
Óbitos por suicídio no Brasil: análise temporal e sociodemográfica (2013-2023)

Suicide deaths in Brazil: temporal and sociodemographic analysis (2013-2023)

Muertes por suicidio en Brasil: análisis temporal y sociodemográfico (2013-2023)

1 Raiza Brito Cipriano  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Mariana Masse Monteiro - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Lucca Tamara Alves Carretta - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Heloísa Braga de Freitas - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Lara Martins Eller - [ORCID](#) - [Lattes](#)

6 Renata Vilela de Almeida Gomes - [ORCID](#) - [Lattes](#)

7 Wanêssa Lacerda Poton - [ORCID](#) - [Lattes](#)

8 Fernando Rocha Oliveira - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1, 3** [Graduanda, Medicina, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, ES, Brasil]; **2, 4, 5, 7** [Graduandas, Medicina, Universidade Vila Velha, UVV, Vila Velha, ES, Brasil]; **6** [Pós-graduanda, Educação Popular em Saúde, FIOCRUZ, Brasília, DF, Brasil]; **8** [Pós-Graduando, Mestrado, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, ES, Brasil]

Editor Chefe responsável pelo artigo: Sérgio Tamai

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Cipriano RB [1,5,7,13]; Monteiro MM [6,11,14]; Carretta LTA [2,8,13]; FreitasHB [3,5,14]; Eller LM [7,9,14]; Gomes RVA [5,11,14]; Poton WL [3,9,14]; Oliveira FR [6,10,14].

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 15/04/2025

Aprovado em: 15/05/2025

Publicado em: 21/05/2025

Como citar: Cipriano RB,. Monteiro MM, Carretta LTA, Freitas HB, Eller LM, Gomes RVA, Poton WL, Oliveira FR. Óbitos por suicídio no Brasil: análise temporal e sociodemográfica (2013-2023). Debates Psiquiatr. 2025;15:1-20. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2025.v15.1459>

RESUMO:

O suicídio é um grave problema de saúde pública, com mais de 700 mil mortes anuais globalmente. No Brasil, compreender as tendências temporais e demográficas é essencial para embasar políticas públicas eficazes. **Objetivo:** Analisar a tendência temporal e o perfil epidemiológico das mortes por suicídio no Brasil entre 2013 e 2023, impacto da pandemia e projeções futuras até o ano de 2028. **Método:** Estudo ecológico com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade ([SIM](#)), considerando óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10: X60-X84). Avaliaram-se variáveis como unidade federativa, faixa etária, sexo, cor, escolaridade e estado civil. A análise de séries temporais foi feita pelo modelo de [regressão linear de Prais-Winsten no STATA 13](#). Projeções futuras utilizaram a [ferramenta de previsão do Microsoft Excel 365](#). **Resultados:** De 2013 a 2023, foram registrados 144.566 óbitos, predominando homens (79%) e adultos de 20 a 49 anos (59%). As taxas de mortalidade cresceram ($\beta=0,253$; $p<0,05$), com maior aumento entre jovens de 20 a 29 anos ($\beta=0,402$; $p<0,001$). As mulheres apresentaram crescimento relevante entre 15 e 19 anos ($\beta=0,227$; $p<0,001$). Em 2022, a taxa atingiu 7,66 por 100 mil habitantes. Projeta-se elevação para 8,95 até 2028. **Conclusão:** A tendência crescente do suicídio no Brasil exige políticas públicas de prevenção voltadas a grupos vulneráveis, com estratégias regionais e interdisciplinares.

Palavras-chave: suicídio, saúde pública, epidemiologia, mortalidade, tendências temporais



ABSTRACT:

Introduction: Suicide is a serious public health issue, with over 700,000 deaths globally each year. In Brazil, understanding temporal and demographic trends is essential to support effective public policies. **Objective:** To analyze the temporal trend and epidemiological profile of suicide deaths in Brazil between 2013 and 2023, pandemic's influence, along with projections through 2028. **Method:** Ecological study using data from the Mortality Information System ([SIM](#)), considering deaths from intentionally self-inflicted injuries (ICD-10: X60-X84). Variables such as state, age group, sex, race, education level, and marital status were evaluated. Time series analysis was performed using [Prais-Winsten linear regression in STATA 13](#). Future projections used the [Microsoft Excel 365 forecasting tool](#). **Results:** From 2013 to 2023, 144,566 deaths were recorded, mostly among men (79%) and adults aged 20–49 (59%). Mortality rates increased ($\beta=0.253$; $p<0.05$), especially among young adults aged 20–29 ($\beta=0.402$; $p<0.001$). Female mortality grew significantly among 15–19-year-olds ($\beta=0.227$; $p<0.001$). In 2022, the rate peaked at 7.66 per 100,000 inhabitants. An increase to 8.95 is projected by 2028. **Conclusion:** The rising suicide trend in Brazil highlights the need for public prevention policies targeting vulnerable groups, with regional and interdisciplinary strategies.

Keywords: suicide, public health, epidemiology, mortality, temporal trends

RESUMEN:

Introducción: El suicidio es un grave problema de salud pública, con más de 700 mil muertes anuales en el mundo. En Brasil, comprender las tendencias temporales y demográficas es fundamental para respaldar políticas públicas efectivas. **Objetivo:** Analizar la tendencia temporal y el perfil epidemiológico de las muertes por suicidio en Brasil entre 2013 y 2023, además de proyecciones hasta 2028. **Método:** Estudio ecológico con datos del Sistema de Información sobre Mortalidad ([SIM](#)), considerando muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (CID-10: X60-X84). Se evaluaron variables como estado, grupo etario, sexo, raza, escolaridad y estado civil. El análisis de series temporales utilizó [regresión lineal de Prais-Winsten en STATA 13](#). Las proyecciones futuras se realizaron con la [herramienta de pronóstico de Microsoft Excel 365](#). **Resultados:** Entre 2013 y 2023 se registraron 144.566 muertes, con predominio en hombres (79%) y adultos entre 20 y 49 años (59%). Las tasas de mortalidad

aumentaron ($\beta=0,253$; $p<0,05$), principalmente en jóvenes de 20 a 29 años ($\beta=0,402$; $p<0,001$). Entre mujeres, el crecimiento fue significativo entre 15 y 19 años ($\beta=0,227$; $p<0,001$). En 2022, la tasa alcanzó 7,66 por 100 mil habitantes. Se proyecta un aumento a 8,95 para 2028.

Conclusión: La tendencia creciente del suicidio en Brasil exige políticas públicas de prevención enfocadas en grupos vulnerables, con estrategias regionales e interdisciplinarias.

Palabras clave: suicidio, salud pública, epidemiología, mortalidad, tendencias temporales

Introdução

O suicídio é um fenômeno multifatorial e complexo, decorrente da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Logo, no contexto brasileiro, a análise do suicídio demanda uma abordagem que transcenda o indivíduo, considerando também os aspectos culturais, regionais e socioeconômicos, que têm impacto nas taxas de mortalidade ao longo dos anos. Conceitualmente, o suicídio pode ser entendido como uma manifestação de um sofrimento extremo que culmina em um ato voluntário contra a própria vida, sendo influenciado por fatores como saúde mental, crises pessoais, crises econômicas, transtornos mentais, entre outros [1-2].

Esse grave problema de saúde pública é uma das principais causas de morte em todo o mundo, afetando todas as faixas etárias, gêneros e culturas, com diferentes prevalências ao redor do globo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, representando uma morte a cada 40 segundos [2]. Os fatores de risco para o comportamento suicida são multifacetados e incluem transtornos mentais, como depressão e transtorno bipolar, abuso de substâncias, histórico de traumas ou abusos, isolamento social, doenças físicas crônicas e fatores sociais e econômicos, como desemprego, pobreza e discriminação [3].

O perfil do suicida é marcado por múltiplas variáveis que se entrelaçam de forma complexa. Há uma maior prevalência de suicídio entre homens, enquanto tentativas não fatais são mais comuns entre mulheres e jovens, especialmente aqueles solteiros ou com transtornos psiquiátricos [4]. Os métodos escolhidos também variam conforme o gênero: homens tendem ao enforcamento ou uso de armas de fogo, e mulheres, à intoxicação medicamentosa [5]. Questões socioeconômicas e ambientais também

pesam: na Romênia, por exemplo, oscilações nas taxas de suicídio ao longo de três gerações foram associadas a mudanças sociais e climáticas [6]. Já na China, dados de Zoucheng apontam maior incidência entre idosos com baixa escolaridade, sendo os conflitos familiares o principal gatilho [7]. Apesar dos avanços na assistência em saúde mental, o comportamento suicida permanece estável, reforçando a urgência de ações mais integradas e que enfrentam o estigma e a subnotificação [4].

Deste modo, este estudo tem como objetivo realizar uma análise de tendência temporal da mortalidade por suicídio no Brasil ao longo da última década, oferecendo uma compreensão aprofundada das variações nas taxas de suicídio e nos perfis demográficos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico que analisou o perfil epidemiológico, a tendência temporal da incidência de óbitos por suicídio no Brasil ocorridos no período de 2013 a 2023, além da análise do impacto da pandemia nessa incidência e projeções futuras até o ano 2028.

Os dados do estudo foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram selecionados os dados de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, correspondendo aos códigos X60 a X84 da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). As variáveis sociodemográficas incluíram unidade da federação, faixa etária, sexo, cor, escolaridade e estado civil. As taxas de mortalidade por suicídio foram calculadas utilizando-se a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os respectivos anos como denominador. Esses dados foram processados no Microsoft Excel 365 para a construção de tabelas descritivas e gráficos que sintetizam as principais características observadas.

A metodologia empregada para a análise dos gráficos baseou-se no desenvolvimento de duas séries temporais utilizando a ferramenta "Planilha de Previsão" do Microsoft Excel 365. A primeira série comparou os dados observados das taxas de mortalidade por suicídio entre 2013 e 2023 com valores esperados para o período de 2020 a 2023, período projetado antes da influência da pandemia de COVID-19, incluindo intervalos de confiança de 95%. A segunda série temporal foi elaborada para projetar as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil para os anos

de 2024 a 2028. Essa projeção considerou as tendências observadas ao longo do período de estudo, incluindo intervalos de confiança de 95%.

A tendência temporal das taxas de mortalidade por suicídio foi analisada utilizando modelo de regressão linear de Prais-Winsten, por meio do software STATA 13.1. A análise foi realizada separadamente por sexo e por faixas etárias, abrangendo o período de 2013 a 2023, para identificar possíveis pontos de inflexão e avaliar a velocidade de mudança das taxas ao longo do tempo. As tendências das taxas de mortalidade foram interpretadas como crescente ($p < 0,05$ e β positivo), decrescente ($p < 0,05$ e β negativo) e estacionária ($p \geq 0,05$).

Por se tratar de uma pesquisa de dados secundários, não houve necessidade da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a resolução CNS 510/2016 do Ministério da Saúde do Brasil [8].

RESULTADOS

Análise Sociodemográfica

O perfil epidemiológico das vítimas de suicídio apresentado na [Tabela 1](#) revela uma distribuição expressiva dos casos em número absoluto nos estados mais populosos, com São Paulo apresentando 18% do total de óbitos por suicídio no Brasil, seguido por Minas Gerais (12%) e Rio Grande do Sul (10%).

A faixa etária mais acometida inclui adultos jovens e de meia-idade (20 a 49 anos), que juntos representam cerca de 59% dos óbitos.

A distribuição por sexo mostra uma predominância de casos no sexo masculino (79%), enquanto, por cor, observa-se uma igualdade entre as vítimas que se autodeclararam brancas e negras, com 48% cada.

A escolaridade mais comum entre as vítimas foi de 8 a 11 anos de estudo (29%), e a maior parte dos indivíduos não eram casados (62%).

Quando analisados os dados relativos à população, os estados que apresentam as maiores médias de taxa de suicídio anual são Rio Grande do Sul (11,8 óbitos por 100 mil hab.), Santa Catarina (10,6 óbitos por 100 mil hab.), Piauí (9,7 óbitos por 100 mil hab.), Mato Grosso do Sul (9,5 óbitos por 100 mil hab.) e Roraima (8,0 óbitos por 100 mil hab.). Já os estados com menores médias de taxa de suicídio ao longo dos anos estudados são o Pará (4,0 óbitos por 100 mil hab.), Alagoas (4,3 óbitos

por 100 mil hab.), Bahia (4,4 óbitos por 100 mil hab.), Pernambuco e Maranhão (ambos com 4,6 óbitos por 100 mil hab.). A [Figura 1](#) ilustra a distribuição das taxas pelo país, enquanto a Tabela 2 apresenta os dados completos da média das taxas de mortalidade por suicídio ao longo dos anos nos estados brasileiros.

Análise de Tendência Temporal

A análise de tendência temporal da taxa de mortalidade por suicídio entre as Unidades da Federação, apresentada no [Quadro 1](#), revelou que a maioria dos estados apresentou tendência crescente estatisticamente significativa ao longo do período estudado. As maiores inclinações anuais foram observadas no estado do Acre ($\beta = 0,557$; IC95%: 0,266–0,848; $p = 0,002$), seguido por Paraná ($\beta = 0,453$; IC95%: 0,383–0,524; $p < 0,001$), Santa Catarina ($\beta = 0,440$; IC95%: 0,376–0,504; $p < 0,001$), e Mato Grosso ($\beta = 0,404$; IC95%: 0,322–0,497; $p = 0,001$).

Por outro lado, algumas Unidades da Federação não apresentaram variação estatisticamente significativa na tendência temporal, configurando-se como estáveis no período. É o caso dos estados de Amazonas ($\beta = 0,169$; IC95%: -0,031–0,369; $p = 0,088$), Roraima ($\beta = 0,201$; IC95%: -0,295–0,698; $p = 0,382$), Alagoas ($\beta = 0,167$; IC95%: -0,005–0,339; $p = 0,056$), Sergipe ($\beta = 0,108$; IC95%: -0,009–0,225; $p = 0,066$) e São Paulo ($\beta = 0,089$; IC95%: -0,002–0,181; $p = 0,055$). Nenhum estado brasileiro apresentou tendência temporal decrescente estatisticamente significativa.

As Tabelas [2](#), [3](#) e [4](#) apresentam a tendência temporal da mortalidade segmentada por faixa etária e sexo. Em geral, a taxa de mortalidade por suicídio tem mostrado um aumento significativo, com um coeficiente de tendência geral de 0,253 (IC95% 0,199 a 0,306; $p < 0,001$). Evidencia-se uma tendência de crescimento geral especialmente acentuado na faixa etária de 20 a 29 anos, conforme [Quadro 1](#).

O sexo feminino apresentou maiores taxas de mortalidade nas faixas de 40 a 59 anos, com maior tendência de crescimento na faixa de 15 a 19 anos ($\beta = 0,227$; IC95% 0,142 a 0,313; $p < 0,001$), conforme [Tabela 3](#). Quanto ao sexo masculino, as maiores taxas de mortalidade se apresentam nas faixas de 70 anos ou mais, e tendência de crescimento mais expressiva entre jovens adultos de 20 a 29 anos ($\beta = 0,574$; IC95% 0,340 a 0,808; $p < 0,001$), conforme [Tabela 4](#).

Séries Temporais

A [Figura 1](#) apresenta a série temporal das mortes por suicídio no Brasil do período de 2013 a 2023 e os dados esperados pela projeção da taxa de mortalidade nos anos de 2020 a 2023, antes da influência da pandemia. As taxas observadas cresceram de 5,27 por 100.000 habitantes em 2013 para 7,50 para 100.000 em 2023. No período pandêmico, os valores projetados foram superados: em 2021, a taxa de mortalidade foi 5,3% maior que a esperada. Em 2022, a taxa foi 10,4% maior que a esperada. Já 2023, terminada a pandemia, apresentou taxas de mortalidade observadas dentro do limite de confiança superior da projeção. Esses desvios que ultrapassaram o limite de confiança superior sugerem que a pandemia intensificou o aumento nas taxas de suicídio no período.

Mesmo com a estabilização em 2023 com relação a pandemia, a tendência geral de óbitos por suicídio ainda é de crescimento na população brasileira. A [Figura 2](#) apresenta a projeção da taxa de mortalidade de 2023 a 2028, apontando um crescimento da taxa de 19,3% em 5 anos.

A [Figura 3](#) faz análise de dados de taxa de mortalidade por suicídio no Brasil observados de 2013 a 2023 e projeção da taxa de mortalidade para os anos de 2024 a 2028, com intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que, entre 2013 e 2023, a taxa de suicídio no Brasil aumentou. O crescimento foi mais acentuado entre jovens adultos, principalmente homens, solteiros, com baixa escolaridade, e afetou de forma semelhante pessoas que se autodeclaram negras e brancas. O estado de São Paulo apresentou a maior concentração de casos. O suicídio é um fenômeno complexo, resultante de um conjunto de experiências individuais, sociais e culturais, gerando o ato proposital de acabar com a própria vida. A tentativa de autoextermínio afeta de forma diferente as parcelas populacionais.

Em nosso estudo foi verificado um predomínio dos casos entre os homens, que representaram 79% dos óbitos por suicídio no período analisado, com uma taxa de mortalidade média de 10,1 por 100.000 habitantes e tendência crescente ($\beta = 0,396$), conforme indicado na [Tabela 3](#). Esse cenário pode estar associado ao acesso a métodos mais letais, como armas de fogo, à forma como lidam com atritos, a uma rede de apoio mais escassa, ao maior uso de substâncias psicoativas, à vulnerabilidade aos impactos econômicos e ao menor cuidado com a própria saúde [9]. Além

disso, barreiras sociais e culturais dificultam a busca masculina por ajuda psicológica, agravando a situação [9].

Por outro lado, estudos descrevem que as mulheres apresentam maior taxa de idealização e tentativas fracassadas de autoextermínio, refletindo uma maior vulnerabilidade psicológica [10]. Neste estudo, observou-se um crescimento significativo entre o público feminino, especialmente na faixa etária de 15 a 19 anos ($\beta = 0,227$). Esse aumento pode estar relacionado a fatores emergentes, como a influência das redes sociais, o cyberbullying e problemas de saúde mental entre adolescentes [11-12]. Diante desse cenário, torna-se essencial a adoção de estratégias específicas para esse grupo, levando em consideração suas particularidades emocionais e sociais.

A análise da mortalidade absoluta por autoextermínio entre os estados brasileiros, mostrou uma distribuição desigual e mais significativa nas regiões mais populosas, com São Paulo liderando, seguido de Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Apesar dessa liderança do estado de São Paulo observado, resultados também demonstraram que este estado, junto com estados do norte e nordeste como Amazonas, Roraima, Alagoas e Sergipe, apresentam tendências estacionárias. Essa apresentação contraria estudos que outrora notaram crescimento generalizado em todas as regiões do Brasil [13]. Porém, foi evidenciado por outros autores certa previsão de estagnação na região sul e centro-oeste, que considera a atividade econômica como forte contribuinte do cenário vivenciado como a agricultura, por meio dos trabalhos instáveis e baixa renda em uma análise de 2010 a 2021 [14]. Em atual pesquisa, dessa forma, percebe-se uma parcial mudança das perspectivas esperadas previamente.

Os resultados expõem um aumento geral no índice de suicídio, sobretudo na faixa etária de 20 a 29 anos, alertando para o conjunto de fatores relacionados ao comportamento suicida. Durante a juventude, há o fim do ensino médio, a escolha da carreira profissional, o ingresso na faculdade, o desenvolvimento de novas relações sociais, a ruptura com hábitos antigos e o início da vida profissional [15-16]. Isto posto, os jovens encontram formas de lidar com decepções, incertezas, conquistas e escolhas, que este momento proporciona, podendo desenvolver quadros de depressão e/ou ansiedade, além de uso de álcool e outras drogas para ajudar a pertencer [15-16]. Essas mudanças e ações podem ser preditores do suicídio.

O período pandêmico, de 2020 a 2023, foi um período de grande instabilidade, uma vez que os indivíduos sofreram o risco da diminuição de renda, a intensificação da ansiedade, depressão e estresse, o qual gera implicações psicológicas e comportamentais que são muitas vezes ignoradas, potencializando as taxas de suicídio [17].

No que tange ao estado civil, a maioria não era casada, corroborando com os estudos que evidenciam o casamento como fator protetor para o suicídio [18]. Visto que, falhas nas relações sociais geram maior propensão à solidão, contribuindo para o aumento do risco de violência autoprovocada [19].

No Brasil, a parcela populacional mais comum entre as vítimas foi nos estratos sociais com baixa ou média escolaridade, os quais há restrição ou dificuldade de satisfazer às necessidades inerentes ao indivíduo (tanto a parte biológica quanto a político social), com conseqüente fragilização da vida e exposição à vulnerabilidades sociais [20]. Nesse sentido, condições de baixa escolaridade refletem no aumento das taxas de desemprego, desencadeando instabilidade socioeconômica, a qual configura-se um fator de risco para a idealização suicida [21].

Como limitação em nosso estudo aponta-se o sub-registro e a subnotificação [22], que apesar das melhorias nos sistemas de dados no Brasil ainda pode mascarar dados e prejudicar análises epidemiológicas [23-24].

CONCLUSÃO

Reconhece-se que o suicídio é um grave problema de saúde no Brasil e possui como fatores de risco: sexo masculino, baixa escolaridade, jovens adultos, solteiros, períodos de crise econômica, entre outros. É de grande relevância que sejam avaliadas propostas públicas de caráter holístico buscando a validação das singularidades de cada região do Brasil, focando em acompanhamentos que atinjam os fatores socioeconômicos e culturais que envolvam toda a complexidade para o equilíbrio emocional de uma determinada população. Ainda, entende-se que a pesquisa se apresenta como contribuinte para o entendimento destas individualidades, uma vez que a compreensão do contexto corrobora para uma solução direcionada nas raízes dos determinantes para o agravo. Dessa forma, destaca-se a importância de intervenções efetivas nesses grupos de risco, por meio de políticas públicas em saúde mental baseadas em estratégias de prevenção, com evidências para identificação precoce e manejo satisfatório dos fatores de risco de acordo com as análises epidemiológicas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Suicide prevention. Geneva: WHO; [2025?]. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
3. Sher L, Oquendo MA. Suicide: an overview for clinicians. *Med Clin North Am.* 2023;107(1):119-30. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008> PMID:36402494
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-54. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002> PMID:18653727
PMCID:PMC2576496
5. Saberi-Zafaghani MB, Hajebi A, Eskandarieh S, Ahmadzad-Asl M. Epidemiology of suicide and attempted suicide derived from the health system database in the Islamic Republic of Iran: 2001-2007. *East Mediterr Health J.* 2012;18(8):836-41. <https://doi.org/10.26719/2012.18.8.836> PMID:23057372
6. Scripcaru C, Ignătescu C, Bulgaru-Iliescu D, Scripcaru V. Suicide: between normality and psychic disease. *Eur J Law Public Adm.* 2020;7(2):201-11. <https://doi.org/10.18662/eljpa/7.2/140>
7. Qi X, Tong S, Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio-environmental factors and suicide. *Environ Health.* 2009;8(46):1-12. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-8-46> PMID: 19796389 PMCID: [PMC2761869](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC2761869/)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: MS; 2016. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
9. Allchin A, Chaplin V, Horwitz J. Limiting access to lethal means: applying the social ecological model for firearm suicide prevention. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev.* 2019;25(Suppl 1):i44-8. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042809> PMID:29941633

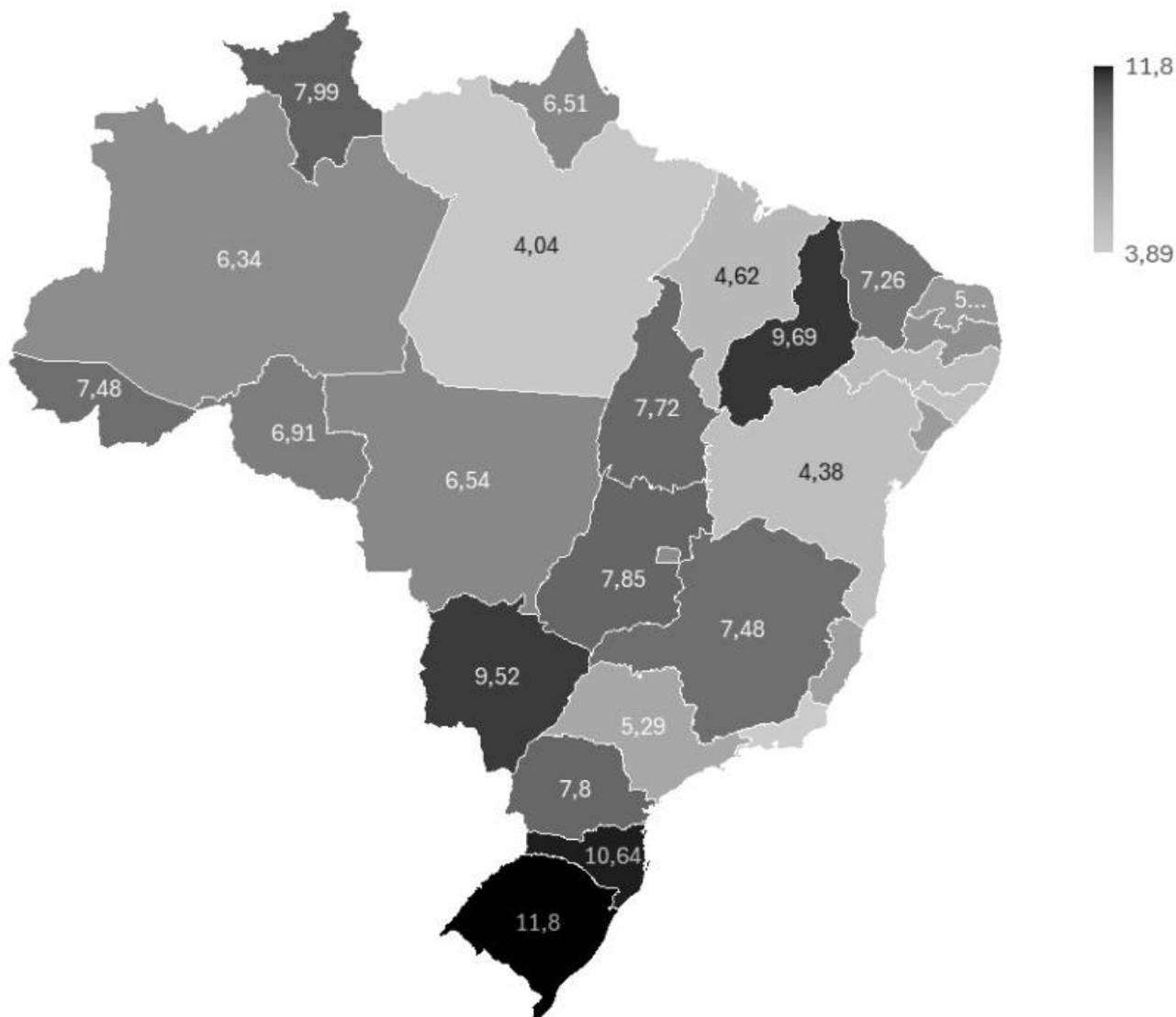
- 10. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas: uma perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20:1721-30.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015>
PMid:26060950
- 11. Thiruvalluru RK, Gaur M, Thirunarayan K, Sheth A, Pathak J. Comparing suicide risk insights derived from clinical and social media data. *ArXiv*. 2020; 1:1-10.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2012.11393>
- 12. Peshkovskaya A, Xiang YT. How social media big data can improve suicide prevention. *ArXiv*; 2024; 1:1-7.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2401.07718>
- 13. Anjos YYF, Santos JNP, Santos MR, Cardoso LCC, Fernandes MCS, Batista JFC. Tendência temporal da mortalidade por lesões autoprovocadas no Brasil e suas regiões no período de 1980 a 2019. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2022;21(2): 218-24. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.48373>
- 14. Mejía JFR, Pivatto VM. Mortalidade por suicídio no Brasil: análise temporal (2010-2021) e comparação com os primeiros dois anos da pandemia de COVID-19. *Rev. Ciênc. Saúde*. 2023; 13(3):31-39.
https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/1426/893
- 15. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(11):3767-77.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
PMid:30427447
- 16. Kosidou K, Hellner-Gumpert C, Fredlund P, Dalman C, Hallqvist J, Isacson G, Magnusson C. Immigration, transition into adult life and social adversity in relation to psychological distress and suicide attempts among young adults. *PLoS ONE*. 2012;7(10):e46284.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046284> PMid:23056275
PMCID:PMC3463579

- 17. Rocha DM, Oliveira AC, Reis RK, Santos AMR, Andrade EMLR, Nogueira LT. Comportamento suicida durante a pandemia da COVID-19: aspectos clínicos e fatores associados. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0027177>
- 18. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(4):254-61. <https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254> PMID:10827907 PMCID:PMC1731658
- 19. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: a meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med.* 2018;197:116-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053> PMID:29227910
- 20. Giatti L, Barreto SM, César CC. Household context and self-rated health: the effect of unemployment and informal work. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(12):1079-85. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.069740> PMID:18579627
- 21. Lucey S, Corcoran P, Keeley HS, Brophy J, Arensman E, Perry IJ. Socioeconomic change and suicide: a time-series study from the Republic of Ireland. *Crisis.* 2005;26(2):90-4. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.26.2.90> PMID:16138746
- 22. Baére F de. Registro de tentativa de suicídio no Distrito Federal: uma realidade subnotificada. *Interação Psicol.* 2019;23(1):85-91. <https://doi.org/10.5380/psi.v23i1.51144>
- 23. Martins CC, Lemos YV, Teodoro MLM, Drummond-Lage AP. Epidemio-toxicological profile of suicide cases: analysis from a forensic unit in Brazil. *Forensic Sci Res.* 2023;7(4):643-9. <https://doi.org/10.1080/20961790.2022.2113622>
- 24. da Fonsêca JR, de Oliveira CM, de Castro CCL, da Costa HVV, Galvão PVM, da Costa Ceballos AG, Bonfim CV. Analysis of the completeness of self-harm and suicide records in Pernambuco, Brazil, 2014-2016. *BMC Public Health.* 2022;22(1154):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13455-8> PMID:35681172 PMCID:PMC9178859

↑ **Tabela 1.** Perfil epidemiológico de óbitos por suicídio no período 2013 a 2023

Variáveis	Categorias	Suicídios n (%) Total: 144.566 (100%)	
Unidade da Federação	São Paulo	26.492	(18%)
	Minas Gerais	17.317	(12%)
	Rio Grande do Sul	14.599	(10%)
	Paraná	9.588	(7%)
	Santa Catarina	8.315	(6%)
	Rio de Janeiro	7.282	(5%)
	Outros	60.973	(42%)
Faixa Etária	0 a 9 anos	44	(0%)
	10 a 14 anos	1.807	(1%)
	15 a 19 anos	9.647	(7%)
	20 a 29 anos	29.305	(20%)
	30 a 39 anos	30.185	(21%)
	40 a 49 anos	26.506	(18%)
	50 a 59 anos	21.586	(15%)
	60 a 69 anos	13.886	(10%)
	70 a 79 anos	7.886	(5%)
	80 anos e mais	3.439	(2%)
	Não informado	275	(0%)
Sexo	Masculino	113.502	(79%)
	Feminino	31.037	(21%)
	Não informado	27	(0%)
Cor	Branco	69.962	(48%)
	Negro	69.963	(48%)
	Indígena	1.526	(1%)
	Amarelo	522	(0%)
	Não informado	2.593	(2%)
Escolaridade	Nenhuma	6.230	(4%)
	1 a 3 anos	17.148	(12%)
	4 a 7 anos	33.954	(23%)
	8 a 11 anos	41.432	(29%)
	12 anos e mais	14.473	(10%)
	Não informado	31.329	(22%)
Estado civil	Casado	35.726	(25%)
	Não casado	89.785	(62%)
	Não informado	19.055	(13%)

Fonte: Os autores, com base nos dados do SIM/SUS.



📍 **Figura 1.** Distribuição espacial da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil a cada 100 mil habitantes, por unidade federativa, em média anual do período de 2013 a 2023

↑↑ **Quadro 1.** Análise de tendência temporal de mortalidade por suicídio por Unidades da Federação no período 2013 a 2023

Unidade da Federação	β (IC95)	Média da Taxa de Mortalidade (100.000 hab.)	p	Tendência
Rio Grande do Sul	0,445 (0,368 ; 0,523)	11,8	0,000	Crescente
Santa Catarina	0,440 (0,376 ; 0,504)	10,6	0,000	Crescente
Piauí	0,397 (0,238 ; 0,557)	9,7	0,000	Crescente
Mato Grosso do Sul	0,328 (0,172 ; 0,484)	9,5	0,000	Crescente
Roraima	0,201 (-0,295 ; 0,698)	8,0	0,382	Estacionária
Goiás	0,349 (0,259 ; 0,439)	7,9	0,000	Crescente
Paraná	0,453 (0,383 ; 0,524)	7,8	0,000	Crescente
Tocantins	0,442 (0,356 ; 0,527)	7,7	0,000	Crescente
Acre	0,557 (0,266 ; 0,848)	7,5	0,002	Crescente
Minas Gerais	0,362 (0,295 ; 0,429)	7,5	0,000	Crescente
São Paulo	0,089 (-0,002 ; 0,181)	7,5	0,055	Estacionária
Ceará	0,224 (0,09 ; 0,358)	7,3	0,004	Crescente
Rondônia	0,345 (0,269 ; 0,421)	6,9	0,000	Crescente
Amapá	0,328 (0,161 ; 0,495)	6,5	0,002	Crescente
Amazonas	0,169 (-0,031 ; 0,369)	6,3	0,088	Estacionária
Rio de Janeiro	0,240 (0,179 ; 0,301)	6,3	0,000	Crescente
Distrito Federal	0,345 (0,179 ; 0,512)	6,3	0,001	Crescente
Paraíba	0,381 (0,268 ; 0,494)	6,2	0,000	Crescente
Mato Grosso	0,404 (0,225 ; 0,584)	6,1	0,001	Crescente

Rio Grande do Norte	0,309 (0,229 ; 0,389)	5,8	0,000	Crescente
Sergipe	0,108 (-0,009 ; 0,225)	5,7	0,066	Estacionária
Espírito Santo	0,260 (0,179 ; 0,341)	5,6	0,000	Crescente
Maranhão	0,235 (0,177 ; 0,292)	4,6	0,000	Crescente
Pernambuco	0,245 (0,183 ; 0,306)	4,6	0,000	Crescente
Bahia	0,303 (0,202 ; 0,404)	4,4	0,000	Crescente
Alagoas	0,167 (-0,005 ; 0,339)	4,3	0,056	Estacionária
Pará	0,314 (0,244 ; 0,384)	4,0	0,000	Crescente

Fonte: Os autores

↑ **Tabela 2.** Análise de tendência temporal de mortalidade por suicídio geral no período 2013 a 2023

Variáveis	β (IC95)	Taxa de Mortalidade Média (100.000 hab.)	p	Tendência
0 a 9 anos	-0,001 (-0,003 ; 0,001)	0,0	0,531	Estacionária
10 a 14 anos	0,059 (0,029 ; 0,089)	1,1	0,002	Crescente
15 a 19 anos	0,292 (0,142 ; 0,442)	5,3	0,002	Crescente
20 a 29 anos	0,402 (0,254 ; 0,550)	7,8	0,000	Crescente
30 a 39 anos	0,300 (0,134 ; 0,465)	8,2	0,003	Crescente
40 a 49 anos	0,244 (0,131 ; 0,356)	8,5	0,001	Crescente
50 a 59 anos	0,226 (0,172 ; 0,281)	8,6	0,000	Crescente
60 a 69 anos	0,192 (0,118 ; 0,267)	8,1	0,000	Crescente
70 a 79 anos	0,173 (0,073 ; 0,273)	8,5	0,004	Crescente
80 anos e mais	0,034 (-0,114 ; 0,181)	7,6	0,620	Estacionária
Total	0,253 (0,199 ; 0,306)	6,3	0,000	Crescente

Fonte: Os autores, com base nos dados do SIM/SUS

Tabela 3. Análise de tendência temporal de mortalidade por suicídio do sexo feminino no período 2013 a 2023

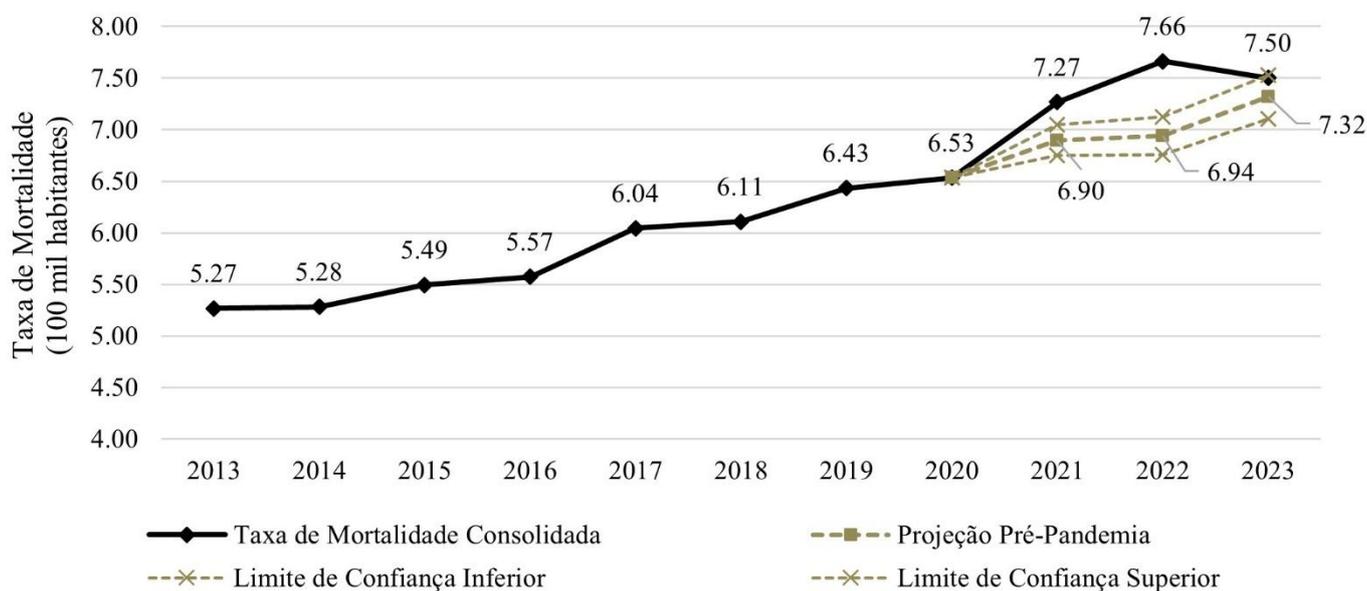
Variáveis	β (IC95)	Taxa de Mortalidade Média (100.000 hab.)	p	Tendência
0 a 9 anos	0,000 (-0,002 ; 0,002)	0,0	0,691	Estacionária
10 a 14 anos	0,090 (0,059 ; 0,120)	1,1	0,000	Crescente
15 a 19 anos	0,227 (0,142 ; 0,313)	3,2	0,000	Crescente
20 a 29 anos	0,220 (0,149 ; 0,032)	3,1	0,000	Crescente
30 a 39 anos	0,155 (0,095 ; 0,214)	3,2	0,000	Crescente
40 a 49 anos	0,097 (0,017 ; 0,178)	3,6	0,023	Crescente
50 a 59 anos	0,066 (0,005 ; 0,127)	3,6	0,037	Crescente
60 a 69 anos	0,056 (0,005 ; 0,106)	3,2	0,034	Crescente
70 a 79 anos	0,053 (0,009 ; 0,097)	2,7	0,022	Crescente
80 anos e mais	-0,030 (-0,122 ; 0,062)	1,9	0,483	Estacionária
Total	0,118 (0,094 ; 0,142)	2,7	0,000	Crescente

Fonte: Os autores, com base nos dados do SIM/SUS

Tabela 4. Análise de tendência temporal de mortalidade por suicídio do sexo masculino no período 2013 a 2023

Variáveis	β (IC95)	Taxa de Mortalidade Média (100.000 hab.)	p	Tendência
0 a 9 anos	-0,001 (-0,004 ; 0,001)	0,0	0,243	Estacionária
10 a 14 anos	0,029 (-0,000 ; 0,059)	1,1	0,051	Estacionária
15 a 19 anos	0,374 (0,160 ; 0,588)	7,5	0,003	Crescente
20 a 29 anos	0,574 (0,340 ; 0,808)	12,5	0,000	Crescente
30 a 39 anos	0,436 (0,142 ; 0,729)	13,3	0,008	Crescente
40 a 49 anos	0,411 (0,250 ; 0,572)	13,7	0,000	Crescente
50 a 59 anos	0,399 (0,324 ; 0,473)	14,1	0,000	Crescente
60 a 69 anos	0,354 (0,202 ; 0,506)	13,8	0,001	Crescente
70 a 79 anos	0,331 (0,137 ; 0,524)	16,0	0,004	Crescente
80 anos e mais	0,155 (-0,150 ; 0,461)	16,9	0,279	Estacionária
Total	0,396 (0,312 ; 0,480)	10,1	0,000	Crescente

Fonte: Os autores, com base nos dados do SIM/SUS e IBGE.



↑ **Figura 2.** Análise de dados de taxa de mortalidade por suicídio no Brasil observados de 2013 a 2023 e dados esperados para o período de 2020 a 2023 sem a influência da pandemia de Covid-19, com Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Os autores, com base nos dados do SIM/SUS.

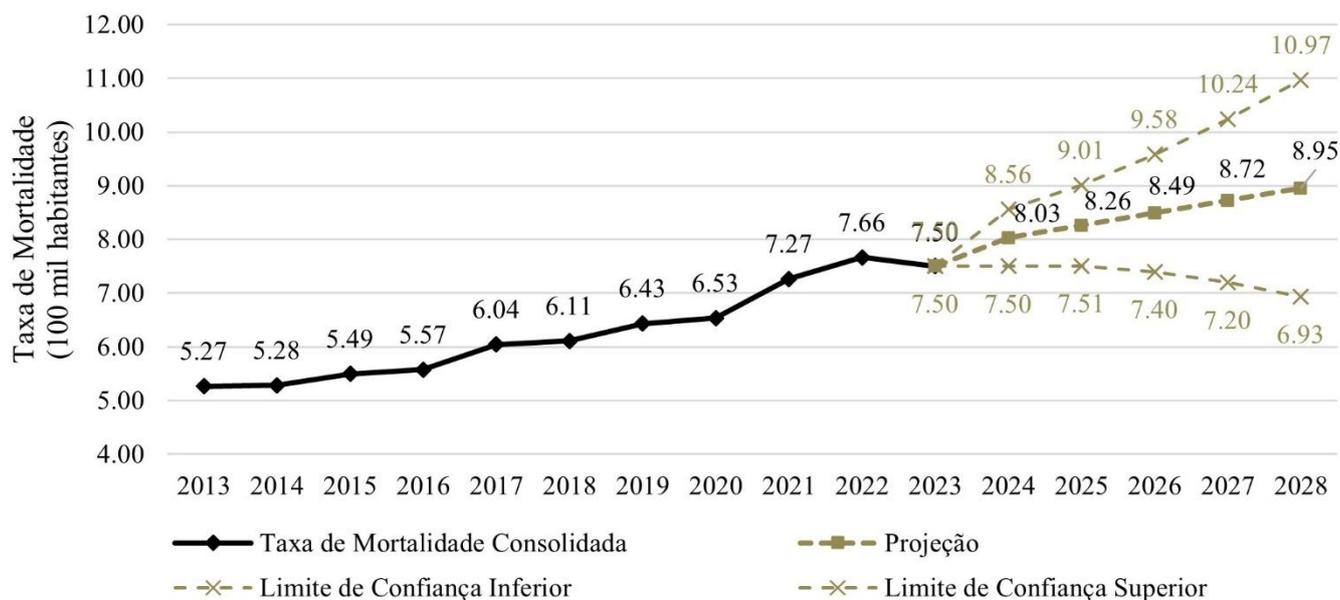
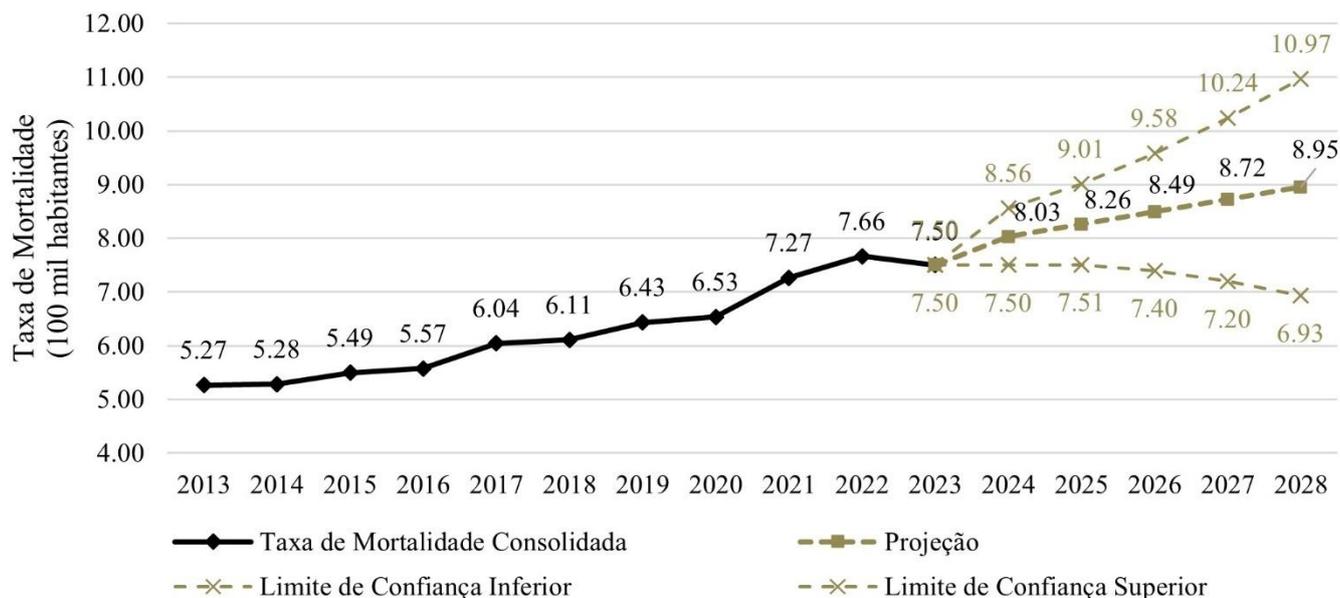


Figura 3. Análise de dados de taxa de mortalidade por suicídio no Brasil observados de 2013 a 2023 e projeção da taxa de mortalidade para os anos de 2024 a 2028, com Intervalo de Confiança de 95%



Fonte: elaborado pelos autores, com base nos dados do SIM/SUS