

## ARTIGO ORIGINAL

## EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2011 E 2016

## EPIDEMIOLOGY OF SUICIDE IN BRAZIL BETWEEN 2011 AND 2016

Vítor Campos Klein<sup>1</sup>; Wanderson Batista Silva<sup>1</sup>; Jaqueline das Dores Dias Oliveira<sup>2</sup>. ACESSO LIVRE

**Citação:** Klein CR et al. (2020), EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2011 E 2016, 6(4):8-12.

**Instituição:**

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

<sup>2</sup> Docente Adjunta do Curso de Medicina, Universidade Federal do Tocantins.

**Autor correspondente:** Wanderson Batista Silva

Wanderson.meduft@gmail.com

**Editor:** Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

**Publicado:** 7 de Fevereiro de 2020.

**Direitos Autorais:** © 2020 Klein et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

**Conflito de interesses:** os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

**RESUMO**

**Introdução:** O suicídio é uma das quatro principais causas de morte entre as pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. O Brasil se encontra atualmente entre os 10 primeiros países com mais casos de suicídio, em números absolutos. **Objetivo:** Desenvolver uma análise epidemiológica das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil por regiões do país entre 2011 e 2016. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo sobre taxas de mortalidade por suicídio encontrado em cada região brasileira durante o período de 2011-2016. Os dados de mortalidade e suicídio, assim como características sociodemográficas e epidemiológicas foram obtidas no banco do Sistema de Informações sobre Agravos e Notificações (SINAN), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Dados sobre estimativas populacionais foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), que também se encontravam no SINAN. **Resultados:** No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com um coeficiente de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.) **Conclusão:** A predominância de notificações de comportamento suicida continua circunscrita aos estados da região sudeste, com maior incidência sobre a população masculina e idosa, configurando, uma nova perspectiva epidemiológica para o agravo que na mesma medida acompanha a transição demográfica pela qual a população brasileira vem passando nas últimas décadas.

**Palavras – chave:** Suicídio, Epidemiologia, tentativa de suicídio

**ABSTRACT**

**Introduction:** Suicide is one of the four leading causes of death among people aged between 15 and 44 years, both in developed and developing countries. Brazil is currently among the top 10 countries with the most suicide cases, in absolute numbers. **Objective:** To develop an epidemiological analysis of suicide mortality rates in Brazil by regions of the country between 2011 and 2016. **Methods:** This is a cross-sectional, retrospective and descriptive study on suicide mortality rates found in each Brazilian region during the period 2011-2016. Mortality and suicide data, as well as sociodemographic and epidemiological characteristics were obtained from the database of the Information System on Diseases and Notifications (SINAN), of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). Data on population estimates were obtained from the Brazilian Institute of Geography (IBGE), which were also available at SINAN. **Results:** In the period from 2011 to 2015, 55,649 deaths from suicide were recorded in Brazil, with a coefficient of 5.5 / 100 thousand inhabitants, ranging from 5.3 in 2011 to 5.7 in 2015. The risk of suicide in the male gender was 8.7 / 100 thousand in hab., being approximately four times greater than the female (2.4 / 100 thousand in hab.). **Conclusion:** The predominance of notifications of suicidal behavior remains limited to the states of the southeast region, with a higher incidence on the male and elderly population, configuring, a new epidemiological perspective for the disease that in the same measure accompanies the demographic transition that the Brazilian population has been going through in the last decades.

**Key words:** Suicide, Epidemiology, attempted suicide

## INTRODUÇÃO

O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de 2005 é considerada relativamente baixa (5,6 mortes por 100.000 habitantes) quando comparada com as taxas de outros países. O país ocupa a 67ª posição em uma classificação mundial. No entanto, em números absolutos, o Brasil está entre os 10 países com mais suicídios<sup>1</sup>.

Em todo o mundo, a taxa de suicídio é mais alta entre os indivíduos mais velhos do que entre os mais jovens; contudo, esta tendência vem se alterando em escala mundial desde os anos 90. O suicídio é uma das quatro principais causas de morte entre as pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento<sup>2</sup>.

De acordo com a OMS, o suicídio é um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida. Os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional<sup>3</sup>.

As taxas de suicídio ao redor do mundo variam de acordo com aspectos culturais, regionais e sociodemográficos, e também de acordo com a maneira como estas mortes são registradas. No Brasil, a partir da análise de dados de suicídio relatados, os pesquisadores sugeriram que a subnotificação e a baixa qualidade das informações contidas nos certificados de óbito exigem grande atenção, uma vez que podem ser fatores que levam à subestimação de mortes por suicídio nas taxas de mortalidade relatadas<sup>4</sup>.

No Brasil, existem poucos estudos a respeito de análises epidemiológicas de séries históricas de suicídio. Na análise das taxas de suicídio registradas entre 1980 e 2000, verifica-se que, neste período, a taxa cresceu 21% (de 3,1 para

4,0 por 100,000 habitantes). Os homens e os idosos ainda eram a maioria dos casos de suicídio, porém o número de casos de suicídio de jovens adultos entre 15 e 24 anos de idade cresceu ainda mais (1.900%) nestas duas décadas. Uma investigação conduzida no Estado do Rio Grande do Sul entre 1980 e 1999 relatou taxas de suicídio que variavam entre 9 e 11 mortes por 100.000 habitantes. Embora os mais velhos representassem a taxa de suicídio mais alta, na população adulta jovem a taxa geral de suicídio cresceu<sup>5</sup>. As taxas de suicídio em Campinas, entre 1997 e 2001, foram analisadas por gêneros. Esta investigação encontrou taxas de mortalidade mais altas entre homens com idades entre 35 e 54 anos. Enforcamento e uso de armas de fogo foram os métodos de suicídio mais comuns utilizados pelos homens, enquanto que o envenenamento foi o mais comum entre as mulheres<sup>6</sup>.

Outro estudo conduzido por Souza *et al.* (2002) analisou o comportamento suicida de adultos jovens vivendo em nove áreas metropolitanas brasileira. Porto Alegre e Curitiba apresentaram as taxas de suicídio mais altas<sup>7</sup>. Os principais métodos de suicídio foram o enforcamento, estrangulamento e sufocação, especialmente em Porto Alegre, e armas de fogo em Belo Horizonte. Apesar da importância destes quatro estudos, estas investigações foram limitadas em abrangência. Três deles foram limitados a áreas ou populações localizadas (um estado, cidade e nove capitais selecionadas e focados em pessoas jovens). Apenas um dos três investigou taxas de suicídio na população brasileira de conjunto (1980-2000). Estes estudos evidenciaram a necessidade de investigações sobre a taxa de mortalidade por suicídio levando em consideração as diferenças regionais encontradas no Brasil<sup>1</sup>.

O Brasil é um país grande, caracterizado por diferentes regiões cujos níveis de desenvolvimento são muito diferentes. A análise epidemiológica do suicídio entre brasileiros de diferentes regiões é importante para o desenvolvimento de políticas de saúde pública. O desenvolvimento de programas efetivos para prevenção de comportamentos suicidas exige a

expansão do nosso conhecimento sobre as especificidades regionais no que diz respeito a esta questão de saúde pública.

## OBJETIVOS

Dentro deste contexto, o principal objetivo deste estudo foi o de desenvolver uma análise epidemiológica das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil por regiões do país entre 2011 e 2016.

## MÉTODO

Este foi um estudo transversal, retrospectivo e descritivo sobre taxas de mortalidade por suicídio encontradas em cada região brasileira durante o período de 2011-2016. Dados de mortalidade e suicídio, assim como características sociodemográficas e clinicoepidemiológicas foram obtidas no banco de dados brasileiro do Sistema de Informações sobre Agravos e Notificações (SINAN), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Dados sobre estimativas populacionais foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), que também se encontravam no SINAN.

Os dados extraídos do SINAN foram tabulados por meio de planilhas eletrônicas e procedeu-se com a análise por meio do cálculo dos coeficientes proporcionais de incidência do comportamento suicida, assim como inferências e associações com fatores sociodemográficos levantados.

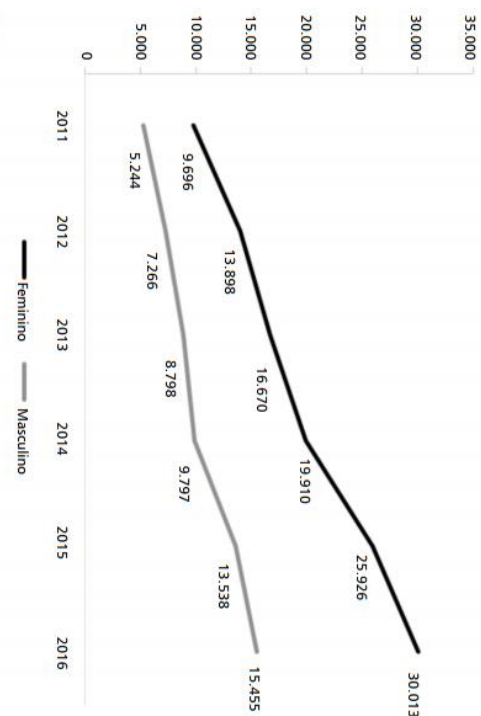
A partir dos resultados conhecidos, os achados foram confrontados com a literatura e, então, a discussão foi tecida, com intervenções inferenciais, assim como as tendências foram conhecidas.

Por fim, vale ressaltar que, como este estudo não envolve diretamente seres humanos, sendo os dados extraídos de um banco de dados de cunho informativo e de domínio público, não se fez necessário a apreciação do mesmo por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, contudo foram observados os ditames éticos que permeiam uma pesquisa nas áreas que tangem as Ciências da Saúde.

## RESULTADOS

De acordo com o Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com um coeficiente de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.). Esses dados corroboram o que a literatura traz, uma vez que Calixto & Zerbini(2016) afirmam que o comportamento suicida é mais incidente sobre o sexo masculino.<sup>8</sup>

Fonte: SINAN/Ministério da Saúde.  
Figura 1 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Brasil, 2011 a 2016



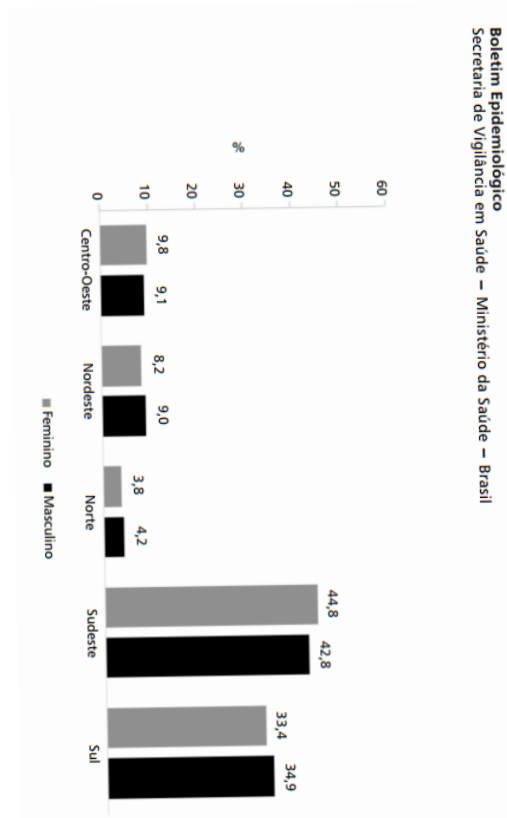
Em ambos os sexos, o risco aumentou, ao longo do período, passando de 8,4 para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 para 2,5/100 mil hab. no feminino. Assim, o crescimento da taxa foi de 0,7/100 mil hab. no sexo masculino e de 0,2/100 mil hab. no feminino. Independentemente do sexo, as maiores taxas de suicídio foram observadas na faixa etária de 70 e mais anos (8,9/100 mil hab.); com até 3 anos de estudo (6,8/100 mil hab.). Entre os homens, a taxa de mortalidade por suicídio seguiu o mesmo padrão, com o maior

valor na faixa etária de 70 anos e mais de idade (17,1/100 mil hab.); com até 3 anos de estudo (10,9/100 mil hab.). Já entre as mulheres, a faixa etária mais acometida foi a de 50 a 59 anos (3,8/100 mil hab.), e aquelas com 12 e mais anos de estudos tiveram risco de óbito por suicídio (2,4/100 mil hab.) semelhante ao observado na faixa de 4 a 7 anos de estudo e 1,5 vez maior que o risco entre as mulheres com 8 a 11 anos de estudo. Esses dados refletem uma nítida mudança na epidemiologia do suicídio, tendo em vista que no período compreendido entre 2000 e 2010 a predominância do comportamento suicida na população de adultos jovens, que se estende dos 20 aos 59 anos (CALIXTO & ZERBINI, 2016).

As maiores taxas de óbito por suicídio foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Mato Grosso do Sul que, no período estudado, apresentaram, respectivamente, 10,3, 8,8 e 8,5 óbitos por 100 mil hab. Nesses estados, as taxas segundo o sexo foram, respectivamente: masculino (16,5/100 mil hab.; 13,5 /100 mil hab.;13,3/100 mil hab.) e feminino (4,2/100 mil hab.; 4,1/100 mil hab.; 3,7/100 mil hab.). As maiores variações da taxa, em número de óbitos por 100 mil, no sexo masculino, foram observados nos estados de Roraima (5,1/100 mil hab.), Rondônia (3,1/100 mil hab.) e Amapá (2,2/100 mil hab.). No sexo feminino, a maior variação foi observada no Distrito Federal (1,1/100 mil hab.), seguindo-se os estados de Roraima, Amapá e Piauí, cada um com 0,9/100 mil hab (Fig 02).

**DISCUSSÃO**

Com relação à distribuição geográfica, os dados não apontam para uma nova panorâmica, sendo que as regiões com maior e menor proporção de casos notificados são, respectivamente, Sudeste e Norte. Isso pode ser ocasionado pela maior eficiência de notificação dos serviços da região sudeste, aliado à maior presença de áreas descobertas na região norte, como também e, principalmente, à maior concentração populacional na região sudeste, que sozinha concentra um terço da população brasileira<sup>8</sup>.



Boletim Epidemiológico  
Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil

**CONCLUSÃO**

Partindo do que foi levantado, algumas tendências são factíveis: a predominância de notificações de comportamento suicida continua circunscrita aos estados da região sudeste, com maior incidência sobre a população masculina e idosa, configurando, pois, uma nova perspectiva epidemiológica para o agravo que na mesma medida acompanha a transição demográfica pela qual a população brasileira vem passando nas últimas décadas.

Assim, carece-se de maiores apontamentos para elucidar os fatores que impactaram nesse novo cenário epidemiológico do comportamento suicida, uma vez que o conhecimento holístico dos mecanismos intrínsecos a tais fatores é essencial na constituição de políticas de saúde mais eficazes e menos onerosas.

## REFERÊNCIAS

---

1. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):131-4.
2. OMS: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978; Republicação Ministério da Saúde, Brasil, 2002.
3. Skogman K, Alsén M, Öjehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide: a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Pschiatr Epidemiol.* 2004;39(2):113-20
4. Minayo MC. Suicídio: violência auto-infligida. In: Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804-10.
6. Marín-León L, Barros MB. Mortes por suicidio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica.* 2003;37(3):357-63
7. Souza ER, Minayo MC, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saude Publica.* 2002;18(3):673-83.
8. Calixto Filho M, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética & Justiça.* 2016;21(2)45-51