

Saúde mental em Goiás, Brasil: mortalidade por suicídio e cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de 2011 a 2021

Mental health in Goiás, Brazil: suicide mortality and coverage of Psychosocial Care Centers from 2011 to 2021

Salud mental em Goiás, Brasil: mortalidade por suicídio y cobertura de Centros de Atención Psicossocial de 2011 a 2021

- 1** Murillo Santos da Cruz Vieira  [ORCID](#) - [Lattes](#)
- 2** Layanna Nayra dos Santos - [ORCID](#) - [Lattes](#)
- 3** Marco Aurélio da Silva Lima - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1, 2** [Graduandos, Medicina, Universidade Evangélica de Goiás, UniEvangélica, Anápolis, GO, Brasil]; **3** [Preceptor da disciplina de Saúde Coletiva do curso de medicina, Universidade Evangélica de Goiás, UniEvangélica, Anápolis, GO, Brasil]

Editor Chefe responsável pelo artigo: Sérgio Tamai

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Vieira MSC [1,2,3,5,6,13,14], Santos LN [6,13,14], Lima MAS [7,8,9]

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 23/11/2023

Aprovado em: 02/09/2024

Publicado em: 08/09/2024

Como citar: Vieira MSC, Santos LN, Lima MAS. Saúde mental em Goiás, Brasil: mortalidade por suicídio e cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de 2011 a 2021. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-21. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1101>

RESUMO:

Introdução: O suicídio é um problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas no mundo. No Brasil, taxas mais altas são em homens mais velhos (60 a 69 anos), variando entre 10 e 14 por 100 mil habitantes. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são locais de serviços especializados para o atendimento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Apresentar as taxas de suicídio e os fatores sociodemográficos associados em Goiás, além de descrever as taxas de cobertura pelos CAPS 2012 e 2021. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, realizado a partir de dados secundários, obtidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade entre 2011 a 2021. O cálculo das taxas de suicídio deu-se pela busca de óbitos cuja causa básica foi codificada entre X-60 e X-84, categorias de lesões autoprovocadas dentro do capítulo "Causas Externas" da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças. **Resultados:** Foram notificados 5.023 óbitos por suicídio no estado de Goiás entre 2012 e 2021, em que 78,06% eram do sexo masculino de raça/cor parda (58,71%) com uma faixa etária de 20 a 29 anos (22,24%). O enforcamento foi método mais comum utilizado (69,40%). Durante 2011 a 2021 houve a abertura de 48 CAPS, um crescimento de 100% na cobertura. **Conclusões:** Portanto, as taxas de suicídio no estado, reflete a necessidade de maior atenção ao tema, com melhora da rede de atenção e maior subsídios para as instituições de saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, epidemiologia descritiva, suicídio

ABSTRACT:

Introduction: Suicide is a public health problem that affects millions of people worldwide. In Brazil, higher rates are in older men (60 to 69 years), ranging between 10 and 14 per 100,000 inhabitants. In this sense, the Psychosocial Care Centers (CAPS) are specialized service locations for mental health care in the Unified Health System (SUS). **Objective:** To present suicide rates and associated sociodemographic factors in Goiás, in addition to describing the coverage rates by CAPS 2012 and 2021. **Methods:** This is an ecological, descriptive study, carried out from secondary data, obtained by the National Registry of Health Establishments and by the Mortality Information System between 2011 and 2021. The calculation of suicide rates was given by the search for deaths whose basic cause was coded between X-60 and X-84, categories of self-inflicted

injuries within the chapter "External Causes" of the 10th edition of the International Classification of Diseases. **Results:** 5,023 suicide deaths were reported in the state of Goiás between 2012 and 2021, where 78.06% were male of brown race/color (58.71%) with an age group of 20 to 29 years (22.24%). Hanging was the most common method used (69.40%). During 2011 to 2021 there was the opening of 48 CAPS, a growth of 100% in coverage. **Conclusions:** Therefore, the suicide rates in the state reflect the need for greater attention to the theme, with improvement of the care network and greater subsidies for mental health institutions.

Keywords: mental health, epidemiology descriptive, suicide

RESUMEN:

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo. En Brasil, las tasas más altas son en hombres mayores (60 a 69 años), variando entre 10 y 14 por 100 mil habitantes. En este sentido, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son lugares de servicios especializados para la atención en salud mental en el Sistema Único de Salud (SUS). **Objetivo:** Presentar las tasas de suicidio y los factores sociodemográficos asociados en Goiás, además de describir las tasas de cobertura por los CAPS 2012 y 2021. **Métodos:** Se trata de un estudio ecológico, descriptivo, realizado a partir de datos secundarios, obtenidos por el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y por el Sistema de Información sobre Mortalidad entre 2011 a 2021. El cálculo de las tasas de suicidio se dio por la búsqueda de muertes cuya causa básica fue codificada entre X-60 y X-84, categorías de lesiones autoinfligidas dentro del capítulo "Causas Externas" de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades. **Resultados:** Se notificaron 5.023 muertes por suicidio en el estado de Goiás entre 2012 y 2021, donde el 78,06% eran hombres de raza/color pardo (58,71%) con un grupo de edad de 20 a 29 años (22,24%). El ahorcamiento fue el método más común utilizado (69,40%). Durante 2011 a 2021 hubo la apertura de 48 CAPS, un crecimiento del 100% en la cobertura. **Conclusiones:** Por lo tanto, las tasas de suicidio en el estado reflejan la necesidad de prestar mayor atención al tema, con mejora de la red de atención y mayores subsidios para las instituciones de salud mental.

Palabras clave: salud mental, epidemiología descriptiva, suicidio

Introdução

O suicídio é um grave problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, o que representa uma em cada 100 mortes registradas [1]. Sendo que para cada suicídio consumado, há várias tentativas de suicídio, que variam de 10 a 20 [1, 2].

Embora seja um fenômeno global, cerca de 78% das mortes encontram-se nos países de baixa e média renda [1]. O Brasil ocupa a oitava posição mundial em números absolutos de casos [1], e, em dados recentemente publicados, há uma tendência de crescimento progressivo e constante das taxas [3]. Entre os anos de 1980 e 2012, a taxa de suicídio cresceu em 86,4% [4]. Contudo, em muitos países, as mortes por essa causa são altamente subnotificadas devido ao estigma social, cultural e legal [5].

Atualmente, a OMS qualifica o Brasil como um país com boa qualidade de dados sobre mortalidade. Isso possibilita estudos mais fidedignos à realidade e, conseqüentemente, maior impacto sobre a implementação de políticas públicas para redução do suicídio [6].

Levantamentos sobre o Suicídio no Brasil destaca-se taxas mais altas em homens mais velhos (60 a 69 anos) variando entre 10 e 14 por 100 mil habitantes; a seguir vieram os homens jovens (20 a 29 anos) com taxas de 8 e 12 mortes por 100 mil habitantes [7]. Na Região Sul, estão localizados os municípios com as taxas mais elevadas do país [8]. No Centro-Oeste, destaca-se o aumento entre adultos e pessoas negras [7].

O cenário epidemiológico é preocupante, contudo, há políticas públicas consistentes em que reduz as taxas de suicídio, como abordagem adequada nos meios de comunicação, restrições a bebidas alcoólicas e restrições aos meios comuns de suicídio, como desintoxicação do gás doméstico [8, 9]. Assim, as estratégias preventivas devem ser multissetoriais, em que os serviços de assistência à saúde mental exercem um papel importante [10]. É essencial reconhecer que, embora as políticas públicas mencionadas, sejam passos importantes, elas não são suficientes por si só. A eficácia dessas medidas é limitada pela falta de acesso universal a serviços de saúde mental de qualidade e pelo estigma persistente em torno das doenças mentais [11, 12]. Além disso, a coordenação inadequada entre os diferentes níveis de governo e a insuficiência de investimentos em saúde mental agravam a situação,

resultando em desassistência significativa. A análise das taxas de suicídio nas Américas, que contrastam com a tendência global de redução, destaca a necessidade de uma abordagem mais holística e integrada, que considere fatores socioeconômicos, culturais e estruturais [12]. Portanto, uma avaliação multifatorial e abrangente é crucial para entender e abordar efetivamente o “fenômeno suicídio”.

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) exercem grande importância, pois são locais de serviços especializados e capacitados para o atendimento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Ministério da Saúde, a presença de CAPS em um município é um fator de proteção ao risco de suicídio, reduzindo as mortes em até 14% [3].

Portanto, o objetivo desse estudo é apresentar as taxas de suicídio no estado de Goiás e os fatores sociodemográficos associados, bem como descrever as taxas de cobertura pelos CAPS em Goiás entre 2012 e 2021.

Métodos

Esta pesquisa trata-se de um estudo ecológico, descritivo, realizada a partir de dados secundários, obtidos através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) entre 2011 a 2021. Os dados são disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em 2023.

Para o cálculo das taxas de suicídio, foram considerados óbitos cuja causa básica foi codificada entre X-60 e X-84, os quais representam a categoria de lesões autoprovocadas dentro do capítulo “Causas Externas” Classificação Internacional de Doenças (CID). Os códigos X-60 a X-69 são relativos a intoxicação exógena, X-70 referente a enforcamento, X-72 a X-74 a armas de fogo, X-71 e X-75 a X-84 são a outros métodos empregados.

Para as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil e meio utilizado para suicídio, optou-se por uma análise descritiva das frequências. Os dados foram compilados em novas tabelas no programa Microsoft Excel, para posterior análise no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

Em relação às informações complementares obtidas a partir de base de dados eletrônicas. Foram utilizadas as seguintes fontes: U.S National

Library of Medicine ([PubMed](#)), Scientific Eletronic Library Online ([SciELO](#)) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde ([LILACS](#)).

Além disso, também foram obtidas informações adicionais por meio de boletins, relatórios publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde do Brasil (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As taxas de mortalidade provocada por suicídio e de cobertura por CAPS foram calculadas, ano a ano, em nível do Brasil, da Região Centro-Oeste e do estado de Goiás, sendo apresentadas em figuras para análise de tendência. Realizou-se o cálculo das taxas de suicídio em quinquênios para cada um dos 246 municípios goianos, 2012 a 2016 e 2017 a 2021, de forma a reduzir o viés de análise por conta das variações anuais e, juntamente com as taxas de cobertura de CAPS, estão apresentados em bases cartográficas de limites municipais com o intuito de identificar padrões de correlação espacial.

Resultados

Foram notificados 5.023 óbitos por suicídio entre os residentes do estado de Goiás entre 2012 e 2021. Observa-se que 78,06% (n = 3.921) eram do sexo masculino; a raça/cor parda foi presente em 58,71% (n = 2.949) dos óbitos; houve uma maior concentração de mortes (22,24%, n = 629) na faixa etária de 20 a 29 anos; a maioria das vítimas, (48,40%, n = 2.431) era solteira; e 27,20% (n = 1.371) dos óbitos eram pessoas com 8 a 11 anos de escolaridade [[Tabela 1](#)].

Quanto aos métodos utilizados, o enforcamento foi o mais comum, representando 69,40% (n = 3.486) do total de óbitos, seguido pela intoxicação exógena 14,31% (n = 719) e outros 8,84% (n = 444). Nesse grupo outros, estão presentes causas violentas, como afogamento (0,77%; n = 39), lesões autoprovocadas por objetos perfurocortantes (1,99%; n = 100) e precipitadas por queda de grande altura (2,64%; n = 133), por exemplo.

Ao analisar os dados estratificados por sexo, observa-se que o enforcamento permanece como o método mais comum em ambos, representando 72,81% (n = 2.855) entre os homens e 57,26% (n = 631) entre as mulheres. Entretanto, houve divergência quanto aos métodos utilizados de acordo com o sexo: no sexo masculino o uso de arma de fogo

foi observado em 8,47% (n = 309) os óbitos, correspondendo ao terceiro método mais comum, já no sexo feminino, o uso de arma de fogo foi o método menos frequentemente utilizado, com apenas 3,81% (n = 42) do total, enquanto outros métodos representam 12,25% (n = 135) dos óbitos, apresentando-se como o terceiro método mais frequente entre as mulheres [[Tabela 2](#)].

Dentro do grupo da intoxicação exógena, que representou 14,31% (n = 719) do total de óbitos, destaca-se que a intoxicações medicamentosas, que somaram 6,13% (n = 308) dos casos, e seguido pelo envenenamento por pesticidas com 4,85% (n = 244) dos óbitos. A intoxicação provocada por álcool representou 0,51% (n = 26) dos casos provocados por intoxicação exógena.

A série de crescimento histórico da taxa de suicídio no cenário nacional, regional e estadual, no período de 2011 a 2021, evidencia um aumento nas taxas de suicídio de 38,74% no estado de Goiás, 30,80% na Região Centro-Oeste e 36,65% no Brasil. Percebe-se, ainda, a ocorrência de picos na taxa estadual nos anos de 2014, 2016 e 2019 e ultrapassagem da taxa regional em comparação com a taxa estadual no ano de 2018 [[Figura 1](#)].

A [Tabela 3](#), baseada em dados do IBGE, mostra a evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes no estado de Goiás, na Região Centro-Oeste e no Brasil ao longo do período estudado. Observa-se que a cobertura dos serviços está em nível considerado muito bom (acima de 0,70 CAPS/100 mil habitantes) desde o primeiro ano analisado em todas as esferas estadual, regional e nacional.

Entre os anos de 2012 e 2014, o estado de Goiás apresentou uma cobertura inferior à média regional. Em 2015, o estado passou a ter 74 CAPS, o que elevou o nível de cobertura para 1,12 CAPS por 100 mil habitantes, ultrapassando a cobertura regional de 1,06 CAPS por 100 mil habitantes. Durante a década analisada houve a abertura de 48 CAPS, o que representou um crescimento de 100% na cobertura.

A [Figura 2](#) evidencia, por meio de representação cartográfica, os municípios de maior e menor taxas de suicídio e de cobertura de CAPS no estado de Goiás. Os mapas permitem observar o aumento da cobertura de CAPS entre os anos de 2012 e 2021, bem como o aumento do número de municípios que melhoraram o seu nível de cobertura, identificados pela cor azul marinho, que permite representar o melhor nível de cobertura

assistencial. Os mapas permitem também visualizar a expansão da rede dos serviços ao longo dos anos.

A taxa de óbitos por suicídio no estado de Goiás, de maneira geral, apresentou um crescimento expressivo durante a década de estudo [Figura 1]. Também é possível observar, na distribuição cartográfica [Figura 2], que houve um crescimento de municípios com taxas muito elevadas de suicídios representadas pela cor vermelha e de municípios com taxas elevadas de suicídios (cor marrom).

Discussão

O perfil epidemiológico encontrado neste estudo, é pacientes do sexo masculino, raça parda, faixa etária de 20 a 29 anos, estado civil solteiro e escolaridade entre 8 e 11 anos. Em relação ao sexo, é concordante com o perfil encontrado em todas as regiões brasileiras, sendo importante observar que, com frequência, a saúde mental da vítima se encontra debilitada. Assim, não raramente, conflitos de natureza familiar ou desafios econômicos influenciam diretamente esse cenário, principalmente, no sexo masculino. Nesses momentos de crise econômica com elevadas taxas de desemprego, a incapacidade do chefe de família em desempenhar seu papel tradicional como provedor pode culminar em tensões intrafamiliares. Isso, por sua vez, pode desencadear um aumento no consumo de substâncias como álcool e drogas, bem como, em casos extremos, até mesmo levar à desintegração da unidade familiar, associando-se, potencialmente, a eventos trágicos de suicídio [15, 16].

Quanto à segmentação por faixa etária, é notório que suicídio figura como uma das principais causas de morte na população geral de maneira transversal [16]. No contexto brasileiro, a taxa de mortalidade por suicídio alcançou a marca de 5,5 por 100.000 habitantes independente da faixa etária, sendo que as taxas são maiores em indivíduos com idade superior a 80 anos com 8,9 óbitos por 100.000 habitantes [17]. Entretanto, o presente estudo com dados de Goiás aponta que, paradoxalmente, a faixa etária de risco mais elevado para o suicídio recai sobre aqueles com menos de 29 anos, corroborando uma tendência que é observada globalmente. Assim, mundialmente o suicídio constitui 8,5% do total de causas de morte em indivíduos com idades entre 15 e 29 anos, posicionando-se como a segunda principal causa de óbito global, ficando atrás somente dos acidentes de trânsito na mesma faixa etária [16 – 18].

A associação entre fatores socioeconômicos e as taxas de suicídio correlacionam positivamente com privação socioeconômica, posição social desfavorável com base na ocupação, índices de desemprego elevados e níveis de escolaridade mais baixos [19, 20]. Essas constatações sugerem que a privação socioeconômica aumenta a vulnerabilidade ao suicídio, e essa relação visível em diversas regiões, incluindo Ásia, América do Norte, Austrália e Nova Zelândia [20, 21].

Por outro lado, em países europeus a associação entre fatores socioeconômicos e taxas de suicídio tende a ser menos pronunciada, possivelmente devido ao impacto positivo das medidas de promoção do bem-estar social nesses locais, que têm o potencial de mitigar os efeitos negativos da privação econômica [21]. Entretanto, os mecanismos subjacentes a essa associação na América Latina permanecem menos esclarecidos [20, 21]. No Brasil, além dos fatores socioeconômicos há uma dívida histórica em relação a raça, sendo essa população mais suscetível a situações socioeconômicas mais inferiores, assim como evidenciado nesse estudo, em que a população parda representa a maioria dos casos de suicídio [15].

Alguns estudos conduzidos nos Estados Unidos, no Reino Unido e em diversas outras localidades têm revelado que indivíduos que se encontram em situação de divórcio, separação ou viuvez, particularmente os homens, apresentam um risco substancialmente maior de óbito por suicídio em comparação com aqueles que permanecem em estado civil casado [22 – 24]. Adicionalmente, pessoas casadas reportam níveis mais elevados de satisfação e bem-estar em comparação com indivíduos que se encontram solteiros, coabitando, viúvos ou divorciados [25, 26]. Além disso, estudos conduzidos por Lester [23, 24] identificaram que, dentre as variáveis sociológicas analisadas, a taxa de divórcio destacou-se como o único indicador estatisticamente significativo capaz de prever a taxa de suicídio em 17 países industrializados [24]. Como resultado, parece que o estado civil de casado se configura como um elemento protetor em relação ao risco de suicídio [19, 22 – 27].

Em relação aos métodos utilizados, o enforcamento foi o mais utilizado tanto por homens quanto por mulheres, concordando com McDonald et al [28], o qual faz um parâmetro brasileiro entre o período de 2000-2017. As mulheres apresentaram uma proporção maior de suicídios resultantes de autointoxicação e métodos categorizados como "outros", enquanto as armas de fogo e o enforcamento/asfixia responderam por uma proporção

substancialmente mais elevada das mortes por suicídio entre a população masculina. Essa discrepância na escolha dos métodos pode ser atribuída a níveis mais elevados de agressividade, tendência a assumir riscos, maior impulsividade de automutilação e preferência por métodos de maior letalidade pelos homens quando comparados às mulheres [28].

Em relação a cobertura estadual de CAPS, houve um aumento expressivo de 48 novos estabelecimentos estaduais concomitante ao lançamento da "Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020". Essas ações fundamentam-se no Plano de Ação em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) [29]. Este documento estabelece uma série de medidas destinadas a melhorar a qualidade da promoção da saúde, da vigilância em relação ao suicídio, da prevenção do suicídio e da assistência às vítimas de tentativas de suicídio, bem como às suas famílias [29, 30].

No entanto, é importante destacar que somente uma parcela limitada dos CAPS recebeu capacitação específica para abordar o manejo do suicídio. Assim, é possível constatar que o aumento do número de CAPS não permite frear o aumento das taxas estaduais de suicídio que chegaram a 9 casos por 100.000 habitantes em 2021 em Goiás. Portanto, a capacitação adequada dos profissionais de saúde mental é crucial para abordagens resolutivas e preventivas para evirar esse desfecho [30].

Nesse contexto, os CAPS devem ser monitorados continuamente para avaliação e adaptação à medida que novas evidências e desafios surgem [30]. Assim, permitindo a atuação como pontos de apoio para indivíduos em crise e contribuindo para a promoção da saúde mental. Essa construção de uma rede sólida e sensível às necessidades das pessoas em risco de suicídio e suas famílias é essencial para prevenir tragédias evitáveis [29 – 31].

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado das doenças mentais mais prevalentes são cruciais, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS atua como a porta de entrada para o sistema de saúde, permitindo a identificação inicial de transtornos mentais como depressão, ansiedade e transtornos de humor. A detecção precoce facilita intervenções imediatas, prevenindo a progressão dos sintomas e reduzindo o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes [32]. Além disso, a APS oferece um ambiente acessível e menos estigmatizante, incentivando os indivíduos a buscar ajuda sem medo de julgamento. A integração de

serviços de saúde mental na APS também promove uma abordagem holística, onde os profissionais de saúde podem coordenar cuidados contínuos e personalizados, melhorando significativamente os resultados do tratamento [31, 32]. Portanto, fortalecer a capacidade da APS em diagnosticar e tratar doenças mentais é essencial para uma resposta eficaz e abrangente às necessidades de saúde mental da população.

A insuficiência quantitativa e qualitativa da rede de atenção psicossocial é um problema crítico que impede o acesso da população a serviços especializados em psiquiatria [33]. A falta de profissionais capacitados, a escassez de leitos de internação integral e parcial, e a ausência de ambulatórios e serviços de emergência adequados são barreiras significativas para o atendimento eficaz. Essa carência resulta em longas filas de espera e na sobrecarga dos poucos serviços disponíveis, o que compromete a qualidade do atendimento e a continuidade dos cuidados. Além disso, a distribuição desigual desses recursos, muitas vezes concentrados em áreas urbanas, deixa populações rurais e periféricas ainda mais vulneráveis e desassistidas [34].

Essa realidade de desassistência tem um impacto direto no aumento das taxas de suicídio. Sem acesso a diagnósticos precoces e tratamentos adequados, muitas pessoas com transtornos mentais graves não recebem o suporte necessário para gerenciar suas condições [33]. A falta de uma rede de apoio robusta e acessível agrava o sofrimento dos indivíduos, aumentando o risco de comportamentos suicidas. A ausência de intervenções oportunas e eficazes perpetua um ciclo de negligência e desespero, evidenciando a necessidade urgente de investimentos e reformas na rede de atenção psicossocial para garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde mental de qualidade [34].

A relação entre doenças mentais e suicídio é um tema amplamente reconhecido na literatura, com estudos indicando que mais de 95% dos casos de suicídio estão associados a doenças mentais não diagnosticadas, frequentemente não tratadas ou tratadas de forma inadequada [33 - 35]. É imperativo reconhecer que essas mortes são, em grande parte, evitáveis com intervenções adequadas. A falta de diagnóstico e tratamento eficazes para transtornos mentais como depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia, entre outros, contribui significativamente para o aumento das taxas de suicídio [33, 34]. Além disso, o estigma associado às doenças mentais impede muitas pessoas de buscar ajuda, exacerbando o problema.

A falta de ações efetivas de combate à psicofobia e de estratégias para auxiliar pessoas com pensamentos ou comportamentos suicidas é um problema grave que contribui significativamente para o aumento das taxas de suicídio [35 - 38]. O estigma em torno das doenças mentais impede que muitas pessoas busquem ajuda, por medo de julgamento e discriminação. Esse estigma não apenas isola os indivíduos, mas também perpetua a desinformação e a falta de empatia em relação às suas condições [35 - 37]. Sem apoio adequado, aqueles que enfrentam pensamentos suicidas podem sentir-se desamparados e sem opções, aumentando o risco de suicídio [38 , 39]. Portanto, é crucial implementar campanhas de conscientização que desmistifiquem as doenças mentais e promovam a aceitação, além de desenvolver e fortalecer redes de apoio e serviços especializados que ofereçam suporte imediato e contínuo para aqueles em crise.

Este estudo teve como limitação a subnotificação dos casos de suicídio no estado, diante do estigma trazido pelo tema na sociedade.

Conclusão

Portanto, as taxas de suicídio no estado de Goiás apresentaram um aumento durante o período de 2012 e 2021, puxadas por indivíduos do sexo masculino com faixa etária de 20 a 29 anos, estado civil solteiro e escolaridade entre 8 e 11 anos. A cobertura pelos CAPS dobrou, durante o período analisado. Apesar do aumento constante das taxas de suicídio no estado, a análise indica que não há uma relação direta entre a expansão da cobertura dos CAPS e a redução dessas taxas. Isso ocorre porque o suicídio é um fenômeno multifatorial, influenciado por uma complexa interação de fatores sociais, econômicos, culturais e individuais. Portanto, embora a ampliação dos CAPS seja uma medida importante, ela deve ser acompanhada de outras estratégias integradas para abordar efetivamente essa questão. Assim, necessita-se de uma maior atenção ao tema, buscando uma melhora da rede de atenção e maior subsídios para as instituições referência em saúde mental.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade Evangélica de Goiás pelo apoio técnico para o desenvolvimento da pesquisa e declaramos que não possuímos conflitos de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político e financeiro no desenvolvimento do estudo.

Referências

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
2. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC, Beautrais A, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Medina-Mora ME, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Tomov T, Uda H, Williams DR, Kessler RC. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617-28.
<https://doi.org/10.4088/jcp.08m04967blu> PMID:20816034 - PMCID:PMC3000886
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. (Boletim epidemiológico; vol. 48, no. 30).
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de-pdf>
4. Waiselfisz JJ. Os jovens do Brasil. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República; 2014.
https://biblioteca.flacso.org.br/files/2020/03/Mapa2014_JovensBrasil.pdf
5. Snowdon J, Choi NG. Undercounting of suicides: where suicide data lie hidden. *Glob Public Health*. 2020;15(12):1894-901.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1801789> PMID:32744898
6. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2017.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565486>

7. Nadanovsky P, Santos APP. Mortes por causas externas no Brasil: previsões para as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021. (Texto para discussão; n. 56).
<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/NADANOVSKY-e-SANTOS-2021-Mortes-Causas-Externas-Brasil-previsoes-proximas-duas-decadas-Fiocruz-Saude-Amanha-TD056.pdf>
8. Palma DCA, Santos ESD, Ignotti E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. Cad Saude Publica. 2020;36(4):e00092819.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00092819> PMID:32267385
9. Fazel S, Runeson B. Suicide. N Engl J Med. 2020;382(3):266-74.
<https://doi.org/10.1056/nejmra1902944> PMID:31940700 - PMCID:PMC7116087
10. World Health Organization. Preventing suicide: resource for media professionals, update 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076846>
11. Santos PJO, Martins GML, Barroso AC. A importância das políticas públicas na esfera da saúde pública. Rev Ibero-Americana Hum Cienc Educ. 2023;9(9):4759-68.
<https://doi.org/10.51891/rease.v9i9.11576>
12. Lange S, Cayetano C, Jiang H, Tausch A, Oliveira e Souza R. Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000-2019: a cross-sectional ecological study. Lancet Reg Health Am. 2023;20:100450.
<https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100450> PMID:37095770 - PMCID:PMC10122114
13. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2021?. <https://datasus.saude.gov.br/>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População - EstimaPop. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

15. Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Braz J Psychiatry*. 2018;40(1):12-8. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2241> PMID:28832751 - PMCID:PMC6899420
16. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. (Boletim epidemiológico; vol. 52, no. 33). https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
18. Ruiz AMP, Fernandez MRB, Komoda DS, Treichel CADS, Cordeiro RC. Risk and protective factors for suicide: a populational case-control study, Brazil, 2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57:16. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004606> PMID:37075399 - PMCID:PMC10118405
19. Marín-León L, Barros MB. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):357-63. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000300015> PMID:12792688
20. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med*. 2006;36(2):145-57. <https://doi.org/10.1017/s003329170500588x> PMID:16420711
21. Machado DB, Rasella D, Santos DN. Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PLoS One*. 2015;10(4):e0124934. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124934> PMID:25928359 - PMCID:PMC4416030
22. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(2):145-62. PMID:10888055

23. Lester D. Correlates of regional suicide rates: a metaanalysis. OMEGA - J Death Dying. 1999;38(2):99-102. <https://doi.org/10.2190/A12T-77GK-4ECU-16H4>
24. Lester D. Predicting suicide in nations. Arch Suicide Res. 2005;9(2):219-23. <https://doi.org/10.1080/13811110590904052> PMID:16020164
25. Ross CE. Reconceptualizing marital status as a condition of social attachment. J Marriage Fam. 1995;57(1):129-40. <https://doi.org/10.2307/353822>
26. Stack S, Eshleman JR. Marital status and happiness: a 17 nation study. J Marriage Fam. 1998;60(2):527-36. <https://doi.org/10.2307/353867>
27. Desaulniers J, Daigle MS. Inter-regional variations in men's attitudes, suicide rates and sociodemographics in Quebec (Canada). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43(6):445-53. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0340-2> PMID:18404236
28. McDonald K, Machado DB, Castro-de-Araujo LFS, Kiss L, Palfreyman A, Barreto ML, Devakumar D, Lewis G. Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021;56(10):1779-90. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02060-6> PMID:33782727 - PMCID:PMC8429168
29. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: World Health Organization; 2013. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental_health_action_plan_flyer_member_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1_7&download=true
30. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

31. Rodrigues CD, Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner TCRO. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(5):380-8. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0230> PMID:30785540 - PMCID:PMC6796812
32. Salgado MA, Fortes SLCL. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cad Saude Publica*. 2021;37(9):e00178520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178520> PMID:34669772
33. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00042620. Portuguese. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00042620> PMID:33852660
34. Peres GM, Crepaldi MA, Motta CCL, Grigolo TM. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2018;10(27):34-52. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v10i27.69033>
35. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Common mental disorders in adult women: identifying the most vulnerable segments. *Cien Saude Colet*. 2018;23(8):2543-54. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016> PMID:30137124
36. Muller SA, Pereira GS, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Psicol IMED*. 2017;9(2):6-23. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>
37. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal da Saúde; 2016. (Coleção guia de referência rápida); (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf
38. Silva ACF, Hora VLA. Psicofobia: enfrentando os transtornos mentais e o preconceito no Brasil. *Caderno Discente*. 2022;6(1).

<https://revistas.esuda.edu.br/index.php/Discente/article/view/826/313>

39. Brabo BS, Pereira LF, Piani PPF. Saúde mental na Amazônia: mortalidade por suicídio e cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Pará de 2006 a 2015. Debates em Psiquiatria. 2018;8(5):6-15.
<https://revistardp.org.br/revista/article/view/322>

Tabela 1. Características sociodemográficas das vítimas de suicídio (n = 5.023), residentes no estado de Goiás, entre os anos de 2012 e 2021, apresentadas em números absolutos e percentual

Variável/Categoria	n	%
Sexo		
Masculino	3.921	78,06
Feminino	1.102	21,94
Raça/Cor		
Parda	2.949	58,71
Branca	1.696	33,76
Preta	279	5,55
Indígena	4	0,08
Amarela	6	0,12
Ignorada	89	1,77
Faixa etária (anos)		
10 a 19	444	8,84
20 a 29	1.117	22,24
30 a 39	1.074	21,38
40 a 49	860	17,12
50 a 59	697	13,88
60+	819	16,30
Ignorada	12	0,24
Estado Civil		
Solteiro	2.431	48,40
Casado	1.219	24,27
Viúvo/Separado	576	11,47
Outros	402	8,00
Ignorado	425	8,46
Escolaridade (anos)		
Nenhum	222	4,42
1 a 3	757	15,07
4 a 7	1.226	24,41
8 a 11	1.371	27,29
12+	522	10,39
Ignorada	926	18,44

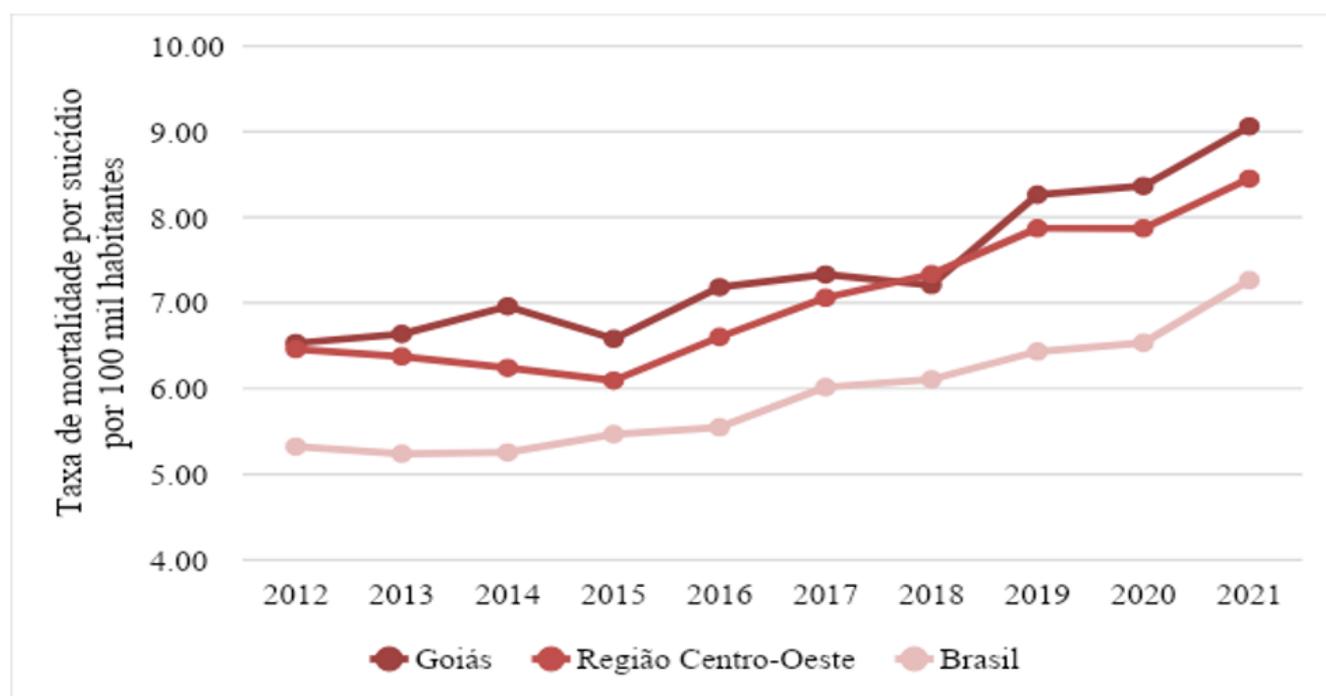
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/DATASUS [[13](#)]

↑ **Tabela 2.** Distribuição dos casos de suicídio conforme os métodos utilizados, segundo sexo e total, no período de 2012 a 2021, entre residentes do estado de Goiás

Método utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enforcamento	2.855	72,81	631	57,26	3.486	69,40
Intoxicação exógena	425	10,84	294	26,68	719	14,31
Arma de fogo	332	8,47	42	3,81	374	7,45
Outros	309	7,88	135	12,25	444	8,84
Total	3.921	100	1.102	100	5.023	100

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/DATASUS [13]

↑↑ **Figura 1.** Taxas de suicídio no Brasil, na Região Centro-Oeste e no estado de Goiás de 2012 a 2021



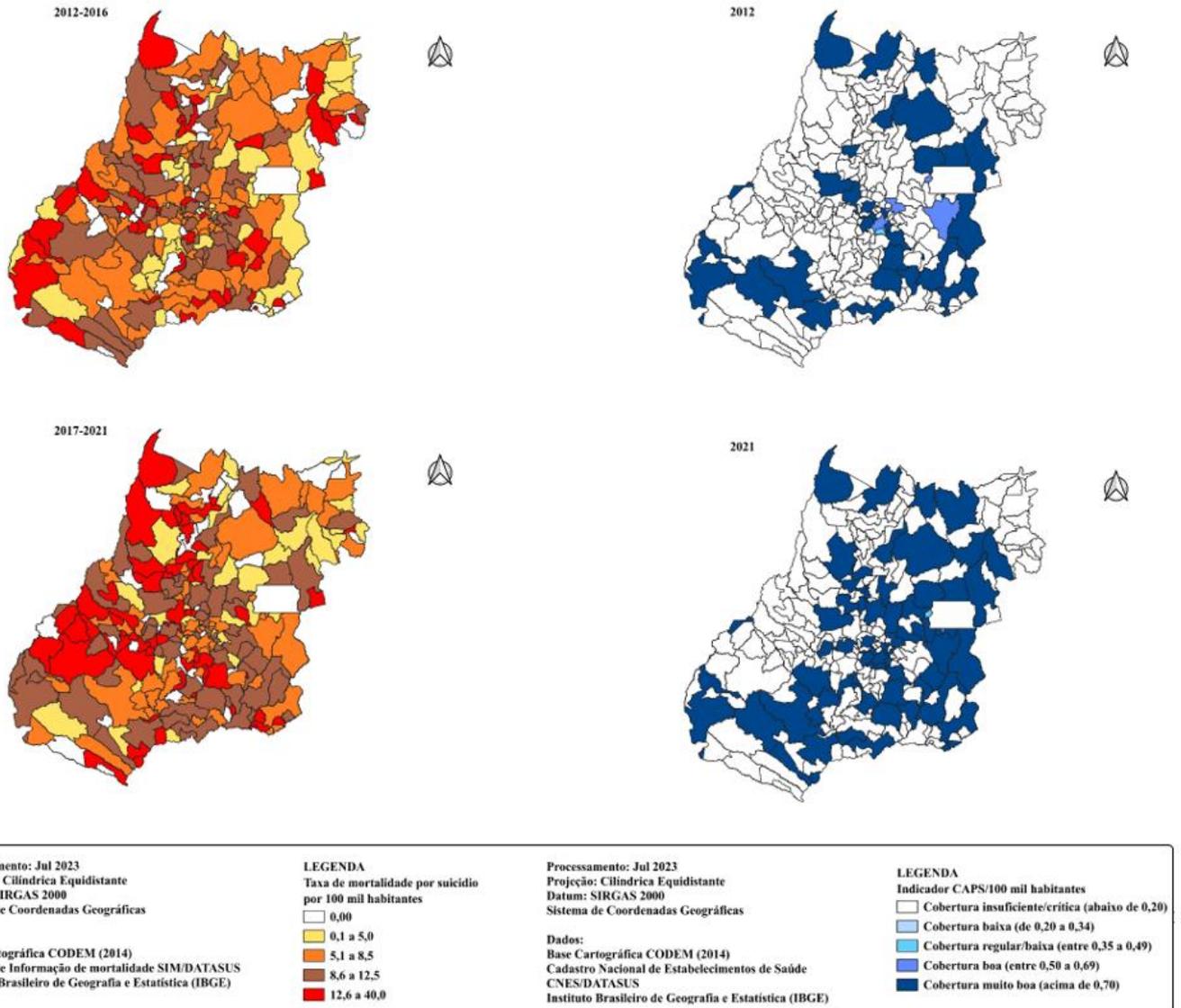
Fonte: Estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS [13, 14]

↑ **Tabela 3.** Evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes no estado de Goiás, na Região Centro-Oeste e no Brasil, de 2012 a 2021

Ano	Goiás	Região Centro-Oeste	Brasil
2012	0,78	0,83	1,11
2013	0,92	0,92	1,16
2014	1,03	0,99	1,27
2015	1,12	1,06	1,33
2016	1,14	1,05	1,35
2017	1,22	1,10	1,40
2018	1,29	1,15	1,44
2019	1,31	1,15	1,46
2020	1,35	1,16	1,47
2021	1,33	1,16	1,50

Fonte: Estimativas da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS [[13](#), [14](#)]

↑ ↑ **Figura 2.** Cartografia das taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes de 2012-2016 e 2017-2021 e de cobertura de CAPS (por 100 mil habitantes) em 2012 e 2021, no estado de Goiás



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, Estimativas da população IBGE e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS [13, 14]