

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

YOLANDA RODRIGUES LAGO DE SOUZA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO NO BRASIL

PASSO FUNDO, RS

2022

YOLANDA RODRIGUES LAGO DE SOUZA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO NO BRASIL

Trabalho de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção de grau de bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ivana Loraine Lindemann
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello
Coorientador: Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel

PASSO FUNDO, RS

2022

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Souza, Yolanda Rodrigues Lago de
Características Epidemiológicas do Suicídio no Brasil
/ Yolanda Rodrigues Lago de Souza. -- 2022.
65 f.:il.

Orientador: Dr.* Ivana Loraine Lindemann
Coorientadores: Dr.* Renata dos Santos Rabello, Me.
Rogério Tomasi Riffel

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2022.

1. Saúde mental. 2. Perfil epidemiológico. 3.
Georreferenciamento. 4. Suicídio. I. Lindemann, Ivana
Lorraine, orient. II. Rabello, Renata dos Santos,
co-orient. III. Riffel, Rogério Tomasi, co-orient. IV.
Universidade Federal da Fronteira Sul. V. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

YOLANDA RODRIGUES LAGO DE SOUZA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO NO BRASIL

Trabalho de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção de grau de bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo, RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em 23/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ivana Loraine Lindemann
Orientadora

Bruna Chaves Lopes

Jorge Alberto Salton

Dedico a todas as pessoas que de alguma forma me auxiliaram a concluir este trabalho. Cada pequeno (grande) gesto foi importante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço encarecidamente à minha orientadora, por todo o apoio até o presente momento e aos meus coorientadores Renata e Rogério, por também auxiliarem em todos os momentos em que precisei. Aos meus familiares (sobretudo às minhas duas mães, pai e tios), amigos e ao meu namorado, por todo o suporte incondicional ao qual espero ser minimamente capaz de retribuir futuramente. Todos eles sabem o quão árdua foi a caminhada ao longo desta trajetória até o momento, mas ao mesmo tempo é importante pontuar o quão imprescindível foi o processo de amadurecimento que todos os desafios possibilitaram.

EPÍGRAFE

“Não se acha paz evitando a vida.” (WOOLF, VIRGINIA)

APRESENTAÇÃO

Este trabalho, de autoria da discente Yolanda Rodrigues Lago de Souza, orientada pela Professora Doutora Ivana Loraine Lindemann e coorientada pela Professora Doutora Renata dos Santos Rabello e pelo Professor Mestre Rogério Tomasi Riffel, corresponde a um Trabalho de Curso (TC) cujo maior objetivo é descrever as principais características epidemiológicas do suicídio no Brasil. Sendo um dos requisitos para a conclusão do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS, o trabalho teve sua estruturação inicial desenvolvida ao longo do Componente Curricular Regular (CCR) Trabalho de Curso I, na forma de escrita do projeto de pesquisa (durante o segundo semestre letivo de 2021). Posteriormente, a coleta de dados e a redação do relatório foi realizada no CCR de TC II (correspondente ao primeiro semestre letivo de 2022) e a redação de um artigo científico, a apresentação final e a conclusão do volume ocorrerão em TC III (segundo semestre letivo de 2022). Há conformidade com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento de Trabalho de Curso.

RESUMO

O suicídio é, historicamente, cercado por um tabu do qual não fora liberto ainda e está muito presente, inclusive, em obras literárias consagradas que marcaram gerações e sociedades inteiras, refletindo seus desprazeres e formas de lidar com problemas e desilusões. *O sofrimento do jovem Werther*, do escritor alemão Goethe; *Anna Karenina*, de Tolstói e *Ms. Dalloway*, de Virginia Wolf, são alguns exemplos de obras nas quais este ato se perpetua, suscitando questionamentos e, até mesmo, influenciando certas reflexões na época em que foram publicados. No entanto, apesar de ser um assunto sociologicamente discutido, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada 40 segundos, hoje, no mundo, uma pessoa se suicida. Assim, o presente projeto de pesquisa trata-se de um estudo observacional, ecológico, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, utilizando ferramentas de geoprocessamento, que visa analisar características epidemiológicas do suicídio em território brasileiro, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os quais são disponibilizados pelo site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil do Ministério da Saúde (DATASUS) e categorizados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo divididos em tipos de suicídios, que compõem um intervalo de X60 a X84. Os denominadores, os quais compreendem as respectivas populações das UF a cada ano, foram obtidos por meio de dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fez-se o compilado das informações acerca da caracterização do suicídio e de suas vítimas, bem como o cálculo das taxas de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes, por meio dessas informações foi possível verificar qual a variância entre os grupos do sexo feminino e masculino, quanto ao tipo de método escolhido, por meio do teste F, o qual apresentou significância de 5%. Realizou-se também o georrefenciamento das taxas de suicídio por 100.000 habitantes no período. As maiores taxas foram observadas nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul e a maioria dos suicidas é composta por homens (78,6%) dentro da faixa etária dos 40 aos 59 anos (33%), brancos (49,8%), solteiros (50,2%) e com 4 a 7 anos de escolaridade (32,3%). O método mais utilizado corresponde à categoria CID-10 X70 (enforcamento, estrangulamento ou sufocação), a qual representa cerca de 67% do total de suicídios. Todos as variáveis tiveram p menor que 0,05 e, portanto, pode-se afirmar que houve relação estatística significativa entre o sexo masculino e o método de suicídio. Além disso, a taxa de mortalidade por suicídios, no decênio referido, aumentou em praticamente todas as 27 Unidades Federativas brasileiras, sem que houvesse alguma relação específica com a obrigatoriedade de notificação, estabelecida em 2014. Dentre

os principais objetivos deste estudo, tem-se o estabelecimento de um perfil de risco do suicídio, visando guiar iniciativas de prevenção do suicídio de forma mais efetiva, além da realização de um georreferenciamento que demonstre visualmente a distribuição das taxas de suicídio no território brasileiro.

Palavras-chave: saúde mental; perfil epidemiológico; georreferenciamento.

ABSTRACT

Suicide is, historically speaking, surrounded by a tabu from which it hasn't been released and is very present, including in consecrated literary works that has impacted whole generations and societies, reflecting their displeasures and forms of dealing with their problems and disillusionments. The sorrows of young Werther, by the Germany writer Goethe; Anna Karenina by Leo Tostoi and Ms. Dalloway by Virginia Wolf are a few examples of works in which those act perpetuate, evoking questionings and, even so, influencing some thoughts and reflections by the time they were published. However, even though this subject is sociologically discussed worldwide, according to the World and Health Organization (WHO), between 40 seconds, every day, in the world, someone takes its own life. Therefore, this present research project intends to analyze epidemiological characteristics of suicide on Brazilian territory, using data of Mortality Information System, which are available by the Computing Department of Health Unique System from Health Ministry website and categorized by International Classification of Diseases (ICD-10), being divided in suicide types, composing intervals between X60 and X84. It is about an ecological study with quantitative approach, using geoprocessing tools. Mortality databases were obtained from Information Health Systems, available by DATASUS and the denominators were obtained from available data of the Brazilian Institute of Geography and Statistics. A compiled of the information were made, so as with the victim's data, so as the calculation of each mortality rate by suicide for 100 thousand individuals, and through that information were possible to verify the variance between groups of both genders, women and men, by each method chosen, using the F test. The geoprocessing was also made with the suicides in the period. The major suicide rates were observed in the States of São Paulo, Minas Gerais and Rio Grande do Sul; the majority of suicidals are composed by men (78,6%) in the age range of 40 to 59 years old (33%), with (49,8%), single (50,2%) and with 4 to 7 years of education (32,3%). The most used method corresponds to group X70 of CID-10 category (hanging, choking or suffocation), which corresponds to 67% of all suicides. The mortality rate of suicides, on referred decennium, increased on practically all the 27 Brazilian Federal Units, without any specific correlation with obligatoriness of notification, stabilized in 2014, after this year. The methodology used were useful for enable inferencing the relevant statistic on analysis between chosen method and sex. Among the main goals of this study, there is the establishment of a suicide risk profile, aiming to guide suicide prevention initiatives more

effectively, besides the realization of a georeferencing that visually demonstrates the suicide rate distribution on Brazilian territory.

Keywords: mental health; epidemiologic profile; georeferencing.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	DESENVOLVIMENTO	13
2.1	PROJETO DE PESQUISA	13
2.1.1	Tema	13
2.1.2	Problemas de pesquisa	13
2.1.3	Hipóteses	13
2.1.4	Objetivos	14
2.1.4.1	Objetivo geral	14
2.1.4.2	Objetivos específicos	14
2.1.5	Justificativa	14
2.1.6	Referencial teórico	14
2.1.6.1	Dados sobre a frequência em outros países e no Brasil	15
2.1.6.2	Fatores associados e principais características dos suicidas no Brasil	15
2.1.6.3	Métodos utilizados, principais locais de ocorrência, diferenças por sexo, idade e região no Brasil	16
2.1.6.4	Obrigatoriedade de notificação, relação com os Sistemas de Informação em Saúde brasileiros e campanhas de prevenção	16
2.1.7	Metodologia	22
2.1.7.1	Tipo de estudo, local e período de realização	22
2.1.7.2	População e amostragem	22
2.1.7.3	Variáveis e instrumentos de coleta de dados	22
2.1.7.4	Processamento e análise dos dados	22
2.1.7.5	Aspectos éticos	23
2.1.8	Recursos	23
2.1.9	Cronograma	24
2.1.10	Referências	25
2.1.11	Anexos	28
2.2	Relatório de Pesquisa	30
2.2.1	Apresentação	31
2.2.2	Desenvolvimento	31
2.2.3	Considerações finais	32
3.	ARTIGO CIENTÍFICO	33
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
5.	ANEXO	59

1. INTRODUÇÃO

O suicídio, segundo o sociólogo francês Émile Durkheim, é definido como sendo “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”. Além disso, o estudioso dividiu o suicídio em três categorias: egoísta, altruísta e anômica; sendo o egoísta o indivíduo que não possui fortes integrações sociais com nenhum grupo; o altruísta se refere a indivíduos suscetíveis ao suicídio em decorrência da integração excessiva a um grupo – sendo o suicídio, então, um desdobramento dessa integração – e o anômico seria aquele no qual a integração do indivíduo à sociedade é perturbada, sem que este consiga seguir comportamentos e regras convencionais (DURKHEIM, 1897 *apud* STAHEL, 2000, p.14).

Para Freud, o *Selbstmord* – termo alemão para autoassassinato – nada mais seria do que um impulso reprimido de matar outrem, pois o indivíduo em estado melancólico é narcisístico ao ponto de tratar a si como um objeto, o que possibilita a consumação do suicídio. Ou seja, o indivíduo direciona a si próprio a hostilidade que estaria voltada a outra pessoa (FREUD, 1917). Baseado nestes estudos, Karl Menninger formulou a ideia de que o suicídio seria o homicídio invertido por conta da fúria que o suicida sentiria por outra pessoa, sendo um reflexo que se volta para dentro, numa morte autodirecionada (MENNINGER, 1938/1965).

Naturalmente, desde os primórdios da humanidade, este ato foi envolto em um tabu do qual ainda não fora liberto, o que dificulta a ação de campanhas voltadas ao seu combate, tornando-o uma importante causa de morte em todo o mundo, visto que, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas tiram suas próprias vidas todos os anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). No meio acadêmico, em contrapartida, este fenômeno tem sido cada vez mais dissecado, havendo diversas pesquisas que buscam desmistificá-lo ao coletar dados importantes acerca dos padrões epidemiológicos que as vítimas, de diferentes países, estados ou cidades, têm apresentado ao longo dos anos.

Pontualmente quanto aos dados, países da América Central, do Sul e da Europa oriental têm altos índices de suicídio. Ainda, num panorama comparativo, segundo o primeiro relatório sobre prevenção do suicídio da OMS, o Brasil é o oitavo país com maior índice de suicídio no mundo. Dentre as principais características das vítimas no país, predomina o sexo masculino ao se analisar em taxas por 100 mil habitantes (ALVES DA SILVA *et al.*, 2018). Além disso, dentre as faixas etárias mais afetadas, a mais frequente é a de adolescentes e de jovens adultos, entre 15 e 19 anos, dentro da qual, analisando ambos os gêneros, o método

mais utilizado é o enforcamento. Destaca-se que os meninos optam, quase duas vezes mais, por métodos como o enforcamento e as armas de fogo, enquanto as meninas utilizam mais envenenamento e quedas de grandes alturas (JAEN-VARAS et al., 2020). É imprescindível pontuar que não se sabe muito a respeito das diferenças entre as taxas nas regiões ou Unidades Federativas brasileiras, mas que a taxa mundial de suicídio, padronizada por idade para 2016, foi de 10,5/100.000 habitantes, variando de 5 a mais de 30. Neste mesmo período, os índices nacionais foram de 6,1/100.000 habitantes e, especificamente no Estado do Rio Grande do Sul, ocorreram 1.166 casos, correspondendo a uma taxa de 11/100.000, sendo 17,8 em homens e 4,5 em mulheres, o que corresponde a aproximadamente o dobro dos índices nacionais (GOMES, et al., 2021).

Neste contexto, percebe-se que a identificação de fatores históricos e biopsicossociais relacionados ao suicídio, como os perfis socioeconômicos de maior risco, é imprescindível para a discussão contextualizada desse ato, visto que a descrição desse panorama pode auxiliar na elaboração de ações de saúde mental com a finalidade de diminuir a ocorrência deste fenômeno. Portanto, o presente estudo busca detalhar as características epidemiológicas do suicídio no Brasil no período de 2010 a 2019.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Características epidemiológicas do fenômeno do suicídio no Brasil, por Unidade Federativa (UF), compreendendo o período de 2010 a 2019.

2.1.2 Problemas

Qual a taxa de mortalidade por suicídios no Brasil e por UF, naquele período?

No intervalo de tempo levantado, houve um aumento ou uma redução de casos de suicídio?

Houve influência da obrigatoriedade da notificação, estabelecida em 2014, nas taxas citadas?

Grandes metrópoles seriam locais nos quais a taxa de mortalidade por suicídio é maior?

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta maior ocorrência de suicídios em comparação às demais UF?

Quais as principais características dos suicídios?

Qual o perfil epidemiológico dos indivíduos que se suicidaram (sexo, idade, escolaridade e etnia)?

A escolha do método varia conforme o sexo das vítimas?

2.1.3 Hipóteses

No caso da taxa de mortalidade por suicídio em território brasileiro, a expectativa é que este indicador se apresente elevado em nível nacional e em UF pertencentes às regiões sul e sudeste.

No período analisado, é provável ter ocorrido um aumento dos casos de suicídio.

É esperado aumento das taxas a partir da obrigatoriedade da notificação.

Em grandes metrópoles serão verificadas taxas de mortalidade mais elevadas.

O Rio Grande do Sul apresentará elevadas taxas de suicídio em comparação às demais UF.

Dentre as características do suicídio, espera-se que os principais métodos utilizados sejam enforcamento e intoxicação por medicamentos; como local de ocorrência mais comum, espera-se que seja em suas próprias residências ou em hospitais.

No caso do perfil dos suicidas, o esperado é que a maior parte deles seja composta por homens, solteiros e de baixa escolaridade. Dentre as faixas etárias, o esperado é que compreendam os adolescentes (entre 12 e 18 anos de idade) e os idosos (≥ 60 anos).

Espera-se que entre as vítimas do sexo masculino os métodos mais frequentemente utilizados sejam enforcamento e uso de arma de fogo e, dentre as do sexo feminino, a intoxicação por medicamentos ou por outras substâncias.

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo Geral

Caracterizar o fenômeno do suicídio no Brasil e por UF, no período de 2010 a 2019.

2.1.4.2 Objetivos Específicos

Estimar a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil e por UF no referido período.

Analisar se houve aumento ou redução dos casos de suicídio no Brasil no período avaliado.

Verificar a influência da obrigatoriedade da notificação nessas taxas citadas.

Georreferenciar os dados coletados a respeito do suicídio no Brasil e avaliar, comparativamente, a distribuição da ocorrência por UF e em grandes metrópoles.

Descrever as principais características dos suicídios.

Descrever o perfil epidemiológico dos indivíduos que se suicidaram.

Verificar a distribuição do método escolhido de acordo com o sexo das vítimas.

2.1.5 Justificativa

A importância reconhecida internacionalmente do suicídio é um dos motivos impulsionadores da pesquisa. Cerca de 800 mil pessoas morrem todos os anos por suicídio,

sendo ele a principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. Além disso, há o fato de não se ter estudos que destrinchem exatamente o fenômeno, buscando responder aos questionamentos aqui levantados. Ainda, é possível que os perfis retratados neste trabalho possam ser utilizados para campanhas de prevenção, pois com base neles e em seus resultados mais precisos, elas poderiam ser direcionadas de forma mais assertiva, pois para cada suicídio, há outras pessoas que o tentam, sendo a tentativa prévia o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021).

2.1.6 Referencial teórico

A etimologia do suicídio deriva do termo latim *suicidium*, formado por *sui*, que indica a si mesmo e o prefixo *cidium*, que significa assassinato. O suicídio é, então, o ato fatal que representa o desejo de morrer de um indivíduo que o comete. Em psiquiatria, sua ocorrência é uma emergência primária e é basicamente impossível de prever, apesar de vários indícios serem passíveis de observação prévia. Ainda, aproximadamente 95% das pessoas que cometem ou tentam suicídio foram diagnosticadas com algum transtorno mental e, destes, 80% correspondem a transtornos depressivos. Além disso, é imprescindível diferenciar os conceitos como comportamento, ideação e intenção suicida. O comportamento suicida é quando, associado a métodos ou ações suicidas, há perigo objetivo de vida; a ideação suicida é o pensamento de servir como agente da própria morte, sendo que sua gravidade varia a depender da especificidade dos planos e do grau de intenção suicida; e a intenção suicida, por sua vez, é a expectativa subjetiva e o desejo de que um ato autodestrutivo cause morte (KAPLAN, SADOCK, 2007).

Num contexto histórico geral, pode-se dizer que desde os primórdios do romantismo, escola literária conhecida por permitir a exacerbação de sentimentos (tanto positivos como negativos), a literatura médica pontuou assertivamente o chamado “efeito Werther” proposto pelo sociólogo David Phillips, em que o suicídio é mimetizado por outras pessoas, proporcionalmente ao alcance que tal ação tem. No caso em específico, a obra do escritor alemão Johan W. Von Goethe denominada “Os sofrimentos do jovem Werther” impulsionara uma série de suicídios na época em que fora publicada, pois o narrador e protagonista da história acaba por cometer suicídio ao final (GOETHE, 1774). Este conhecido efeito demonstrou a periculosidade presente na “popularização” do ato, acabando por perpetuar ainda mais o tabu envolto no tema.

Contrapondo o efeito Werther, segundo a semiologia psiquiátrica, é um dever do médico realizar perguntas diretas e específicas sobre suicídio para pacientes suspeitos de risco suicida. Assim, questões diretas e específicas sobre suicídio são fundamentais para a avaliação do paciente, sendo que perguntas sobre pensamentos, planos e comportamentos suicidas devem ser dissecadas, pois uma primeira resposta negativa para uma pergunta inicial sobre ideação suicida pode não ser suficiente para determinar o real risco (JACOBS *et al.*, 2010).

2.1.6.1 Epidemiologia do suicídio no Brasil

No panorama brasileiro, apesar da clara influência deste tabu histórico construído ao longo de séculos, atualmente algumas pesquisas importantes, envolvendo a investigação de um perfil que delimite precisamente a tendência do suicídio, foram realizadas, dentre elas um estudo retrospectivo que avaliou a tendência do suicídio por idade e o sexo no Brasil entre 2000 e 2016, também utilizando dados do DATASUS. Apesar disso, um dado preocupante é que as taxas se mostraram cada vez mais elevadas ao longo deste período e homens correm cerca de 3,8 vezes mais risco de cometerem suicídio do que mulheres (MARTINI *et al.*, 2019).

2.1.6.2 Fatores associados e principais características das vítimas no Brasil e no mundo

Tendo parte deste perfil delimitado, é interessante pontuar que outras pesquisas contemplaram parcialmente algumas das hipóteses elaboradas no presente estudo, indicando que o local mais comum para a realização dos suicídios por exemplo, seria a residência dos indivíduos. Além disso, tem-se que a maioria deles não teria relação conjugal declarada, sendo solteiros (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Dentro da caracterização dos principais métodos utilizados, pontua-se, além da maior incidência geral em adolescentes e jovens adultos, que de acordo com um estudo comparativo, tendo-se como base os anos de 2006 e 2015, a utilização do método de enforcamento cresceu em ambos os sexos, enquanto o uso de armas de fogo decresceu somente entre os meninos, autointoxicação decresceu em ambos os sexos e o uso de pesticida caiu significativamente somente entre as meninas (JAEN-VARAS *et al.*, 2020).

2.1.6.3 Métodos usados, locais de ocorrência, diferenças conforme sexo, idade e região no Brasil

Quanto à distribuição espacial do fenômeno, num estudo ecológico, utilizando os municípios brasileiros como unidade de análise, analisou-se a mortalidade por danos auto infligidos, representados pela taxa patronizada de mortalidade (SMR), sendo também utilizado o número de mortes pelo SIM/DATASUS. Dentre os principais indicadores socioeconômicos, estavam: índice de desenvolvimento humano municipal (HDI-M); *risk ratio* dependente; classificação de idade; percentual de vulnerabilidade por pobreza; *risk ratio* dentre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres; índice de Gini; taxa de desemprego dentre os suicidas e percentual da população suicida que vive em abrigos com densidade populacional maior que 2 segundo dados coletados do *United Nations Development Programme* (UNDP). A avaliação da distribuição da mortalidade por suicídio em municípios brasileiros e a correlação com indicadores socioeconômicos incluiu a análise dos cinco municípios, nos quais as taxas de suicídio eram maiores. Dos cinco municípios, é interessante pontuar que dois deles pertenciam ao Estado do Mato Grosso do Sul: Itaporã (MS) e Paranhos (MS); os outros seriam Taipas do Tocantins (TO), Monjolos (MG) e Mampituba (RS) (DANTAS *et al.*, 2018).

Além disso, num estudo com delineamento transversal, abrangendo mortes registradas como suicídio no período de 2017 a 2018, foram consultados todos os registros de necropsia do Instituto-Geral de Perícias do Rio Grande do Sul (IGP-RS) relacionados a suicídio, assim como os respectivos laudos toxicológicos emitidos pelo Departamento de Perícias Laboratoriais (DPL) do IGP-RS, pois dentre as Unidades Federativas, o estado do Rio Grande do Sul (RS) apresenta, historicamente, as maiores taxas de suicídio, as quais segundo dados de 2016, compreendiam cerca de 11 casos por 100 mil habitantes. Ainda, neste estudo em cujas variáveis admitidas, havia sexo, idade, ausência parental no registro de nascimento, causa do óbito, cidade do óbito, região do óbito, macrorregião, ano, toxicologia e uso de etanol, psicotrópicos, ansiolíticos, antidepressivos, compostos lícitos e venenos, fez-se uma análise do perfil epidemiológico e toxicológico das vítimas de suicídio neste estado (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020).

Assim, a taxa de suicídio foi de 11,3 casos por 100 mil habitantes/ano e as macrorregiões de Caxias do Sul e Passo Fundo apresentaram as maiores taxas em 2017, ambas com 13,9 casos/100 mil hab. Em 2018, a maior taxa (15,1) foi observada na macrorregião de Passo Fundo. Por fim, tem-se que o perfil epidemiológico das vítimas de

suicídio no Rio Grande do Sul revelou predomínio no sexo masculino, tendo o enforcamento como principal meio suicida e, em cerca de um terço dos casos, presença de consumo de compostos psicotrópicos (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020).

Quanto à idade das vítimas, cerca da metade corresponde a homens entre 35 e 59 anos (45,9%), o que corrobora dados fornecidos pelo DATASUS de 2018 (53,8% na mesma faixa etária). Destes, entretanto, é importante ressaltar que mais de 25% eram idosos, os quais são naturalmente mais expostos a fatores de risco, como morte de um ente querido – geralmente do cônjuge, doença terminal, isolamento social, entre outros. A maioria das vítimas era de cor branca. Os sem cônjuge também representam uma alta parcela das vítimas (63,6%), pois como descrito em diversos trabalhos, quanto maior o vínculo afetivo, menor a propensão ao isolamento social, ou seja, a presença de um cônjuge torna-se fator de proteção contra o suicídio. Além disso, há maior prevalência de suicidas analfabetos e com ensino fundamental incompleto/completo (70,7%), mas a influência da baixa escolaridade ainda é pouco abordada na literatura (GOMES *et al.*, 2021).

Em um estudo observacional, foram coletados dados por meio de fichas de atendimento pré-hospitalar, utilizando-se variáveis como sexo, idade; idade maior ou menor de 18 anos; método utilizado para o suicídio; dia da semana em que ocorreu a tentativa; horário e mês da ocorrência; estação do ano e presença de transtorno mental. Buscou-se, assim, descrever o perfil das vítimas de tentativas de suicídio atendidas pelo Corpo de Bombeiros de um município do semiárido brasileiro (Arapiraca e, além desse município, as populações dos municípios de Coité do Nóia, Taquarana, Limoeiro de Anadia, Campo Alegre, São Miguel dos Campos, Lagoa da Canoa, Girau do Ponciano, Craíbas, Campo Grande, Feira Grande, São Sebastião, Junqueiro, Teotônio Vilela e Traipu, totalizando uma população de 427.938 habitantes, no período entre 2000 e 2017). Entre as vítimas atendidas, 50,7% eram do sexo masculino. A média geral de idade foi de 30,7 ($\pm 12,4$) anos, os homens apresentando média de 33,4 ($\pm 12,2$) anos e as mulheres de 27,9 ($\pm 12,2$) anos. Na amostra geral, o método mais utilizado pelas vítimas de tentativas de suicídio foi a intoxicação (50,7%). Dos oito óbitos ocorridos, sete (87,5%) aconteceram antes de a equipe de bombeiros chegar ao local de resgate e um (12,5%) deles, após a equipe chegar ao hospital de referência. Os métodos utilizados para os desfechos letais foram: enforcamento, precipitação de lugar elevado, intoxicação e afogamento. As tentativas de suicídio ocorreram com maior frequência no verão (27,8%) e na primavera (27,1%); a sexta-feira foi o dia da semana com maior número de atendimentos (21,5%), seguida da terça-feira (16,7%) e o horário predominante para as tentativas de suicídio foi entre 12h e 17h59min (41,7%) (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Num estudo nacional, fez-se a análise descritiva de banco de dados de 5 grupos de diferentes faixas etárias, sexo, idade e região, também utilizando dados do DATASUS e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dentre os maiores objetivos estava a aferição da idade e sexo mais comuns dos suicidas brasileiros, num período de 17 anos. As principais conclusões apontaram que o risco foi similar nas 5 regiões brasileiras, com taxas crescentes em ambos os sexos no período analisado, porém especialmente altas em homens entre 20 e 39 anos e mulheres entre 40 e 59 anos, sendo o *risk ratio* (risco relativo) cerca de 4 vezes mais elevado em homens do que em mulheres (MARTINI, 2017).

Neste contexto, num estudo quantitativo e de série temporal (com base territorial) – ecológico para 2014 e analítico temporal entre 1996 e 2014 – utilizou-se cerca de nove grupos com diferentes faixas etárias e sexo, sendo feita a análise da tendência temporal das taxas de suicídio e de como as informações acerca das tentativas estão organizadas nos sistemas de informações em saúde, verificando-se que a população suicida é, predominantemente, adolescente e adulta; além de que jovens e mulheres tentam mais suicídio do que homens, mas homens cometem mais suicídio que as mulheres (pois os métodos utilizados são mais letais); pessoas solteiras apresentam maior risco para a tentativa de suicídio; a residência é o local predominante e a maioria dos indivíduos não possuía envolvimento conjugal declarado (RIBEIRO *et al.*, 2018).

2.1.6.4 Sistema de vigilância do suicídio no Brasil

Desde 2014, no Brasil, estabeleceu-se a notificação compulsória do agravo, a qual determina que qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada deve ser notificada, sendo os dados compilados no SINAN. A existência de um banco de dados responsável por armazenar este tipo de informação é imprescindível para a análise e quantificação de dados brutos e variáveis, bem como transformá-los em ferramentas sociais a serem utilizadas para nortear campanhas de prevenção ao suicídio, as quais seriam mais bem direcionadas a um público-alvo, aumentando sua eficácia (BRASIL, 2014; ABP, 2021).

Dentro do contexto de geoprocessamento, há um estudo a respeito de suicídios cometidos por indivíduos que utilizaram substâncias de limpeza. Os dados deste estudo também foram retirados do SINAN e sua relevância dá-se justamente por utilizar de técnicas

de processamento de dados similares às idealizadas para este estudo (ALMEIDA, 2016). Outrossim, um estudo ecológico de 10 anos – 2006 a 2015 – analisou dados acerca dos métodos de suicídio mais utilizados por adolescentes, também com dados avaliados do DATASUS. A análise buscou definir se estes métodos difeririam ou não, por gênero. Dentre as principais conclusões, tem-se que meninos se suicidam mais por enforcamento e armas de fogo do que meninas, enquanto eles utilizam menos pesticidas, autointoxicação e outros métodos que elas (JAEN-VARAS *et al.*, 2016). Apesar de os resultados estarem voltados a uma faixa-etária específica, buscar definir os métodos de suicídio mais utilizados é essencial para se formular políticas de prevenção ao suicídio, por exemplo, dificultando o acesso daquele tipo de público aos métodos, ou servindo para levantar suspeitas públicas quando o indivíduo busca adquirir certos itens.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo, local e período de realização

Trata-se de um estudo observacional, ecológico, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, utilizando ferramentas de geoprocessamento, a ser realizado na Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo - RS, no período compreendido entre março e dezembro de 2022.

2.1.7.2 População e amostragem

A população do estudo será composta por todas as notificações de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, categorizados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em um intervalo de X60 a X84, no período de 2010 a 2019 no Brasil (Anexo 1). Tais dados serão obtidos diretamente do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS do Ministério da Saúde (MS), no endereço eletrônico (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>), que utiliza como documento básico a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo território nacional (Anexo 2). Além, utilizar-se-ão dados sobre a população residente nas Unidade Federativas e no Brasil disponibilizados pelo censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Como houve delimitação de um espaço de tempo de ocorrência dos casos,

não haverá cálculo de tamanho da amostra, tendo-se um N estimado de 120.000 casos. Como critério de inclusão, estarão incluídos todos os casos de suicídio notificados no período especificado.

2.1.7.3 Logística, variáveis e instrumentos de coleta de dados

Os dados serão coletados diretamente do SIM, por meio de acesso ao site do – DATASUS no endereço eletrônico (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>). Serão analisadas as características das vítimas compreendendo faixa etária (agrupadas em 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, ≥ 80 anos), sexo (masculino, feminino, ignorado), cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado), escolaridade (nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, ≥ 12) e estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro, ignorado). Ainda, características relacionadas ao suicídio: local de ocorrência (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros, ignorado), causa básica do óbito, incluindo os métodos utilizados pelos suicidas, Estado (UF) e ano de ocorrência. Serão também obtidas do site do IBGE as estimativas populacionais para cálculo dos indicadores de mortalidade.

2.1.7.4 Processamento e análise dos dados

Os dados serão extraídos em formato de planilha eletrônica, diretamente do SIM e a análise será realizada no programa LibreOffice, versão 7.1.0, *software* de distribuição livre. Para calcular as taxas de mortalidade por suicídio, será utilizado como numerador o número de casos novos notificados em cada ano estudado para o Brasil e por Unidade Federativa e como denominador a população de cada ano levantada pelo IBGE, sendo expressas pela unidade de 100 mil habitantes/ano. Também, serão criados mapas temáticos, visando a identificação das áreas com maiores frequências de suicídio no Brasil. Para mapear essas informações, será utilizado o programa Terra View versão 4.2.2, *software* de distribuição livre.

Ainda, foram elaborados gráficos e tabelas para descrever as principais características do suicídio, assim como das vítimas, utilizando frequências relativas e absolutas das variáveis. Por fim, a verificação da distribuição do método escolhido de acordo com o sexo

das vítimas se deu por meio do teste F, com nível de significância de 5%. Esta análise será realizada no software PSPP, de distribuição livre.

2.1.7.5 Aspectos éticos

Este trabalho está de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, as quais regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil e, por se tratar de um estudo com dados agregados, de domínio público e sem identificação dos participantes, o protocolo fica dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Como não há possibilidade de identificação individual, uma vez que o delineamento ecológico trabalha com informações agregadas, este trabalho não apresenta riscos aos participantes.

Os dados coletados serão armazenados por um período de cinco anos no computador da acadêmica autora do projeto, com acesso restrito e, após esse tempo, serão deletados. Quanto à relevância desta pesquisa, traz-se que a análise deste panorama pode auxiliar na elaboração de ações de saúde mental com a finalidade de diminuir a ocorrência deste fenômeno na sociedade. Destaca-se que os dados serão disponibilizados por meio de publicação em periódico e apresentação em eventos científicos para auxiliar gestores e profissionais de saúde no manejo do suicídio.

2.1.8 Recursos

As despesas serão custeadas pela equipe de pesquisa.

Item	Quantidade	Custo unitário (R\$)	Custo total (R\$)
Notebook	1	6.899,00	6.899,00
Suporte para notebook	1	52,90	52,90
Teclado e mouse	1	299,00	299,00
Valor total			7.250,90

Fonte: Elaborado pela autora.

2.1.9 Cronograma

Período Atividades	Mar 2022	Abr 2022	Mai 2022	Jun 2022	Jul 2022	Ago 2022	Set 2022	Out 2022	Nov 2022	Dez 2022
Revisão da literatura										
Coleta de dados										
Análise dos dados										
Redação e divulgação de resultados										

Fonte: Elaborado pela autora.

2.1.10 REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina. **Centro Brasileiro de Classificação de Doenças**. 2009; pp 36-37.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade**. [online]. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2014, p. 67-67.
- CARLOS, Flávia Pinhal de; D'AGORD, Marta Regina de Leão. O lugar obscuro do suicídio. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 2016, vol. 19, p. 43-56.
- DANTAS, Ana P. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2018, vol. 40, n.1, pp. 12-18.
- DURKHEIM, Émile. O suicídio: estudo de sociologia. Tradução: STRAHEL, M. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- FRANCK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2020, vol. 29, p. e2019512.
- FREUD, S. “Luto e melancolia” In: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- GOETHE, J.W. Os sofrimentos do Jovem Werther. São Paulo: Abril, 2010 [1774].
- GOMES, Guilherme et al. Caracterização dos óbitos por suicídio entre 2013-2017. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. [online]. 2021, vol. 70, n.3.
- JACOBS, Douglas G. et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. **APA Pract Guidel**, p. 1-83, 2010.
- JAEN-VARAS, Denisse Claudia et al. A 10-year ecological study of the methods of suicide used by Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020, vol. 36, n.8.
- SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11^a. ed. Brasil: Artmed, 2017. 1490 p.
- MARTINI, Murilo et al. Age and sex trends for suicide in Brazil between 2000 and 2016. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**. [online]. 2019, vol 54, n. 7, pp. 857–860.
- MENNINGER K. **Eros e Tanatos: o homem contra si próprio**. 1^a. ed. Brasil: Ibrasa, 2018.

MORETTO, ML et al. O suicídio e a morte do narrador. **Psicologia USP**. [online]. 2017, vol. 28, n.2, pp. 159-164.

OLIVEIRA, Jefferson et al. Características das tentativas de suicídio atendidas pelo serviço de emergência pré-hospitalar: um estudo epidemiológico de corte transversal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. [online]. 2020, vol. 69, n.4, pp. 239-246.

RIBEIRO, NM et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto – Enfermagem**. [online]. 2018, vol. 27, n.2.

SILVA, Bráulio et al. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Sociedade e Estado**. [online]. 2018, vol. 33, n.2, pp. 565-579.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **A importância da notificação**. Disponível em: <<https://www.setembroamarelo.com/post/a-importancia-da-notificacao>>. Acesso em: 22 de setembro de 2021.

2.1.11 Anexos

2.1.11.1. Anexo 1. Classificação das formas de suicídio de acordo com o capítulo de CID-10.

CID-10: X60 - X84	
X60	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos.
X61	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte. (Inclui: antidepressivos, barbitúricos, derivados da hidantoína, iminostilbenos, metaqualona e seus derivados, neurolépticos, psicoestimulantes, succimidas e oxazolidina-diona, tranquilizantes).
X62	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte. (Inclui: cannabis (derivados da), cocaína, codeína, heroína, lisérgida [LSD], maconha, mescalina, metadona, morfina, ópio (alcalóides)).
X63	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo. (<i>Inclui:</i> parassimpaticolíticos [anticolinérgicos e antimuscarínicos] e espasmolíticos, parassimpaticomiméticos [colinérgicos], simpaticolíticos [antiadrenérgicos], simpaticomiméticos [adrenérgicos]).
X64	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (<i>Inclui:</i> anestésicos (gerais) (locais), antibióticos sistêmicos e outros medicamentos anti-infecciosos, gases terapêuticos, hormônios e seus substitutos sintéticos, medicamentos de ação sobre o: aparelho cardiovascular e gastrointestinal. Medicamentos e drogas de ação sobre o metabolismo da água, dos sais minerais e do ácido úrico, medicamentos sistêmicos e hematológicos preparações de uso tópico produtos que atuam sobre os músculos lisos e esqueléticos e sobre o aparelho respiratório vacinas.
X65	Auto-intoxicação voluntária por álcool. (<i>Inclui:</i> álcool: SOE, butílico [1-butanol], etílico [etanol], isopropílico [2-propanol], metílico [metanol], propílico [1-propanol], fúsel [óleo fúsel]).
X66	X66 Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores.

	(<i>Inclui:</i> benzeno e seus homólogos, clorofluorcarbonos, petróleo (derivados), tetracloreto de carbono [tetraclorometano]).
X67	Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores. (<i>Inclui:</i> dióxido de enxofre gás (de): escapamento de um veículo a motor, iluminação, lacrimógeno, monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio). <i>Exclui:</i> emanções e vapores de metal (X69.-)
X68	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas. (<i>Inclui:</i> desinfetantes por fumigação (fumigantes), fungicidas, herbicidas, inseticidas, produtos usados na proteção de florestas, raticidas. <i>Exclui:</i> adubos e fertilizantes (X69)
X69	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas. (<i>Inclui:</i> adubos e fertilizantes aromáticos corrosivos, ácidos e alcalis cáusticos, colas e adesivos, sabões e detergentes, metais, incluindo suas emanções e vapores, plantas e substâncias alimentares venenosas, sabões e detergentes, tintas e corantes).
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre.
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos.
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes.
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento.
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor. (<i>Inclui:</i> colisão intencional com: bonde (carro elétrico), trem (comboio), veículo a motor. <i>Exclui:</i> queda de aeronave (X83).

X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados. [<i>Inclui:</i> lesão autoprovocada intencionalmente por: eletrocussão, queda de aeronave, substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento)].
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Fonte: CID-10, 1989.

2.1.11.2 Anexo 2. Modelo oficial de declaração de óbito, fornecido pelo Ministério da Saúde.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	Cartório	1 Cartório		Código	2 Registro	3 Data	
	4 Município	5 UF	6 Comêrio				
II	Identificação	7 Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal		8 Óbito Data	9 Hora	10 Cartão SUS	
	11 Nome do falecido	12 Nome do pai		13 Nome da mãe			
	14 Data de Nascimento	15 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	16 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	17 Raça/cor 1 Branco 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena	18 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, anotar a ocupação habitual anterior) Código		
	18 Estado civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente/Divorciado 5 Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 6 Ignorado					
III	Residência	21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)		Código	Número	22 Complemento	
	23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código	25 UF		
IV	Ocorrência	26 Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estabelecimento de saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Outros 6 Ignorado		27 Estabelecimento	Código		
	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	29 Complemento	30 CEP			
V	Fetal ou menor que 1 ano	30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	Código	32 UF	
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	33 Idade Anos	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 6 Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	Código	36 Número de filhos vivos (Des Utilizar 99 para os óbitos maternos vivos nascidos vivos)	
VI	Condições e causas do óbito	37 Duração da gestação (Em semanas) 1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 5 De 37 a 41 6 42 e mais 7 Ignorado	38 Tipo de Gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 4 Ignorada	39 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 3 Ignorado	40 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 4 Ignorado	41 Peso ao nascer	
	ÓBITOS EM MULHERES	42 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	44 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 Sim, até 42 dias 2 Sim de 43 dias a 1 ano 3 Não 4 Ignorado	ASSISTÊNCIA MÉDICA 45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado			
	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	46 Exame complementar? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	47 Cirurgia? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	48 Necropsia? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado			
	CAUSAS DA MORTE (NOTAR SOBRE O USUÁRIO DO LEXICÃO)	49 Doença ou estado mórbido que cessou diretamente a morte					
VII	Médico	50 Nome do médico		51 CRM	52 O médico que assinou atendeu ao falecido? 1 Sim 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outros		
	53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	54 Data do atestado	55 Assinatura				
VIII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
	56 Tipo 1 Acidental 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outras 5 Ignorado	57 Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	58 Fonte da informação 1 Boletim de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outra 5 Ignorada				
IX	Localidade Médica	59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência					
	60 Declaração para ser a ocorrência em via pública; ANOTAR O ENDEREÇO (Logradouro (rua, praça, avenida, etc.))	Código					
	61 Declaração	62 Testemunhas A B					

Versão 12/08 - 1ª impressão 12/2006

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1 Apresentação

Este relatório objetiva detalhar as atividades realizadas nos componentes curriculares Trabalho de Curso II e Trabalho de Curso III, cursados nos semestres letivos 2022.1 e 2022.2, em relação ao desenvolvimento da pesquisa que trata das “Características epidemiológicas do suicídio no Brasil”, a qual tem como finalidade analisar e determinar características predominantes deste ato – quais os métodos mais utilizados, em quais faixas etárias e gêneros são mais prevalentes, em quais Unidades Federativas são mais numerosos e como se deu, ao longo do período de 2010 a 2019, a tendência epidemiológica desse fenômeno que ainda é considerado um tabu. A composição dessa seção incluirá aspectos descritivos desde o início da execução da pesquisa até a sua finalização, dissertação e produção de artigo científico, visando destrinchar todas as etapas necessárias para a sua conclusão. Assim, será apresentado, a seguir, como foi realizada a extração, o processamento e a análise de dados, além de todas as eventuais modificações realizadas.

2.2.2 Desenvolvimento

Tendo em vista a importância contemporânea dos assuntos psiquiátricos, que têm sido cada vez mais abordados, tanto no universo popular, de forma midiática, como em produções científicas, através de pesquisas bem embasadas que vêm buscando desconstruir o estigma criado sobre muitos dos tópicos deste âmbito, tem-se que estudos como a pesquisa realizada, que visam expor dados epidemiológicos, são também imprescindíveis para tal desmistificação. Dado o interesse pessoal da discente pesquisadora no tema, deu-se início, então, o processo de convite dos docentes orientadores e coorientadores. Como a professora Dr^a. Ivana Loraine Lindemann vem desenvolvendo estudos sobre o assunto, a partir do convite, ela concordou em orientar essa pesquisa. Além disso, a professora Dr^a. Renata Rabello dos Santos, por ter também uma vasta gama de conhecimentos acerca da coleta e análise de dados epidemiológicos, fora igualmente convidada para auxiliar na pesquisa, mas como coorientadora. Por fim, o professor Me. Rogério Tomasi Riffel, por sua formação e especialização em psiquiatria, além da vasta experiência prática, dado o seu histórico de diretor do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, em Passo Fundo, há mais de vinte anos, também fora convidado para coorientar o trabalho, sendo que a partir de todos os aceites demos início à formulação logística da pesquisa em si.

A redação oficial do projeto deu-se, em grande parte, ao longo do quinto semestre (correspondente ao semestre letivo 2021.2) e, a partir daí, definiu-se também como a coleta de dados seria realizada – pelo banco de dados do DATASUS – e a forma como, posteriormente, estes dados seriam analisados. Destarte, a população do estudo corresponde a todas as notificações de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, os quais foram categorizados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em um intervalo de X60 a X84, no período de 2010 a 2019 no Brasil. Também foram utilizados dados sobre a população residente em cada uma das Unidades Federativas e no território brasileiro como um todo, disponibilizados pelo censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No que se refere às características específicas dos indivíduos, estas compreendem: faixa etária (agrupada em intervalos de 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e, ≥ 80 anos), sexo (masculino, feminino, ignorado), cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado), escolaridade (nenhuma, 1-3, 4-7, 8-11, ≥ 12 anos) e estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro, ignorado). Ainda, no que tange características relacionadas ao suicídio propriamente dito: local de ocorrência (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros, ignorado), causa básica do óbito (incluindo os métodos utilizados), Estado (UF) de ocorrência e ano (dentro do intervalo 2010 a 2019).

Além disso, no sexto semestre (semestre letivo 2022.1), definiu-se de forma mais precisa, em conjunto com a orientadora Ivana e a coorientadora Renata, como os dados, em processo atual de coleta, viriam a ser analisados, bem como a estruturação das tabelas nos quais eles seriam organizados. Destarte, depois de extraídos diretamente do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a análise será realizada no programa LibreOffice, em sua versão 7.1.0, sendo este um *software* de distribuição livre. Para o cálculo das taxas de mortalidade por suicídio, foi utilizado como numerador o número de casos novos notificados em cada ano estudado para o Brasil e por Unidade Federativa, e como denominador a população de cada ano levantada pelo IBGE, sendo expressas pela unidade de 100 mil habitantes/ano. Ademais, serão elaborados gráficos e tabelas que descrevam as principais características do suicídio, bem como das vítimas, utilizando-se frequências relativas e absolutas das variáveis. A verificação da distribuição do método escolhido de acordo com o sexo das vítimas se deu por meio do *software* PSPP, também de distribuição livre, através do teste f, admitindo-se erro alfa de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$ para testes bicaudais. Ainda, mapas temáticos foram elaborados visando a identificação das áreas com maiores frequências de suicídio no Brasil, bem como a discriminação em relação

ao Estado do Rio Grande do Sul, sendo que para este mapeamento foi utilizado o *software* de distribuição livre Terra View, em sua versão 4.2.2.

2.2.3 Considerações finais

Dessa forma, conclui-se a descrição das etapas que constituem a execução geral da pesquisa, bem como a coleta, extração e análise de dados, através da exposição de métodos, etapas e quaisquer modificações realizadas no decorrer dos semestres em questão. Cabe salientar que, posteriormente, os dados compilados serão expostos no artigo científico que será submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo redigido de acordo com as normas da *Brazilian Journal of Psychiatric*
(Revista Brasileira de Psiquiatria).

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO BRASIL NO DECÊNIO 2010 – 2019
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SUICIDE IN BRAZIL ON DECENNARY 2010 – 2019

Título resumido – Epidemiologia nacional do suicídio (2010 – 2019)

Autores:

1. Yolanda Rodrigues Lago de Souza – Discente em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo.

2. Renata dos Santos Rabello – Docente na Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo. Pós-doutora em pesquisa clínica e epidemiologia pelo INI/Fiocruz. Doutora em ciências com ênfase em Epidemiologia em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ. Especialista em Saúde Pública e Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela ENSP.

3. Rogério Tomasi Riffel – Docente de Atenção à Saúde Mental e Psiquiatria e Bioética e Medicina Legal na Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo. Médico pela Universidade Federal de Pelotas, psiquiatra pela UFPEL. Mestre em Envelhecimento humano. Especialista em Psiquiatria Forense. Diretor técnico do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes. Coordenador e preceptor do programa de Residência Médica em Psiquiatria HCPF/ Hospital Bezerra de Menezes / UFFS. Coordenador do ambulatório de oncopsiquiatria e de doenças psicossomáticas do HCPF.

5. Ivana Loraine Lindemann – Docente na Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo. Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande.

Autor correspondente:

Nome: Yolanda Rodrigues Lago de Souza

Endereço: Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, RS. Rua Capitão Araújo, 20 – Centro. CEP: 99010-121.

E-mail: yolanda.lago@hotmail.com

Tipo de manuscrito – Artigo original

Conflito de interesse – Inexistentes

RESUMO

Introdução: O suicídio é definido como o ato letal de um indivíduo contra si com, intencionalmente, a pretensão de morte. Esse grande tabu secular tem sido abordado com mais frequência no meio acadêmico, no que diz respeito a ações que intentam sua prevenção, mas segue sendo um assunto subnotificado, apesar de sua importância dentro do âmbito da saúde pública. **Objetivos:** Caracterizar o fenômeno do suicídio e de suas vítimas, no Brasil, por Unidade Federativa, no período de 2010 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico estudo ecológico de abordagem quantitativa, utilizando-se também ferramentas de geoprocessamento. Os dados de mortalidade por suicídio foram obtidos por meio dos Sistemas de Informação em Saúde disponibilizados pelo DATASUS e, os denominadores, os quais compreendem as respectivas populações das UF a cada ano, foram obtidos por meio de dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fez-se o compilado das informações acerca da caracterização do suicídio e de suas vítimas, bem como o cálculo das taxas de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes, por meio dessas informações foi possível verificar qual a variância entre os grupos do sexo feminino e masculino, quanto ao tipo de método escolhido, por meio do teste F. Realizou-se também o georreferenciamento do suicídios no período. **Resultados:** as maiores taxas de morte por suicídio/100 mil habitantes foram observadas nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; a maioria dos suicidas é composta por homens (78,6%), dentro da faixa etária dos 40 aos 59 anos (33%), brancos (49,8%), solteiros (50,2%) e com 4 a 7 anos de escolaridade (32,3%). O método mais utilizado corresponde à categoria CID-10 X70 (enforcamento, estrangulamento ou sufocação), a qual corresponde a cerca de 67% do total de suicídios. **Conclusão:** A taxa de mortalidade por suicídios, no decênio referido, aumentou em praticamente todas as 27 Unidades Federativas brasileiras, sem que houvesse alguma correlação específica com a obrigatoriedade de notificação, estabelecida em 2014, após este ano. A metodologia utilizada mostrou-se útil ao possibilitar a inferência de que há relevância estatística na análise entre método escolhido e sexo.

Descritores: saúde mental; perfil epidemiológico; georreferenciamento.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is defined as the lethal act of an individual against itself with, intentionally, pretention to cause death. This great secular tabu has been more frequently approached in academic fields, on the matter of actions that intent its prevention, but continues being an underreported subject, despite its relevance on public health scope.

Objectives: To characterize the suicide phenomenon and of its victims in Brazil, by Federative Unit, on the period of 2010 to 2019. **Methods:** It is about an ecological study with quantitative approach, using geoprocessing tools. Mortality databases were obtained from Information Health Systems, available by DATASUS and the denominators were obtained from available data of the Brazilian Institute of Geography and Statistics. A compiled of the information were made, so as with the victim's data, so as the calculation of each mortality rate by suicide for 100 thousand individuals, and through that information were possible to verify the variance between groups of both genders, women and men, by each method chosen, using the F test. The geoprocessing was also made with the suicides in the period. **Results:** The greatest suicide rates were observed in the States of São Paulo, Minas Gerais and Rio Grande do Sul; the majority of suicidals are composed by men (78,6%) in the age range of 40 to 59 years old (33%), with (49,8%), single (50,2%) and with 4 to 7 years of education (32,3%). The most used method corresponds to group X70 of CID-10 category (hanging, choking or suffocation), which corresponds to 67% of all suicides. **Conclusions:** The mortality rate of suicides, on referred decennium, increased on practically all the 27 Brazilian Federal Units, without any specific correlation with obligatoriness of notification, stabilized in 2014, after this year. The methodology used were useful for enable inferencing the relevant statistic on analysis between chosen method and sex.

Keywords: mental health; Brazilian Unified Health System; epidemiologic profile; georeferencing; ICD-10;

RESUMO

Introdução: O suicídio é definido como o ato letal de um indivíduo contra si com, intencionalmente, a pretensão de morte. Esse grande tabu secular tem sido abordado com mais frequência no meio acadêmico, no que diz respeito a ações que intentam sua prevenção, mas segue sendo um assunto subnotificado, apesar de sua importância dentro do âmbito da saúde pública. **Objetivos:** Caracterizar o fenômeno do suicídio e de suas vítimas, no Brasil, por Unidade Federativa, no período de 2010 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, utilizando-se também ferramentas de geoprocessamento. Os dados de mortalidade por suicídio foram obtidos por meio dos Sistemas de Informação em Saúde disponibilizados pelo DATASUS e, os denominadores, os quais compreendem as respectivas populações das UF a cada ano, foram obtidos por meio de dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fez-se o compilado das informações acerca da caracterização do suicídio e de suas vítimas, bem como o cálculo das taxas de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes, por meio dessas informações foi possível verificar qual a variância entre os grupos do sexo feminino e masculino, quanto ao tipo de método escolhido, por meio do teste F. Realizou-se também o georrefenciamento dos suicídios no período. **Resultados:** as maiores taxas de morte por suicídio/100 mil habitantes foram observadas nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; a maioria dos suicidas é composta por homens (78,6%), dentro da faixa etária dos 40 aos 59 anos (33%), brancos (49,8%), solteiros (50,2%) e com 4 a 7 anos de escolaridade (32,3%). O método mais utilizado corresponde à categoria CID-10 X70 (enforcamento, estrangulamento ou sufocação), a qual representa cerca de 67% do total de suicídios. **Conclusão:** A taxa de mortalidade por suicídios, no decênio referido, aumentou em praticamente todas as 27 Unidades Federativas brasileiras, sem que houvesse alguma relação específica com a obrigatoriedade de notificação, estabelecida em 2014.

Descritores: saúde mental; perfil epidemiológico; georreferenciamento.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is defined as the lethal act of an individual against itself with, intentionally, pretention to cause death. This great secular tabu has been more frequently approached in academic fields, on the matter of actions that intent its prevention, but continues being an underreported subject, despite its relevance on public health scope.

Objectives: To characterize the suicide phenomenon and of its victims in Brazil, by Federative Unit, on the period of 2010 to 2019. **Methods:** It is about an ecological study with quantitative approach, using geoprocessing tools. Mortality databases were obtained from Information Health Systems, available by DATASUS and the denominators were obtained from available data of the Brazilian Institute of Geography and Statistics. A compiled of the information were made, so as with the victim's data, so as the calculation of each mortality rate by suicide for 100 thousand individuals, and through that information were possible to verify the variance between groups of both genders, women and men, by each method chosen, using the F test. The geoprocessing was also made with the suicides in the period. **Results:** The greatest suicide rates were observed in the States of São Paulo, Minas Gerais and Rio Grande do Sul; the majority of suicidals are composed by men (78,6%) in the age range of 40 to 59 years old (33%), with (49,8%), single (50,2%) and with 4 to 7 years of education (32,3%). The most used method corresponds to group X70 of CID-10 category (hanging, choking or suffocation), which corresponds to 67% of all suicides. **Conclusions:** The mortality rate of suicides, on referred decennium, increased on practically all the 27 Brazilian Federal Units, without any specific correlation with obligatoriness of notification, stabilized in 2014, after this year. The methodology used were useful for enable inferencing the relevant statistic on analysis between chosen method and sex.

Keywords: mental health; Brazilian Unified Health System; epidemiologic profile; georeferencing; ICD-10;

INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como o ato violento com intenção e, por fim, consumação de morte, que um indivíduo desfere contra si próprio, utilizando quaisquer métodos que considera eficazes. Afora a definição pragmática, devido a sua obscuridade e dicotomia, esse ato é um dos tabus mais antigos da humanidade, sendo o que menos foi desmistificado ao longo dos séculos e, portanto, possui muitas definições subjetivas, sendo uma das mais sucintas a de que é uma solução duradoura para um problema, com frequência, temporário. Diversos estudos sugerem uma gênese multicausal para o ato suicida, a qual englobaria tanto características sociais, econômicas e culturais, como as singulares de cada indivíduo, como sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil.^{1,2}

O fenômeno é uma grave questão de saúde pública, sobretudo devido a sua relevância epidemiológica: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil indivíduos morrem a cada ano, no mundo, por suicídio, o que corresponde a cerca de 2 mil mortes diárias, sendo este número maior do que o de mortes por malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerras contemporâneas e homicídios. A taxa mundial de mortes por suicídio, em 2016, foi de cerca de 10/100.000 habitantes. No Brasil, entre 2010 e 2019, ocorreram cerca de 112 mil mortes por suicídio, correspondendo a cerca de 6/100.000 habitantes, também tendo-se por base o ano de 2016. Ainda assim, pontua-se que por conta de seu estigma, o qual constitui um grande impeditivo para que os indivíduos busquem ajuda, o suicídio é fortemente subnotificado.^{3,4}

A forma mais eficaz de impedir que um ato suicida se concretize é a sua prevenção. A nível nacional e mundial, diversas políticas de cunho sociocultural buscam cumprir essa premissa, tendo como metas a diminuição das taxas ao promover políticas de bem-estar social com enfoque na saúde mental. O plano de ação de saúde mental, preconizado pela OMS, que originalmente compreendera os anos de 2013 – 2020, fora estendido até 2030, pregando que ações compreensivas e coordenadas em torno da prevenção do suicídio são cruciais para garantir que a tragédia do ato suicida não continue a custar vidas e afetar milhões através da morte ou tentativas de suicídio de familiares amados. No Brasil, políticas de cunho conscientizador e que estimulam os indivíduos a buscar ajuda têm sido fomentadas por organizações como o Centro de Valorização a Vida (CVV), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), as quais, desde 2014, idealizaram e implantaram a principal campanha de prevenção ao suicídio, denominada Setembro Amarelo, com enfoque em divulgar acesso a canais de ajuda e fornecer alternativas

e possíveis ações de apoio socioemocional tanto às vítimas em potencial como a pessoas próximas a elas.^{5,6}

Na última década, a incidência dos casos de suicídio consumado aumentou consideravelmente, tanto ao nível global como nacional. Tendo em vista a necessidade de destrinchar as suas características e as dos indivíduos que o cometem, este estudo visa apontá-las, contextualizando-as dentro do período pretendido e buscando trazer discussões que contribuam para melhorias efetivas dentro do âmbito das políticas públicas. Para tanto, deu-se enfoque à epidemiologia, tendo em vista o cenário nacional, abrangendo todas as Unidades Federativas (UF) do país, no período proposto – decênio de 2010 a 2019. Trata-se, portanto, de um estudo ecológico que visa avaliar os perfis epidemiológicos tanto das características das vítimas de suicídio, como do fenômeno em si, além de identificar as UF com maior incidência do agravo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, ecológico, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, utilizando ferramentas de geoprocessamento. Como unidade de análise, têm-se as vítimas de suicídio dentro do período de 2010 a 2019 considerando-as em suas respectivas Unidades Federativas (UF), em todo o território Nacional e em todo o período estudado. Os dados foram coletados do Sistema de Informações de Mortalidade, o qual é produzido, a partir das notificações compulsórias, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e sumarizado na interface “Informações de Saúde (TABNET)”. Os denominadores, os quais correspondem à população total, naquele ano, de cada UF, foram obtidos pelo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).^{7,8}

A partir dos dados extraídos, fez-se o cálculo da taxa simples de mortalidade tal qual a fórmula:

$$\frac{\text{Óbitos por suicídio na UF}}{\text{Total população da UF}} \times 100.000$$

Do mesmo modo, o cálculo para o total de óbitos por suicídio fora dividido pelo valor populacional de todas as UF a cada ano e, após, de todo o período em estudo.

No que diz respeito à caracterização do suicídio em si, tem-se inclusos todos os óbitos pertencentes às vinte e cinco categorias contidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), no intervalo X-60 a X-84, bem como os locais onde os óbitos ocorreram. Para melhor visualização das informações obtidas, foi realizado um agrupamento de categorias similares quanto aos métodos, totalizando nove grandes grupos, de modo que os primeiros dez grupos “X” (letra correspondente a lesões auto infligidas com intenção suicida) de CID-10 compuseram o grupo “Intoxicação medicamentosa ou por outra substância química”. Os relacionados a lesões por armas de fogo foram também agrupados de modo a não distinguir o calibre das armas, no grupo “Armas de fogo”. O intervalo de X75 a X77 foi compilado em “Explosivos, fumaça, fogo ou chamas”. Os grupos X78 e X79 foram agrupados em “Objeto cortante, penetrante ou contundente”; X81 e X82 em “Impacto e permanência em veículo móvel” e X83 e X84 em “Outros”. Os grupos X70, X71 e X80 foram mantidos individualizados por compreenderem métodos não agrupáveis, sendo eles, respectivamente: “Enforcamento, estrangulamento e sufocação”, “Afogamento e submersão” e “Precipitação de local elevado”. Os locais de ocorrência dos

suicídios não foram agrupados e mantiveram-se nas categorias que constam no DATASUS: domicílio, via pública, hospital e outros ou ignorado.⁹

Quanto às variáveis referentes às vítimas, além do sexo, como foram avaliados onze intervalos de faixa-etária, houve agrupamento para um total de cinco: ≤ 19 ; 20 – 29; 30 – 39; 40 – 59 e ≥ 60 anos. A etnia também foi agrupada de modo a compilar indígenas, amarelos e ‘ignorado’ em “outros”, mantendo-se as demais – brancos, pardos e pretos – individualizadas. A categoria de escolaridade não sofreu agrupamentos mantendo-se nos que se seguem: nenhuma; 1-3 anos; 4-7 anos; 8-11 anos e ≥ 12 anos. No caso do estado civil, “solteiro”, “viúvo” e “divorciado judicialmente” foram agrupados, bem como as duas categorias de “outro” e “ignorado”, mantendo-se a de casados individualizada. Ainda, para o cálculo da variância, realizou-se o teste F com nível de significância de 5%, utilizando-se o programa de distribuição livre PSPP.

Para o geoprocessamento de dados, todas as taxas de mortalidade calculadas conforme o exposto acima foram transmitidas ao programa de distribuição livre Terraview (versão 4.2.2), e nele foram elaborados mapas do tipo temáticos que expuseram, numa escalada de gradação, quais UF possuem as maiores taxas. Pode observar, assim, as singelas diferenças em cada ano, dos quais optou-se por expor apenas o primeiro (2010) e o último (2019), além de um mapa em maior escala com as taxas de todo o período.

É importante ressaltar que todos estes dados foram digitados manualmente de acordo com o que constava na interface DATASUS e/ou IBGE ou extraídos diretamente em forma de planilhas eletrônicas. Ademais, considerando que são de domínio público e de acesso irrestrito, para este estudo foi dispensada a aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e quaisquer análises do sistema de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) diante do disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016.

RESULTADOS

No decênio avaliado (2010 – 2019), foi observado um N total de 112.166 óbitos por suicídio no Brasil, sendo que as maiores taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, foram observadas nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina. Outrossim, as cinco maiores taxas de mortalidade demonstram que o Rio Grande do Sul (RS) lidera esse indicador, com uma taxa de 10,62 casos por 100 mil habitantes (Figura 1), seguido por Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Piauí e Roraima. Já as cinco taxas mais baixas podem também ser observadas pelo gráfico abaixo, sendo a menor correspondente à do Rio de Janeiro, seguida por Pará, Bahia, Alagoas e Pernambuco.

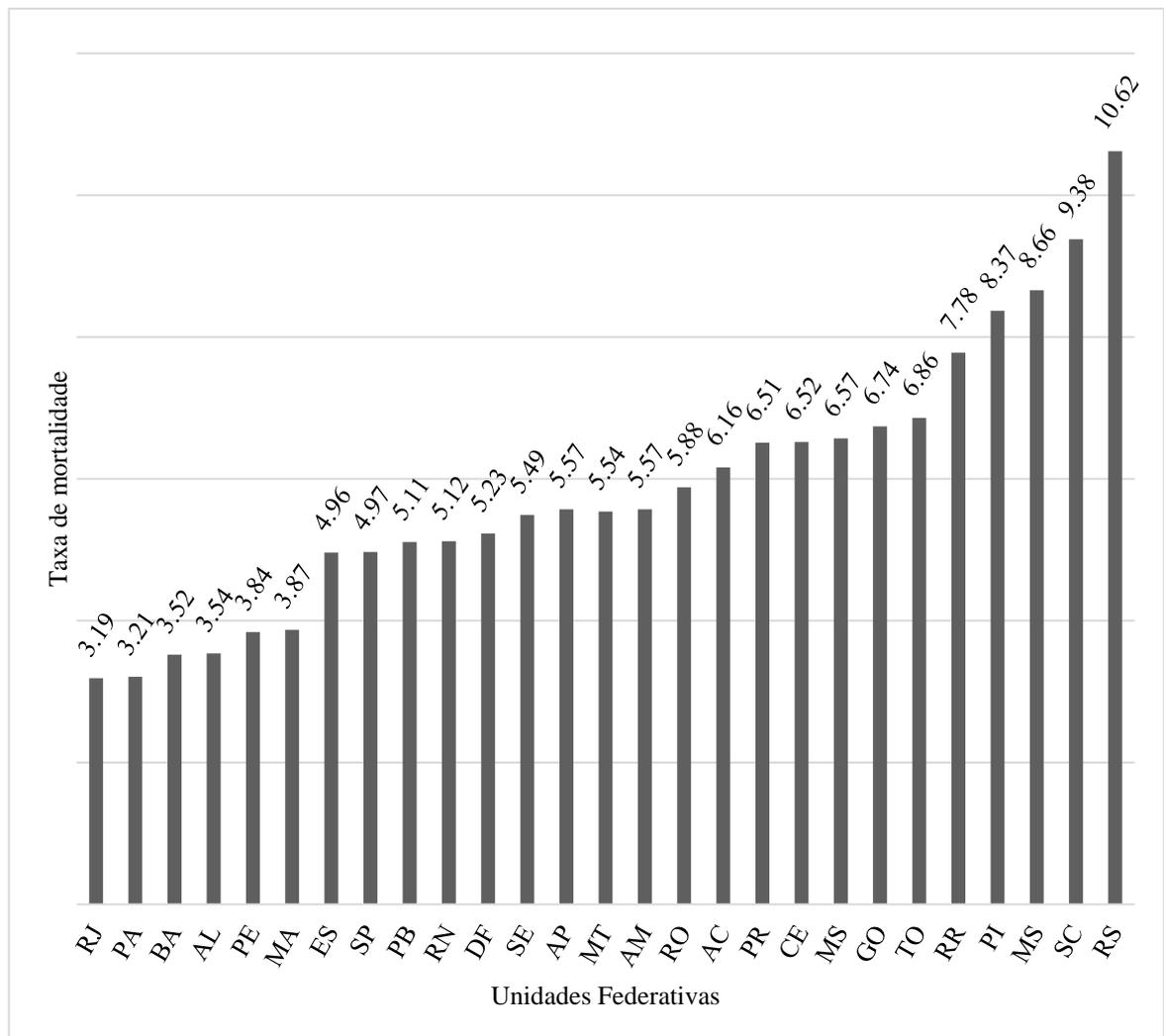


Figura 1. Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, por Unidade Federativa, no período de 2010 a 2019.

Além disso, as taxas de suicídio, por ano, sofreram um aumento gradual em todo o território brasileiro, conforme a Figura 2 demonstra. No caso do RS especificamente, essas taxas se mantêm, em todos os anos, acima de 9 mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes, atingindo seu pico em 2019, chegando a cerca de 12,5.

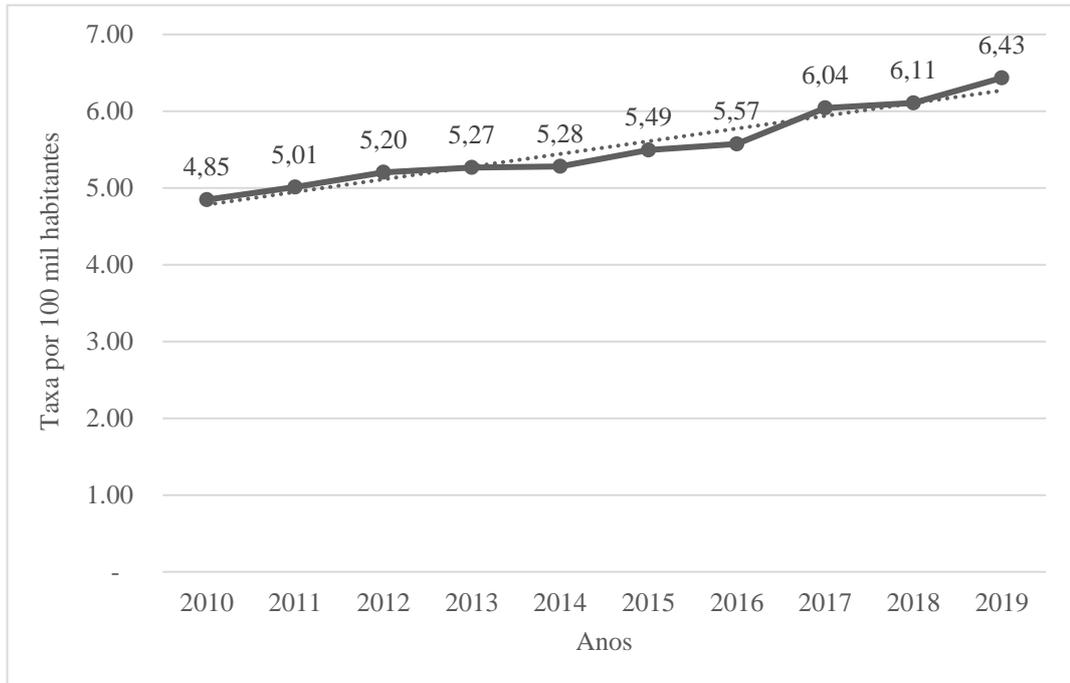


Figura 2. Taxa de mortalidade total por suicídio, 100 mil habitantes, em todo o período analisado (2010 a 2019).

Observa-se também que a linha pontilhada da mesma figura representa uma projeção gráfica de uma reta, se os valores aumentassem de acordo com uma função linear. Ainda, por se tratar de uma regressão linear, pode-se inferir que por este ser o modelo mais simples para prever a tendência futura, como a inclinação da reta é positiva, a tendência é de que haja aumento com o tempo. Ou seja, é provável que, nos anos que se seguem, haja um aumento das taxas de suicídio no país.

Quanto às características do suicídio em si, a partir da análise da Tabela 1, é possível inferir que o método mais utilizado pelas vítimas compreende a categoria X70 do CID-10, a qual corresponde a enforcamento, estrangulamento ou sufocação, totalizando cerca de 67% dos casos. O segundo método mais utilizado é a fusão das categorias X60 a X69, ou seja, intoxicação medicamentosa ou por quaisquer outras substâncias químicas, correspondendo a 12% das causas de morte por suicídio. Em terceiro lugar, encontra-se o agrupamento das categorias X72 a X74, compreendendo quaisquer autolesões de ferimento por arma de fogo, independente do calibre, compondo 8,6% do total. As categorias menos incidentes, mas ainda

assim importantes, são compostas pela categoria X80 (precipitação de local elevado), correspondente a cerca de 3,8% e os métodos menos utilizados correspondem às categorias X83 e X84 (classificadas como “outros” ou “meios não especificados”), que compreendem 2,5% dos óbitos por suicídio; X78 e X79 (lesão autoprovocada por objeto cortante, penetrante ou contundente), os quais compõem 2,3% do total; às categorias X75, X76 e X77 (autolesão provocada por explosivos, fumaça, fogo ou chamas), a qual corresponde a 1,7%; à X71 (lesão autoprovocada por afogamento ou submersão), com 1,1%; e, por fim, às X81 e X82 (lesão autoprovocada por impacto ou permanência em veículo móvel), compondo apenas 0,6% do total de suicídios.

Do mesmo modo, quanto ao local de ocorrência, o mais frequente é o próprio domicílio das vítimas (cerca de 62%), seguido por hospitais (15,8%) e via pública (6,3%). Salienta-se que, em cerca de 16% dos casos, a informação não consta (ignorados) ou o ocorrido fora em outro local que não os descritos (outros).

Tabela 1. Caracterização do total dos suicídios no período de 2010-2019 no Brasil, por diferença de escolha de métodos entre os sexos e local de ocorrência

Diferença de escolha de método) entre os sexos no período 2010-2019 no Brasil (N = 112.166)						
Método Utilizado	Total (n; %)	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	*p
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	75.304 (67,1)	62.449	82,93	12.839	17,05	0.002
Intoxicação medicamentosa ou por outra substância química	13.688 (12,2)	7.959	58,15	5.728	41,85	0.008
Arma de fogo (qualquer calibre)	9.661 (8,6)	8.692	89,97	969	10,03	0.005
Precipitação de local elevado	4.256 (3,7)	2.696	63,35	1.560	36,65	0.005
Outros/não especificado	2.840 (2,5)	2.002	70,49	837	29,47	0.017
Objeto cortante, penetrante ou contundente	2.581 (2,3)	2.144	83,07	437	16,93	0.014
Explosivos, fumaça, fogo ou chamas	1.873 (1,6)	921	49,17	950	50,72	0.022
Afogamento ou submersão	1.264 (1,1)	793	62,74	469	37,10	0.027
Impacto ou permanência em veículo móvel	699 (0,6)	527	75,39	172	24,61	0.032
Local de ocorrência (N = 110.443)						
		N			%	
Domicílio		68.121			61,6	
Outros/ignorado		17.902			16,2	
Hospital		17.472			15,8	
Via pública		6.948			6,2	

Neste mesmo contexto, mas avaliando-se as características das vítimas, observa-se que a maioria é composta por homens (78,6%), na faixa etária dos 40 aos 59 anos (33%), brancos (caucasianos) (49,8%), solteiros/viúvos/divorciados (50,2%) e com 4 a 7 anos de estudo (32,3%), conforme exposto na Tabela 2. Ainda, inferindo-se os percentuais detalhados na tabela, tem-se que os métodos mais utilizados pelas mulheres compreendem as categorias X75 a X77, de autolesão por explosivos, fumaça, fogo e chamas, com 50,7% das vítimas sendo do sexo feminino; seguida pelo grupo de X60 a X69, resumido em “intoxicação medicamentosa ou por outra substância química”, com cerca de 42%; X71, que compreende “autolesão por afogamento ou submersão”, com 37%; X80, ou seja, “precipitação de local elevado”, com cerca de 37% e X83 e X84 (outros/não especificado), com cerca de 30%.

Tabela 2. Caracterização das vítimas de suicídio no período de 2010-2019		
Variáveis	n	%
Sexo (N = 112.166)		
Masculino	88.183	78,6
Feminino	23.961	21,4
Não especificado/ignorado	22	0,0
Faixa etária (N = 111.898)		
< ou igual 19	8.928	7,98
20-29	23.347	20,86
30-39	23.800	21,27
40-59	37.135	33,19
> igual a 60	18.688	16,70
Etnia (N = 112.166)		
Branca	55.927	49,86
Parda	45.549	40,61
Preta	5.905	5,26
Outras	4.785	4,27
Estado civil (N = 112.166)		
Solteiro	56.345	50,23
Casado	29.937	26,69
Viúvo	4.203	3,75
Divorciado judicialmente	7.759	6,92
Outro/ignorado	13.922	12,41
Escolaridade (em anos de estudo) (N = 84.089)		
Nenhum	5.180	6,16
1 a 3	15.945	18,96
4 a 7	27.196	32,34
9 a 11	25.874	30,77
Maior ou igual a 12	9.894	11,77

No caso dos homens, o método mais utilizado é o que se enquadra no agrupamento de categorias CID-10 X72 a X74, o qual compreende a autolesão infligida por armas de fogo de qualquer calibre (cerca de 90% das vítimas deste tipo de método eram homens). O segundo método, também destoando fortemente dos métodos de escolha mais prevalentes das mulheres, compreende o agrupamento X78 e X79 de autolesão por objeto cortante, penetrante ou contundente e a categoria isolada X70, de enforcamento, estrangulamento e sufocação, ambas compreendendo cerca de 83% das vítimas como sendo do sexo masculino. Há também as categorias X81 e X82, agrupadas em “autolesão por impacto ou permanência em veículo móvel”, com cerca de 75% das vítimas do sexo masculino.

Ainda no que diz respeito ao sexo, mas fundindo-se essa característica das vítimas com os métodos de suicídio por elas escolhidos, de acordo com os cálculos do teste de razão de variância do tipo F realizados, todas as variáveis tiveram p menor que 0,05 o que, em suma, prediz que há uma relação estatística significativa entre o sexo masculino e o método de suicídio escolhido.

Quanto à faixa etária, tem-se que mais da metade das vítimas (cerca de 54%), tem entre 30 e 59 anos de idade, sendo o maior percentual encontrado na faixa dos 40 até os 59 anos. A etnia que mais se suicida é a dos brancos, seguida pelos pardos, as quais, juntas, compõem cerca de 90% dos suicídios cometidos no Brasil. Quanto à escolaridade, teve-se que pessoas com 4 a 7 anos de estudo compõem o maior grupo de risco neste âmbito, seguidas pelas que têm de 9 a 11 anos. Juntos, esses dois intervalos compreendem mais de 63% dos suicídios.

O geoprocessamento demonstrou, no primeiro mapa (seção A da Figura 3) representa as taxas de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes), em cada Unidade Federativa, no primeiro ano do decênio analisado (2010), utilizando-se de quatro intervalos mais representativos. O segundo mapa temático (seção B da Figura 3), representa exatamente os mesmos parâmetros que o primeiro, mas se refere ao ano de 2019, o último do decênio estudado. A taxa de mortalidade total é representada na seção C da Figura 2.

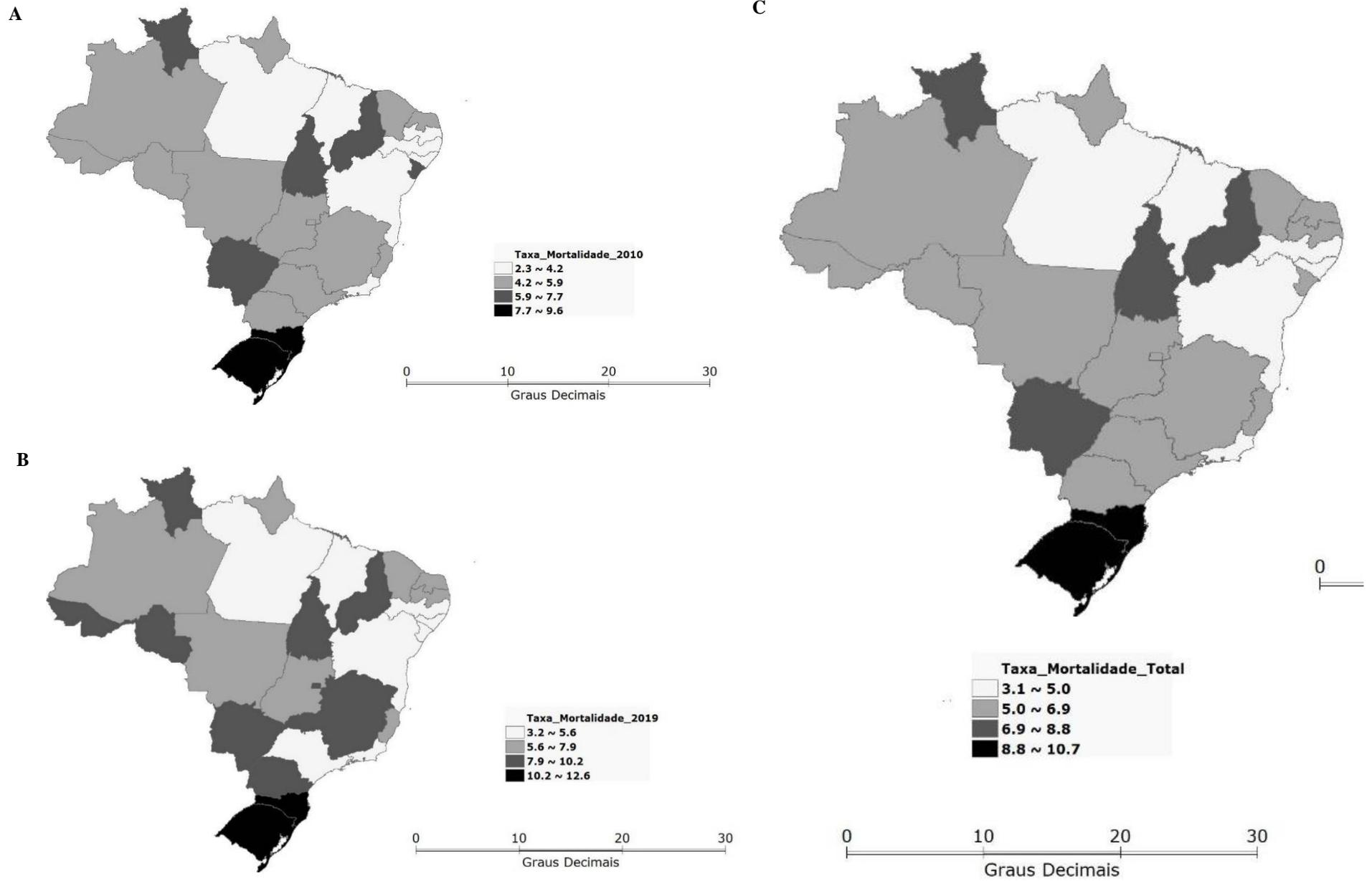


Figura 2. Análise espacial da taxa de mortalidade por suicídio em cada UF, nos anos de 2010 (A), 2019 (B) e no período total (C). Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

DISCUSSÃO

Na década analisada, pode-se constatar um aumento da taxa de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes no Brasil, sendo que, com exceção dos anos 2013 e 2014, nos quais a taxa praticamente se manteve, o aumento fora, mesmo que de forma alinear, sempre crescente. No que diz respeito ao primeiro ano analisado (2010) em relação ao último (2019), por exemplo, a diferença foi de 4,85 para 6,43 óbitos por 100 mil habitantes, em concordância com valores expostos no Boletim Global de Mortalidade por Suicídio, publicado em 2019 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual expõe que, no mundo, mais de uma morte a cada 100 (cerca de 1.3% do total), resultou de um suicídio.⁶

Ainda considerando-se o decênio, os estados com as maiores taxas por 100 mil habitantes, incluindo os com as maiores que 7, foram Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, o qual se mantém em primeiro lugar dentre as vinte e sete Unidades Federativas (UF) com taxas acima de 9 em todos os anos observados. Este dado é consoante com análises realizadas por outros estudos que descreveram o perfil epidemiológico do suicídio especificamente no estado do Rio Grande do Sul, um dos quais relacionou as taxas elevadas a fatores de risco mais característicos dessa localidade, como a maior exposição a agrotóxicos. Ainda no que diz respeito à região Sul, os três Estados que a compõem aparecem dentre os cinco primeiros – atrás apenas de São Paulo e Minas Gerais –, considerando-se o valor bruto de óbitos por suicídio, na década analisada. Um estudo de 2019 que analisou achados globais acerca do suicídio desde 1990 até este ano, corrobora esses achados ao concluir que, em 2019, as taxas de mortalidade por suicídio padronizadas em função da idade foram mais altas nos estados do Rio Grande do Sul, Roraima e Santa Catarina, enquanto as mais baixas foram verificadas no Rio de Janeiro, Pará, Alagoas e Distrito Federal.^{10, 10.1}

Ainda, estados mais populosos como São Paulo e Rio de Janeiro, demonstraram taxas cerca de 2 a 3 vezes menores que as do RS, por exemplo, sendo que o RJ é a UF com a menor taxa de mortalidade por suicídio do decênio estudado. Há hipóteses de que essa dissonância possa estar relacionada às características sociodemográficas, culturais e relativas à miscigenação racial presentes em todo o território brasileiro, mas sobretudo nessas localidades historicamente mais populosas. Entretanto, ainda carecem estudos que correlacionem claramente esses aspectos à menor incidência de suicídio.^{10.2}

Além, no que diz respeito às diferenças das escolhas, por sexo, dos métodos de suicídio, pode-se observar que homens, comparativamente a mulheres, utilizam métodos mais violentos como armas de fogo, enforcamento, estrangulamento e sufocação, impacto ou permanência em veículo móvel, enquanto mulheres se utilizam mais de métodos envolvendo explosivos, fogo, fumaça e chamas. Quanto a isso pode-se pontuar que a cultura de masculinidade, cuja premissa é suprimir ou negar questões de cunho emocional, tem associação significativa com um pior *insight* acerca da saúde mental em homens, pois uma das principais consequências deletérias dessa nuance de comportamento de gênero é a relutância em buscar ajuda – sobretudo psicológica. Além disso, como fatores protetivos, no caso das mulheres, estariam o menor consumo de álcool em relação aos homens, redes de apoio socioemocional mais consolidadas e um maior cuidado com a própria saúde – incluindo a mental.^{11,12}

Ainda neste âmbito, de acordo com a interpretação que pode ser feita a partir do teste F no que diz respeito à comparação entre as diferenças na escolha do método entre os sexos, tem-se que os valores obtidos foram extremamente significativos, sendo o mais relevante justamente o que se refere a métodos como enforcamento, estrangulamento ou sufocação, pelos quais mais de 80% dos indivíduos vítimas são do sexo masculino. Um dado interessante é que o método mais utilizado em todo o território nacional (enforcamento, estrangulamento e sufocação) é um dos que compõe os mais baixos percentuais (cerca de 17%), no caso das vítimas do sexo feminino. Esses dados corroboram, portanto, o achado de que homens geralmente optam por métodos mais rigorosos e precisos, sobretudo por terem mais acesso a meios letais, o que também se relaciona à cultura da masculinidade supracitada. Além, estes mesmos dados confluem para achados em outros estudos, muitos dos quais concluíram que mulheres têm taxas muito maiores de tentativa de suicídio, mas mais baixas de suicídio consumado do que os homens justamente por utilizarem métodos menos violentos. Ainda, das primeiras tentativas letais, tem-se que armas de fogo estiveram relacionadas a aproximadamente 75% das cometidas por homens, o que também justificaria o fato de suas taxas de mortalidade por suicídio serem mais elevadas do que as das mulheres.¹³⁻¹⁵

Ainda neste contexto, estudos norte-americanos expuseram que um dos métodos mais eficazes de prevenção do suicídio é restringir o acesso a armas de fogo, o que requer tanto uma legislação mais rigorosa quanto a posse de armas como uma melhor educação pública e familiar, além de uma certa conscientização dos proprietários de lojas que as comercializem. Assim, pontua-se que mesmo que a posse de armas seja mais restrita no

Brasil em comparação aos Estados Unidos da América, coincidentemente, os estados brasileiros nos quais há maior número de civis com posse de armas de fogo correspondem a maioria dos que possuem altas taxas de suicídio por este método (independente do calibre), sendo este também o mais escolhido pelos homens que cometem suicídio.^{13,14}

No que diz respeito à faixa etária mais afetada, os achados neste estudo concluem que a maioria dos indivíduos suicidas pertencem têm entre 40 e 59 anos. Segundo estudos publicados pela OMS, a taxa de mortalidade padronizada para a idade está em declínio em quase todos os países, mas ainda não em todos: ao comparar-se com dados do ano de 2019, constata-se que em países com baixa e média renda o maior número de mortes por suicídio ocorre entre as faixas-etárias dos 25 aos 35 anos, enquanto em países de maior renda o maior número bruto se concentra entre as faixas dos 45 aos 55 anos.⁶

Resultados inesperados como o fato de, em alguns estados, isoladamente, a taxa ter diminuído ao se comparar os últimos anos da década analisada, como é o caso do Sergipe, por exemplo, poderiam ser explicados pela existência de políticas de prevenção ao suicídio, bem como restrição de acesso a métodos, por exemplo. Neste âmbito, pontua-se que, em 1994, o Comitê de Prevenção de Transtornos Mentais do Instituto de Medicina norte-americano (Institute of Medicine Committee on Prevention of Mental Disorders) dividiu as prevenções de transtornos mentais em três categorias: universais, seletivas e indicadas. Sendo a universal indicada para todos numa população definida, independentemente de seu risco de suicídio; as seletivas para subgrupos com risco aumentado, por exemplo, por conta da idade, gênero, etnia ou história familiar de suicídio; e as indicadas para indivíduos que, ao serem examinados, apresentam condições de risco mais claras como, por exemplo, uma tentativa recente de suicídio. Nesse sentido, infere-se que a redes de atenção como Atenção Primária à Saúde (APS) e Redes de Atenção Psicossociais (RAPS) são imprescindíveis na detecção precoce e prevenção do suicídio, podendo ser fortes aliadas na diminuição dessas taxas, podendo atuar nas três categorias.²

16

É interessante pontuar que o método menos escolhido pelas vítimas de suicídio compreendem o uso de automóveis ou quaisquer meios de transporte em movimento, possivelmente por seu maior potencial em ferir terceiros, além de sua baixa eficácia, a depender da logística envolvida. Assim, pode-se fazer o questionamento de quantos casos que são originalmente registrados como acidentes são, na verdade, suicídios. Além disso, a partir dos dados analisados, pode-se concluir que métodos mais dolorosos, que incluem o uso de objetos cortantes ou contundentes, também são mais evitados pela maioria dos

suicidas, os quais tendem a utilizar formas mais fugazes e objetivas. Ainda no que tange às características das tentativas, um estudo norte-americano pontuou que quaisquer tentativas prévias de suicídio são um fator de risco importante para tentativas subsequentes e que aproximadamente 60% dos indivíduos que morreram por suicídio o consumaram na segunda tentativa, com mais de 80% dos suicídios completos ocorrendo dentro de um ano após a primeira. Este, portanto, deve ser um fator importante a ser levado em conta, sobretudo porque tentativas subsequentes de suicídio (após a primeira, falha), foram ignoradas em alguns indicadores epidemiológicos, mesmo após se concretizarem em suicídio, o que contribui ainda mais para uma subnotificação.¹⁵

No âmbito do georreferenciamento, pode-se inferir que, conforme o esperado – considerando a tendência histórica de as taxas de morte por suicídio serem elevadas na Região Sul do Brasil –, são justamente os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul os que apresentam as maiores taxas. Comparando-se o primeiro ano ao último, vê-se um claro aumento delas, sobretudo no que diz respeito também aos estados de Minas Gerais, Acre, Rondônia, Paraná e São Paulo. Estudos que também realizaram o georreferenciamento – mas utilizaram áreas de abrangência menores – constataram que como se trata de um tema que envolve aspectos geográficos e socioeconômicos, é imperativo que haja maior controle por parte de administradores e profissionais da saúde no que diz respeito a implementação de medidas que visem prevenir esse acesso, sobretudo no que tange a obtenção de psicofármacos e outros agentes tóxicos. Dessa forma, o mesmo estudo concluiu que pesquisas que envolvam o georreferenciamento e geoprocessamento são extremamente valiosas para que se aumente o conhecimento desses profissionais justamente acerca da influência que a localidade na qual atuam pode ter sobre a incidência de casos.^{17,18}

Além, ainda enfatizando a Região Sul, a qual é disparadamente a com as maiores taxas em comparação às demais, em todos os anos analisados do decênio, pode-se citar duas possíveis principais justificativas: de que a facilitação de acesso aos meios – possivelmente reflexo da maior cultura de posse de armas de fogo e/ou utensílios perfurocortantes –, bem como a menor incidência solar na maior parte do ano, o que se relaciona às concentrações de 25-hidroxivitamina D, composto ativado pelos raios solares ultravioletas e que têm relações diretas com o desenvolvimento de diversas doenças, incluindo a depressão, a qual é um dos maiores fatores de risco para o suicídio. Além disso, deve-se considerar que a população sulista é composta majoritariamente por indivíduos brancos – justamente a raça com os maiores índices de suicídio –, o que pode

ter grande influência nas altas taxas de mortalidade por suicídio neste Estado. Pode-se também destacar o fato de que, por não haver autodeclaração da cor de pele neste caso, pode haver certo enviesamento, por parte dos agentes que realizam a notificação do suicídio, em classificar a vítima como branca, mesmo ela sendo parda ou mesmo negra.¹⁸⁻

21

Ainda nesse contexto, pode-se inferir também que catástrofes naturais e outras questões ambientais podem ser levadas em conta em estados como Minas Gerais, Acre etc. por também deixar os indivíduos já propensos a cometer suicídio desamparados e sem perspectivas futuras perante os ocorridos, o que poderia justificar o aumento das taxas nesses estados, ao longo do decênio em questão. Faz-se necessário pontuar também a questão indígena, pois indivíduos dessa etnia compõem, reconhecidamente, um dos grupos mais propensos ao suicídio, sendo que sua população se concentra, sobretudo, na região Norte do país.^{2,22}

Dentre as principais limitações desse estudo, tem-se que, pelos dados terem sido coletados no DATASUS, pode-se provavelmente inferir uma subnotificação considerável, bem como os casos que não são sequer registrados como suicídio por conta da estigmatização ou preconceito tanto familiar como social em admiti-lo como tal, além do fato de os não identificados poderem passar como acidentes automobilísticos.

Sugere-se que pesquisas futuras deem um possível enfoque aos anos posteriores, analisando também quais seriam as variações dos métodos pelos quais as vítimas cometem suicídio, podendo haver comparações relevantes entre os anos pré-pandêmicos e pós-pandêmicos, por exemplo, para que se possa estabelecer melhor se houve influência da pandemia em decorrência do COVID-19 (que se deu início em meados de março de 2020) nas taxas de mortalidade por suicídio.

CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade por suicídios, na década analisada, aumentou em praticamente todas as 27 Unidades Federativas brasileiras, sem que fossem observadas diferenças importantes em relação ao período da implementação da obrigatoriedade de notificação, estabelecida em 2014. Como o perfil epidemiológico dos que mais se suicidam resume-se a homens brancos, solteiros, na faixa etária dos 40 a 55 anos, pode-se inferir que ações preventivas específicas devem ser direcionadas sobretudo a esse grupo. Como também foi possível observar diferenças significativas na escolha do métodos de suicídio, numa comparação entre os sexos, com homens optando por métodos mais violentos, como armas de fogo e enforcamento, enquanto mulheres optam por métodos menos invasivos, deve-se também estudar a possibilidade de restringir o acesso aos meios mais populares ou de educar a população para que se reconheça melhor alguns sinais de alerta que podem nos levar a suspeição de que um indivíduo planeja o suicídio. Sugere-se que estudos futuros deem enfoque a estes pontos e busquem uma análise de como essas taxas variaram também no período específico da pandemia do COVID-19, que se deu início em março de 2020.

REFERÊNCIAS

1. Solomon A. O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Tradução Myriam Campello. 2014; (2). São Paulo. Companhia das Letras., pp. 236
2. Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde). Boletim Epidemiológico. 2021; 52:33.
3. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Our World Data – “Suicide”, 2015 - "Suicide". [Internet]. Available from: '<https://ourworldindata.org/suicide>'.
4. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. [Internet]. 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/worldreport_2014/em/.
5. Sher, L. “Preventing suicide.” QJM : monthly journal of the Association of Physicians vol. 97,10 (2004): 677-80.
6. Suicide worldwide in 2019. WHO. WHO (2020). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization.
7. DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em jul. 2022.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Cidades e estados. IBGE [Internet]. 2021; Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>.
9. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, Taylor E. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011.
10. Bonadiman CSC, Naghavi M, Melo APS. The burden of suicide in Brazil: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022 Jan 28;55:1.
- 10.1 N Stela et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2004, v. 38, n. 6 , pp. 804-810. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>. Epub 10 Dez 2004.
- 10.2 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 possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(5), 833-844.
11. Wong YJ, Ho M-HR, Wang S-Y, et al. Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology* 2017; 64: 80–93.
12. Oliveira SMC, Nascimento TS, Feitosa DJC, et al. Epidemiologia de mortes por suicídio no Acre. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria* 2016; 20: 25–36.
13. Bueno, S, Lima RS. Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2020) p. 222.
14. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 990;25:193.
15. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry* 2016; 173:1094.
16. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington DC, US Public Health Service. 2002.
17. Almeida, TSO. Suicide attempts: epidemiologic trends towards geoprocessing. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 4 [Accessed 14 October 2022], pp. 1183-1192. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.12452016>.

18. Gomes, Guilherme Assoni et al. Caracterização dos óbitos por suicídio entre 2013-2017. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2021, v. 70, n. 3 [Acessado 3 Setembro 2022] , pp. 203-210. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000335>>.
19. Gonçalves, M. Impacto dos Eventos Climáticos Extremos na Saúde Mental de Comunidades de Risco. Part of *The International Journal of Psychiatry. Psiquiatria na Prática Médica*. 15 (1), 2010. Available from: <<http://www.polbr.med.br/ano10/prat0110.php>>.
20. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Tabela 2094 - População residente por cor ou raça e religião. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010.
21. Palma, DCA, Alves BF, Ignotti, E. Suicide rates between men and women in Brazil, 2000-2017. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 12 [Accessed 5 October 2022]. Epub 15 Dec 2021.
22. Silva DF, Santana PRS. Transtornos mentais e pobreza no BR: Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *TEMPUS* [Internet]. Dezembro de 2012; 6(4):pp. 175-185. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214>>.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a conclusão do projeto de pesquisa e exposição dos resultados, é possível constatar que os objetivos iniciais do estudo puderam ser contemplados satisfatoriamente, visto que se propunha caracterizar o fenômeno do suicídio no Brasil e por UF, no período de 2010 a 2019. As taxas de mortalidade por suicídio aumentaram no período analisado, em todo o território nacional, e inclusive se mantiveram elevadas sobretudo na região sul. Não houve influência da obrigatoriedade de notificação instituída em 2014 e grandes metrópoles como RJ e SP não apresentam taxas de mortalidade mais elevadas. No caso da taxa de mortalidade por suicídio em território brasileiro, a expectativa é que este indicador se apresente elevado em nível nacional e em UF pertencentes às regiões sul e sudeste. Pode-se confirmar que o RS apresenta as taxas mais elevadas em relação às demais UF. A suposição de que dentre os principais métodos utilizados estariam o enforcamento e a intoxicação por medicamentos se confirmou, bem como o local mais comum de ocorrência dos suicídios, que é a própria residência das vítimas. Quanto ao perfil dos suicidas, a expectativa de que fosse composta majoritariamente por homens solteiros se confirmou, mas não no que se refere à baixa escolaridade. As faixas etárias esperadas também não se confirmaram pois adolescentes e idosos com mais de 60 anos não compõem a faixa etária com maior composição de vítimas. O método de escolha difere fortemente sobretudo quando se compara os sexos. Políticas preventivas, para além de apenas um mês no ano no qual dedica-se e discute-se a respeito do suicídio, são imprescindíveis para evitar que essas taxas continuem aumentando ao longo dos anos.

5. ANEXO

NORMAS REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (BRAZILIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY)

Disponível em: <https://www.bjp.org.br/instructions-for-authors-3/11>.

ORIGINAL ARTICLES

These should describe fully, but as concisely as possible, the results of original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions. Original articles should have the following sections: Introduction, Methods, Results, and Discussion. The last paragraph(s) of the Discussion section should address study limitations and concluding remarks, but without separate subtitles.

TITLE PAGE

Page 1 should contain a full title (max. 150 characters, specific, informative, attractive, no abbreviations), authors' names in the form that is wished for publication, their departments and institutions, including city and country. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces) and inform of any previous presentations of the manuscript, if applicable (e.g., in abstract or preprint form). The full name, telephone number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

ABSTRACT

Page 2 should present a structured abstract (where applicable; check table above with abstract requirements for each manuscript type), in English only, with the following sections: Objective, Methods, Results, and Conclusions. Please indicate three to five keywords in strict accordance with MeSH and avoid repeating words from the title. If submitting a randomized clinical trial, inform the clinical trial registration number at the end of the abstract (see below).

CLINICAL TRIAL REGISTRATION

The Brazilian Journal of Psychiatry will only accept clinical trials that have been registered in a public registry that meets the World Health Organization (WHO) and ICMJE requirements.

MAIN TEXT

The manuscript file (Main Document) must be written in English, double-spaced throughout, and should contain the following sections in this order:

title page, abstract, manuscript text, acknowledgments (individuals, non-commercial funding agencies, etc.), disclosure (potential conflicts of interest covering the last 3 years, commercial funding sources), references, figure legends, and tables. Use 10-, 11-, or 12-point font size. Abbreviations should be avoided and limited to those considered "standard." All abbreviations should be spelled out at first mention in the text and also in table/figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals. Generic names of drugs should be used. The Methods section must include information on ethics committee approval. Studies involving humans must provide details about informed consent procedures, and studies involving animals must describe compliance with institutional and national standards for the care and use of laboratory animals. Patient anonymity should be guaranteed.

REFERENCES

Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct in-text citation. An EndNote style file can be downloaded here (<https://s3.saeast-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/bjp.org.br/pdf/BrazJPsychiatry.ens>)

Number references consecutively in the order they appear in the text using superscript Arabic numerals; do not alphabetize. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with the first citation of the tables/figures in the text, i.e., as though they were part of the text.

Please observe the style of the examples below. To include manuscripts accepted, but not published, inform the abbreviated title of the journal followed by "Forthcoming" and the expected year of publication. Journal titles should be abbreviated in accordance with Index Medicus. Personal communications, unpublished manuscripts, manuscripts submitted but not yet accepted, and similar unpublished items should not be cited; if absolutely essential, bibliographic details should be described in the text in parentheses.

Examples

Journal article:

Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, CastelliRD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry*. 2013;35:51-6.

List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al."

Book:

Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Book chapter:

Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.

Theses and dissertations:

Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Electronic articles and web pages:

World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. 2017 [cited 2020 May 11].

https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health

ILLUSTRATIONS (FIGURES, TABLES, BOXES)

Illustrations (figures, tables, or boxes) should clarify/complement rather than repeat the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages at the end of the manuscript, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. Descriptive legends should be included for each illustration in the main text file, and abbreviations or symbols used should be explained using these footnotes: † ‡ § || ¶ †† ††† etc. Asterisks should be reserved for the expression of significance levels: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Illustrations extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Tables and boxes

should preferably be submitted in Word format, appended to the end of the manuscript text file (after any figure legends), rather than uploaded as separate files. However, Excel files are also accepted. If using Excel, do not place tables on individual spreadsheets within the same file because only the first sheet will be visible in the converted PDF. In tables, each cell

should contain only one item of data; subcategories should be in separate rows and cells (i.e., do not use Enter or spaces inside a cell). Tables containing data that could be given succinctly in 1-2 sentences should be converted to text. Large or detailed tables may be submitted separately as online-only supplementary material (see details below).

FIGURES

should be submitted in one of the following acceptable file formats: AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF, and XLS. Figures can be included in the manuscript, but preferably should be uploaded as separate files. If your manuscript is accepted, you may be asked to provide high-resolution, uncompressed TIF files for images, as well as open/editable versions of figures containing text, to facilitate copyediting (e.g., flowcharts made in Word or PowerPoint). Supporting figures may be submitted separately as online-only supplementary material.

ONLINE-ONLY SUPPLEMENTARY MATERIAL

Supporting materials (text, tables, figures) for online-only publication should be submitted as a single Word document with pages numbered consecutively. Each element included in the online-only material should be cited in the main text and numbered in order of citation (e.g., Supplementary Methods, Table S1, Table S2, FigureS1, Figure S2, etc.). The first page of the online-only document should list the number and title of each element included in the document. The editors may select material submitted for publication in the print version to be posted online only.

author is required (coauthors optional). Review the list of authors as well as the order in which they are presented (it should be identical to the information presented in the title page). Postal/mail address and telephone number for the corresponding author should be included only in the title page.