

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO BRASIL: TENTATIVAS E ÓBITOS

EPIDEMIOLOGICAL OVERVIEW OF SUICIDE IN BRAZIL: ATTEMPTS AND DEATHS

Fabiana Souza **Oliveira**¹; Hadassa Franca **Dutra**²; Gisele Aparecida **Fófano**³.

RESUMO

Introdução: O suicídio representa um grave problema de saúde pública, sendo responsável por mais de 700 mil óbitos por ano no mundo. **Objetivo:** Descrever as principais características epidemiológicas das tentativas e dos óbitos por suicídio no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico realizado a partir de dados secundários do DATASUS acerca dos óbitos por suicídio e das lesões autoprovocadas no Brasil no período de 2015 a 2022. **Resultados:** Foram registrados 107.155 óbitos por suicídio, com maior incidência no ano de 2022, na região Sudeste, entre homens de 30 a 39 anos, brancos e com 8 a 11 anos de escolaridade. O método mais comum foi o enforcamento em domicílio. Em relação às lesões autoprovocadas, foram registradas 152.667 ocorrências, com maior incidência em 2022 e na região Sudeste, mas entre mulheres de 20 a 29 anos, com ensino médio completo, solteiras, utilizando principalmente o envenenamento em domicílio. **Conclusão:** Destacou-se as principais características dos casos de suicídio e de autolesão no país, reafirmando a imprescindibilidade de desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde e condução de estudos mais aprofundados.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Epidemiologia; Mortalidade; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Suicide represents a serious public health issue, accounting for over 700,000 deaths per year worldwide. **Objective:** Describe the main epidemiological characteristics of suicide attempts and deaths in Brazil. **Methods:** This is an ecological study conducted using secondary data from DATASUS on suicide deaths and self-inflicted injuries in Brazil from 2015 to 2022. **Results:** There were 107,155 deaths by suicide recorded, with the highest incidence in the year 2022, in the Southeast region, among white men aged 30 to 39 with 8 to 11 years of schooling. The most common method was hanging at home. As for self-inflicted injuries, there were 152,667 occurrences, with the highest incidence in 2022 and in the Southeast region, but among women aged 20 to 29, with completed high school education, single, primarily using poisoning at home. **Conclusion:** The main characteristics of suicide and self-harm cases in the country were highlighted, reaffirming the essential need for developing health promotion strategies and conducting more in-depth studies.

KEYWORDS: Suicide; Epidemiology; Mortality; Mental Health.

INTRODUÇÃO

Suicídio é definido como um ato executado pelo ser humano de forma consciente com intenção de provocar a própria morte. É um evento complexo que compreende várias manifestações físicas e psíquicas que vão desde os pensamentos autodestrutivos até o ato em si. As causas que levam a pessoa a tirar a própria vida são multifatoriais, as quais podem envolver questões socioeconômicas, psicológicas e culturais.¹ Atualmente, o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), e o Brasil é o oitavo país com um dos maiores números absolutos de óbitos por essa causa, representando um grave problema de saúde pública.²

Segundo a OMS, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo todo, o que equivale a uma em cada 100 mortes registradas. No período de 2000 a 2019, a taxa mundial de suicídio reduziu em 36%, exceto nas Américas que teve aumento de 17%.³ Neste mesmo período no Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS), foram notificadas 112.230 mortes autoprovocadas, configurando aumento de 43% no número anual de óbitos e análises estatísticas demonstram que o risco de mortalidade por essa causa é elevado em todas as regiões do país.⁴

Sabe-se que países subdesenvolvidos e em desenvolvimento apresentam maiores taxas de suicídio e apesar dos vários motivos que levam o indivíduo a tomar essa decisão, estudos evidenciam que em geral estão relacionados ao baixo nível

econômico, desemprego, desigualdades sociais, doenças mentais, personalidade agressiva e violência sofrida.⁵ Além disso, alguns grupos populacionais apresentam maior risco de cometerem suicídio, como indivíduos do sexo masculino, idosos com mais de 65 anos e indígenas.⁶

Até o ano de 2016, a taxa de mortalidade autoprovocada no território brasileiro foi maior entre o sexo masculino na faixa etária de 20 a 39 anos, brancos, solteiros e com baixa escolaridade, sendo o enforcamento o método mais utilizado. Esse padrão epidemiológico foi semelhante entre as regiões do Brasil, apesar de existir variações no número de suicídio entre pardos e indígenas, e das diferenças geográficas e populacionais.⁷ Entretanto, durante a pandemia da COVID-19, no período de 2020 a 2022, as taxas diminuíram em 6,08% entre o sexo masculino e aumentaram em 10,49% entre o sexo feminino, fenômeno semelhante ao ocorrido no Japão, mas ainda não se sabe a relação de causalidade.⁸

Estima-se que para cada suicídio cinco a dez pessoas sofrem pela perda. No geral, são familiares e amigos próximos que são afetados por sentimentos de abandono, responsabilidade pela morte e rejeição. As consequências de um óbito autoprovocado impactam profundamente na comunidade e podem persistir por gerações no ambiente familiar.¹ Sendo assim, estudos que visam identificar as características epidemiológicas do suicídio no Brasil tornam-se pertinentes para formulação de políticas públicas com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade e contribuir para melhorias na qualidade de vida da população, além de estimular ações de promoção à saúde mental.⁷

Diante do contexto apresentado, o objetivo deste estudo foi descrever as características epidemiológicas das tentativas e dos óbitos por suicídio no Brasil, no período de 2015 a 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico que utilizou dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Foi inserido no estudo informações sobre os óbitos por suicídio, provenientes das Declarações de Óbito (DO) que alimentam o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e a totalidade de lesões

autoprovocadas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados obtidos no DATASUS foram exportados para os softwares Microsoft Excel para gerar gráficos e tabelas, assim, foi possível realizar análises estatísticas, descritivas e comparativas das variáveis.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, que tem como objetivo obter dados sobre os óbitos do país. Através dessa ferramenta foi possível coletar informações sobre óbitos por suicídio no Brasil entre os anos de 2015 a 2022. As variáveis analisadas foram: ano e local de ocorrência do óbito, região de notificação, sexo, faixa etária, escolaridade, cor da pele, e método utilizado para provocar a morte dentro das categorias X60 a X84, de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

O SINAN é um Sistema de Informação alimentado pelas fichas de notificação compulsória que reúnem dados qualitativos e quantitativos sobre diversos tipos de doenças e agravos ocorridos no Brasil. Através desse sistema foram coletadas as taxas de lesões autoprovocadas no período de 2015 a 2022 e as características sociodemográficas das vítimas, tais como: sexo, faixa etária, cor de pele, escolaridade, local de ocorrência do óbito, método e Unidade Federativa.

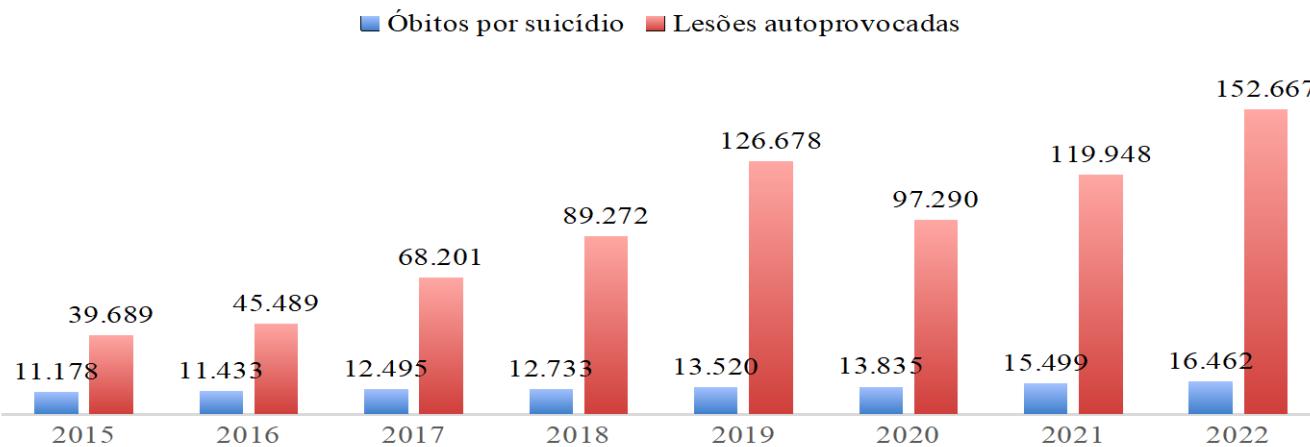
Este estudo dispensa a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que faz uso de dados secundários e de domínio público, embora respeitados os princípios éticos, morais e legais que regem a pesquisa científica, de acordo com a Resolução nº 510/2016.

RESULTADOS

Foram registrados 107.155 óbitos por suicídio no Brasil no período de 2015 a 2022, com destaque para a menor prevalência, 11.178 (10,4%), registrada no ano de 2015 e para a maior prevalência, 16.462 (15,3%), em 2022 (Figura 1), apresentando um aumento de 4,9% entre o período estudado.

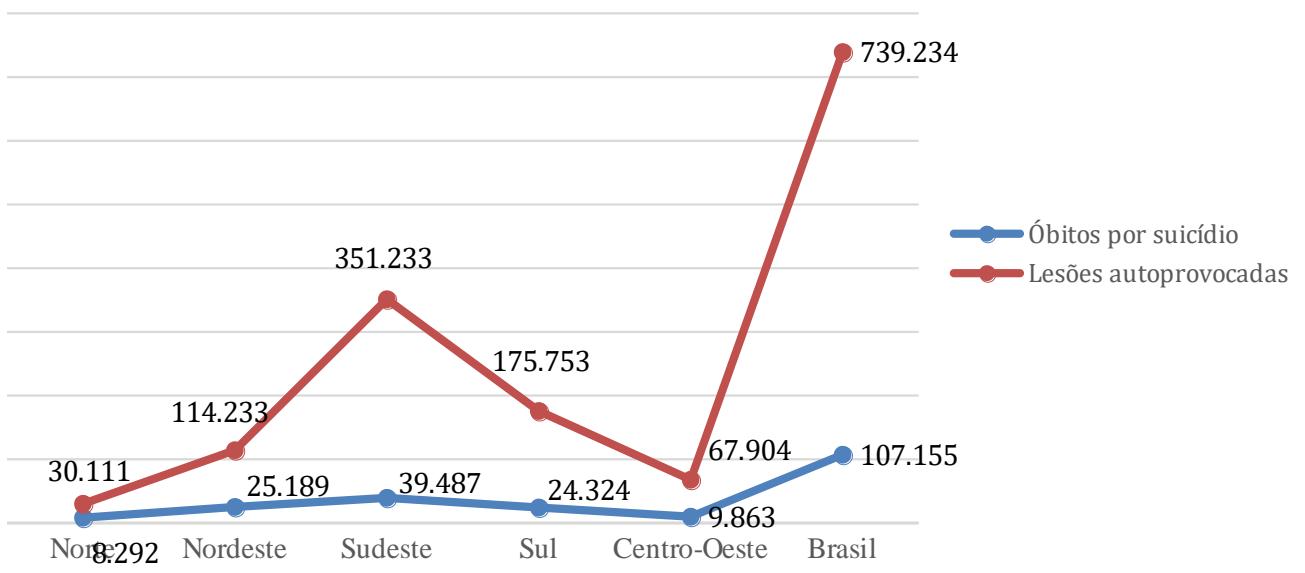
Entre as regiões do Brasil, o Sudeste apresentou o maior número de óbitos (39.487; 36,8%) e o de lesões autoprovocadas (351.233; 47,5%) (Figura 2).

Figura 1. Número de lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio no Brasil no período de 2015 a 2022.



Fonte: Autores, 2024.

Figura 2. Número de lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio entre as regiões do Brasil no período de 2015 a 2022.



Fonte: Autores, 2024.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos óbitos por suicídio no período analisado, de acordo com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência da morte e método de perpetração. Destaca-se que a maioria dos suicídios foi provocado por indivíduos do sexo masculino

(n = 84.097; 78,481%), na faixa etária de 30 a 39 anos (n = 22.054; 20,581%), brancos (n = 51.930; 48,462%), e com 8 a 11 anos de escolaridade (n = 31.186; 29,103%). O principal local de ocorrência do óbito foi em domicílio (n = 66.742; 62,285%) e o método mais utilizado foi enforcamento (n = 75.621; 70,571%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos óbitos por suicídio ocorridos no Brasil no período de 2015 a 2022.

Características sociodemográficas dos óbitos por suicídio ocorridos no Brasil no período de 2015 – 2022 (N = 107.155)		
Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	84.097	78,481
Feminino	23.034	21,495
Ignorado	24	0,022
Faixa Etária		
Menores de 14 anos	1.423	1,327
15 – 19 anos	7.389	6,895
20 – 29 anos	21.484	20,049
30 – 39 anos	22.054	20,581
40 – 49 anos	19.460	18,160
50 – 59 anos	16.146	15,067
Acima de 60 anos	18.997	17,728
Ignorado	202	0,188
Cor / Raça		
Branca	51.930	48,462
Preta	5.728	5,345
Amarela	384	0,358
Parda	46.299	43,207
Indígena	1.113	1,038
Ignorado	1.701	1,587
Escolaridade		
Nenhuma	4.608	4,300
1 a 3 anos	12.458	11,626
4 a 7 anos	25.240	23,554
8 a 11 anos	31.186	29,103
12 anos e mais	10.896	10,168
Ignorado	22.767	21,246
Local de ocorrência		
Hospital	14.582	13,608
Outro estabelecimento de saúde	1.958	1,827

Domicílio	66.742	62,285
Via pública	6.247	5,829
Outros	17.389	16,227
Ignorado	237	0,221
Estado civil		
Solteiro	55.149	51,466
Casado	26.534	24,762
Viúvo	3.694	3,447
Separado judicialmente	7.647	7,136
Outro	5.677	5,297
Ignorado	8.454	7,889
Categoria CID-10		
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	75.621	70,571
X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	5.241	4,891
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	4.068	3,796
X68 Autointoxicação intencional a pesticidas	3.147	2,936
X64 Autointoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	2.986	2,786
X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma fogo de mão	2.331	2,175
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	2.318	2,163
X61 Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	1.962	1,830
X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	1.710	1,595
X78 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	1.638	1,528
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente por fumaça, fogo e chamas	1.342	1,252
X71 Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	1.105	1,031
X62 Autointoxicação, intencional, a narcóticos e psicodislépticos não classificados em outra parte	706	0,658
X82 Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	535	0,499
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	517	0,482
X65 Autointoxicação voluntária por álcool	488	0,455
X73 Lesão autoprovocada intencionalmente disparado por arma de fogo de maior calibre	317	0,295
X67 Autointoxicação intencional por outros gases e vapores	306	0,285
X83 Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	211	0,196
X81 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	192	0,179
X60 Autointoxicação, intencional, por analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos	109	0,101
X63 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	109	0,101
X66 Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	101	0,094
X77 Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	48	0,044
X75 Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	47	0,043

Fonte: Autores, 2024

Entre os anos de 2015 a 2022 ocorreram 739.234 lesões autoprovocadas no Brasil, sendo a minoria em 2015 (39.689; 5,3%) e, a maioria no ano de 2022, com o total de 152.667 (20,6%), representando um aumento de 15,3%. As maiores taxas se concentraram entre indivíduos do sexo feminino (n = 512.821; 69,3%), na faixa etária de 20 a 29 anos (n = 210.004;

28,4%), com ensino médio completo (n = 124.066; 16,7%) e solteiros (n = 55.149; 51,4%). O principal local de ocorrência do óbito foi o domicílio (n = 607.789; 82,7%), o método mais utilizado foi envenenamento (n = 438.184; 59,2%) e a região com o maior número de casos notificados foi o Sudeste (n = 351.233; 47,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas das lesões autoprovocadas ocorridas no Brasil no período de 2015 a 2022.

Características sociodemográficas das lesões autoprovocadas ocorridas no Brasil no período de 2015 – 2022 (N = 739.234)		
Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	226.301	30,612
Feminino	512.821	69,371
Ignorado	112	0,015
Faixa Etária		
Menores de 14 anos	73.596	9,955
15 – 19 anos	154.933	20,958
20 – 29 anos	210.004	28,408
30 – 39 anos	138.930	18,793
40 – 49 anos	92.032	12,449
50 – 59 anos	43.934	5,943
Acima de 60 anos	25.072	3,391

Ignorado	733	0,099
Cor / Raça		
Branca	340.361	46.042
Preta	47.406	6.412
Amarela	6.177	0,835
Parda	272.875	36.913
Indígena	4.503	0,609
Ignorado	67.912	9,186
Escolaridade		
Analfabeto	4.101	0,554
1 ^a a 4 ^a série incompleta do Ensino Fundamental	25.566	3.458
4 ^a série completa do Ensino Fundamental	18.237	2.467
5 ^a a 8 ^a série incompleta do Ensino Fundamental	94.574	12.793
Ensino Fundamental Completo	47.713	6.454
Ensino Médio Completo	124.066	16.783
Ensino Médio Incompleto	91.348	12.357
Educação Superior Completa	21.300	2.881
Educação Superior Incompleta	24.282	3.284
Não se aplica	9.880	1.336
Ignorado	278.167	37.629
Local de ocorrência (N=734.169)		
Domicílio	607.789	82.785
Habitação coletiva	5.271	0,717
Escola	6.798	0,925
Local de prática esportiva	673	0,091
Bar ou similar	3.092	0,421
Via pública	33.783	4.601
Comércio	4.043	0,550
Indústria / Construção	481	0,065
Outros	18.823	2.563
Ignorado	53.056	7.226
Em branco	360	0,049
Categoria CID-10 (N = 628.100)		
Enforcamento	49.805	6.737
Objeto Contundente	11.477	1.552
Objeto Perfurocortante	123.175	16.662
Envenenamento	438.184	59.275
Arma de Fogo	5.459	0,738

Fonte: Autores, 2024

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que, ao comparar o número de lesões autoprovocadas e de óbitos resultantes de suicídio, observou-se uma proporção 6,89 vezes maior desta primeira. No total, foram registradas 739.234 lesões autoprovocadas, em contraste com 107.155 óbitos por suicídio no Brasil, no período de 2015 a 2022. Destarte, concernente aos óbitos por suicídio, percebe-se que a cada ano houve um aumento constante e progressivo; diferentemente das tentativas, que, embora com um padrão linear de crescimento até 2019, apresentou queda em 2020, cenário que pode ser decorrente das subnotificações ocorridas devido à pandemia de COVID-19.^{9,10}

Em 2021, as taxas voltaram a ascender, ao passo que o ano de 2022 registrou o maior quantitativo, com 32.719 lesões autoprovocadas a mais do que no ano anterior. Essa elevação contínua pode ser em virtude da grande instabilidade econômica e intensificação dos problemas econômicos em escala global produzidos a partir de fevereiro de 2020 em consequência do fechamento parcial de estabelecimentos comerciais que resultou em quedas abruptas no Produto

Interno Bruto (PIB) e que podem demandar um longo período para sua plena recuperação.¹¹

É relevante salientar ainda, como exposto por Zygmunt Bauman a partir do conceito de modernidade líquida, a fragilidade das relações humanas e institucionais na sociedade contemporânea¹², com as transformações rápidas e frequentes nas esferas sociais, econômicas, culturais e tecnológicas¹³, exigindo pelos indivíduos o enfrentamento constante da incerteza e instabilidade em diversos aspectos de suas vidas, o que pode desencadear crises de ansiedade e pânico, episódios depressivos e até mesmo no impulso de tirar suas próprias vidas movidos por sentimentos como medo e insegurança, embora, devido à pandemia, tenham ocorrido significativos investimentos em estratégias de cuidado em saúde mental^{8,14}, assim, infere-se que as taxas de tentativas e de óbitos poderiam estar muito mais altas.

Concernente aos óbitos e tentativas de suicídio por regiões brasileiras, o Sudeste se destaca como a área com maior índice, fenômeno que pode ser compreendido ao considerarmos que essa região abriga, em termos absolutos, o maior quantitativo da população tupiniquim.¹⁵ Não

obstante, pesquisas sugerem que o crescimento das taxas de suicídio no Nordeste pode estar vinculado ao aumento das taxas de desemprego, à significativa disparidade de renda e à reduzida educação formal no local.¹⁶

Observa-se que, no período de 2015 a 2022, as tentativas de suicídio predominaram entre o sexo feminino quando comparadas às taxas de suicídio, que se concentraram entre o sexo masculino. A taxa de óbito por suicídio entre o sexo masculino compreendeu 78,4% dos casos, em média quatro vezes mais do que o sexo feminino. Por outro lado, 69,3% das mulheres tentaram suicídio, cerca de duas vezes mais que os homens. Um estudo realizado no Nordeste analisou essa distinção entre os sexos e através de seus resultados foi possível observar que as mulheres fazem uso de métodos menos nocivos, os quais apresentam mais chances de recuperação, como por exemplo a intoxicação exógena. Em contrapartida, os homens, utilizam métodos mais letais como enforcamento e arma de fogo.¹⁷

Em relação à faixa etária, as taxas de mortalidade mais elevadas foram observados entre adultos de 30 a 39 anos (20,5%) e de 20 a 29 anos (20,0%), padrão que se encontra também em outros estudos.^{7,16,18} No que se refere às tentativas de suicídio a faixa etária de 20 a 29 anos (28,4%) e de 15 a 19 anos (20,9%) constituíram as principais taxas. Assim, é possível verificar que jovens e adolescentes apresentam alta prevalência de tentativa de autoextermínio, muitas vezes por ser um grupo com mais dificuldade de se expressar, são mais impulsivos, buscam pela atenção dos familiares e possuem vínculos sociais frágeis. Assim, são indivíduos mais propensos ao envolvimento com drogas e desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos, como a depressão.¹⁹

Sobre os dados de raça/cor da pele, os indivíduos brancos e pardos apresentaram maior proporção de tentativa de suicídio e de óbito, um resultado justificável pela composição étnica do Brasil, onde 43,5% da população se refere de raça/cor da pele branca e 45,3% se refere de raça parda, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.¹⁵ Em relação à escolaridade, as tentativas e os óbitos por suicídio predominaram em indivíduos com Ensino Médio Completo e Incompleto. Isso pode estar relacionado ao menor nível socioeconômico da população com baixa escolaridade, visto que no Brasil a média salarial é maior entre pessoas com mais anos de estudo.²⁰

Quando se avalia os métodos utilizados para a prática do suicídio, no período de 2015 a 2022, os meios mais utilizados que resultaram em óbito foram enforcamento, estrangulamento e sufocação, os quais compõem a categoria X70 do CID-10 e representaram 70,5% dos casos. Em um estudo de análise de tendência de mortalidade por lesão autoprovocada intencionalmente, no período de 2008 a 2018, o enforcamento/estrangulamento/sufocação, foi o principal método de perpetração em todas as regiões do Brasil, visto que é um meio de difícil controle e tem alta letalidade. Outro método muito frequente foi a arma de fogo, mas em menor taxa quando se comparado a categoria X70. Isso pode ser justificado pela dificuldade de acesso ao dispositivo no país

desde a implantação do Estatuto do Desarmamento e a Campanha Nacional do Desarmamento, ocorrida em 2004.⁷

Dos casos de violência autoprovocada, notificados no Sistema de Agravos de Notificações (SINAN), 82,7% tentaram suicídio no próprio domicílio. A escolha desse local pode ser devido à facilidade de acesso aos meios utilizados para o ato e por ser um lugar conhecido pelos familiares.¹⁹

No que se refere ao estado civil, é possível observar que a maioria das pessoas no Brasil que tentaram suicídio, encontra-se solteira, contudo, não foi possível encontrar os dados referentes aos óbitos concernentes a essa variável. Sabe-se que o matrimônio tem sido apontado como um relevante elemento de proteção contra ideações suicidas, uma vez que promove a intensificação da integração do indivíduo em um ambiente familiar.^{16,21,22}, enquanto o solteiro pode se sentir sozinho com maior facilidade, propiciando transtornos mentais e ideações suicidas.

Ademais, destaca-se que, embora o presente estudo possa contribuir de forma significativa para o entendimento do fenômeno, é importante reconhecer suas limitações, uma vez que dados secundários podem afetar a qualidade e precisão. Além disso, a análise se restringiu ao período de 2015 a 2022, o que pode não refletir mudanças mais recentes ou significativas ao longo do tempo. Outra limitação reside na falta de acesso a informações detalhadas sobre características individuais dos casos, o que poderia enriquecer a análise. Por fim, é fundamental ressaltar que este estudo não foi capaz de investigar causalidades, mas apenas identificar correlações entre variáveis. Por conseguinte, recomenda-se cautela na interpretação dos resultados e salienta-se a necessidade de estudos futuros mais abrangentes e detalhados para corroborar e expandir os achados deste trabalho.

CONCLUSÃO

O presente estudo destaca as principais características dos casos de suicídio e de lesões autoprovocadas no Brasil no período de 2015 a 2022. Observou-se que o Sudeste apresentou o maior número de óbitos por suicídio, com prevalência entre homens de 30 a 39 anos, sendo o enforcamento em domicílio o método mais comum. As lesões autoprovocadas, por sua vez, foram mais frequentes entre mulheres de 20 a 29 anos, ocorrendo em sua maioria por envenenamento. Ambos os tipos de eventos alcançaram seus picos de incidência em 2022, sugerindo um aumento recente na ocorrência desses episódios.

Portanto, trata-se de um tema importante de saúde pública que requer maiores estudos, a fim de identificar populações mais vulneráveis ao suicídio para traçar políticas de prevenção. Sabe-se que o estigma vigente na sociedade permanece sendo um dos principais obstáculos para a busca de ajuda. Assim, é imprescindível desconstruir tais estigmas, através de melhorias na prevenção e promoção à saúde mental, a partir de campanhas veiculadas à capacitação de profissionais de saúde com o objetivo de acolher os indivíduos com comportamento suicida, fortalecer medidas direcionadas à identificação precoce, a condução e o acompanhamento desses cidadãos.

AFILIAÇÃO

1. Discente de Medicina do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho – UNIFAGOC, Rua Doutor Adjalme da Silva Botelho, 20 - Seminário, Ubá - MG, Brasil. fabi.sou.oli.14@gmail.com
2. Discente de Medicina do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho – UNIFAGOC, Rua Doutor Adjalme da Silva Botelho, 20 - Seminário, Ubá - MG, Brasil.
3. Docente de Medicina do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho – UNIFAGOC, Rua Doutor Adjalme da Silva Botelho, 20 - Seminário, Ubá - MG, Brasil.

FINANCIAMENTO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do UNIFAGOC.

ACESSO ABERTO

 Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Fattah N, Silva EV, Cruz CW, Amazarray MR. Perfil epidemiológico do suicídio no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, de 2010 a 2016. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2021;29(4):561-574. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040017>
2. Fernandes FECV, Nascimento MC, Santos MS, Melo RA. Mortalidade por suicídio entre mulheres: diferenças regionais e influências socioeconômicas. *Arch Health Sci* [Internet]. 2021;28(1):7-10. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.28.1.2021.1913>
3. Ministério da Saúde (BR). Anualmente, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, segundo OMS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/anualmente-mais-de-700-mil-pessoas-cometem-suicidio-segundo-oms>
4. Ministério da Saúde (BR). "Criar esperança por meio da ação": 10/9 – Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/criando-esperanca-por-meio-da-acao-10-9-dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio/>
5. Zortea TC. Desigualdades, pandemia COVID-19 e possíveis impactos sobre o risco de suicídio no Brasil. *Rev Eletr Saúde Ment Álcool Drog* [Internet]. 2020;16(4):1-2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.0142>
6. Beringuel BM, Costa HHV, Silva APSC, Bonfim CV. Mortality by suicide in the State of Pernambuco, Brazil (1996-2015). *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;73(Suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0270>
7. Nacamura PAB, Salci MA, Paiano M, Pini JS, Melo WA, Jaques AE, et al. Mortalidade por lesões autoprovocadas: análise de tendência. *Enferm Foco* [Internet]. 2022;13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-20227>
8. Filho AS, Souza CE, Velasco W, Vieira L. COVID-19: suicídio em tempos de pandemia [Internet]. Goiás: Secretaria de Estado da Saúde, Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS; 2022. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files/conecta-sus/produtos-tecnicos/2022/Suic%C3%ADdio%20em%20tempos%20de%20pandemia.pdf>
9. Brasil. Decreto Legislativo nº 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. *Diário Oficial da União*. 2020 Mar 20.
10. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*. 2020 Fev 6.
11. Taveira LDB, Paiva AR, Costa PS, Rech IJ. Decisões (in)certas: perspectiva de ganhos em meio à pandemia. *Rev Contab Mest Ciênc Contab UERJ* [Internet]. 2023;28(2):120-130. Disponível em: <http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-08/index.php/UEERJ/article/view/4236/2926>
12. Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 2001.
13. Scheid D, Machado J, Pérsigo PM. Tendências em comunicação organizacional: temas emergentes no contexto das organizações [Internet]. Santa Maria: Estrato; 2019. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/330/2022/04/Tendencias.pdf>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
15. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuiza-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021;8:579-88. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2821%2900091-2>
16. Silva IG, Silva TL, Sousa GJB, Lira Neto JCG, Pereira MLD, Maranhão TA. Distribuição espacial e temporal do suicídio no Nordeste do Brasil. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022;27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78634>
17. Silva IG, Maranhão TA, Silva TL, Sousa GJB, Lira Neto JCG, Pereira MLD. Diferenciais de gênero na mortalidade por suicídio. *Rev Rene* [Internet]. 2021;22. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261520>
18. Barbosa BA, Teixeira FAFC. Perfil epidemiológico e psicossocial do suicídio no Brasil. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021;10(5). Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15097>
19. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018;27(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>
20. Figueiredo DCMM, Sánchez-Villegas P, Figueiredo AM, Moraes RM, Daponte-Codina A, Schmidt Filho R, et al. Efeitos da recessão econômica na mortalidade por suicídio no Brasil: análise com séries temporais interrompidas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022;75(Suppl 3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0778pt>
21. Cunha FA, Baptista MN, Carvalho LF. Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiaí entre 2004 e 2014. *Salud Soc* [Internet]. 2016;7(2):212-222. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1009/809>
22. Pinheiro TP, Warmling, Coelho EBS. Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2021;30(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400026>