



10º Encontro Internacional de Política Social
17º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Democracia, Participação Popular e Novas Resistências
Vitória (ES, Brasil), 27 a 29 de agosto de 2024

Eixo: Análise, Avaliação e Financiamento das Políticas Públicas.

Suicídio no Brasil – reflexões necessárias ao Serviço Social

Resumo:

Este artigo apresenta o perfil do suicídio brasileiro entre 2006 e 2022. Trata-se de um estudo quantitativo e de série temporal que analisa os casos de suicídios notificados, por meio da base de dados Datasus/Tabnet. Consideramos os métodos de suicídio e características sociodemográficas, incluindo estado civil, sexo, idade e escolaridade. Embora o perfil dos suicídios tenha permanecido inalterado ao longo dos 16 anos da série, o crescimento relativo foi considerável (45%). Concluímos que é preciso qualificar os dados e aprofundar nas análises que cotejem outras variáveis sociodemográficas.

Palavras-chave: Suicídio. Política de Saúde Mental. Brasil.

Abstract: This article presents the profile of Brazilian suicide between 2006 and 2022. It is a quantitative and time series study that analyzes reported suicide cases through the Datasus/Tabnet database. We considered suicide methods and sociodemographic characteristics, including marital status, sex, age and education. Although the profile of suicides remained unchanged over the 16 years of the series, the relative growth was considerable (45%). We conclude that it is necessary to qualify the data and deepen analyzes that compare other sociodemographic variables.

Keywords: Suicide. Mental Health Policy. Brazil.

1. Introdução:

“No que diz respeito ao mundo, não se deve rir, nem chorar, mas compreender”

(Walter Benjamim)

O suicídio é um problema grave em todos os países (WHO, 2019). “No entanto, 79% de todos os suicídios ocorrem em países em desenvolvimento, que suportam a maior parte do fardo global do suicídio” (WHO, 2019). O Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde afirma que “Nas Américas, 65.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos. 90% das vítimas de suicídio apresentam algum transtorno mental diagnosticável” (OPAS, 2021). Além das vítimas de suicídio, há inúmeras famílias, comunidades e países inteiros afetados, e os efeitos sobre aqueles que ficaram para trás são numerosos e profundos.

Em 26 de abril de 2019, a Lei 13.819 foi promulgada no Brasil que trata da Política Nacional de Prevenção de Automutilação e Suicídio e é uma resposta estratégica permanente do Estado para a prevenção destes eventos, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde, e para o tratamento das condições associadas. Dentro desta lei, os atos de violência auto infligida são categorizados de três maneiras; suicídio bem-sucedido, tentativa de suicídio e atos de automutilação, com ou sem intenção suicida.

Este artigo analisa o perfil dos suicídios no Brasil entre 2006 (ano de aprovação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, instituídas pela Portaria nº 1.876 (2006) (Brasil, 2006) e 2022 (3 anos após a Lei 13.819 e último ano que os dados estão disponíveis). Consideramos os métodos de suicídio e características sociodemográficas, incluindo estado civil, sexo, idade e escolaridade. Tomamos como questão de pesquisa: o que nos dizem os dados sobre suicídio no Brasil?

1.1. Brasil, desigualdade social e taxas de suicídio

Em 2024, a população brasileira estimada é de 211.804.2494 (IBGE, 2024). Como um

país economicamente desigual, a desigualdade se expressa por raça, etnia e gênero e apresenta diferenças intra e inter-regionais: em 2022, o Nordeste concentrava 27% da população total do país, mas o percentual da população na pobreza era de 43,5% e em extrema pobreza foi de mais de 50% da população (IBGE, 2023). Já o Norte, que reunia 8,7% da população total, mas detinha 12,8% das pessoas em situação de pobreza e 11,9% das pessoas em extrema pobreza (IBGE, 2023). Assim, como Laurell (1979) nos alertava, as determinações sócio-históricas do viver, adoecer e morrer são chave analítica para nosso objeto.

Os princípios da determinação social da saúde estão calcados no entendimento de que: 1) a saúde das pessoas passa a ser de interesse da sociedade que deve proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) as condições sociais e econômicas influenciam a saúde e doença e estas precisam ser estudadas cientificamente; 3) as medidas que devem ser tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais quanto médicas.

Esse conceito evidencia o caráter social e político do processo saúde doença apoiado na perspectiva da teoria social crítica. Parte do reconhecimento de que, sob o capital, as relações sociais de produção expressam as contradições inerentes aos projetos de classe em disputa, e se expressam em desiguais formas de viver, adoecer e morrer.

A desumanização das condições de vida, o retrocesso dos direitos sociais e o avanço do projeto neoliberal em curso, no qual a classe trabalhadora tem sido subjugada e progressivamente privada da possibilidade de participação nas decisões políticas e econômicas democráticas (Almeida, 2019; Dardot, Laval, 2013) exige que ampliemos o análise dos suicídios no Brasil. Concomitantemente, ao nível internacional, Ferguson (2017) salientava que devemos situar a nossa investigação do aumento dos transtornos mentais em todo o mundo no contexto do capitalismo atual. Mills afirma que a austeridade “mata”. Branäs et al. (2015) mostraram que eventos individuais relacionados à austeridade na Grécia corresponderam a aumentos estatisticamente significativos nos suicídios em geral, tanto entre homens como em mulheres.

Existe uma relação entre sociedades com desigualdades e maiores níveis de sofrimento, acompanhada por um gradiente social na extensão dos problemas de saúde mental (Stuckler et al, 2009).

2. O sofrimento mental e o fenômeno do suicídio no Brasil

O impacto do sofrimento mental significa que muitos indivíduos são incapazes de trabalhar ou, se puderem, regressar ao trabalho, podem ter dificuldade em conseguir emprego devido à discriminação (Cummings, 2018). No caso do Brasil, o país enfrenta os efeitos atuais e potenciais da conjugação de uma crise económica e política e de políticas de austeridade, e as taxas de suicídio precisam ser analisadas (Massuda et al, 2018).

Em termos nacionais, as primeiras informações brasileiras fornecidas à OMS datam de 1980 (Mello-Santos; Bertolote; Wang, 2005). A qualidade desses dados iniciais deixava evidente a necessidade de reunir informações nacionais e internacionais sobre suicídio como uma importante prioridade de saúde pública. De 1995 a 1997, as taxas aumentaram para um nível médio de 5,4 mortes por 100.000 habitantes, valor que se manteve estável até 2006 (Lovisi; Santos, 2009).

Em 2005, a taxa de mortalidade por suicídios no Brasil foi considerada pela OMS relativamente baixa, de 5,6 mortes por 100 mil habitantes, ocupando a 67ª posição na classificação global (RITLA, 2008). Porém, em números absolutos, o Brasil esteve e está entre os dez países com maior número de suicídios (Mello-Santos; Bertolote; Wang, 2005).

No Brasil, dados de 2012 indicavam que 86,9% das mortes por suicídio resultaram de lesões autoinduzidas e 13,1% de autointoxicação. Entre os suicídios por autointoxicação, essa envolve ações de restrição ao acesso a pesticidas.

Das lesões autoinduzidas, 75% foram por enforcamento, 11% por armas de fogo, 5% por quedas de lugares altos e 3% por ferimentos cortante ou contundente. Ou seja, a questão do enforcamento traz ainda a dimensão de gênero - A probabilidade de morte por enforcamento está associada ao sexo masculino, idade avançada, residir em área rural e baixa escolaridade. A maioria desses casos ocorreu em casa e a escassez de medidas preventivas efetivas para reduzir a escalada dessa forma de suicídio desafia profissionais, famílias e gestores de saúde (Borges-Santos; Wang, 2019).

Mas há outras dimensões da questão que requerem problematização. A subnotificação compromete a qualidade dos dados. A melhoria na qualidade dos registros torna-se uma necessidade premente para análises consistentes e que subsidiem políticas públicas.

Necessário refletir acerca das questões que motivam tais práticas, para além da classificação com foco nos transtornos em geral, visto que apontam para uma sociabilidade adoecida (Marx, 2006). O suicídio como produto da sociabilidade capitalista, é resultante de suas múltiplas determinações e é fenômeno produzido socialmente, mediante relações sociais de produção e reprodução na sociedade capitalista (Marx, 2006; Albuquerque, 2008). Isso perpassa condições sociais gerais de subsistência/sobrevivência do ser social. A precarização destas mesmas condições de trabalho e vida desdobra-se em sua saúde física e mental, sendo necessário superar a visão limitada às questões de saúde mental com foco em demandas de cunho individual, que culpabilizam sujeitos, mas não aprofundam análises, pois não tratam do cerne da questão: a desigualdade social crescente nos diversos seguimentos como: gênero, raça/cor, escolaridade, classes sociais (Moraes, 2019).

Assim, o suicídio não pode ser entendido de forma isolada do contexto e/ou da realidade social, mas como “um ato coletivo produzido socialmente que se concretiza na vida privada do indivíduo que o comete” (Albuquerque, 2008, p. 25). Parafrazeando Moraes (2019, p. 20) “está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios”.

Este artigo analisa o perfil dos suicídios no Brasil no período de 2006 a 2022, evidenciando o crescimento desse problema de saúde no contexto brasileiro.

3. Metodologia

Pesquisa quantitativa do tipo documental utilizando dados obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), reunidos na base de dados Datasus/Tabnet, que reúne informações de vários sistemas para subsidiar as esferas de gestão na saúde pública. Nesse sistema coletamos em estatísticas vitais os códigos de mortalidade da CID-10 identificados para

suicídio (X60–X84) (CBCD, 2023) entre 2006 e 2022.

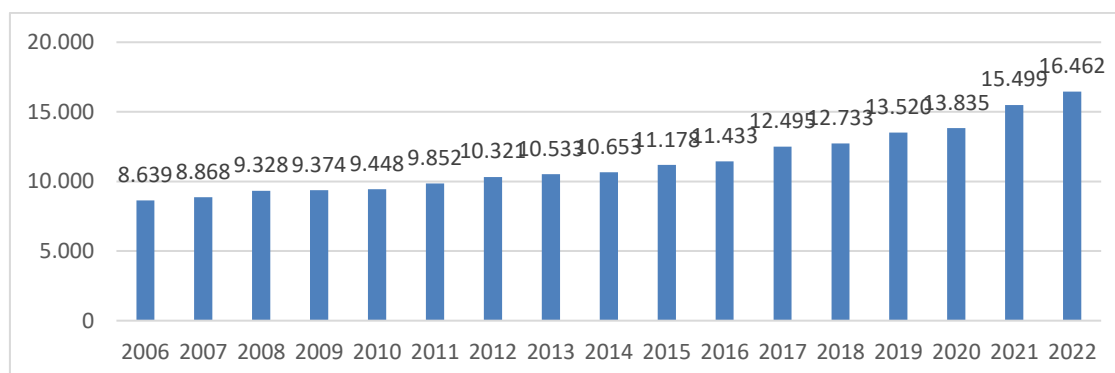
Foram exploradas as variáveis por ano, segundo: sexo, idade, regiões, estado civil, raça/etnia. As taxas de mortalidade foram calculadas com base nas projeções populacionais do Datasus/Tabnet, tendo como população padrão estrutura etária da projeção populacional para o ano de 2010.

Como técnica de análise utilizou-se estatística descritiva, com medidas de tendência central.

4. Resultados

No Brasil, a tendência de casos de suicídio é crescente com taxa de crescimento de 45% em 2022 em relação à 2006. Mas a frequência do suicídio pode ser ainda maior, considerando a subestimação e subnotificação, que envolve os casos de suicídio no Brasil, seja por estigmas culturais, sociais e ou políticos (WHO, 2019; TURECKI; BRENT, 2016). Quando se trata de tentativa de suicídio e outros comportamentos de automutilação a subnotificação é ainda mais difíceis de serem identificadas pelos sistemas de saúde, o que limita o estudo do fenômeno¹ (WHO, 2019; TURECKI; BRENT, 2016). Assim, a despeito do sistema Datasus/Tabnet registrar aumento no número de suicídios no país nos últimos anos, as tentativas de suicídio e outros comportamentos de automutilação permanecem pouco explorados.

¹ As informações sobre casos de suicídio no Brasil são coletadas pelo sistema Datasus/tabnet em suas bases de dados (SIM/SINAN e SINASC), que cobre todo o país, mas os dados sobre casos de automutilação não fatais são obtidos de sistemas de informação de hospitalização, com informações de registros de internações em unidades públicas de saúde, ou suas redes. As lesões autoprovocadas, desde 2011, são notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), possibilitando estudos sobre esse fenômeno no país, mas ainda não há exploração satisfatória para qualificar esses dados (Brasil, 2022).

Gráfico 1. Número de casos de suicídio no Brasil

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Mortality Information System – SIM. Sistematização das autoras, 2024.

Em 2006 a Taxa de suicídio por 100 mil habitantes no Brasil foi de 4,6 e em 2022 subiu para 7,7. Segundo dados da Who (2019), mundialmente houve redução no número de suicídio, entre os anos 2000 e 2019 de 36%, entretanto, o Brasil caminhou em direção contrária configurando aumento de 45% no número de suicídio nesse mesmo período (WHO, 2019).

Em 2020, período em que o mundo viveu a pandemia de COVID-19, o Brasil foi um dos países mais afetados, sendo responsável por 10% das mortes mundiais por COVID-19 neste ano (Alves et al, 2022) e a taxa de suicídio elevou de 6,4 em 2019 para 7,7 em 2022.

As taxas de suicídio aumentaram em todas as regiões do Brasil, com variações percentuais. Assim, as taxas de mortalidade no período apresentam aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil. No período estudado, estima-se que a população brasileira tenha crescido de 188,8 para 213,3, resultando em crescimento de 12,13% (Brasil, 2021).

A taxa de mortalidade por suicídio na região Norte saltou de 3,2 óbitos por 100 mil habitantes em 2006 para 6,9 em 2022; na região Nordeste, de 3,8 para 6,6; na região Sudeste, de 4,2 para 6,7; na região Sul, de 7,8 para 12,1 e na região Centro-Oeste, de 5,8 para 9,4 por 100 mil habitantes. Em nenhuma das regiões a tendência se mostrou

decrecente, entretanto, a maior taxa registrou-se na região Sul onde, apesar de não concentrar o maior número de óbitos, concentra a terceira menor densidade populacional entre as regiões do país.

As regiões Sudeste, Nordeste e Sul (consecutivamente), destacam-se por apresentar maior número de óbitos por suicídio em números absolutos. Isso pode ocorrer dado a melhorias de registro nos sistemas de informação e captação desses dados. O registro e/ou a notificação dos casos expressam numericamente o aumento dos casos de suicídios e na mesma proporção ocorre o contrário. Do mesmo modo, o registro sistemático e a qualidade do preenchimento das declarações de óbitos por suicídio expressam a qualificação das informações e das análises sobre o fenômeno.

Considera-se ainda que os casos de suicídios podem ser encobertos por outras denominações, como afogamento, ou serem classificados como óbitos por causa desconhecida ou indeterminada. Acende-se aqui um alerta para a necessidade de expansão de serviços assistenciais no campo da saúde mental para suporte dos sujeitos diante do sofrimento psíquico, bem como a implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental. Regiões que possuem boa cobertura assistencial no campo da saúde mental, a exemplo das regiões Sudeste, Nordeste e Sul², têm maior chance de garantir a identificação dos casos de suicídio, provocando aumento de notificações (Santos; Barbosa, 2019) e implantar estratégias de prevenção adequada.

No que se refere ao grau instrucional, os dados sugerem que as pessoas iletradas cometem menos suicídio e o maior número de óbitos ocorre entre pessoas com ensino fundamental incompleto com destaque entre pessoas com 4 a 7 anos de escolaridade. Tanto em 2006 quanto em 2022 as faixas que condicionam o crescimento dos números são faixas de 4-7 e 8-11 anos de escolaridade.

Observamos tendência crescente de óbitos por suicídio entre pessoas com ensino médio incompleto. Outro fator que merece destaque é a diminuição de registro de óbitos com

² O Ministério da Saúde considera que essas regiões possuem cobertura assistencial em saúde mental, por meio de Centros de Atenção Psicossocial, muito boa, com os melhores parâmetros assistenciais (acima de 0,70). Veja no Saúde Mental em Dados disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1EQLh9aeG2AQBbmda99-wujdHjwxAh30d/view>.

grau de instrução ignorada, o que nos leva a crer que tem se operado melhoras na investigação, preenchimento e registro dos óbitos no sistema. Os óbitos para a faixa de escolaridade mais elevada se manteve em menor proporção, concorrendo com os iletrados, no período.

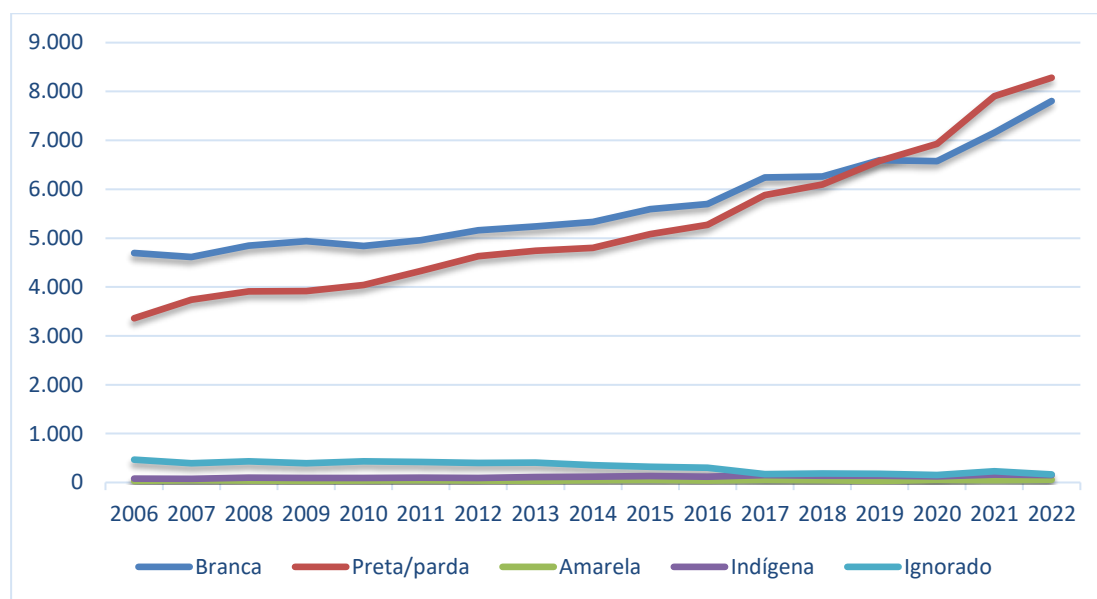
Em 2022, do total 15.499 óbitos por suicídio, mais de 70% ocorreram entre os homens e para esse seguimento os óbitos aumentaram em 143% entre 2006 (5.300) e 2022 (12.908). Entretanto, entre as mulheres o número de suicídios vem crescendo. A taxa de crescimento foi de 188% entre 2006 (1.805) e 2022 (3.553), quase dobrando no período.

A evolução da mortalidade por suicídio segundo sexo, demonstrou aumento no número de óbitos para ambos os sexos. A relação entre homens e mulheres foi de 3,6:1 em 2022. O Brasil segue o padrão mundial em termos de diferenças encontradas por sexo, sendo os homens mais propensos a se tornarem vítimas de suicídio e as mulheres em geral apresentando mais notificações de automutilação e hospitalizações, segundo dados da Organização Mundial da saúde (WHO, 2019), significando que mulheres apresentam maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio (Borges et al, 2010).

A diferença de óbitos entre os homens, em relação as mulheres, no ano de 2022, foi de aproximadamente 3,5 vezes maior, superando a tendência mundial de que homens são três vezes mais propensos do que as mulheres a cometer suicídio (WHO, 2019). D'Eca Junior et al (2019) afirmam que as mulheres são mais propensas a tentar mais vezes o suicídio, entretanto, os homens têm maior êxito, o que demonstra a expressividade da ocorrência do suicídio em homens no Brasil. Essa ocorrência tem sido associada à maior intenção de morrer entre homens, levando ao emprego de métodos mais agressivos e letais, a exemplo do acesso a armas de fogo (Borges et al, 2010). Também os homens têm maior suscetibilidade aos impactos de instabilidades econômicas e nesse sentido o desemprego se coloca como fator de risco significativo para comportamentos suicidas entre os homens (Borges, 2010), enquanto entre as mulheres o baixo consumo de álcool em relação aos homens, um cuidado maior com sua própria saúde e emprego de meios menos letais, podem contribuir para a menor letalidade (Brasil, 2021).

Quanto à raça/cor, observar-se maiores prevalências entre indivíduos de cor branca até 2018 (47,4%) (gráfico 2), mas a partir de 2019 os óbitos entre os indivíduos de cor preta ou parda foram mais prevalentes chegando a 2022 a 50,3%.

Gráfico 2. Raça/etnia



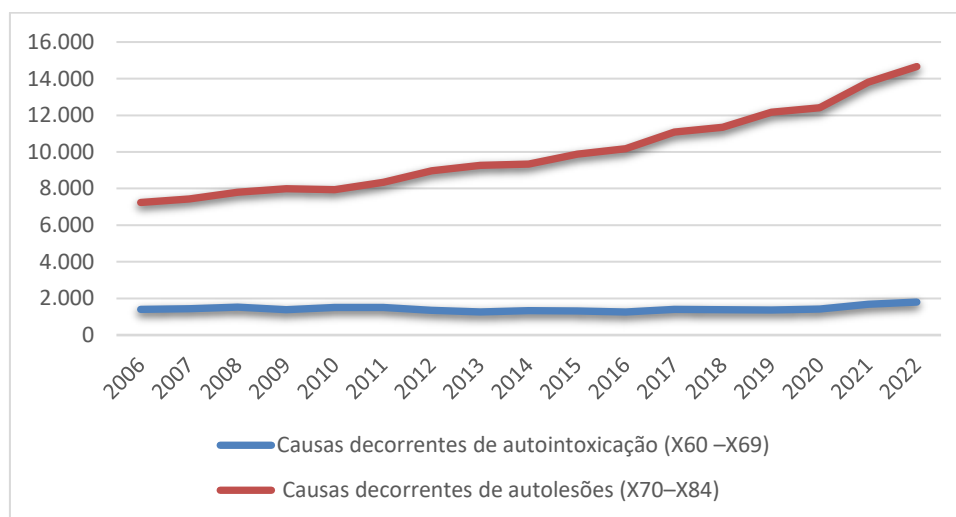
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Mortality Information System – SIM. Sistematização das autoras.

Apesar do registro de suicídio se mostrar crescente para a raça/cor preta e parda, não há estudos epidemiológicos específicos sobre o suicídio dessa população no Brasil. Tavares (2017), questiona que essa população corresponde à 54% da população brasileira, portanto, alcança representatividade numérica no universo estudado. Sendo assim, compreende que há invisibilidade das mortes por suicídio dessa população, historicamente submetida a extremo sofrimento físico, psíquico e social (Turecki; Brent, 2016; Tavares, 2017). Tavares (2017) considera que há subnotificação de casos de suicídio dessa população e que isso deveria suscitar necessidade de estudos que investiguem essas disparidades. Para a autora o suicídio dessa população sofre forte carga das questões sociais, que resulta em número elevado de homicídios entre homens jovens, o que a autora aponta como possíveis causas da subnotificação (Tavares, 2017).

Os (as) solteiros (as) tendem a cometer mais suicídios do que os (as) casados (as). Em 2006, cerca de 4.246 solteiros (as) tiveram óbito, e em 2022 esse número subiu para

8.796 suicídios (53% do total), e a tendência foi crescente em todos o período estudado, com proporções maiores a partir de 2016. Os casados cometem percentual de suicídio bem inferior aos solteiros (22% do total) e a tendência se manteve estável com leve aumento a partir de 2020.

Gráfico 3- Principais métodos de suicídio



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Mortality Information System – SIM

Os principais métodos de suicídio no período estudado foram por lesões autoprovocadas, que aumentaram em 139% em 2022 em relação à 2006, correspondendo a 89% do total de casos de suicídio. Dentre essas lesões por enforcamento (71%), seguido do método por ferimentos por arma de fogo (4,3%), foram os mais utilizados. Merece destaque o aumento de óbitos por lesão autoprovocadas por precipitação de lugar elevado (3,5%).

No grupo autointoxicação (X60-X69) predominou a autointoxicação por uso de vários medicamentos (3,5%), seguido por uso de agrotóxicos (2,3%).

As lesões permanecem como a principal causa de suicídio no Brasil, conforme constatado em estudos anteriores, bem como a autointoxicação se mantém como um fator importante no suicídio consumado, sendo também a principal causa de hospitalizações e notificações de automutilação (Turecki; Brent, 2016; Alves et al, 2024).

O aumento dos casos consumados de suicídio e das automutilações sugere maior exposição a fatores de risco, como fatores socioeconômicos que incidem no aumento da desigualdade social e da pobreza (Machado; Rasela; Santos, 2015), bem como, questões de sofrimento psíquico, que impactam diretamente nos serviços de saúde.

Considerações Finais:

O estudo sobre o perfil do suicídio no Brasil permitiu-nos compreender tendências de suicídio e apontou para a necessidade de construção de uma linha de cuidados, com garantia de uma rede de serviços com ações intersetoriais para o enfrentamento do suicídio.

Mas é importante destacar a limitação do estudo, dado a possibilidade de subnotificação, a despeito do Sistema de informação Datasus/Tabnet ser confiável com garantias de melhorias na qualidade do sistema ao longo dos anos. A monitorização do suicídio é um elemento fundamental estratégico para a prevenção, bem como para o planejamento de ações de controle.

Destacamos aqui a necessidade de maior alocação de recursos e de estratégias de planejamento para reduzir os fatores de risco associados ao suicídio. Evidenciamos como fatores de risco a desigualdade social e o acesso a cuidados de saúde mental. Em relação ao último alertamos para a necessidade de expansão de serviços de base comunitária no campo da saúde mental para acompanhamento e identificação dos fatores de riscos que leva ao suicídio, bem como capacitações voltadas aos profissionais de saúde, para o reconhecimento de indivíduos em sofrimento psíquico com fatores de risco para o suicídio.

Alertamos ainda para a necessidade de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio, visando a elaboração de estratégias de prevenção, considerando que a tentativa prévia do suicídio e os transtornos psiquiátricos, como depressão, transtorno bipolar e alcoolismo, estão entre os principais fatores que afetam a saúde do indivíduo e, conseqüentemente, aumentam o risco para esse fenômeno.

Defendemos como forma de prevenção do suicídio diminuir o acesso da população a

meios letais de perpetração do ato suicida, como uso de pesticidas, agrotóxicos e armas de fogo (Botega, 2014). Questionamos aqui posicionamento de políticos e gestores que se colocam a favor da flexibilização de legislação de controle do uso desses mecanismos. Sabemos que tem sido aprovado no Congresso Nacional legislações de liberação de comercialização de agrotóxicos, considerados bastante nocivos à saúde humana, provocando alta letalidade de suicídio, em especial em regiões onde prevalece a agricultura como atividade econômica (Bertolote, 2006).

Ainda, é preciso atentar para as análises que indicam a desigualdade social como fator que contribui de forma transversal – não enquanto causa - para o aumento do desemprego e das taxas de suicídio, num contexto de aprofundamento do capital e das relações sociais pautadas neste modelo de sociabilidade, cujas relações sociais estão cada vez mais fragilizadas e o sujeito, submetido a elas. Tais análises precisam ser aprofundadas, especialmente, no Brasil.

Por fim, é mister a notificação e monitoramento dos casos de suicídios, por tratar-se de um caso de saúde pública. Nesse sentido, gestores da saúde devem criar estratégias para melhorar os dados, identificar as inconsistências, corrigi-las e fomentar debates entre profissionais responsáveis pelos sistemas de notificações. É preciso ter clareza de que informações inadequadas poderão influenciar encaminhamentos inadequados e dificultar o enfrentamento das questões que levam ao suicídio na sociedade.

Referências

ALBUQUERQUE, Walter Araújo de. **A relação do suicídio com o trabalho na sociedade capitalista**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em

Serviço Social. Universidade Federal de Maceió, 2018. 91 f.

1 ALVES, F.J.O. et al. As tendências crescentes de automutilação no Brasil: uma análise ecológica de notificações, internações e mortalidade entre 2011 e 2022. The Lancet Regional Health - Americas 2024;31: 100691 Published Online 15 February 2024 <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691>. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00018-8/fulltext#](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00018-8/fulltext#). Acesso em 20 de maio de 2024.

BERTOLETE, J. F. et al. Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. **Bulletin of the World Health Organization**, v.84, n. 4, p. 260-261, 2006.

BORGES, G; NOCK, M.K; HARO-ABAD, J.M, et al. Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 2010; v.71, p. 1617–1628.

BORGES-SANTOS, D.; WANG, Y.-P. Suicide by hanging in Brazil: challenges to mitigating its escalation. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 2, p. 188–189, mar. 2019

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v.25, n. 3, p. 231-36. 2014.

BRASIL. **Tabnet/datasus**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>; 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção ao suicídio. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Volume 52 | Nº 33 | Set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2024.

2 D’ECA JUNIOR, A et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? Cad. saúde colet. 27 (1) • 2019 • <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010211>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/BzKzMHBZ5rDwB5n6SStGCzh/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 de maio de 2024.

MACHADO D.B; RASELA D.; SANTOS D.N. Impacto da desigualdade de renda e de outros determinantes sociais na taxa de suicídio no Brasil. **PLoS Um**. 2015; 10e0124934 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124934>

MACHADO, D. B.; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil: de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):45-54.

MELLO-SANTOS, Carolina de; BERTOLOTE, José Manuel and WANG, Yuan-Pang. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2005, vol.27, n.2 [cited 2019-01-27], pp.131-134. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000200011>.

MARX, Karl. **Sobre o Suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MORAES, Aline Fábila Guerra de. **Morte e vida Severina**: o suicídio como possibilidade posta socialmente. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais. 2019. 332 f.

3 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 20 de abril de 2024.

TAVARES, J.S.C. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. **Revista Brasileira de Psicologia**, 04(01), Salvador, Bahia, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Edineia/Downloads/1843-486-PB.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2024.

TURECKI G, BRENT D.A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet**. 2016;387(10024):1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates; 2021. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>. Accessed 17 Sept 2021.