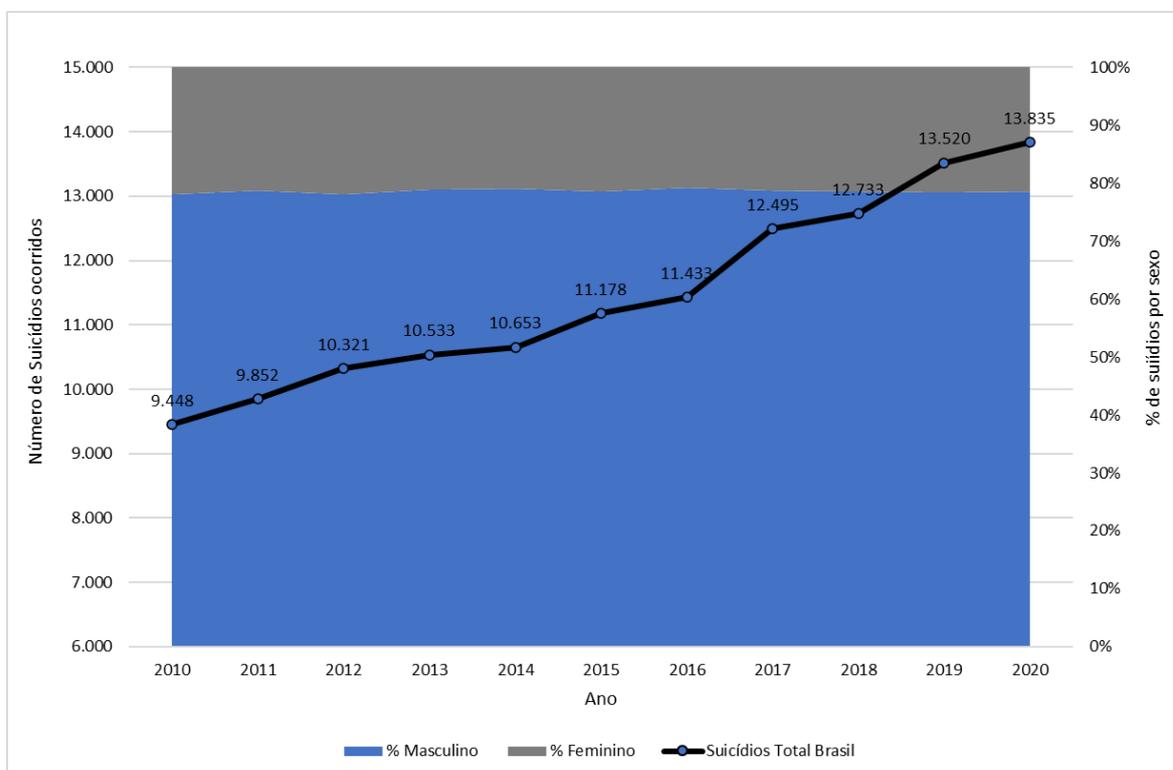
Em uma quinta etapa foi realizada análise da distribuição espacial dos óbitos por suicídio e suicídio com TMeC segundo as Macrorregiões Geográficas e Unidades da Federação. Essa análise foi realizada a partir da construção da base de dados dos óbitos pelo local de residência, gerando assim uma base de dados de área, com todas as variáveis do banco de dados do SIM, do IBGE e as variáveis calculadas de taxa e de proporção. Nessa etapa foi utilizado o software de Sistema de Informações Geográficas (ARCGIS).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Suicídios

De acordo com os dados oriundos do SIM do MS pode-se estimar que ocorreu um total de 126 mil e um suicídios no período compreendido entre os anos de 2010 e 2020, um crescimento de 46,4% na última década, passando de 9.448 em 2010 para 13.835 suicídios em 2020. Pode ser observado no Gráfico 1 que o fenômeno do suicídio apresenta um comportamento de crescimento em todo o período, mas, sobretudo, após o ano de 2016. Ainda de acordo com o Gráfico 1 pode-se observar que o fenômeno do suicídio, no geral, é um fenômeno majoritariamente masculino, onde observa-se que 78,6% das vítimas foram homens e 21,4% foram mulheres no ano de 2020 e que esses percentuais são praticamente os mesmos em todo o período.

Gráfico 1. Números absolutos e distribuição percentual de suicídios segundo sexo da vítima. Brasil, 2010 a 2020



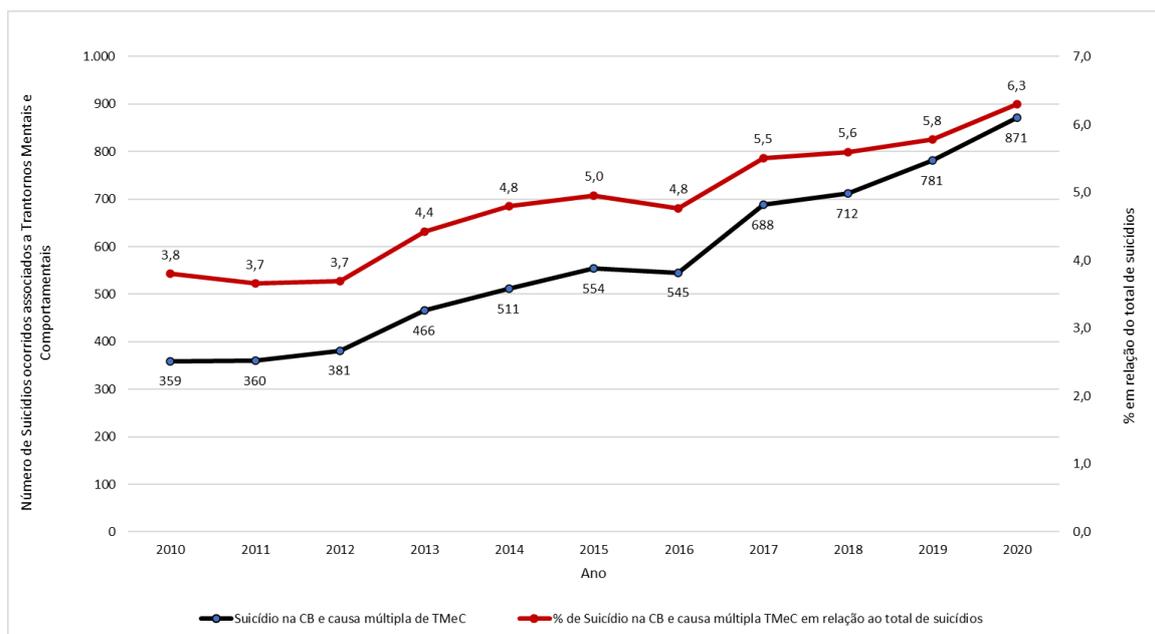
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) total e por sexo.

## 5.2. Suicídios associados a TMeC

O Gráfico 2 se refere aos óbitos registrados no SIM, em que a causa básica do óbito foi registrada como suicídio, mas que também ocorreu a menção de diagnóstico de TMeC. Cabe destacar o crescimento acentuado do número de suicídios registrados, sobretudo a partir do ano de 2016, chegando a um crescimento de 142,6% na década, passando de 359 registros em 2010 para 871 em 2020, e um crescimento de 11,5% no último ano. Observa-se também o crescimento do percentual de suicídios registrados com causa múltipla de TMeC no período decenal.

Gráfico 2. Números absolutos e distribuição percentual de suicídios com menção diagnóstica de Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC). Brasil, 2010 a 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito e com menção diagnóstica de TMeC nas causas associadas (F00-F99).

A Tabela 1 apresenta a identificação de 6.228 menções diagnósticas de TMeC nos casos de óbitos por suicídio na última década, representando um aumento de 142,6% de aumento na década, 57,2% nos últimos 5 anos e 11,5% de crescimento dos casos apenas no último ano, que corresponde ao primeiro ano da

pandemia de COVID-19. Do total registrado na década, 43,1% foram de suicídios associados à episódios depressivos, 17,3% de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e 6,1% devido ao uso da cocaína, seguido de transtornos depressivos recorrentes, entre outros.

Entre os transtornos que mais cresceram no último ano impactados também pela pandemia de COVID-19, no Gráfico 3 destaca-se o TMeC devido ao uso de sedativos hipnóticos com crescimento de 266,7%<sup>6</sup>, no último ano, o Transtorno Afetivo Bipolar, com crescimento de 40% entre 2019 e 2020, ao TMeC devido ao uso de fumo, com 29,4%, TMeC por uso de drogas ou outras substâncias psicoativas, com 22,6%, Transtorno Depressivo Recorrente, com 19,4% de aumento e TMeC por uso de álcool, com 16,4% de aumento, todos bem superiores ao aumento geral nacional de 11,5% (Tabela 1). Ainda de acordo com o Gráfico 3, observa-se também aqueles que reduziram no último ano, associados ao suicídio, são eles: TMeC associados ao puerpério, com -66,7%, Transtornos Específicos da Personalidade, com -25% e TMeC devido ao uso da cocaína, com redução de 10% em relação ao ano de 2019, entre outros.

A Figura 3 ilustra as nuvens de palavras dos diagnósticos mencionados fora da causa básica do óbito e o tamanho da palavra na nuvem representa a frequência com que esses códigos de diagnóstico aparecem nas variáveis subjacentes nos microdados do SIM, com pelo menos uma citação de cada código de diagnóstico CID-10. Neste sentido, pode ser observado uma constância entre os códigos mais frequentes entre os anos de 2019 e 2020. Nos óbitos por suicídio tem os diagnósticos associados de Enforcamento, Estrangulamento e Sufocação como o mais citado, seguido de Asfixia, traumatismo intracraniano, outra arma de fogo e drogas, sedativos e psicotrópicos, entre outros. Nos casos de suicídio com pelo menos um diagnóstico de TMeC nas outras causas associadas ao óbito, os diagnósticos mais frequentes foram: episódios depressivos, enforcamento, estrangulamento e sufocação, asfixia, TMeC por uso de Álcool, depressão

---

<sup>6</sup> Convém observar que algumas variações percentuais e taxas podem não apresentar um aumento ou diminuição significativa, por representarem poucos óbitos.

recorrente, múltiplas drogas; outras drogas; e complicações do aparelho respiratório e circulatório, dentre outras.

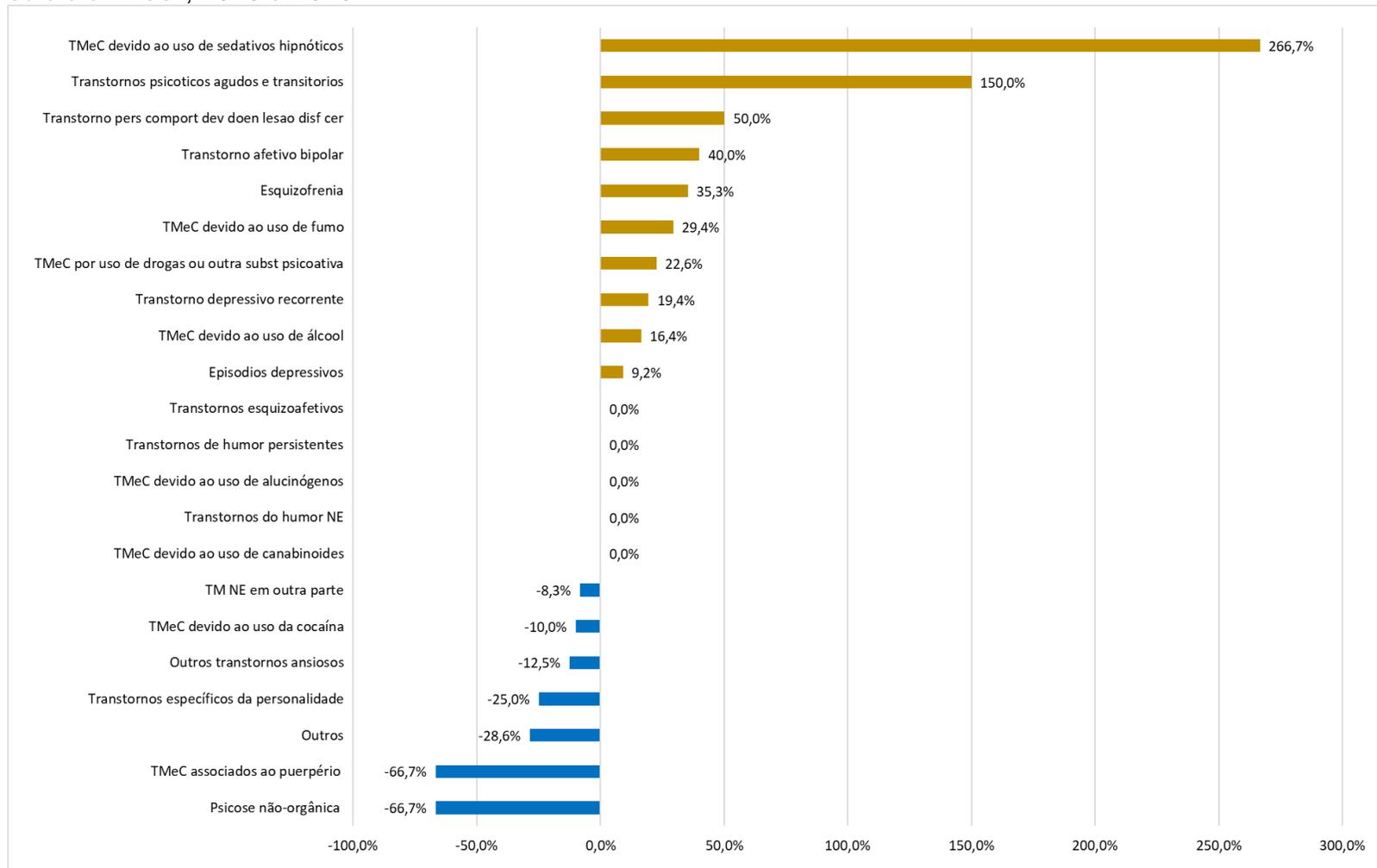
Tabela 1. Números absolutos e variação percentual dos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) mais frequentes nos casos registrados de suicídio. Brasil, 2010 a 2020

Categoria do Transtorno Mental e Comportamental	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variação % 2010-2020	Variação % 2015-2020	Variação % 2019-2020	Total (2010 a 2020)	% Total (2010 a 2020)
Episódios depressivos	161	171	174	194	192	235	231	321	324	326	356	121,1%	51,5%	9,2%	2.685	43,1
TMeC devido ao uso de álcool	65	62	67	87	105	91	107	103	107	128	149	129,2%	63,7%	16,4%	1.071	17,2
TMeC devido ao uso da cocaína	25	26	33	39	48	33	31	25	27	60	54	116,0%	63,6%	-10,0%	401	6,4
Transtorno depressivo recorrente	7	14	13	14	22	39	34	50	48	62	74	957,1%	89,7%	19,4%	377	6,1
TMeC por uso de drogas ou outra subst psicoativa	20	11	12	27	30	23	29	47	49	53	65	225,0%	182,6%	22,6%	366	5,9
Esquizofrenia	16	16	18	17	31	39	37	36	37	34	46	187,5%	17,9%	35,3%	327	5,3
TM NE em outra parte	23	16	21	25	17	21	18	28	26	24	22	-4,3%	4,8%	-8,3%	241	3,9
TMeC devido ao uso de fumo	9	8	9	12	14	15	6	16	19	17	22	144,4%	46,7%	29,4%	147	2,4
Transtorno afetivo bipolar	10	10	4	13	12	17	11	15	13	15	21	110,0%	23,5%	40,0%	141	2,3
TMeC devido ao uso de canabinoides	4	8	12	10	12	11	6	8	14	12	12	200,0%	9,1%	0,0%	109	1,8
Outros transtornos ansiosos	2	2	1	2	-	3	5	7	7	8	7	250,0%	133,3%	-12,5%	44	0,7
Psicose não-orgânica	1	4	-	1	2	4	7	3	1	3	1	0,0%	-75,0%	-66,7%	27	0,4
Transtornos específicos da personalidade	2	1	3	1	1	2	2	2	4	4	3	50,0%	50,0%	-25,0%	25	0,4
Transtorno pers comport dev doen lesao disf cer	1	-	1	2	8	2	1	1	3	2	3	200,0%	50,0%	50,0%	24	0,4
Transtornos do humor NE	-	2	-	3	3	2	2	3	2	2	2	-	0,0%	0,0%	21	0,3
TMeC devido ao uso de alucinógenos	2	-	4	3	2	1	1	4	2	1	-	-	-	-	20	0,3
TMeC associados ao puerpério	-	1	2	1	2	2	2	-	6	3	1	-	-50,0%	-66,7%	20	0,3
TMeC devido ao uso de sedativos hipnóticos	-	-	-	-	-	-	2	1	1	3	11	-	-	266,7%	18	0,3
Transtornos psicoticos agudos e transitorios	2	-	-	2	-	2	-	2	3	2	5	150,0%	150,0%	150,0%	18	0,3
Transtornos de humor persistentes	-	1	-	2	2	5	3	2	1	1	-	-	-	-	17	0,3
Transtornos esquizoafetivos	1	1	1	1	-	1	3	1	2	-	2	100,0%	100,0%	-	13	0,2
Outros	8	6	6	10	8	6	7	13	16	21	15	87,5%	150,0%	-28,6%	116	1,9
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>360</b>	<b>381</b>	<b>466</b>	<b>511</b>	<b>554</b>	<b>545</b>	<b>688</b>	<b>712</b>	<b>781</b>	<b>871</b>	<b>142,6%</b>	<b>57,2%</b>	<b>11,5%</b>	<b>6.228</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito e com menção diagnóstica de TMeC nas causas associadas (F00-F99).

Gráfico 3. Variação percentual dos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) mais frequentes nos casos registrados de suicídio. Brasil, 2019 a 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

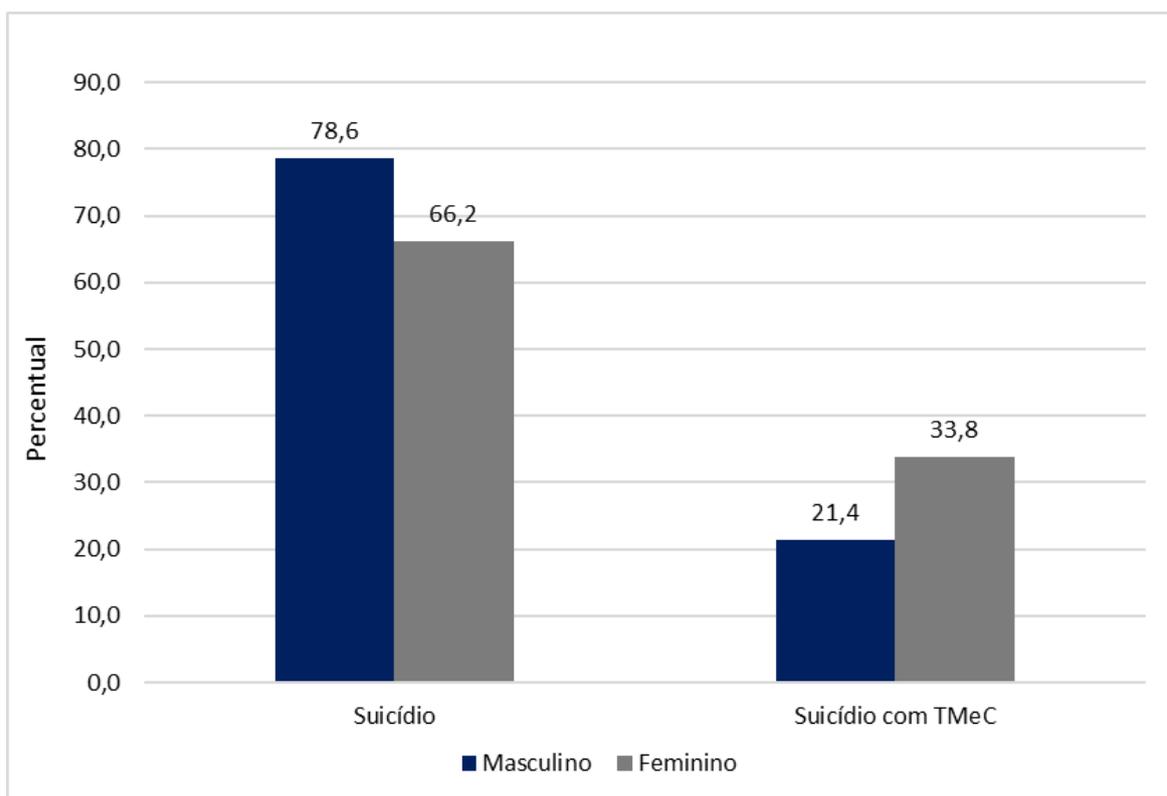
Obs.: Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito e com menção diagnóstica de TMeC nas causas associadas (F00-F99).



### 5.3. Características Sociodemográficas dos óbitos por suicídio

O Gráfico 3 e a Tabela 2 apresentam o sexo dos indivíduos que cometeram suicídio, comparando o fenômeno do suicídio isolado e este associado aos TMeC, onde pode-se observar que o diagnóstico de TMeC afeta significativamente a estrutura de sexo do fenômeno suicídio, com um percentual feminino de 21,4% nos casos de suicídio isolado e 33,8% nos casos de suicídio com TMeC.

Gráfico 4. Distribuição percentual de casos de suicídio e de suicídios associados a Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) segundo sexo. Brasil, 2010 a 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito e com menção diagnóstica de TMeC nas causas associadas (F00-F99).

As Tabelas 2 e 3 apresentam as características socioeconômicas dos indivíduos que cometeram suicídio, comparando o fenômeno do suicídio isolado e associado a TMeC. Em relação ao sexo, como já foi destacado no Gráfico 1, o

fenômeno isolado do suicídio é majoritariamente masculino, com 78% dos casos sendo de indivíduos homens e 21,4% femininos. No entanto, quando se observa este associado ao diagnóstico de TMeC, esta estrutura se modifica para 66,2% dos casos sendo de óbitos masculinos e 33,8% femininos. Quanto ao percentual de crescimento no último ano pode ser observado que, no caso dos suicídios, o crescimento masculino foi de 2,5% e o feminino de 1,5%, enquanto, nos casos associados aos TMeC, os percentuais de crescimento são bem superiores, sendo de 6,1% de óbitos masculinos e de 22,7% de óbitos femininos, o que sugere que a pandemia afetou diferenciadamente os indivíduos em relação ao sexo.

Quanto à escolaridade, verifica-se pelas Tabelas 2 e 3, pela variação percentual entre os dois últimos anos, que o suicídio afetou mais a população de 8 a 11 anos de estudo, crescendo 63,1%, seguido dos indivíduos de 12 anos ou mais de estudo, com 49,9%, enquanto o suicídio associado aos TMeC afetou mais a população com menos instrução, sendo o crescimento de 53,3% de indivíduos sem escolaridade, de 6,8% entre os indivíduos de 12 ou mais anos de estudo e de 6,3% de indivíduos com 1 a 3 anos de estudo. Quanto ao estado civil dos indivíduos que cometeram suicídio, tem-se que, 50,4 % do total da década, são indivíduos solteiros e 26,4% de casados e 7% separados judicialmente e, quando associado aos TMeC, os percentuais são de 37,9%, 22,4% e de 6,1% respectivamente. No entanto, a variação percentual do último ano aponta crescimento apenas entre os separados judicialmente (6,2%) e entre os solteiros (2,3%), enquanto, quando associados aos TMeC, os percentuais são bem mais representativos, sendo 11,3% entre os casados, 9,5% entre os viúvos e 2,7% entre os solteiros.

Convém destacar que, as variáveis escolaridade e estado civil dos óbitos por suicídio e por suicídio associado a TMeC apresentam um alto percentual de incompletude, chegando a 24,6% de não preenchimento na década para a escolaridade e a 7,8% para o estado civil nos casos de suicídio e de 10,8% na escolaridade e 3,3% no estado civil dos óbitos por suicídio com TMeC, fato esse que reduz a qualidade da informação contida no indicador e que também pode chegar a distorcer os resultados encontrados.

Em relação às classes de idade, o fenômeno do suicídio afeta em sua grande maioria, a população adulta e idosa, tanto isoladamente quanto associado aos TMeC, sendo 74,8% da população adulta (de 20 aos 59 anos) e 78,6% da população de mesma faixa etária quando associado aos TMeC, 16,9% dos idosos (acima de 60 anos) e 16,6% da mesma população quando TMeC e 8% entre os adolescentes (10 a 19 anos) isoladamente e 4,8% no caso de TMeC (Tabelas 2 e 3). Analisando o crescimento percentual do último ano, observa-se uma redução de 3,6% do número de suicídios entre os adolescentes, enquanto associado aos TMeC, o aumento é de 9,5%. Isoladamente o suicídio cresceu mais entre os idosos no último ano (14,2%) contra um aumento ainda maior, de 21,3% associado aos TMeC.

O local de ocorrência predominante, tanto do suicídio quanto deste associado aos TMeC, consiste no domicílio, 61% dos casos de óbitos por suicídio e 52,7% dos suicídios associados aos TMeC, seguido do hospital em 15,3% dos casos de suicídio e de 28,2% dos suicídios com menção diagnóstica de TMeC e de 15,6% em outros locais dos suicídios e de 4,3% nos casos de suicídios com TMeC.

Quanto à raça/cor dos indivíduos que cometeram suicídio, verifica-se uma estrutura semelhante de 49,6% de brancos e de 50,5% de brancos em suicídios com TMeC e de 46,3% de negros (pretos e pardos), com 45,7% de negros (pretos e pardos) nos casos associados aos TMeC. Quanto à variação percentual do último ano, pode ser observado nas Tabelas 2 e 3 que, enquanto os suicídios entre as pessoas de cor/raça preta aumentaram 14,1% no último ano, quando associado aos TMeC, esse percentual salta para 52,3%.

Tabela 2. Números absolutos e variação percentual dos casos de suicídio segundo características sociodemográficas das vítimas. Brasil, 2010 a 2020

Características sociodemográficas	Suicídio												Variação % 2010-2020	Variação % 2015-2020	Variação % 2019-2020	Total (2010 a 2020)	% Total (2010 a 2020)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020						
<b>Brasil</b>	<b>9.448</b>	<b>9.852</b>	<b>10.321</b>	<b>10.533</b>	<b>10.653</b>	<b>11.178</b>	<b>11.433</b>	<b>12.495</b>	<b>12.733</b>	<b>13.520</b>	<b>13.835</b>	<b>46,4%</b>	<b>23,8%</b>	<b>2,3%</b>	<b>126.001</b>	<b>100</b>	
<b>Sexo</b>																	
Masculino	7.375	7.762	8.061	8.309	8.419	8.780	9.053	9.826	9.999	10.599	10.868	47,4%	23,8%	2,5%	99.051	78,6	
Feminino	2.073	2.089	2.257	2.223	2.233	2.396	2.378	2.664	2.729	2.919	2.964	43,0%	23,7%	1,5%	26.925	21,4	
Ignorado	-	1	3	1	1	2	2	5	5	2	3	-	50,0%	50,0%	25	0,0	
<b>Escolaridade</b>																	
Nenhuma	439	489	520	491	464	507	536	566	583	585	582	-0,5%	32,6%	14,8%	5.762	4,6	
1 a 3 anos	1.307	1.685	1.720	1.701	1.589	1.616	1.635	1.724	1.460	1.508	1.461	-3,1%	11,8%	-9,6%	17.406	13,8	
4 a 7 anos	2.300	2.320	2.444	2.591	2.574	2.840	2.897	3.090	3.025	3.115	3.250	4,3%	41,3%	14,4%	30.446	24,2	
8 a 11 anos	1.571	1.723	1.970	2.145	2.333	2.550	2.759	3.277	3.541	4.005	4.160	3,9%	164,8%	63,1%	30.034	23,8	
12 anos e mais	724	703	782	813	863	935	1.092	1.252	1.346	1.384	1.402	1,3%	93,6%	49,9%	11.296	9,0	
Ignorado	3.107	2.932	2.885	2.792	2.830	2.730	2.514	2.586	2.778	2.923	2.980	2,0%	-4,1%	9,2%	31.057	24,6	
<b>Faixa Etária</b>																	
Crianças	3	5	3	3	4	3	5	8	4	2	4	33,3%	33,3%	100,0%	44	0,0	
Adolescentes	706	733	792	785	814	834	897	1.047	1.049	1.211	1.168	65,4%	36,8%	-3,6%	10.056	8,0	
Adultos	7.288	7.578	7.825	8.030	8.129	8.355	8.506	9.204	9.366	10.001	10.019	37,5%	19,9%	0,2%	94.301	74,8	
Idosos	1.426	1.502	1.670	1.690	1.678	1.943	1.996	2.210	2.280	2.293	2.619	83,7%	34,8%	14,2%	21.307	16,9	
Idade Ignorada	25	34	31	25	28	23	28	26	34	13	25	0,0%	8,7%	92,3%	292	0,2	
<b>Estado Civil</b>																	
Solteiro	4.943	4.908	4.987	5.189	5.317	5.610	5.668	6.285	6.455	6.983	7.145	44,5%	27,4%	2,3%	63.490	50,4	
Casado	2.783	2.758	2.844	2.782	2.848	2.959	3.089	3.273	3.232	3.369	3.360	20,7%	13,6%	-0,3%	33.297	26,4	
Viúvo	407	375	409	407	410	465	403	448	440	439	437	7,4%	-6,0%	-0,5%	4.640	3,7	
Separado judicialmente	612	614	701	734	716	753	810	931	932	956	1.015	65,8%	34,8%	6,2%	8.774	7,0	
Outro	35	318	518	526	541	604	628	661	702	733	727	1977,1%	20,4%	-0,8%	5.993	4,8	
Ignorado	668	879	862	895	821	787	835	897	972	1.040	1.151	72,3%	46,3%	10,7%	9.807	7,8	
<b>Local de ocorrência</b>																	
Hospital	1.879	1.809	1.820	1.672	1.698	1.710	1.621	1.746	1.754	1.763	1.752	-6,8%	2,5%	-0,6%	19.224	15,3	
Outro estab. de saúde	140	134	147	128	166	159	176	222	224	227	301	115,0%	89,3%	32,6%	2.024	1,6	
Domicílio	5.368	5.714	6.088	6.413	6.495	6.806	7.009	7.770	7.941	8.517	8.744	62,9%	28,5%	2,7%	76.865	61,0	
Via pública	641	658	632	671	675	709	697	741	727	797	798	24,5%	12,6%	0,1%	7.746	6,1	
Outros	1.354	1.474	1.578	1.603	1.574	1.751	1.896	1.995	2.060	2.196	2.212	63,4%	26,3%	0,7%	19.693	15,6	
Ignorado	66	63	56	46	45	43	34	21	27	20	28	-57,6%	-34,9%	40,0%	449	0,4	
<b>Raça/cor</b>																	
Branca	4.843	4.959	5.163	5.241	5.330	5.594	5.695	6.241	6.264	6.597	6.576	35,8%	17,6%	-0,3%	62.503	49,6	
Preta	514	576	563	529	561	569	594	672	644	683	779	51,6%	36,9%	14,1%	6.684	5,3	
Amarela	37	47	41	35	48	51	42	56	46	31	53	43,2%	3,9%	71,0%	487	0,4	
Parda	3.528	3.755	4.066	4.210	4.241	4.512	4.680	5.206	5.455	5.896	6.151	74,3%	36,3%	4,3%	51.700	41,0	
Indígena	93	97	90	113	117	132	120	150	138	136	123	32,3%	-6,8%	-9,6%	1.309	1,0	
Ignorado	433	418	398	405	356	320	302	170	186	177	153	-64,7%	-52,2%	-13,6%	3.318	2,6	

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito e com menção diagnóstica de TMeC nas causas associadas (F00-F99).

Tabela 3. Números absolutos e variação percentual dos casos de suicídio associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) segundo características sociodemográficas das vítimas. Brasil, 2010 a 2020

Características sociodemográficas	Suicídio com Transtorno Mental e Comportamental												Variação % 2010-2020	Variação % 2015-2020	Variação % 2019-2020	Total (2010 a 2020)	% Total (2010 a 2020)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020						
<b>Brasil</b>	<b>359</b>	<b>360</b>	<b>381</b>	<b>466</b>	<b>511</b>	<b>554</b>	<b>545</b>	<b>688</b>	<b>712</b>	<b>781</b>	<b>871</b>	<b>142,6%</b>	<b>57,2%</b>	<b>11,5%</b>	<b>6.228</b>	<b>100</b>	
<b>Sexo</b>																	
Masculino	246	248	249	325	354	350	365	446	455	526	558	126,8%	59,4%	6,1%	4.122	66,2	
Feminino	113	112	132	141	157	204	180	242	257	255	313	177,0%	53,4%	22,7%	2.106	33,8	
<b>Escolaridade</b>																	
Nenhuma	23	30	30	32	36	33	31	37	30	30	46	100,0%	39,4%	53,3%	358	5,7	
1 a 3 anos	52	71	59	51	70	76	79	73	58	64	68	30,8%	-10,5%	6,3%	721	11,6	
4 a 7 anos	69	52	74	90	102	120	96	140	156	158	144	108,7%	20,0%	-8,9%	1.201	19,3	
8 a 11 anos	43	57	56	76	91	104	115	162	172	180	185	330,2%	77,9%	2,8%	1.241	19,9	
12 anos e mais	23	15	22	39	37	59	46	59	72	73	78	239,1%	32,2%	6,8%	523	8,4	
Ignorado	36	53	60	62	76	48	55	62	70	71	79	119,4%	64,6%	11,3%	672	10,8	
<b>Faixa Etária</b>																	
Crianças	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Adolescentes	18	12	18	14	20	19	29	37	45	42	46	155,6%	142,1%	9,5%	300	4,8	
Adultos	308	287	299	379	411	448	423	540	537	603	660	114,3%	47,3%	9,5%	4.895	78,6	
Idosos	33	61	64	73	79	87	93	111	130	136	165	400,0%	89,7%	21,3%	1.032	16,6	
Idade Ignorada	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	
<b>Estado Civil</b>																	
Solteiro	137	115	149	177	196	224	220	271	268	298	306	123,4%	36,6%	2,7%	2.361	37,9	
Casado	96	110	96	99	123	124	126	153	166	142	158	64,6%	27,4%	11,3%	1.393	22,4	
Viúvo	14	17	13	22	21	21	15	23	24	21	23	64,3%	9,5%	9,5%	214	3,4	
Separado judicialmente	17	17	20	34	20	33	36	45	41	59	58	241,2%	75,8%	-1,7%	380	6,1	
Outro	0	13	8	15	25	31	20	29	46	40	38	-	22,6%	-5,0%	265	4,3	
Ignorado	5	11	17	17	27	14	16	19	22	30	27	440,0%	92,9%	-10,0%	205	3,3	
<b>Local de ocorrência</b>																	
Hospital	102	98	120	138	133	176	144	178	204	231	234	129,4%	33,0%	1,3%	1.758	28,2	
Outro estab. de saúde	12	8	10	12	21	13	26	35	37	31	46	283,3%	253,8%	48,4%	251	4,0	
Domicílio	169	188	201	245	279	301	289	386	374	397	454	168,6%	50,8%	14,4%	3.283	52,7	
Via pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Outros	21	19	8	26	31	17	25	17	23	38	45	114,3%	164,7%	18,4%	270	4,3	
Ignorado	55	47	42	45	47	47	61	72	74	84	92	67,3%	95,7%	9,5%	666	10,7	
<b>Raça/cor</b>																	
Branca	164	174	193	237	232	269	254	380	361	435	447	172,6%	66,2%	2,8%	3.146	50,5	
Preta	25	19	20	25	39	35	50	42	55	44	67	168,0%	91,4%	52,3%	421	6,8	
Amarela	2	2	1	-	3	3	1	3	1	2	2	0,0%	-33,3%	0,0%	20	0,3	
Parda	150	157	146	186	217	229	209	239	270	281	339	126,0%	48,0%	20,6%	2.423	38,9	
Indígena	7	2	7	6	6	12	15	18	15	7	6	-14,3%	-50,0%	-14,3%	101	1,6	
Ignorado	11	6	14	12	14	6	16	6	10	12	10	-9,1%	66,7%	-16,7%	117	1,9	

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios com TMeC: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito e com menção diagnóstica de TMeC nas causas associadas (F00-F99).

2. Os dados de escolaridade e de estado civil foram obtidos pelos MICRODADOS do SIM/MS, em que foram considerados os óbitos como em 1, nos casos em que houve a menção de TMeC em pelo menos uma das variáveis de diagnóstico além da causa básica.

#### **5.4. Classes de ocupações dos óbitos por suicídio**

As Tabelas 4 e 5 foram elaboradas a partir dos microdados do SIM para descreverem as ocupações dos indivíduos que cometeram suicídio (Tabela 2) e dos indivíduos que cometeram suicídios com pelo menos uma menção de TMeC nas demais variáveis de causas relacionadas ao óbito. Dessa forma, tem-se que, em números absolutos, a categoria que engloba as donas de casa, estudantes, desempregados e aposentados consiste na classe que contempla o maior quantitativo de indivíduos que cometeram suicídio tanto em 2019 quanto em 2020, com 3.143 suicídios em 2019 e 2.907 em 2020, seguido de trabalhadores da exploração agropecuária e trabalhadores dos serviços, respectivamente (Tabela 4). Com o diagnóstico de TMeC associado aos óbitos por suicídio na Tabela 5, pode-se observar que em números absolutos continuam as três mesmas categorias ocupacionais mantendo as três primeiras posições em números de suicídios em 2019 e 2020.

O Gráfico 5 ilustra as ocupações que concentraram aproximadamente 96% do total de suicídios em 2020, tanto de suicídios quanto de suicídios associados aos TMeC, no qual se pode verificar em quais profissões o diagnóstico de TMeC contribui seja no sentido do aumento do percentual da ocorrência do suicídio quanto no sentido da redução. Dentre as ocupações que tiveram o percentual acrescido, em relação ao total de suicídios em 2020, destaca-se a categoria que engloba as Donas de casa, estudantes, desempregados e aposentados que passou de 28% para 35,7% do total de suicídios, quando associados aos TMeC, os profissionais de ensino, que passou de 0,9% para 1,9%, professores e leigos de nível médio, que passou de 0,3% a 0,6%, profissionais das ciências jurídicas, que foi de 0,7% para 1,5%, profissionais da conservação, manutenção e reparação, que passou de 0,5% para 0,9%, trabalhadores na exploração agropecuária, passando de 14,5% para 16,6% e os trabalhadores dos serviços, passando de 9,5% para 10,5%. Dentre as ocupações que foram mais afetadas pela redução no percentual em relação ao total de suicídios, se destacam os trabalhadores na indústria extrativa e da construção civil, passando de 8,9 para 4,8% e trabalhadores nas funções transversais, que passaram de 4,5% para 2,8%.

Tabela 4. Números absolutos, percentuais e variação percentual dos casos de suicídio segundo ocupações das vítimas. Brasil, 2019 e 2010

Ocupação	Suicídio 2019		Suicídio 2020		Variação % 2019 a 2020
	n	2019%	n	2020%	
Donas de Casa, Estudantes, Desempregados e Aposentados	3.143	27,8	2.907	28,0	-7,5%
Trabalhadores na exploração Agropecuária	1.727	15,3	1.499	14,5	-13,2%
Trabalhadores dos serviços	1.115	9,9	981	9,5	-12,0%
Trabalhadores na indústria extrativa e da construção civil	974	8,6	918	8,9	-5,7%
Trabalhadores de funções transversais	495	4,4	469	4,5	-5,3%
Técnicos de Nível médio nas Ciências Administrativas	482	4,3	459	4,4	-4,8%
Produtores na exploração Agropecuária	278	2,5	328	3,2	18,0%
Vendedores e Prestadores de serviços de comércio	339	3,0	278	2,7	-18,0%
Gerentes	298	2,6	260	2,5	-12,8%
Ignorado	251	2,2	222	2,1	-11,6%
Escriturários	160	1,4	193	1,9	20,6%
Trabalhadores da transformação de metais	208	1,8	181	1,7	-13,0%
Profissionais das Ciências Sociais e Humanas	130	1,1	117	1,1	-10,0%
Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica	154	1,4	117	1,1	-24,0%
Profissionais das Ciências Biológicas, da Saúde e Afins	137	1,2	111	1,1	-19,0%
Técnicos de Nível médio das Ciências Físicas, Químicas, Engenarias e afins	105	0,9	99	1,0	-5,7%
Profissionais do Ensino	116	1,0	97	0,9	-16,4%
Trabalhadores das indústrias de madeira e do mobiliário	81	0,7	91	0,9	12,3%
Trabalhadores da fabricação de alimentos, bebidas e fumo	84	0,7	90	0,9	7,1%
Trabalhadores de atendimento ao público	98	0,9	89	0,9	-9,2%
Policiais Militares	75	0,7	81	0,8	8,0%
Técnicos de nível médio das Ciências Biológicas, Bioquímicas e da saúde	94	0,8	76	0,7	-19,1%
Profissionais das Ciências Jurídicas	86	0,8	75	0,7	-12,8%
Comunicadores, Artistas e Religiosos	96	0,8	70	0,7	-27,1%
Trabalhadores nas indústrias têxtil, vestuário e artes gráficas	98	0,9	70	0,7	-28,6%
Profissionais das Ciências Exatas, Físicas e da Engenharia	58	0,5	69	0,7	19,0%
Pescadores e extrativistas Florestais	55	0,5	66	0,6	20,0%
Operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidade)	43	0,4	56	0,5	30,2%
Outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação	60	0,5	51	0,5	-15,0%
Membros Superiores e Dirigentes do Poder Público	62	0,5	48	0,5	-22,6%
Professores e Leigos e de nível médio	20	0,2	31	0,3	55,0%
Trabalhadores na mecanização Agropecuária e Florestal	25	0,2	26	0,3	4,0%
Trabalhadores de instalações siderúrgicas e de materiais de construção	30	0,3	26	0,3	-13,3%
Joalheiros, vidraceiros, ceramistas e afins	21	0,2	18	0,2	-14,3%
Dirigentes de Empresas e Organizações	25	0,2	15	0,1	-40,0%
Técnicos de nível médio dos serviços culturais, comunicações e desportos	13	0,1	15	0,1	15,4%
Bombeiros Militares	9	0,1	11	0,1	22,2%
Trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica	12	0,1	11	0,1	-8,3%
Técnicos de Nível Médio em serviços de transporte	5	0,0	9	0,1	80,0%
Polimantenedores	11	0,1	9	0,1	-18,2%
Trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras	5	0,0	8	0,1	60,0%
Membros das Forças Armadas	10	0,1	7	0,1	-30,0%
Outros técnicos de nível médio	9	0,1	7	0,1	-22,2%
Pesquisadores e Profissionais Policientíficos	2	0,0	3	0,0	50,0%
Técnicos Polivalentes	6	0,1	3	0,0	-50,0%
Montadores de Aparelhos e Instrumentos de precisão e musicais	0	0,0	1	0,0	-
Diretores e Gerentes em empresa de serviço de saúde, da educação ou de serviços	3	0,0	0	0,0	-
<b>Total</b>	<b>11.308</b>	<b>100</b>	<b>10.368</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Fonte: Microdados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. Ocupação obtida a partir da variável “OCUP” que remete à Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída em 2002.

Tabela 5. Números absolutos, percentuais e variação percentual dos casos de suicídio associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) segundo ocupações das vítimas. Brasil, 2019 e 2010

Ocupação	Suicídio TMeC		Suicídio TMeC		Variação % 2019 a 2020
	n	2019%	n	2020%	
Donas de Casa, Estudantes, Desempregados e Aposentados	169	33,0	192	35,7	13,6%
Trabalhadores na exploração Agropecuária	73	14,3	84	15,6	15,1%
Trabalhadores dos serviços	55	10,7	56	10,4	1,8%
Trabalhadores na indústria extrativa e da construção civil	41	8,0	26	4,8	-36,6%
Técnicos de Nível médio nas Ciências Administrativas	17	3,3	16	3,0	-5,9%
Trabalhadores de funções transversais	11	2,1	15	2,8	36,4%
Produtores na exploração Agropecuária	10	2,0	14	2,6	40,0%
Ignorado	11	2,1	13	2,4	18,2%
Vendedores e Prestadores de serviços de comércio	19	3,7	13	2,4	-31,6%
Gerentes	16	3,1	11	2,0	-31,3%
Profissionais do Ensino	6	1,2	10	1,9	66,7%
Profissionais das Ciências Jurídicas	4	0,8	8	1,5	100,0%
Profissionais das Ciências Sociais e Humanas	11	2,1	8	1,5	-27,3%
Escriturários	7	1,4	7	1,3	0,0%
Outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação	1	0,2	5	0,9	400,0%
Técnicos de Nível médio das Ciências Físicas, Químicas, Engenharia e afins	4	0,8	5	0,9	25,0%
Trabalhadores da transformação de metais	9	1,8	5	0,9	-44,4%
Trabalhadores de atendimento ao público	4	0,8	5	0,9	25,0%
Comunicadores, Artistas e Religiosos	4	0,8	4	0,7	0,0%
Profissionais das Ciências Biológicas, da Saúde e Afins	7	1,4	4	0,7	-42,9%
Profissionais das Ciências Exatas, Físicas e da Engenharia	1	0,2	4	0,7	300,0%
Técnicos de nível médio das Ciências Biológicas, Bioquímicas e da saúde	8	1,6	4	0,7	-50,0%
Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica	4	0,8	4	0,7	0,0%
Professores e Leigos e de nível médio	1	0,2	3	0,6	200,0%
Trabalhadores da fabricação de alimentos, bebidas e fumo	2	0,4	3	0,6	50,0%
Trabalhadores das indústrias de madeira e do mobiliário	5	1,0	3	0,6	-40,0%
Dirigentes de Empresas e Organizações	1	0,2	2	0,4	100,0%
Joalheiros, vidraceiros, ceramistas e afins	1	0,2	2	0,4	100,0%
Pescadores e extrativistas Florestais	2	0,4	2	0,4	0,0%
Policiais Militares	0	0,0	2	0,4	-
Trabalhadores nas indústrias têxtil, vestuário e artes gráficas	3	0,6	2	0,4	-33,3%
Bombeiros Militares	0	0,0	1	0,2	-
Membros Superiores e Dirigentes do Poder Público	2	0,4	1	0,2	-50,0%
Pesquisadores e Profissionais Policiais	0	0,0	1	0,2	-
Técnicos de Nível Médio em serviços de transporte	0	0,0	1	0,2	-
Técnicos Polivalentes	0	0,0	1	0,2	-
Trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica	1	0,2	1	0,2	0,0%
Operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades)	1	0,2	0	0,0	-100,0%
Trabalhadores de instalações siderúrgicas e de materiais de construção	1	0,2	0	0,0	-100,0%
<b>Total</b>	<b>512</b>	<b>100</b>	<b>538</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

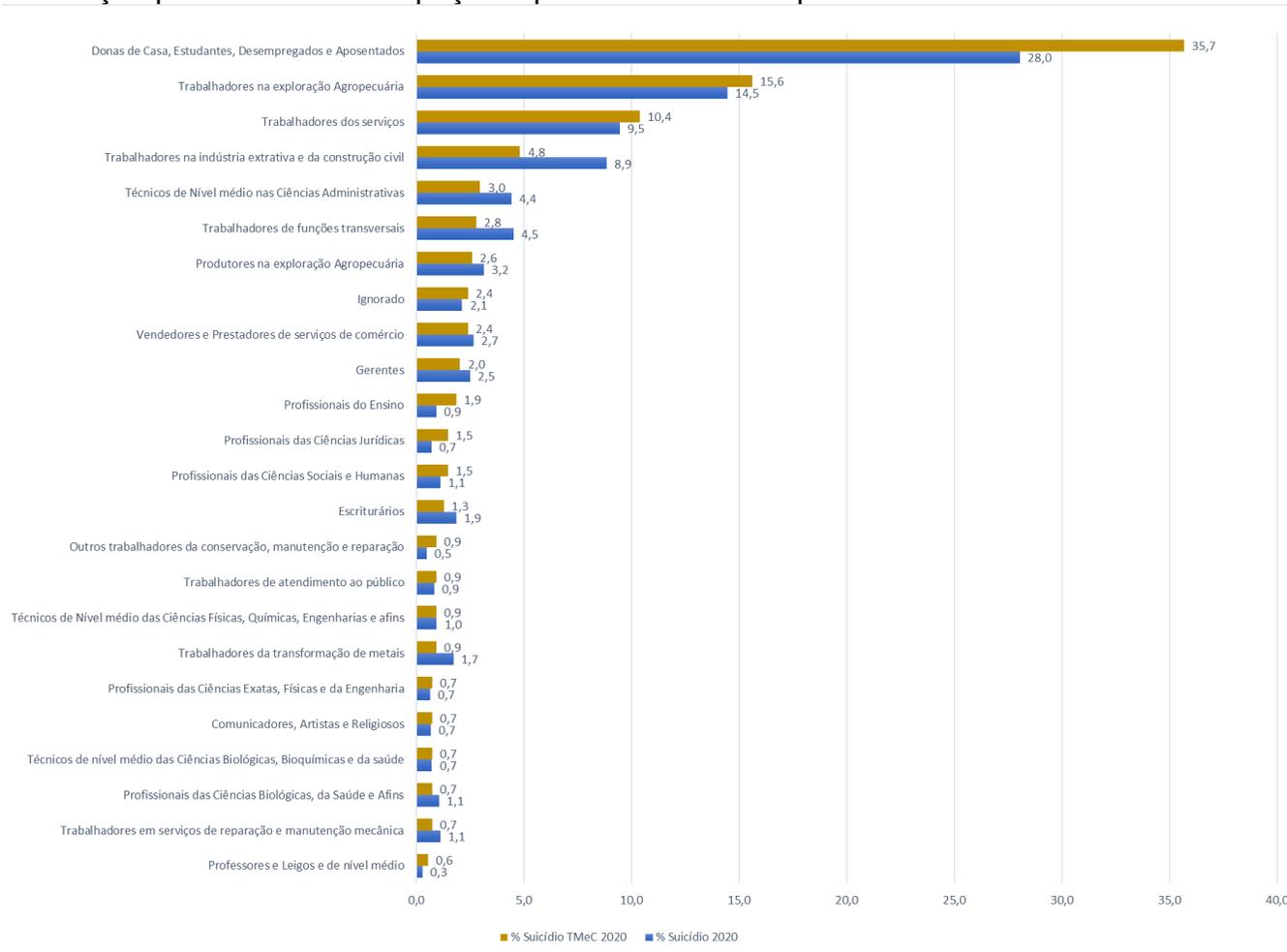
Fonte: Microdados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. Número de suicídios TMeC: obtido como em 1 nos casos em que houve a menção de TMeC (códigos CID-10 iniciados com "F") em pelo menos uma das variáveis de diagnóstico nas demais variáveis de diagnósticos associados.

3. Ocupação obtida a partir da variável "OCUP" que remete à Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída em 2002.

Gráfico 5. Distribuição percentual das ocupações que concentraram aproximadamente 96% do total de suicídios. Brasil, 2020



Fonte: Microdados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

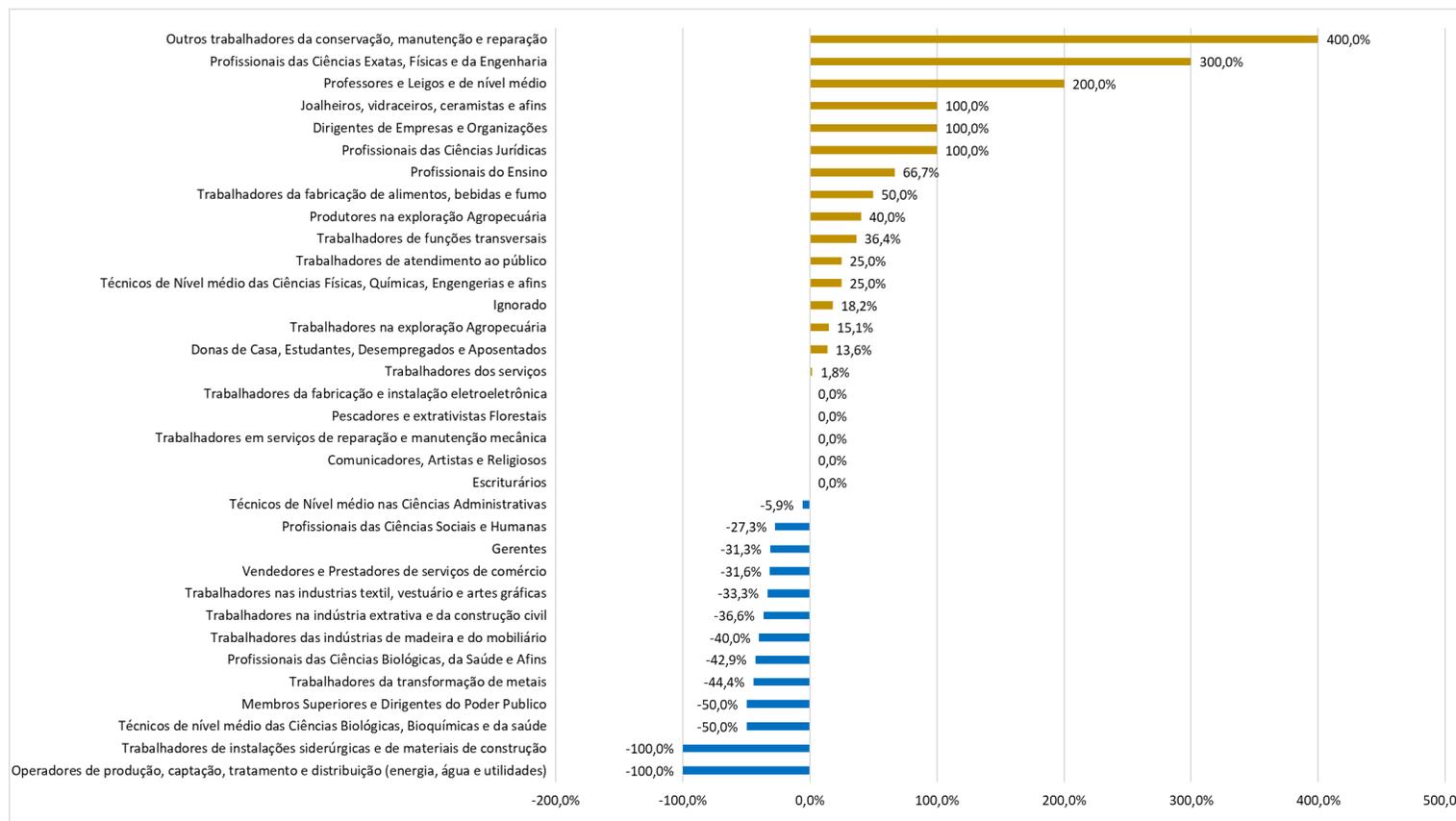
Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. Número de suicídios TMeC: obtido como em 1 nos casos em que houve a menção de TMeC (códigos CID-10 iniciados com “F”) em pelo menos uma das variáveis de diagnóstico nas demais variáveis de diagnósticos associados.

3. Ocupação obtida a partir da variável “OCUP” que remete à Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída em 2002.

O Gráfico 6 ilustra as variações percentuais das ocupações dos indivíduos que cometeram suicídio associados aos TMeC no Brasil entre 2019 e 2020. Apesar do pequeno número registrado de suicídios no SIM pode ser destacado que as ocupações que apresentaram os maiores números absolutos de suicídio não foram as que mais variaram no último ano, influenciadas também pela pandemia de COVID-19. Os trabalhadores da conservação, manutenção e reparação foram os mais afetados pela pandemia, com um crescimento de 400% entre 2019 e 2020, seguido dos Profissionais das Ciências exatas, física e engenharias, com crescimento de 300%, professores e leigos de ensino médio, com 200%, joalheiros, vidraceiros, ceramistas e afins, dirigentes de empresas e organizações e profissionais das ciências jurídicas, com crescimento de 100% e Profissionais de ensino, com crescimento de quase 70%. Houve profissões que parecem não ter sido afetadas pela pandemia, se tratando de suicídios com TMeC, que apresentaram variação percentual igual a 0%, ou seja, que mantiveram o mesmo quantitativo de suicídios registrados, a saber: Trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica; pescadores e extrativistas florestais; trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica; comunicadores, artistas e religiosos; e escriturários. Por fim, as profissões que foram afetadas e que reduziram os números de suicídios no último ano foram: dos técnicos de nível médio nas ciências administrativas, com redução de 5,9% até operadores da produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades), com redução de 100% do número de suicídios associados aos TMeC no último ano.

Gráfico 6. Variação percentual dos óbitos por suicídios associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC). Brasil, 2019 e 2020



Fonte: Microdados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. Número de suicídios TMeC: obtido como em 1 nos casos em que houve a menção de TMeC (códigos CID-10 iniciados com “F”) em pelo menos uma das variáveis de diagnóstico nas demais variáveis de diagnósticos associados.

3. Ocupação obtida a partir da variável “OCUP” que remete à Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída em 2002.

## 5.5. Tipologias dos óbitos por suicídio

As Tabelas 6 e 7 ilustram os meios pelos quais os indivíduos utilizaram para acabarem com as suas próprias vidas, sejam eles diagnosticados com TMeC ou não, sendo o principal deles o suicídio por enforcamento, estrangulamento ou sufocação, com 67,7% dos casos de suicídios totais e de 50% nos casos com diagnósticos associados aos TMeC. Ainda dos casos gerais, 5,6% dos casos foram com a utilização de disparo de arma de fogo e 4,2% por autointoxicação intencional a pesticidas e, nos casos associados aos TMeC, 8,2% por autointoxicação por exposição intencional a drogas e sedativos hipnóticos e psicotrópicos, 7,5% por autointoxicação intencional a pesticidas, 6,5% por ingestão de outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e de 4,7% por precipitação de lugar elevado, entre outras.

Analisando a variação percentual do último ano da série estudada, pode ser observado que os meios que mais cresceram entre os suicídios com TMeC foram por utilização de gases e vapores, com 400%, seguido por 333,33% com a utilização de disparo de arma de fogo; 100% de crescimento nos casos de precipitação ou permanência de um objeto em movimento e 58,5% por utilização de outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas. Em se tratando de redução dos casos, houve uma redução de 47,4% nos casos de afogamento ou submersão e de 30,4% por disparo de outra arma de fogo não especificada, entre outras (Tabela 7).

Nos casos gerais de suicídio, houve um aumento dos casos de suicídio por uso de narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) de 40,3%, de 22,1% por utilização de outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas, de 21,4% por fumaça, fogo e por chamas, de 20,3% por autointoxicação voluntária por álcool e de 18,5% por disparo de arma de fogo, entre outros (Tabela 6).

Tabela 6. Números absolutos e variação percentual dos suicídios segundo categorias de classificação. Brasil, 2010 a 2020

CID-10	Tipologia dos suicídios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variação % 2010-2020	Variação % 2015-2020	Variação % 2019-2020	Total (2010 a 2020)	% Total (2010 a 2020)
X60	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos	6	13	11	11	13	9	21	9	11	14	14	133,3%	55,6%	0,0%	132	0,1
X61	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	178	173	200	157	213	196	211	244	246	260	235	32,0%	19,9%	-9,6%	2.313	1,8
X62	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte	35	62	55	61	76	60	51	75	87	77	108	208,6%	80,0%	40,3%	747	0,6
X63	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	20	16	11	6	15	9	13	17	14	15	13	-35,0%	44,4%	-13,3%	149	0,1
X64	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	188	179	192	192	184	210	214	257	308	366	447	137,8%	112,9%	22,1%	2.737	2,2
X65	Auto-intoxicação voluntária por álcool	35	36	41	56	52	47	36	48	60	64	77	120,0%	63,8%	20,3%	552	0,4
X66	Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	8	12	13	10	16	11	13	15	8	18	15	87,5%	36,4%	-16,7%	139	0,1
X67	Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores	13	14	20	31	26	33	36	37	42	45	38	192,3%	15,2%	-15,6%	335	0,3
X68	Auto-intoxicação intencional a pesticidas	722	719	537	508	472	468	460	446	403	312	295	-59,1%	-37,0%	-5,4%	5.342	4,2
X69	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	311	288	274	236	257	264	205	258	201	190	185	-40,5%	-29,9%	-2,6%	2.669	2,1
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	5.679	6.148	6.687	6.893	7.090	7.628	7.813	8.690	8.958	9.718	9.979	75,7%	30,8%	2,7%	85.283	67,7
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	107	147	117	114	110	128	112	134	135	160	129	20,6%	0,8%	-19,4%	1.393	1,1
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	283	283	293	312	279	251	258	283	269	260	308	8,8%	22,7%	18,5%	3.079	2,4
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre	39	46	41	49	62	46	44	46	44	46	34	-12,8%	-26,1%	-26,1%	497	0,4
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	647	587	655	679	632	608	648	632	672	667	627	-3,1%	3,1%	-6,0%	7.054	5,6
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	4	3	3	9	10	7	10	4	4	5	5	25,0%	-28,6%	0,0%	64	0,1
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	223	204	203	212	174	156	148	151	150	145	176	-21,1%	12,8%	21,4%	1.942	1,5
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	1	6	4	5	9	-	3	5	9	6	3	200,0%	-	-50,0%	51	0,0
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	179	187	169	185	167	182	173	198	159	208	231	29,1%	26,9%	11,1%	2.038	1,6
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	80	78	85	83	98	67	71	73	61	78	56	-30,0%	-16,4%	-28,2%	830	0,7
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	385	344	347	391	451	472	487	466	451	462	510	32,5%	8,1%	10,4%	4.766	3,8
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	15	24	15	21	16	25	20	26	19	29	23	53,3%	-8,0%	-20,7%	233	0,2
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	45	26	36	38	47	49	48	52	76	72	59	31,1%	20,4%	-18,1%	548	0,4
X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	21	18	34	21	19	27	33	28	29	29	23	9,5%	-14,8%	-20,7%	282	0,2
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	224	239	278	253	165	225	305	301	317	274	245	9,4%	8,9%	-10,6%	2.826	2,2
	<b>Total</b>	<b>9.448</b>	<b>9.852</b>	<b>10.321</b>	<b>10.533</b>	<b>10.653</b>	<b>11.178</b>	<b>11.433</b>	<b>12.495</b>	<b>12.733</b>	<b>13.520</b>	<b>13.835</b>	<b>46,4%</b>	<b>23,8%</b>	<b>2,3%</b>	<b>126.001</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

Tabela 7. Números absolutos e variação percentual dos suicídios associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) segundo categorias de classificação. Brasil, 2010 a 2020

CID-10	Tipologia dos suicídios												Variação %	Variação %	Variação %	Total	% Total
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010-2020	2015-2020	2019-2020	(2010 a 2020)	(2010 a 2020)
X60	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos	-	-	1	1	2	1	2	-	1	-	1	-	0,0%	-	9	0,1
X61	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	36	24	24	28	43	50	57	66	62	66	52	44,4%	4,0%	-21,2%	508	8,2
X62	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte	8	2	6	13	7	14	10	10	17	23	20	150,0%	42,9%	-13,0%	130	2,1
X63	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	2	2	4	-	3	2	-	5	2	4	4	100,0%	100,0%	0,0%	28	0,4
X64	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	12	12	14	30	18	33	25	54	37	65	103	758,3%	212,1%	58,5%	403	6,5
X65	Auto-intoxicação voluntária por álcool	7	14	7	15	18	16	8	17	18	37	31	342,9%	93,8%	-16,2%	188	3,0
X66	Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	2	1	1	-	-	-	2	2	-	3	2	0,0%	-	-33,3%	13	0,2
X67	Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores	-	2	-	4	3	1	1	3	2	1	5	-	400,0%	400,0%	22	0,4
X68	Auto-intoxicação intencional a pesticidas	37	48	32	39	35	49	43	46	62	41	38	2,7%	-22,4%	-7,3%	470	7,5
X69	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	12	11	17	12	17	25	15	20	30	30	28	133,3%	12,0%	-6,7%	217	3,5
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	187	191	193	231	263	275	269	365	329	378	430	129,9%	56,4%	13,8%	3.111	50,0
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	10	7	11	9	5	6	11	11	13	19	10	0,0%	66,7%	-47,4%	112	1,8
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	4	10	7	7	10	5	8	11	13	3	13	225,0%	160,0%	333,3%	91	1,5
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre	1	-	2	2	3	2	-	-	5	-	5	400,0%	150,0%	-	20	0,3
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	5	6	14	16	11	9	14	10	24	23	16	220,0%	77,8%	-30,4%	148	2,4
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	-	-	-	-	-	1	2	-	1	-	1	-	0,0%	-	5	0,1
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	5	6	12	17	15	13	10	13	18	19	16	220,0%	23,1%	-15,8%	144	2,3
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	0,0%	4	0,1
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	3	7	8	11	8	11	13	8	11	15	13	333,3%	18,2%	-13,3%	108	1,7
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	2	-	-	1	1	-	4	1	-	1	1	-50,0%	-	0,0%	11	0,2
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	13	11	10	17	33	29	41	26	38	30	44	238,5%	51,7%	46,7%	292	4,7
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	-	-	1	2	2	1	1	1	1	2	4	-	300,0%	100,0%	15	0,2
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	1	-	2	1	3	3	4	3	5	9	10	900,0%	233,3%	11,1%	41	0,7
X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	2	-	4	1	-	-	3	3	3	2	2	0,0%	-	0,0%	20	0,3
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	10	6	11	9	11	8	2	13	18	9	21	110,0%	162,5%	133,3%	118	1,9
<b>Total</b>		<b>359</b>	<b>360</b>	<b>381</b>	<b>466</b>	<b>511</b>	<b>554</b>	<b>545</b>	<b>688</b>	<b>712</b>	<b>781</b>	<b>871</b>	<b>142,6%</b>	<b>57,2%</b>	<b>11,5%</b>	<b>6.228</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

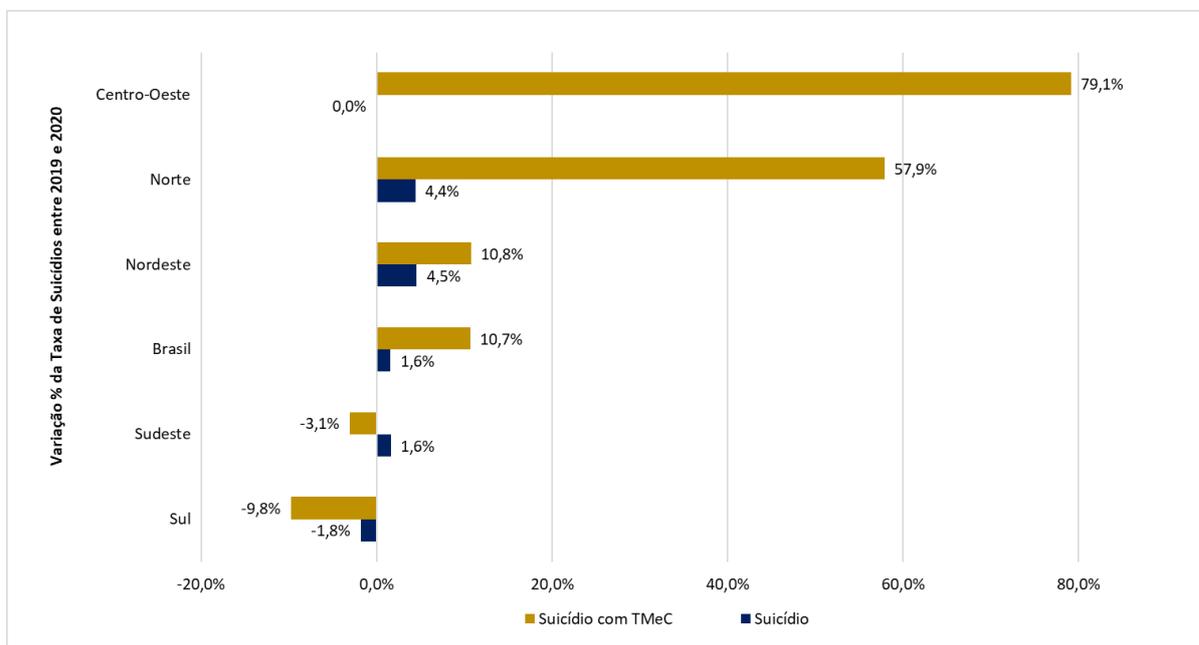
Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. Número de suicídios TMeC: obtido como em 1 nos casos em que houve a menção de TMeC nas demais variáveis de diagnósticos associados.

## 5.6. Macrorregiões geográficas

Considerando o recorte geográfico e territorial brasileiro, a partir do Gráfico 7, pode ser analisado que a variação da taxa brasileira de suicídio no último ano foi de 1,6%, enquanto a variação percentual da taxa brasileira de suicídio associada aos TMeC foi de 10,7%, quase sete vezes superior à variação da taxa de suicídio geral brasileira (Tabelas 9 e 11). No que concerne as realidades regionais, nota-se um comportamento desigual no território, no qual as Macrorregiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste cresceram bem acima da taxa brasileira, principalmente no que tange aos casos de suicídio com associação aos TMeC, com crescimentos de 79,1%, 57,9% e de 10,8% respectivamente, enquanto as Macrorregiões Sudeste e Sul reduziram as taxas em 3,1% e 9,8%, respectivamente.

Gráfico 7. Variação percentual da taxa de óbitos por suicídios e suicídios com menção diagnóstica aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC). Brasil, 2019 e 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. Número de suicídios TMeC: obtido como em 1 nos casos em que houve a menção de TMeC nas demais variáveis de diagnósticos associados.

Tabela 8. Número absoluto e variação percentual de suicídios segundo macrorregiões geográficas. Brasil, 2010 a 2020

	Número de Suicídios											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>9.448</b>	<b>9.852</b>	<b>10.321</b>	<b>10.533</b>	<b>10.653</b>	<b>11.178</b>	<b>11.433</b>	<b>12.495</b>	<b>12.733</b>	<b>13.520</b>	<b>13.835</b>	<b>46,4%</b>	<b>23,8%</b>	<b>2,3%</b>
<b>Norte</b>	624	692	694	759	708	881	826	896	991	1.058	1.119	79,3%	27,0%	5,8%
<b>Nordeste</b>	2.123	2.297	2.336	2.494	2.393	2.540	2.722	2.981	2.996	3.082	3.239	52,6%	27,5%	5,1%
<b>Sudeste</b>	3.735	3.900	4.002	3.959	4.283	4.323	4.249	4.635	4.675	4.930	5.046	35,1%	16,7%	2,4%
<b>Sul</b>	2.154	2.156	2.357	2.365	2.319	2.494	2.602	2.862	2.891	3.167	3.132	45,4%	25,6%	-1,1%
<b>Centro-Oeste</b>	812	807	932	956	950	940	1.034	1.121	1.180	1.283	1.299	60,0%	38,2%	1,2%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

Tabela 9. Taxa e variação percentual de suicídios segundo macrorregiões geográficas. Brasil, 2010 a 2020

	Taxa de Suicídios											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,4</b>	<b>6,5</b>	<b>31,9%</b>	<b>19,5%</b>	<b>1,6%</b>
<b>Norte</b>	3,9	4,3	4,2	4,5	4,1	5,0	4,7	5,0	5,5	5,7	6,0	52,4%	19,1%	4,4%
<b>Nordeste</b>	4,0	4,3	4,3	4,5	4,3	4,5	4,8	5,2	5,3	5,4	5,6	41,1%	25,7%	4,5%
<b>Sudeste</b>	4,6	4,8	4,9	4,7	5,0	5,0	4,9	5,3	5,3	5,6	5,7	22,0%	12,4%	1,6%
<b>Sul</b>	7,9	7,8	8,5	8,2	8,0	8,5	8,8	9,7	9,7	10,6	10,4	31,9%	21,6%	-1,8%
<b>Centro-Oeste</b>	5,8	5,7	6,5	6,4	6,2	6,1	6,6	7,1	7,3	7,9	7,9	36,2%	29,3%	0,0%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. População: Estimativas de População IBGE

Tabela 10. Número absoluto e variação percentual de suicídios associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) segundo macrorregiões geográficas. Brasil, 2010 a 2020

	Número de Suicídios com TMeC											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>359</b>	<b>360</b>	<b>381</b>	<b>466</b>	<b>511</b>	<b>554</b>	<b>545</b>	<b>688</b>	<b>712</b>	<b>781</b>	<b>871</b>	<b>142,6%</b>	<b>57,2%</b>	<b>11,5%</b>
<b>Norte</b>	19	18	17	24	21	35	39	43	59	45	72	278,9%	105,7%	60,0%
<b>Nordeste</b>	95	122	94	130	148	163	169	181	144	158	176	85,3%	8,0%	11,4%
<b>Sudeste</b>	161	132	151	164	184	185	164	209	255	295	288	78,9%	55,7%	-2,4%
<b>Sul</b>	49	63	77	96	98	113	122	172	160	197	179	265,3%	58,4%	-9,1%
<b>Centro-Oeste</b>	35	25	42	52	60	58	51	83	94	86	156	345,7%	169,0%	81,4%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios TMeC: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito nos casos em que houve a menção de TMeC nas demais variáveis de diagnósticos associados.

Tabela 11. Taxa e variação percentual de suicídios associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) segundo macrorregiões geográficas. Brasil, 2010 a 2020

	Taxa de Suicídios com menção diagnóstica de TMeC											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>118,5%</b>	<b>51,8%</b>	<b>10,7%</b>
<b>Norte</b>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	222,0%	92,8%	57,9%
<b>Nordeste</b>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	71,4%	6,4%	10,8%
<b>Sudeste</b>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	61,5%	50,0%	-3,1%
<b>Sul</b>	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7	0,6	231,3%	53,4%	-9,8%
<b>Centro-Oeste</b>	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,5	0,6	0,5	0,9	279,4%	151,7%	79,1%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios TMeC: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito nos casos em que houve a menção de TMeC nas demais variáveis de diagnósticos associados.

2. População: Estimativas de População IBGE.

## 5.7. Unidades da Federação

A Tabela 13 apresenta a taxa de suicídio por Unidades da Federação de 2010 a 2020 e as variações percentuais da taxa dos últimos dez, cinco e um ano. Nela, pode ser observado que a taxa nacional é de 6,5 suicídios a cada cem mil habitantes em 2020 e que quatorze dos vinte e sete estados possuem taxa superior à taxa nacional, sendo o Rio Grande do Sul a UF com maior taxa entre todos, de 12,4 por cem mil habitante, quase o dobro da taxa brasileira e Minas Gerais e Piauí os estados com as menores taxas, sendo de 4,5 suicídios a cada 100 mil habitantes em 2020. Quanto à variação da taxa no último ano, se destacam o Rio de Janeiro, Alagoas e Amazonas com crescimentos de 37,1%, 29,7% e 21,9% respectivamente contra uma redução de -30,9% dos suicídios em Roraima e de -17,9% no Amapá.

A Tabela 15 apresenta a taxa de suicídio associada aos TMeC no Brasil e nas suas Unidades da Federação nos últimos dez anos e as variações percentuais nos últimos dez, cinco e um ano. Nela pode ser observado que a taxa brasileira e 2020 foi de 0,4 suicídios com TMeC por cada 100 mil habitantes, o que representa um crescimento de 118% nos últimos dez anos, de 51% nos últimos cinco e 10,7% no último ano. Doze estados apresentaram taxa igual ou superior à taxa nacional, sendo as maiores no Distrito Federal, com 2,9 suicídios por 100 mil habitantes, 1,5 no Piauí, 1,4 e Tocantins e 0,8 em Santa Catarina. Quanto à variação do último ano, afetado pela pandemia de COVID-19, houve uma distribuição desigual com estados crescendo muito acima da taxa nacional, como Alagoas com 298,3%, Distrito Federal, com 221,7%, Ceará com 178,3%, Amazonas com 97%, Tocantins com 81,3% e Pará com 73% entre outros e os estados que reduziram a taxa no último ano, tais como: Espírito Santo com redução de 56,1%, Minas Gerais com -29,8% e Rio Grande do Sul com -29,5% entre outros

A Figura 4 ilustra a distribuição espacial do número de suicídios nos territórios das Unidades da Federação brasileiras nos anos de 2010, 2019 e 2020, onde pode ser observado não somente o crescimento do número ao longo dos anos, bem como o espalhamento do fenômeno do suicídio em todos os estados brasileiros, sobretudo nas classes de maior frequência de óbitos, principalmente

em São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, que tiveram números de 2.359, 1.647 e de 1.419 suicídios registrados no ano de 2020 (Tabela 12).

A Figura 5 apresenta a distribuição espacial da variação da taxa de suicídios nas Unidades da Federação brasileiras no último ano (de 2019 a 2020), onde pode ser observada uma distribuição desigual entre as regiões e os estados que as compõem. Enquanto a taxa nacional apresentou crescimento de 1,6% no último ano, dentro da Região Norte, Amazonas com crescimento de 21,9% e Pará com crescimento de 11,2% e os estados de Roraima e Amapá com as maiores reduções nacionais, -30,9% e -17,9% no ano. No Sudeste, o Rio de Janeiro foi o estado de maior crescimento nacional, com 37,1% e o Espírito Santo, com 0,1% de crescimento, com São Paulo e Minas Gerais reduzindo 1,6 e 5,5%. Na Região Sul, todos os estados apresentaram redução da taxa de suicídio no último ano, sendo a maior redução em Santa Catarina de -3,7%; No Centro-Oeste também pode-se observar que praticamente todos os estados apresentaram redução, com exceção de Goiás, com crescimento de 1,4% e na Região Nordeste, apenas Ceará e Maranhão reduziram suas taxas, com -4,1 e -4,8%, contrapondo Alagoas, Rio Grande do Norte, Bahia e Maranhão, com crescimentos de 29,7, 14,3, 13,1, 11,1 e 1,5% respectivamente.

A Figura 6 apresenta a distribuição espacial da variação da taxa de suicídios associados a TMeC nas Unidades da Federação brasileiras no último ano (de 2019 a 2020), onde se pode verificar que os Estados em amarelo consistem naqueles em que foram afetados de forma mais grave “negativamente” pela pandemia de COVID-19 e que apresentaram aumento na taxa de suicídio, sendo esta superior a 40%, chegando até 298% em Alagoas (Tabela 15). São Paulo e Rio de Janeiro foram menos afetados, sobretudo, ainda apresentaram um crescimento expressivo no último ano, de 32,6% e 20,2% respectivamente. Maranhão e Goiás apresentaram um crescimento relativamente baixo em relação aos outros estados, de 2,9% e de 1,0%, Acre, Amapá, Roraima e Sergipe não apresentaram dados no período e os demais estados apresentaram redução das taxas de suicídio chegando à redução de 56% no Espírito Santo.

Em se tratando das macrorregiões geográficas brasileiras e de suicídio associado aos TMeC, as diferenças aparecem ainda mais intensas. Na Região Norte, todas as UFs tiveram crescimento da taxa no último ano, com exceção daquelas sem informação para o período (em branco na Figura 5); Na Região Centro-Oeste observou-se o Distrito Federal, com crescimento de 221,7%, Mato Grosso e Goiás, com crescimentos de 43,7% e 1,0% e apenas Mato Grosso do Sul, com redução de 12,1%; Na Região Sul, Paraná foi o único que apresentou crescimento de 44,7%, contrapondo com Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com reduções de 29,5% e 11,5%, respectivamente. Por fim, na região Nordeste, Alagoas teve o maior crescimento do Brasil, com 298,3%, seguido do Ceará com 178,3%, Bahia com 52,4%, Rio Grande do Norte com 48,8% e Maranhão com 2,9% e Piauí, Pernambuco e Paraíba na contramão regional, reduzindo em 9,3%, 18,7% e 17,1%, respectivamente.

Tabela 12. Número absoluto e variação percentual de suicídios segundo Unidade da Federação. Brasil, 2010 a 2020

	Número de Suicídios											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>9.448</b>	<b>9.852</b>	<b>10.321</b>	<b>10.533</b>	<b>10.653</b>	<b>11.178</b>	<b>11.433</b>	<b>12.495</b>	<b>12.733</b>	<b>13.520</b>	<b>13.835</b>	<b>46,4%</b>	<b>23,8%</b>	<b>2,3%</b>
Acre	41	41	43	44	49	39	56	64	59	72	72	75,6%	84,6%	0,0%
Alagoas	85	104	109	143	118	116	112	104	137	129	168	97,6%	44,8%	30,2%
Amapá	30	37	21	45	34	53	36	46	62	61	51	70,0%	-3,8%	-16,4%
Amazonas	162	188	185	225	233	263	194	207	234	253	313	93,2%	19,0%	23,7%
Bahia	432	432	477	491	448	503	532	603	563	649	737	70,6%	46,5%	13,6%
Ceará	488	553	510	590	566	565	590	644	655	628	606	24,2%	7,3%	-3,5%
Distrito Federal	148	100	135	124	135	130	152	168	187	199	198	33,8%	52,3%	-0,5%
Espírito Santo	160	162	178	158	172	189	175	207	239	248	251	56,9%	32,8%	1,2%
Goiás	315	338	402	427	454	435	481	497	499	580	596	89,2%	37,0%	2,8%
Maranhão	208	218	206	242	255	280	294	318	313	334	341	63,9%	21,8%	2,1%
Mato Grosso	161	158	185	177	157	145	178	197	226	241	261	62,1%	80,0%	8,3%
Mato Grosso do Sul	188	211	210	228	204	230	223	259	268	263	244	29,8%	6,1%	-7,2%
Minas Gerais	1.102	1.258	1.264	1.159	1.357	1.303	1.302	1.515	1.530	1.732	1.647	49,5%	26,4%	-4,9%
Pará	188	222	240	232	208	266	277	301	350	348	391	108,0%	47,0%	12,4%
Paraíba	158	163	189	199	158	221	181	250	237	251	258	63,3%	16,7%	2,8%
Paraná	588	593	629	655	620	716	760	774	915	944	935	59,0%	30,6%	-1,0%
Pernambuco	285	291	332	320	325	308	396	438	430	443	451	58,2%	46,4%	1,8%
Piauí	201	234	233	227	244	271	321	317	331	328	313	55,7%	15,5%	-4,6%
Rio de Janeiro	509	433	463	437	522	531	573	607	699	572	789	55,0%	48,6%	37,9%
Rio Grande do Norte	137	177	171	157	169	156	181	180	196	204	235	71,5%	50,6%	15,2%
Rio Grande do Sul	1.036	1.043	1.180	1.142	1.112	1.141	1.168	1.349	1.241	1.425	1.419	37,0%	24,4%	-0,4%
Rondônia	82	78	73	86	84	109	103	113	125	140	139	69,5%	27,5%	-0,7%
Roraima	34	34	38	33	15	52	59	50	37	50	36	5,9%	-30,8%	-28,0%
Santa Catarina	530	520	548	568	587	637	674	739	735	798	778	46,8%	22,1%	-2,5%
São Paulo	1.964	2.047	2.097	2.205	2.232	2.300	2.199	2.306	2.207	2.378	2.359	20,1%	2,6%	-0,8%
Sergipe	129	125	109	125	110	120	115	127	134	116	130	0,8%	8,3%	12,1%
Tocantins	87	92	94	94	85	99	101	115	124	134	117	34,5%	18,2%	-12,7%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

Tabela 13. Taxa e variação percentual de suicídios segundo Unidade da Federação. Brasil, 2010 a 2020

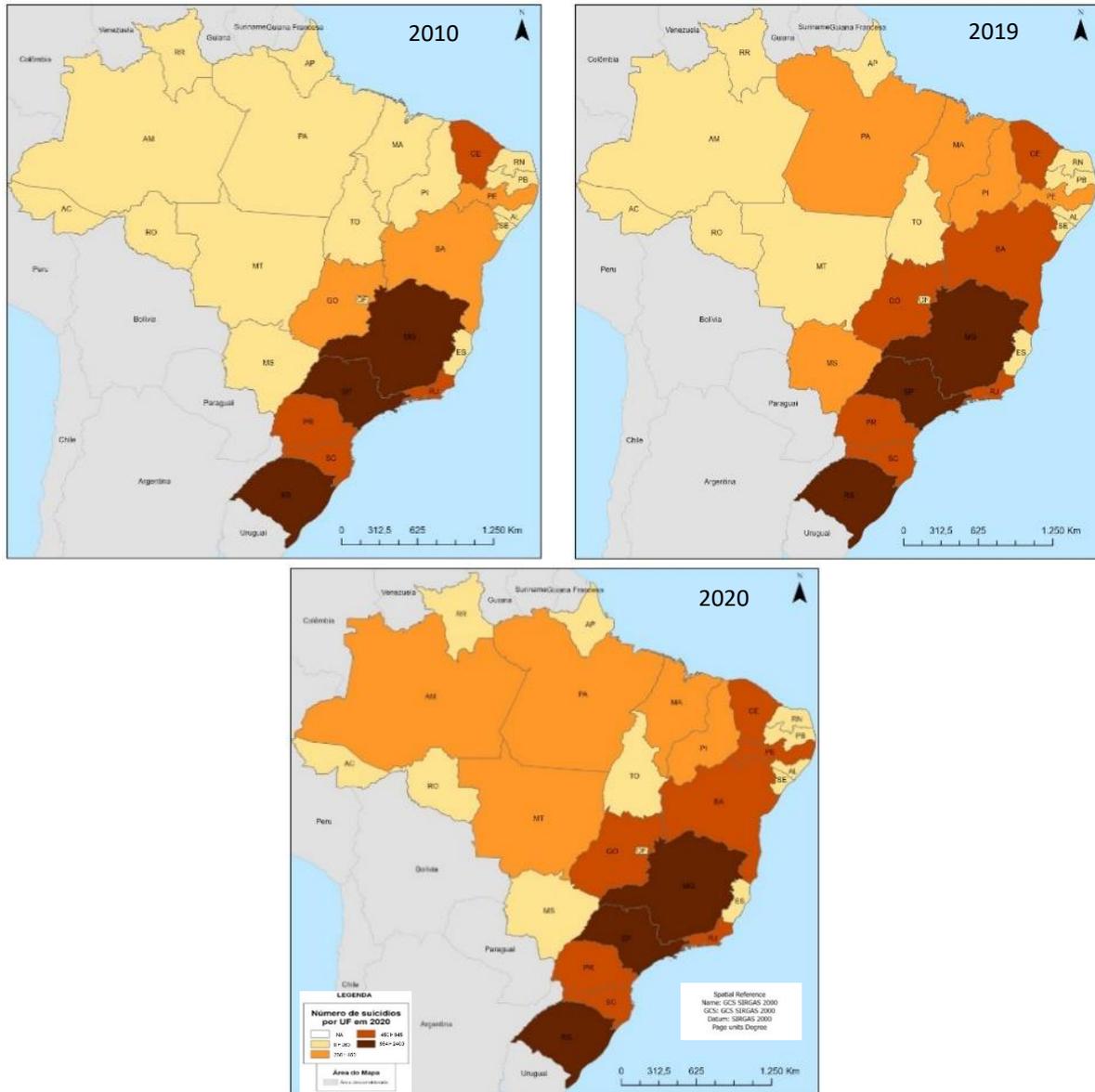
	Taxa de Suicídios											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,4</b>	<b>6,5</b>	<b>31,9%</b>	<b>19,5%</b>	<b>1,6%</b>
Acre	5,6	5,5	5,7	5,7	6,2	4,9	6,9	7,7	6,8	8,2	8,0	43,9%	65,8%	-1,4%
Alagoas	2,7	3,3	3,4	4,3	3,6	3,5	3,3	3,1	4,1	3,9	5,0	84,0%	44,4%	29,7%
Amapá	4,5	5,4	3,0	6,1	4,5	6,9	4,6	5,8	7,5	7,2	5,9	31,9%	-14,4%	-17,9%
Amazonas	4,7	5,3	5,2	5,9	6,0	6,7	4,8	5,1	5,7	6,1	7,4	59,8%	11,4%	21,9%
Bahia	3,1	3,1	3,4	3,3	3,0	3,3	3,5	3,9	3,8	4,4	4,9	60,2%	49,2%	13,1%
Ceará	5,8	6,5	5,9	6,7	6,4	6,3	6,6	7,1	7,2	6,9	6,6	14,2%	4,0%	-4,1%
Distrito Federal	5,8	3,8	5,1	4,4	4,7	4,5	5,1	5,5	6,3	6,6	6,5	12,2%	45,3%	-1,8%
Espírito Santo	4,6	4,6	5,0	4,1	4,4	4,8	4,4	5,2	6,0	6,2	6,2	35,6%	28,4%	0,1%
Goiás	5,2	5,6	6,5	6,6	7,0	6,6	7,2	7,3	7,2	8,3	8,4	59,7%	27,3%	1,4%
Maranhão	3,2	3,3	3,1	3,6	3,7	4,1	4,2	4,5	4,4	4,7	4,8	51,4%	18,2%	1,5%
Mato Grosso	5,3	5,1	5,9	5,6	4,9	4,4	5,4	5,9	6,6	6,9	7,4	39,5%	66,7%	7,0%
Mato Grosso do Sul	7,7	8,5	8,4	8,8	7,8	8,7	8,3	9,5	9,8	9,5	8,7	13,2%	0,1%	-8,2%
Minas Gerais	5,6	6,4	6,4	5,6	6,5	6,2	6,2	7,2	7,3	8,2	7,7	37,5%	23,9%	-5,5%
Pará	2,5	2,9	3,1	2,9	2,6	3,2	3,3	3,6	4,1	4,0	4,5	81,6%	38,8%	11,2%
Paraíba	4,2	4,3	5,0	5,1	4,0	5,6	4,5	6,2	5,9	6,2	6,4	52,3%	14,8%	2,3%
Paraná	5,6	5,6	5,9	6,0	5,6	6,4	6,8	6,8	8,1	8,3	8,1	44,1%	26,6%	-1,7%
Pernambuco	3,2	3,3	3,7	3,5	3,5	3,3	4,2	4,6	4,5	4,6	4,7	44,7%	42,3%	1,2%
Piauí	6,4	7,5	7,4	7,1	7,6	8,5	10,0	9,8	10,1	10,0	9,5	48,0%	12,8%	-4,8%
Rio de Janeiro	3,2	2,7	2,9	2,7	3,2	3,2	3,4	3,6	4,1	3,3	4,5	42,8%	41,6%	37,1%
Rio Grande do Norte	4,3	5,5	5,3	4,7	5,0	4,5	5,2	5,1	5,6	5,8	6,6	53,8%	46,7%	14,3%
Rio Grande do Sul	9,7	9,7	11,0	10,2	9,9	10,1	10,3	11,9	11,0	12,5	12,4	28,2%	22,5%	-0,8%
Rondônia	5,3	4,9	4,6	5,0	4,8	6,2	5,8	6,3	7,1	7,9	7,7	47,2%	25,5%	-1,8%
Roraima	7,5	7,4	8,1	6,8	3,0	10,3	11,5	9,6	6,4	8,3	5,7	-24,3%	-44,5%	-30,9%
Santa Catarina	8,5	8,2	8,6	8,6	8,7	9,3	9,8	10,6	10,4	11,1	10,7	26,5%	14,8%	-3,7%
São Paulo	4,8	4,9	5,0	5,0	5,1	5,2	4,9	5,1	4,8	5,2	5,1	7,0%	-1,6%	-1,6%
Sergipe	6,2	6,0	5,2	5,7	5,0	5,4	5,1	5,6	5,9	5,0	5,6	-10,1%	4,8%	11,1%
Tocantins	6,3	6,6	6,6	6,4	5,7	6,5	6,6	7,4	8,0	8,5	7,4	17,0%	12,6%	-13,6%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. População: Estimativas de População IBGE.

Figura 4. Distribuição espacial do número de suicídios por Unidades da Federação. Brasil, 2010, 2019 e 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

Tabela 14. Número absoluto e variação percentual de suicídios associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) segundo Unidade da Federação. Brasil, 2010 a 2020

	Número de Suicídios com TMeC											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>359</b>	<b>360</b>	<b>381</b>	<b>466</b>	<b>511</b>	<b>554</b>	<b>545</b>	<b>688</b>	<b>712</b>	<b>781</b>	<b>871</b>	<b>142,6%</b>	<b>57,2%</b>	<b>11,5%</b>
Acre	-	1	-	1	-	2	8	4	-	4	-	-	-	-
Alagoas	1	1	1	-	-	3	1	2	2	1	4	300,0%	33,3%	300,0%
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Amazonas	4	6	8	10	7	12	14	15	24	9	18	350,0%	50,0%	100,0%
Bahia	18	16	22	34	64	58	58	54	26	34	52	188,9%	-10,3%	52,9%
Ceará	6	21	7	11	8	6	9	9	5	5	14	133,3%	133,3%	180,0%
Distrito Federal	7	5	7	11	11	16	12	25	39	27	88	1157,1%	450,0%	225,9%
Espírito Santo	2	1	4	4	3	5	3	4	3	9	4	100,0%	-20,0%	-55,6%
Goiás	15	12	16	29	31	32	31	44	42	43	44	193,3%	37,5%	2,3%
Maranhão	3	8	10	9	17	25	14	40	29	29	30	900,0%	20,0%	3,4%
Mato Grosso	8	4	9	8	12	6	6	8	4	11	16	100,0%	166,7%	45,5%
Mato Grosso do Sul	5	4	10	4	6	7	2	5	10	9	8	60,0%	14,3%	-11,1%
Minas Gerais	102	90	92	96	117	104	86	91	112	143	101	-1,0%	-2,9%	-29,4%
Pará	2	4	3	-	-	11	7	7	12	12	21	950,0%	90,9%	75,0%
Paraíba	2	4	4	3	8	2	5	7	12	6	5	150,0%	150,0%	-16,7%
Paraná	13	16	13	18	20	27	29	44	44	35	51	292,3%	88,9%	45,7%
Pernambuco	7	9	9	18	8	6	13	19	14	22	18	157,1%	200,0%	-18,2%
Piauí	53	52	34	44	36	46	56	38	47	55	50	-5,7%	8,7%	-9,1%
Rio de Janeiro	24	10	17	15	19	29	21	21	43	43	52	116,7%	79,3%	20,9%
Rio Grande do Norte	1	8	1	5	9	9	9	7	1	2	3	200,0%	-66,7%	50,0%
Rio Grande do Sul	25	36	50	55	58	44	50	83	78	96	68	172,0%	54,5%	-29,2%
Rondônia	5	1	1	2	7	8	4	1	7	6	10	100,0%	25,0%	66,7%
Roraima	-	1	-	2	-	-	-	4	2	-	1	-	-	-
Santa Catarina	11	11	14	23	20	42	43	45	38	67	60	445,5%	42,9%	-10,4%
São Paulo	32	31	39	49	43	45	54	93	97	98	131	309,4%	191,1%	33,7%
Sergipe	5	3	5	6	-	7	4	6	8	3	-	-	-	-
Tocantins	8	5	5	9	7	2	6	10	13	12	22	175,0%	1000,0%	83,3%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios TMeC: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito nos casos em que houve a menção de TMeC nas demais variáveis de diagnósticos associados.

Tabela 15. Taxa e variação percentual de suicídios associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) por Unidade da Federação. Brasil, 2010 a 2020

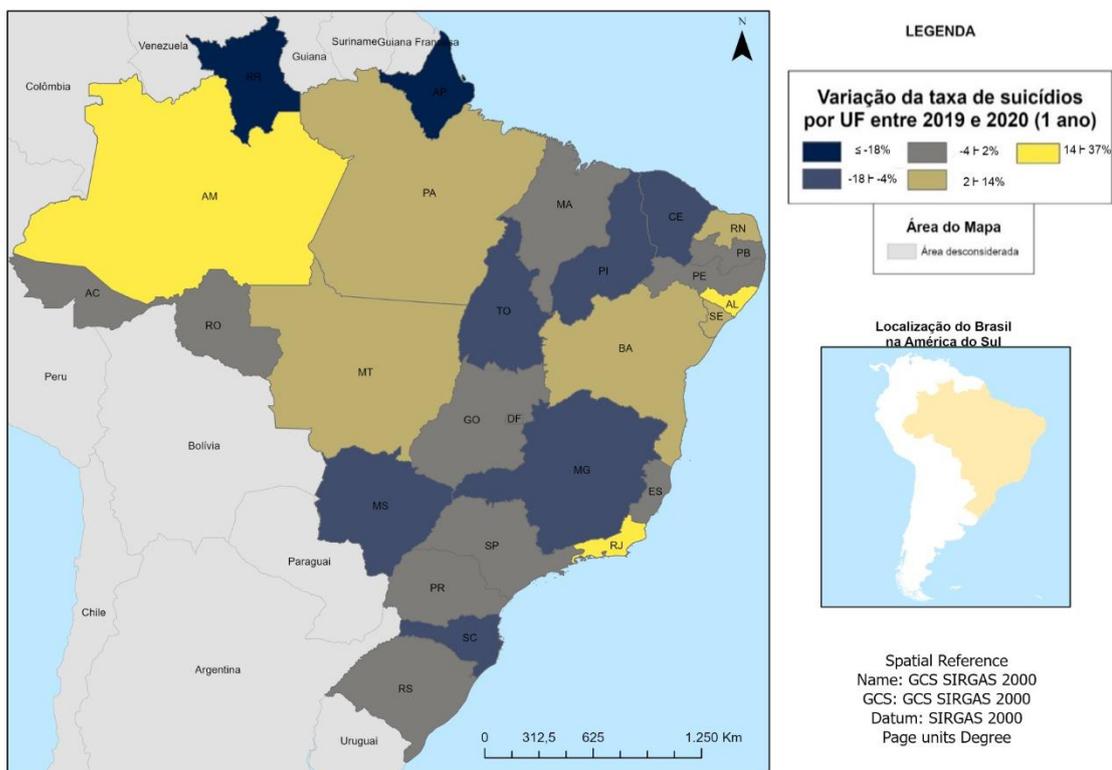
	Taxa de Suicídios com TMeC											Variação %		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010 a 2020	2015 a 2020	2019 a 2020
<b>Brasil</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>118,5%</b>	<b>51,8%</b>	<b>10,7%</b>
Acre	-	0,1	-	0,1	-	0,2	1,0	0,5	-	0,5	-	-	-	-
Alagoas	0,0	0,0	0,0	-	-	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	272,5%	32,9%	298,3%
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-
Amazonas	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,6	0,2	0,4	272,3%	40,4%	97,0%
Bahia	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	171,3%	-8,7%	52,4%
Ceará	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	114,6%	126,2%	178,3%
Distrito Federal	0,3	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,4	0,8	1,3	0,9	2,9	954,6%	424,7%	221,7%
Espírito Santo	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	72,9%	-22,6%	-56,1%
Goias	0,2	0,2	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	147,6%	27,8%	1,0%
Maranhão	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2	0,6	0,4	0,4	0,4	823,4%	16,5%	2,9%
Mato Grosso	0,3	0,1	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,5	72,1%	146,9%	43,7%
Mato Grosso do Sul	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,4	0,3	0,3	39,5%	7,9%	-12,1%
Minas Gerais	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,5	0,7	0,5	-8,9%	-4,8%	-29,8%
Pará	0,0	0,1	0,0	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	816,8%	80,3%	73,2%
Paraíba	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	133,1%	145,8%	-17,1%
Paraná	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	255,6%	83,1%	44,7%
Pernambuco	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	135,2%	191,5%	-18,7%
Piauí	1,7	1,7	1,1	1,4	1,1	1,4	1,7	1,2	1,4	1,7	1,5	-10,3%	6,1%	-9,3%
Rio de Janeiro	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	99,5%	70,9%	20,2%
Rio Grande do Norte	0,0	0,3	0,0	0,1	0,3	0,3	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	168,9%	-67,5%	48,8%
Rio Grande do Sul	0,2	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,7	0,7	0,8	0,6	154,7%	52,2%	-29,5%
Rondônia	0,3	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1	0,4	0,3	0,6	73,7%	23,0%	64,9%
Roraima	-	0,2	-	0,4	-	-	-	0,8	0,3	-	0,2	-	-	-
Santa Catarina	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,6	0,6	0,6	0,5	0,9	0,8	370,0%	34,3%	-11,5%
São Paulo	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	264,8%	179,2%	32,6%
Sergipe	0,2	0,1	0,2	0,3	-	0,3	0,2	0,3	0,4	0,1	-	-	-	-
Tocantins	0,6	0,4	0,4	0,6	0,5	0,1	0,4	0,6	0,8	0,8	1,4	139,2%	948,0%	81,3%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito nos casos em que houve a menção de TMeC nas demais variáveis de diagnósticos associados.

2. População: Estimativas de População IBGE.

Figura 5. Distribuição espacial da variação percentual da taxa de suicídio por Unidades da Federação entre os anos de 2019 e 2020. Brasil, 2019 e 2020

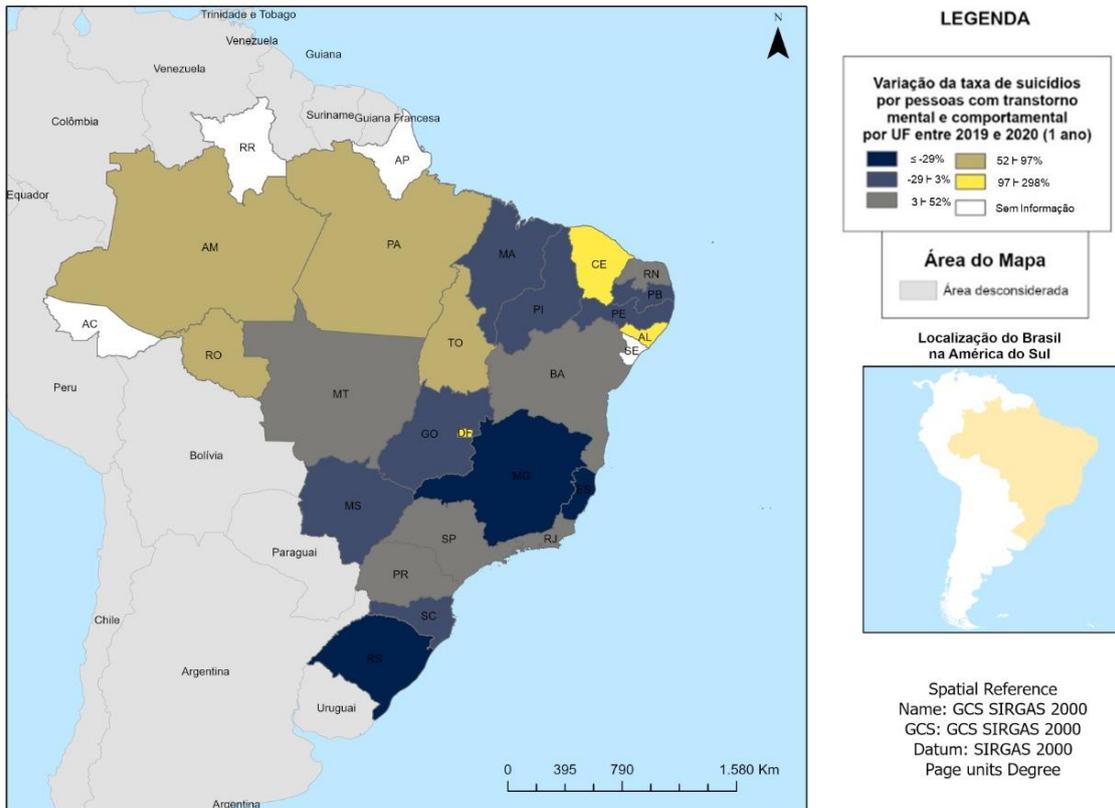


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito.

2. População: Estimativas de População IBGE.

Figura 6. Distribuição espacial da variação percentual da taxa de suicídio associados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMeC) por Unidades da Federação entre os anos de 2019 e 2020. Brasil, 2019 e 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. Elaboração da autora.

Obs.: 1. Número de suicídios: obtido pela soma dos óbitos por lesões autoprovocadas no país de residência (X60-X84) na causa básica do óbito nos casos em que houve a menção de TMeC nas demais variáveis de diagnósticos associados.

2. População: Estimativas de População IBGE.

## 6. DISCUSSÃO

Pelos dados obtidos estimou-se a ocorrência de 126 mil e um suicídios no Brasil na última década, um crescimento de 46,4%, chegando a 13.835 suicídios apenas em 2020. Quando associado aos transtornos, observou-se a ocorrência de 6.228 suicídios com pelo menos uma menção de diagnósticos TMeC na década, com crescimento de 142,6% no período, chegando a 871 casos em 2020, com um aumento de 11,5% apenas no último ano. Em relação aos principais transtornos associados aos casos de óbitos por suicídio, destacaram-se os episódios depressivos, que correspondem à 43,1% dos casos nos últimos dez anos, seguido de TMeC devido ao uso de álcool, com 17,2% no mesmo período. Dentre as menções diagnósticas de transtornos mais frequentes nos óbitos por suicídio no último ano, afetados pela pandemia da COVID-19, destacaram-se TMeC devido ao uso de sedativos hipnóticos com crescimento de 266,7%, Transtorno afetivo bipolar (40%), TMeC devido ao fumo (29,4%), TMeC por uso de drogas ou outras substâncias psicoativas (22,6%), Transtorno depressivo recorrente (19,4%) e TMeC devido ao uso de álcool, com crescimento de 16,4% no último ano. Com as informações das menções diagnósticas mais frequentes nos óbitos por suicídio, considera-se que estes podem ser considerados “gatilhos” para que os indivíduos cheguem a cometer esse ato de violência contra si próprio e tenham suas vidas dizimadas por ausência de políticas públicas de saúde mental, de tratamento adequado e equitativo de atenção básica e uma política de controle de acesso a drogas e ao álcool.

Foi possível observar o aumento significativo dos óbitos por suicídio na última década, bem como no último ano que está associado à pandemia de COVID-19, o que leva à hipótese de associação com seja com o medo pela doença e pelo isolamento social, ou seja com o efeito das dificuldades financeiras oriundas do *lockdown* que obrigou o fechamento do comércio e de diversas atividades comerciais e industriais e que acabaram por quebrar e falir muitas empresas, afetando os empresários e chefes de famílias. Convém ressaltar que o aumento dos números de suicídios e suicídios associados aos TMeC podem ser representativos também da preocupação com uma melhor qualidade da informação e melhor preenchimento da declaração de óbito, com vistas a uma melhor

compreensão dos fatores que levam o indivíduo a cometer suicídio. Todas essas questões são possíveis hipóteses de explicação para o aumento do número de suicídios no período da pandemia de COVID-19 que foi observado no presente estudo, entretanto, outros estudos para comprovação delas precisariam ser desenvolvidos.

Os dados apresentados no presente estudo vão de encontro aos achados de Sant'Ana (2020), que observou no Brasil um aumento no índice de suicídio de 43,8%, entre 1980 e 2005, sendo que na última década o crescimento foi de 142,6% dos casos de suicídio e de 46,4% nos casos de suicídios associados aos TMeC. No presente estudo, foi verificado o aumento progressivo dos óbitos por suicídio em todas as regiões do país, com a maior oscilação na região Norte: de 3,9/100 mil em 2010 para 6,0/100 mil em 2020; e menor oscilação na região Sudeste de 4,6/100 mil em 2010 para 5,7/100 mil em 2020. As mesmas oscilações foram observadas também nos suicídios associados aos TMeC, ainda mais intensas, mais especificamente nas regiões Centro-Oeste, com crescimento de 0,2/100 mil em 2010 para 0,9/100 mil em 2020 (crescendo 279,4%), na região Sul, passando também de 0,2/100 mil habitantes para 0,6/100 mil habitantes (231,3%) e na região Norte, passando de 0,1/100 mil em 2010 para 0,4/100 mil habitantes em 2020 (222%). As diferenças encontradas nas Unidades da Federação por Sant'Ana (2020) também foram observadas neste estudo, no entanto, estas se deram em diferentes estados e em diferentes grandezas, a saber: o autor encontrou taxas mais elevadas em Roraima (10,4), Rio Grande do Sul (9,9), Mato Grosso do Sul (8,1) e Santa Catarina (7,5), enquanto na Tabela 13, podem ser observadas taxas mais elevadas no Rio Grande do Sul (12,4), em Santa Catarina (10,7), no Rio de Janeiro (9,5), dentre outros no ano de 2020.

Sant'Ana (2020) cita Durkheim (2003), justifica que comportamentos que predisõem ao suicídio como competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo são mais comuns no universo masculino. Além dos comportamentos, eles abordam que os homens, inseridos na cultura patriarcal, são mais sensíveis a reveses econômicos como desemprego e, por isso, mais propensos ao suicídio.

Boschiero et al (2021) também analisa as características sociodemográficas como sexo, grupo etário categorizado, cor da pele, estado civil, escolaridade e se a pessoa vivia sozinha ou não e segue com uma análise descritiva para a obtenção de frequências absolutas e relativas, tal qual este estudo que indica que o fenômeno do suicídio é mais prevalente entre o sexo masculino, com uma proporção de óbitos masculinos no Brasil em torno de 78%. No entanto, foi estimada uma mudança significativa no sexo nos óbitos por suicídio associados aos TMeC, chegando a 33,8% dos óbitos entre pessoas do sexo feminino, contra aproximadamente 20% nos casos de suicídios apenas. Diante deste fato, convém destacar que essa mudança não reflete diretamente um aumento dos casos de suicídios com TMeC femininos apenas. Estes podem ser consequência do procedimento de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, em que todos os casos são estudados para que se verifique se a mulher estaria grávida no momento do óbito, o que gera uma melhor qualidade da informação e um melhor registro da informação no Sistema de Informação.

Em seu trabalho de referência, Durkheim (2003) aborda uma relação positiva entre o aumento da idade e a taxa de suicídio. Neste sentido, observou-se no Brasil um aumento de 83,7% do número de suicídio entre idosos (pessoas acima de 60 anos), entretanto, também se destaca o crescimento na década do número de suicídio entre adolescentes (de 10 a 19 anos), com um crescimento de 65,5%. Nos casos de suicídios associados aos TMeC se mantém o achado de aumento na intensidade e nas desigualdades, com crescimento de 400% na década entre idosos, de 155,6% entre os adolescentes e 114,3% entre os adultos. Em se tratando dos efeitos da pandemia de COVID-19, pode-se destacar que no último ano, os suicídios cresceram 100% entre as crianças e 14,2% entre os idosos, contra um aumento nacional de 2,3% e, nos casos associados aos TMeC, estes aumentos são de 9,5% entre os adolescentes e os adultos e de 21,3% entre os idosos, contra o crescimento nacional de 11,5%.

O crescimento do fenômeno do suicídio entre os adolescentes vai de encontro ao estudo de Barros et al (2022) em que os autores citam que os adolescentes brasileiros muitas vezes sentiram-se tristes (32,4%) e nervosos (48,7%) durante a pandemia da COVID-19 e que as maiores prevalências destes

sentimentos estavam relacionadas com: ser mulher; idades entre os 15 e os 17 anos; de famílias com dificuldades financeiras; ter aprendido pouco ou nada com a educação remota; amigos desaparecidos; ter poucos amigos; divergências familiares; ter uma saúde regular/má antes da pandemia; e piora a saúde e o sono durante a pandemia.

Em relação à composição familiar e o nível de instrução, autores como Durkheim (2003) e Sant'Ana (2020) argumentam que a família se configura como um fator de proteção ao suicídio. No presente estudo, observou-se que o número de suicídios e de suicídios associados aos TMeC foi superior entre os solteiros e os separados judicialmente em relação às demais categorias analisadas, apresentando um crescimento decenal de 65,8% nos separados judicialmente e de 44,5% no mesmo período entre os solteiros nos óbitos por suicídio e de 241,2% nos separados judicialmente e de 123,4% nos solteiros nos casos de suicídios com TMeC. Nos suicídios com TMeC, o efeito da pandemia afetou mais os casados, com crescimento de 11,3%, que pode ter sido reflexo tanto da crise financeira quanto do convívio forçado com familiares em casa. Para estes autores, a educação está associada a um nível mais elevado de suicídio por embutir no indivíduo um sentimento maior de independência. Isto significa que o indivíduo ao ser submetido a um maior estresse mental teria maior probabilidade de suicídio. Neste trabalho, foi evidenciado que, mesmo diante da alta subnotificação da variável escolaridade, uma maior proporção dos óbitos por suicídio com pessoas com maior escolaridade, sobretudo no último ano e nos casos apenas de suicídio, onde observou-se um crescimento de 63,1% dos casos de suicídio de pessoas com 8 a 11 anos de estudo e de 49,9% em pessoas com 12 ou mais anos de estudo, crescimento muito provavelmente agravado pelos efeitos do estresse mental causado pela pandemia. Nos casos associados aos TMeC, o efeito do último ano foi mais impactante nos indivíduos sem escolaridade, com crescimento de 53,3%.

Quanto o quesito raça/cor, Sant'Ana (2020) relata que diversos autores abordam o fato de a taxa de suicídio entre os brancos ser duas vezes maior do que entre não brancos e observou que no Brasil o percentual de suicídio para os brancos em 2000 foi de 59%; 2010: 51% e 2017:50%. No presente estudo, os casos de suicídios de indivíduos brancos apresentaram uma redução de 0,3%, os de

peças pretas e pardas cresceram 14,1% e 4,3%, com destaque para os indivíduos amarelos, com 71% de crescimento no último ano e, nos casos associados aos TMeC, essa diferença foi ainda mais expressiva, de 2,8% de crescimento entre brancos contra 52,3% dos negros e 20,6% dos pardos, evidenciando as desigualdades raciais também nos casos de violências autoprovocadas.

Em toda a literatura estudada foi observada a associação do suicídio a diversos fatores, tais como estresse, depressão e o isolamento social. Entretanto, em relação à ocupação dos indivíduos mais afetados pela pandemia de COVID-19, autores como Galvão, Ribeiro e Nery (2019) e De Boni et al (2020) relatam que os sintomas de depressão e ansiedade são maiores entre os trabalhadores de serviços essenciais do Brasil, atingindo 55% do total da população, uma vez que estas atividades não foram interrompidas durante o lockdown, sobrecarregando os indivíduos, os expondo ao vírus e oferecendo condições para o sofrimento mental. Não foram encontrados estudos que abordam as classes ocupacionais no período da pandemia de COVID-19 no Brasil, apenas utilizando dados mundiais e da China e/ou da Coreia, que abordam suicídios relatados em enfermeiras hospitalares e de profissionais da saúde (RAHMAN; PLUMMER, 2020) e (CHAKR, 2021), fato este que atribui um ineditismo ao presente estudo. Galvão, Ribeiro e Nery (2019) encontraram em seu estudo, anterior à pandemia de COVID-19, que 27,6% dos suicídios ocorreram entre trabalhadores agrícolas, 16,3% em trabalhadores da construção civil (pedreiro/ajudante de obra/armador de concreto) e 14,3% em estudantes. Neste estudo, se verificou que a categoria que engloba as donas de casa, estudantes, desempregados e aposentados consiste na classe que contempla o maior quantitativo de indivíduos que cometeram suicídio tanto em 2019 quanto em 2020, com 3.143 suicídios em 2019 e 2.907 em 2020, seguido de trabalhadores da exploração agropecuária e trabalhadores dos serviços, respectivamente. Os trabalhadores da conservação, manutenção e reparação foram os mais afetados pela pandemia, com um crescimento de 400% entre 2019 e 2020, seguido dos Profissionais das Ciências exatas, física e engenharias, com crescimento de 300%, professores e leigos de ensino médio, com 200%, joalheiros, vidraceiros, ceramistas e afins, dirigentes de empresas e organizações e

profissionais das ciências jurídicas, com crescimento de 100% e Profissionais de ensino, com crescimento de quase 70%. Apesar da ausência de estudos científicos, notícias internacionais<sup>7</sup> justificam o aumento dos suicídios entre donas de casa como uma oportunidade de fuga da vítima de casos de violência doméstica, de casamentos opressivos e de lares matrimoniais sufocantes. Neste sentido, a pandemia da COVID-19 contribui para o agravamento e aumento desses casos, haja vista que as donas de casa tinham um espaço seguro depois que os homens saíam para trabalhar, espaço que desapareceu com o isolamento social e o *home office* e por conta das dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias.

Dentre as maiores causas de suicídio, autores como Machado e Santos (2015) citam o enforcamento, lesão por armas de fogo e autointoxicação por pesticidas. Também se observam estudos que associam a questão do suicídio com transtornos mentais, estes associados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas e de bebidas alcólicas e com episódios de depressão. Anjos et al (2021) associam o consumo abusivo de bebidas alcólicas entre as pessoas que morreram por suicídio por meio de uma análise de regressão de Poisson, utilizando informações sobre características sociodemográficas, avaliação de autópsia e de uso de drogas. De Boni et al (2020) citam que em crise como a que está sendo vivida com o coronavírus, mudanças bruscas do estilo de vida vêm acontecendo de várias formas em muitos países a partir do isolamento social em larga escala. E que não é difícil pensar que essas mudanças podem piorar a saúde mental – causando problemas como depressão e ansiedade, além de dependência de álcool e outras drogas. Este estudo corrobora com os resultados de Machados e Santos (2015) e com De Boni et al (2020), em que a principal tipologia do suicídio foi enforcamento, estrangulamento ou sufocação, com 67,7% dos casos de suicídios totais e de 50% nos casos com diagnósticos associados aos TMeC e também foram encontradas associações com utilização de álcool e outras drogas. Ainda dos casos gerais, 5,6% dos casos foram com a utilização de disparo de arma de fogo e 4,2% por autointoxicação intencional a pesticidas e, nos casos associados aos TMeC, 8,2% por autointoxicação por exposição intencional a drogas e sedativos hipnóticos

---

<sup>7</sup> Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2021/12/16/o-que-esta-por-tras-de-onda-de-suicidios-de-donas-de-casa-na-india.htm>

e psicotrópicos, 7,5% por autointoxicação intencional a pesticidas, 6,5% por ingestão de outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e de 4,7% por precipitação de lugar elevado, entre outras.

### **6.1. Problemas de notificação e qualidade da informação**

No que diz respeito ao diagnóstico dos transtornos mentais, tem-se observado a realização de estudos que tratam da confiabilidade do diagnóstico do capítulo V da CID-10 tanto no diagnóstico como nos óbitos registrados e versam acerca da utilização de uma classificação alternativa elaborada pela Divisão de Saúde Mental da OMS (OMS). (BUSNELLO et al., 1999).

Sant'Ana (2020) cita os vários motivos que dificultam a coleta de dados, desde a falta de regularidade por parte dos órgãos governamentais, até o preconceito com o tema. Aborda ainda que, muitas vezes, a família pede que o suicídio não seja propriamente declarado, por vergonha ou até mesmo para não impedir o recebimento do seguro de vida. O autor aborda ainda uma questão importante de que os médicos legistas normalmente preenchem a Declaração de óbito, a natureza da lesão que levou o indivíduo à morte e não a causa básica, o que pode vir a gerar dúvidas quanto ao óbito. No caso de uma morte com a utilização de uma arma de fogo, a dúvida seria se estaríamos diante de um caso de homicídio ou de suicídio.

Em relação à qualidade da informação Sant'Ana (2020) descreve as variáveis que apresentaram melhora e piora no preenchimento no período analisado. No entanto, o autor não trabalhou com a variável de ocupação, na qual destaca-se que esta apresentou uma redução do não preenchimento no período analisado, fato esse que contribuiu para a melhora da qualidade da informação apesar de ainda apresentar um alto percentual de não preenchimento, passando de 25,4 em 2010 para 16,4% em 2019 e subindo novamente para 18,7% em 2020.

## 6.2. Limitações

Dentre as limitações encontradas na realização deste estudo, destaca-se a resistência em se tratar de um tema polêmico, complexo e que as não possui muita “abertura” para discussão; as consideráveis subnotificações dos dados relacionadas ao suicídio na Declaração de óbito devido ao estigma social, razões jurídicas e questões religiosas; a falta de preenchimento e/ou a baixa qualidade da informação de algumas variáveis do SIM, tais como Ocupação, Escolaridade e Raça/cor; a demora, por parte do Ministério da Saúde, na divulgação dos microdados atualizados de mortalidade no âmbito do SIM, haja vista que existem dados disponíveis apenas até o ano de 2020 no presente momento, o que corresponde apenas ao primeiro ano da pandemia de COVID-19 no Brasil; também foi identificado que o TABNET contabiliza as menções diagnósticas nos óbitos por causa múltipla e que não tivemos tempo hábil de reproduzir esses números, a partir da identificação, pelos microdados, pois faltava pouquíssimo tempo para a entrega do trabalho definitivo para a banca.

Além das limitações técnicas mencionadas acima, pode-se destacar também o tempo de amadurecimento e de desenvolvimentos de ferramentas e de rotinas de programação para o tratamento, análise e produção de informação a partir dos microdados do SIM; o pouco tempo para desenvolvimento do estudo, além deste ser realizado em conjunto com avaliações simultâneas das disciplinas finais do curso. Um tempo maior permitiria uma investigação profunda e ampla sobre a diferença entre os grupos etários e entre tipos distintos de violência, além da realização de cruzamentos entre variáveis de interesse. Esse tempo maior permitiria também analisar as tentativas de suicídio, por meio da análise dos dados do Sistema de Internações Hospitalares e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN como uma alternativa comparativa aos dados dos casos que geraram óbitos e que as vidas foram perdidas.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A chegada da pandemia de COVID-19 afetou drasticamente a população brasileira no último ano, provocando a necessidade da adoção de medidas de restrição de contato físico com o objetivo de conter a transmissão da infecção e prevenir a sobrecarga dos sistemas de saúde. O isolamento social, o medo da doença e as mudanças nas atividades rotineiras provocaram angústia, ansiedade e depressão, gerando problemas psicológicos relevantes e a adoção de comportamentos não saudáveis. Neste cenário de stress, medo, ansiedade, dificuldades financeiras e responsabilidades familiares acabam se refletindo nos dados de suicídio em que os indivíduos enxergaram no suicídio uma possibilidade de “fuga” de uma situação crítica, onde este opta por acabar com a sua própria vida.

O objetivo do presente trabalho foi de analisar os dados de óbitos por suicídio no Brasil nos últimos dez anos e demonstrar suas diferenças regionais, captando a evolução temporal do fenômeno e aprofundando a abordagem das diferenças regionais observadas, no intuito de prover as autoridades competentes com dados passíveis de serem utilizados no direcionamento de políticas públicas de diagnóstico e de acompanhamento nos indivíduos mais predispostos ao suicídio no geral e também entre os indivíduos diagnosticados com TMeC. Considerando tudo que foi discutido e analisado, o que traz à luz a emergência de se tratar o suicídios e os diagnósticos de saúde mental como prioridade e uma urgência de saúde pública no cenário brasileiro. Com essa finalidade, o perfil dos óbitos por suicídio e suicídio associado aos TMeC foram traçados, as características sociodemográficas dos óbitos foram analisadas e as diferenças existentes por sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil e local de ocorrência foram comparadas; a tipologia destes segundo as classes de ocupação foram descritas e a distribuição segundo as Macrorregiões geográficas e Unidades da Federação foram analisadas.

A partir dos resultados obtidos, concluímos que é imperativo que a sociedade, bem como as autoridades competentes tratem o assunto seriamente, visto que, mesmo com problemas de subnotificação e com problemas na

notificação de suicídio propriamente dita, tanto a taxa de suicídio quanto à taxa de suicídio associado aos TMeC demonstraram um crescimento muito expressivo, ressaltando a necessidade de um acompanhamento permanente do fenômeno e que auxiliem o Gestor na tomada de decisão, de modo a tomar medidas antecipatórias que mitiguem o risco do indivíduo se suicidar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABI ZEID DAOU, M.; RACHED, G.; GELLER, J. COVID-19 and Suicide: A Deadly Association. *The Journal of nervous and mental disease*, [S. l.], United States, v. 209, n. 5, p. 311–319, 1 maio 2021.

ALMEIDA, C. T. *et al.* UTILIZAÇÃO DE MODELOS LOGÍSTICOS ESPACIAIS APLICADOS NA ANÁLISE DA SANIDADE APÍCOLA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. [S. l.], p. 11, 13 ago. 2010. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/spolm/sites/www.marinha.mil.br.spolm/files/73743.pdf>.

ALVES FJO, MACHADO DB, BARRETO ML. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019; 54:599–606. pmid:30456426

ANDRADE, L. H., WANG, Y. P., ANDREONI, S., SILVEIRA, C. M., ALEXANDRINO-SILVA, C., SIU, E. R., . . . VIANA, M. C. (2012). Transtornos mentais em megacidades: Resultados da pesquisa de saúde mental da megacidade de São Paulo, Brasil. *PLOS ONE*, 7(2), Artigo e31879.

ANJOS, T. G. D. *et al.* Associated factors to abusive alcoholic beverage consumption in suicide victims. ***Drug and Alcohol Dependence***, [S. l.], v. 221, p. 108613, 1 abr. 2021.

BANDO, D.H., BRUNONI, A. R., BENSENOR, I. M., LOTUFO, P. A. (2012). Taxas de suicídio e renda em São Paulo e no Brasil: Análise epidemiológica temporal e espacial de 1996 a 2008. *BMC Psiquiatria*, 12(1), artigo 127.

BANDO, D.H., BRUNONI, A. R., FERNANDES, T., BENSENOR, I. M., LOTUFO, P. A. (2012). Taxas e tendências de suicídio em São Paulo, Brasil segundo aspectos de gênero, idade e demografia: Análise de regressão de ponto de joinpoint. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 286-293.

BANDO, D.H., LESTER, D. (2014). Um estudo ecológico sobre suicídio e homicídio no Brasil. *Cien Saude Colet*, 19(4), 1179-1189.

BANDO, D.H., LESTER, D., MACHADO, M. F. S., PIRES, E. S. M. R., BARROZO, L. V. (2015). Estudo ecológico sobre suicídio e homicídio no estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista Espaço e Geografia*, 18(2), 21.

BANDO, D. H., MOREIRA, R. S., PEREIRA, J. C., BARROZO, L. V. (2012). Aglomerados espaciais de suicídio no município de São Paulo 1996-2005: Estudo ecológico. *BMC Psiquiatria*, 12(1), artigo 124.

BANDO, D.H., VOLPE, F. M. (2014). Variação sazonal do suicídio na cidade de São Paulo, Brasil, 1996-2010. *Crise*, 35(1), 5-9.

BARROS, M. B. de A. et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, [S. l.], Brazil, v. 29, n. 4, p. e2020427, 2020.

BARCELLOS, C.; BASTOS, F.I. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? **Cad. Saúde Pública**. v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1996000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 julho. 2022.

BAUDELLOT, C., ESTABLET, R. (2008). Suicídio: O lado oculto da modernidade. Polity Press.

BEZERRA FILHO, J. G., WERNECK, G. L., ALMEIDA, R. L. F.d., OLIVEIRA, M. I. V. d., MAGALHÃES, F. B. (2012). Estudo ecológico sobre os determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 833-844.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J., 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

BUSNELLO, E. D. et al. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, p. 487–494, out. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/PnPnbFkwwyDvSWBjDyqj7PF/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.

CÂMARA, G. et al. Análise espacial e geoprocessamento. *In*: DRUCK, S.; CARVALHO, M.S.; CÂMARA, G.; MONTEIRO, A.M.V (org.). **Análise espacial de dados geográficos**. Brasília: EMBRAPA. 2004. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/>. Acesso em: 18 ago. 2018.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Early Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Brazil: A National Survey. *Journal of clinical medicine*, [S. l.], v. 9, n. 9, 15 set. 2020.

CANO-MONTALBÁN, I., QUEVEDO-BLASCO, R. (2018). Variáveis sociodemográficas mais associadas ao comportamento suicida e métodos suicidas na Europa e na América. Uma revisão sistemática. *O European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10, 15-25.

CARVALHO, M.S. et al. Conceitos Básicos em Análise de Dados Espaciais em Saúde. *In*: SANTOS, S.M.; SOUZA, W.V. (org.). **Introdução à estatística Espacial para a saúde**. Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. *In*: BARATA, R.B. (org.). **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Saúde Movimento, 4. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-76.

CHAKR, V. C. B. G. Stress management in Medicine. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [S. l.], v. 67, n. 3, p. 349–352, mar. 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302021000400349&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302021000400349&tlng=en). Acesso em: 10 dez. 2022.

CONEJERO, I., LOPEZ-CASTROMAN, J., GINER, L., BACA-GARCIA, E. (2016). Validadores antecedentes sociodemográficos do comportamento suicida: Revisão da literatura recente. *Relatórios atuais de psiquiatria*, 18(10), 94.

CONEJERO, I., OLIE, E., COURTET, P., CALATI, R. (2018). Suicídio em idosos: Perspectivas atuais. *Intervenções Clínicas no Envelhecimento*, 13, 691-699.

COSTA, M.C.N.; TEIXEIRA, M.G.L.C. A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**. v. 15, n. 2, p. 271-279, 1999.

De Boni RB, Balanzá-Martínez V, Mota JC, Cardoso TA, Ballester P, Atienza-Carbonell B, Bastos FI, Kapczinski F. Depression, Anxiety, and Lifestyle Among Essential Workers: A Web Survey From Brazil and Spain During the COVID-19 Pandemic. *J Med Internet Res*. 2020 Oct 30;22(10):e22835. doi: 10.2196/22835. PMID: 33038075; PMCID: PMC7641648.

DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO 2022 - OPAS/OMS | ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2022>. Acesso em: 10 set. 2022.

Dong, E., Du, H., Gardner, L., 2020. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect. Dis.* 20, 533–534. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1).

DRUMOND, J.R.M. Vigilância da morte evitável: acesso rápido e descentralização das informações. In: BARRETO, M.L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R.P.; BARATA, R.B. (org.). *Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Abrasco, p. 93-105. (Série Epidemiológica, 3). 1998.

Druss, B.G., 2020. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0894>.

DURKHEIM, É. (1951). *Suicídio: Estudo em sociologia* (Simpson, G., Spaulding, J. A., Trans.). Simon & Schuster.

FARIA, N. M., VICTORA, C. G., MENEGHEL, S. N., de CARVALHO, L. A., Falk, J. W. (2006). Taxas de suicídio no Estado do Rio Grande do Sul: Associação com fatores socioeconômicos, culturais e agrícolas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2611-2621.

FASSBERG, M. M., VAN ORDEN, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., . . . Waern, M. (2012). Revisão sistemática de fatores sociais e comportamento suicida na idade adulta. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722-745.

GALVÃO, C. de V. T.; RIBEIRO, D. L. N.; NERY, F. S. CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO SEGUNDO OCUPAÇÃO NO ESTADO DE SERGIPE. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE*, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 13–13, 9 out. 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6632>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GOULARTE, J. F. et al. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, [S. l.], v. 132, p. 32–37, 1 jan. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395620309870>. Acesso em: 3 fev. 2023.

GUNNELL D, APPLEBY L, ARENSMAN E, HAWTON K, JOHN A, KAPUR N, et al. Suicide risk and prevention during the covid-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:468–71. pmid:32330430

HAWTON, K., VAN HEERINGEN, K. (2009). O suicídio. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381.

HAWRYLUCK, L. *et al.* SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. **Emerging Infectious Diseases**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. 1206–1212, jul. 2004. Disponível em: [http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/7/03-0703\\_article.htm](http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/7/03-0703_article.htm). Acesso em: 12 set. 2022.

HAO, F. *et al.* Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, [S. l.], v. 87, p. 100–106, 1 jul. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120306267>. Acesso em: 6 dez. 2022.

ILIC, M.; ILIC, I. Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis. *World Journal of Psychiatry*, [S. l.], v. 12, n. 8, p. 1044–1060, 19 ago. 2022.

ISHITANI, L.H.; FRANÇA, E. Uso das causas múltiplas de morte em Saúde Pública. **Inf Epidemiol SUS**. v. 10, p. 163-75. 2001.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY OF MEDICINE, n.d. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Sciences and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (2021). Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acessado em novembro de 2022.

JONES, R. A. (1986). *Emile Durkheim – Uma introdução a quatro grandes obras*. SAGE.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M. A elaboração de estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas. **Rev Bras Epidemiol**. V. 3, p. 21-8. 2000.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S. l.], v. 64, p. 45–54, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/bpsiq/a/jSFVzxZCLjTrDMqzwVSpqKG/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MACHADO DB., RASELLA D., DOS SANTOS DN. Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. **PLoS ONE**. 2015;10:e0124934. pmid:25928359

MACHADO DB., PESCARINI JM, LFSC de A, BARRETO ML. Austerity policies in Brazil may affect violence related outcomes. **Ciência Saúde Coletiva**. 2019; 24:4385–94. pmid:31778489

MAGALHÃES, M.A.F.M. A tuberculose no espaço urbano: um estudo ecológico utilizando análise espacial no município do Rio de Janeiro nos anos 2005 a 2008. 2014. Tese (Doutorado) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

MARTINI, M., da Fonseca, R. C., de Sousa, M. H., de Azambuja Farias, C., Cardoso, T. A., Kunz, M., Magalhães, P. (2019). Tendências etárias e sexuais para o suicídio no Brasil entre 2000 e 2016. *Psiquiatria Social e Epidemiologia Psiquiátrica*, 54(7), 857-860.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MEDRONHO, R.A.; WERNECK, G.L. Análise de dados espaciais em saúde. *In*: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 493-514.

MELLER, F. O. et al. Fear of Covid-19 and health-related outcomes: results from two Brazilian population-based studies. *Psychiatry research*, [S. l.], v. 313, p. 114596, jul. 2022.

Ministry of Health, 2020a. Ordinance No. 188, of February 3, 2020. *Off. Gaz. Fed. Gov. Brazil* 7042.

Ministry of Health, 2020b. Panel of cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Brazil by the Ministry of Health. URL. <https://covid.saude.gov.br/>. accessed 9.5.20.

M.N. BOSCHIERO, C.V.C. Palamim, M.M. Ortega, R.M. Mauch, F.A.L. Marson. One Year of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Brazil: A Political and Social Overview *Annals of Global Health*, 87 (2021), p. 44, 10.5334/aogh.3182.

NAGHAVI, M. (2019). Carga global, regional e nacional da mortalidade por suicídio de 1990 a 2016: Análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2016. *British Medical Journal*, 364, Artigo I94.

NAJAR, A.L. et al. **A Saúde em Estado de Choque**. Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo, 1992.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nações Unidas, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>. Acesso em: em 03 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2014). *Prevenção ao suicídio: Um imperativo global*.

PINA, F. et al. Análises de dados espaciais. *In*: SANTOS, S. M.; BARCELLOS, C. (org.). **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

POMPILI, M., Vichi, M., Qin, P., Innamorati, M., De Leo, D., Girardi, P. (2013). O nível de escolaridade influencia o suicídio completo? Um estudo de registro nacional. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 437-440.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

RAHMAN, A.; PLUMMER, V. COVID-19 related suicide among hospital nurses; case study evidence from worldwide media reports. *Psychiatry Research*, [S. I.], v. 291, p. 113272, set. 2020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178120314876>. Acesso em: 10 dez. 2022.

REHKOPF, D.H., BUKA, S. L. (2006). A associação entre o suicídio e as características socioeconômicas das áreas geográficas: Revisão sistemática. *Medicina Psicológica*, 36(2), 145-157.

RIDLEY MW, RAO G, SCHILBACH F, PATEL VH. Poverty, Depression, and Anxiety: Causal Evidence and Mechanisms. **Science**. 2020.

SANT'ANA, Marco Antonio Vieira. Evolução e perfis sociodemográficos regionais do suicídio no Brasil: uma análise entre 2000 e 2017. 2020. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Sistemas de Informação Monitoramento e Análise de Saúde Pública) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

SEHNEM, S.B., PALOSQUI, V. (2014). Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26, 365-378.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, [S. I.], v. 113, n. 10, p. 707–712, 1 out. 2020

SILVA, D. A. da; MARCOLAN, J. F. Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, [S. I.], v. 29, n. 3, p. 294–302, out. 2021.

SILVA, L.J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997.

SKABA, D.A. et al. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1753-1756, 2004.

Torjesen, I., 2020. Covid-19: mental health services must be boosted to deal with “tsunami” of cases after lockdown. *BMJ* 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1994m1994>.

TOROK, M., SHAND, F., Phillips, M., Meteoro, N., Martin, D., Larsen, M. (2019). Metas informadas por dados para prevenção do suicídio: uma análise em pequenas áreas de regiões de suicídio de alto risco na Austrália. *Psiquiatria Social e Epidemiologia Psiquiátrica*, 54(10), 1209-1218.

VIJAYAKUMAR, L., NAGARAJ, K., PIRKIS, J., WHITEFORD, H. (2005). Suicídio em países em desenvolvimento (1): Frequência, distribuição e associação com indicadores socioeconômicos. *Crise*, 26(3), 104-111.

WHO (2021). *LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2020). *Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.