

## **MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO BRASIL: EVOLUÇÃO TEMPORAL, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, MEIOS UTILIZADOS E DIFERENÇAS REGIONAIS, 2010–2024**

**SUICIDE MORTALITY IN BRAZIL: TEMPORAL TRENDS, EPIDEMIOLOGICAL PROFILE, METHODS USED, AND REGIONAL DIFFERENCES, 2010–2024**

**MORTALIDAD POR SUICIDIO EN BRASIL: EVOLUCIÓN TEMPORAL, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, MÉTODOS UTILIZADOS Y DIFERENCIAS REGIONALES, 2010–2024**

**Alana Coêlho Maciel<sup>1</sup>, Talitha Emerick Garcia Moreira<sup>2</sup>, Thiago Emmanuel Araujo dos Santos<sup>3</sup>, Ramanda Sena Guimarães<sup>4</sup>, Vera Lucia Quinhones Guidolin<sup>5</sup>, Maria Suêly Lopes Correia Pereira<sup>6</sup>, Gerlânia Belo de Souza<sup>7</sup>, Jackeline Belo de Souza<sup>8</sup>, Renato Sarmento dos Reis Moreno<sup>9</sup>, Shirley Reis do Rêgo Rodrigues<sup>10</sup>, Patrícia Cristiane Soares Câmara<sup>11</sup>, Marilane Vilela Marques<sup>12</sup>, Rosália Maria Fernandes<sup>13</sup>, Ana Edimilda Amador<sup>14</sup>**

**DOI:** 10.54899/dcs.v23i93.6494

**Recibido:** 06/07/2026 | **Aceptado:** 30/07/2026 | **Publicación en línea:** 06/08/2026.

<sup>1</sup> Doutora em Ciências e Tecnologia de Alimentos, Universidade Federal do Pará (UFPA), Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: alanacoelhomaciel1@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5412-201X>

<sup>2</sup> Especialista em Psiquiatria, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: dratalitha.emerick@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6655-8934>

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: araujo.thiago@ymail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7772-3392>

<sup>4</sup> Especialista em Enfermagem e Saúde Coletiva, Centro Universitário FAVENI, Tabatinga, Amazonas, Brasil.

E-mail: ramandasguimaraes@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6928-7949>

<sup>5</sup> Doutora em Educação nas Ciências, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: veraguidolin05@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5241-676X>

<sup>6</sup> Mestra em Vigilância sobre Saúde, Universidade de Pernambuco (UPE), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

E-mail: suely.correia@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9588-2277>

<sup>7</sup> Especialista em Neuropsicologia, Universidade Potiguar (UnP), Parnamirim, Rio Grande do Norte, Brasil.

E-mail: gerlaniabelodesouza82@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2198-3089>

<sup>8</sup> Especialista em Psicologia do Trânsito (Saúde e Bem-Estar), Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Parnamirim, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: jakue2009@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-2634-5968>

<sup>9</sup> Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: renato.moreno@ufms.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5848-0578>

<sup>10</sup> Especialista em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: shirleyrrodrigues@hotmail.com

<sup>11</sup> Mestra em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: patsersoc@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4742-660X>

<sup>12</sup> Mestra em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: marilanevilelamarques@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3486-4304>

<sup>13</sup> Especialista em Serviço Social na Saúde Pública, Faculdade IBRA, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

E-mail: rosamfnatal@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0953-8995>

<sup>14</sup> Doutora em Demografia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: edimilda.amador@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3645-5088>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a mortalidade por suicídio no Brasil segundo evolução temporal, perfil epidemiológico, meios utilizados e diferenças regionais, entre 2010 e 2024. **Métodos:** Estudo ecológico de série temporal, de abrangência nacional, com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Foram incluídos os óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente, classificados nos códigos X60–X84 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Décima Revisão (CID-10). Os dados foram agrupados em três quinquênios e analisados segundo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, local de ocorrência, meio utilizado e macrorregião, mediante frequências absolutas e relativas e variação percentual. **Resultados:** Entre 2010 e 2024, registraram-se 191.715 óbitos por suicídio, com aumento de 56,57% entre o primeiro e o último quinquênio. Os homens representaram aproximadamente 78% das mortes. A faixa etária de 40–59 anos concentrou a maior proporção, embora tenha ocorrido aumento relativo entre idosos. O enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) permaneceu como principal meio, ampliando sua participação de 63,96% para 71,04%. Aumentou a participação de pretos e pardos, com predomínio de solteiros e de ocorrências no domicílio. Todas as macrorregiões apresentaram crescimento, sobretudo Norte, Centro-Oeste e Nordeste. **Conclusão:** A mortalidade por suicídio aumentou expressivamente, com mudanças epidemiológicas, predomínio de meios altamente letais e expansão regional desigual. Os achados reforçam a necessidade de políticas intersetoriais, vigilância dos fatores de risco, cuidado oportuno em saúde mental e restrição do acesso a meios letais.

**Palavras-chave:** Suicídio. Mortalidade. Saúde Mental. Epidemiologia. Estudos de Séries Temporais.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze suicide mortality in Brazil according to temporal evolution, epidemiological profile, methods used, and regional differences between 2010 and 2024. **Methods:** A nationwide ecological time-series study was conducted using data from the Mortality Information System (SIM/DATASUS). Deaths from intentional self-harm classified under codes X60–X84 of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10), were included. Data were grouped into three five-year periods and analyzed according to sex, age group, race/skin color, educational attainment, marital status, place of occurrence, suicide method, and macroregion using absolute and relative frequencies and percentage change. **Results:** Between 2010 and 2024, 191,715 suicide deaths were recorded, representing a 56.57% increase between the first and last five-year periods. Men accounted for approximately 78% of deaths. Individuals aged 40–59 years comprised the largest proportion, although a relative increase was observed among older adults. Hanging, strangulation, and suffocation (X70) remained the leading method, increasing from 63.96% to 71.04%. The proportion of deaths among Black and mixed-race individuals increased, with deaths predominating among unmarried individuals and occurring at home. All macroregions experienced increases, particularly the North, Central-West, and Northeast. **Conclusion:** Suicide mortality increased markedly, accompanied by epidemiological changes, the predominance of highly lethal methods, and unequal regional growth. The findings highlight the need for intersectoral policies, risk-factor surveillance, timely mental healthcare, and restriction of access to lethal means.

**Keywords:** Suicide. Mortality. Mental Health. Epidemiology. Time-Series Studies.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la mortalidad por suicidio en Brasil según evolución temporal, perfil epidemiológico, medios utilizados y diferencias regionales entre 2010 y 2024. **Métodos:** Estudio ecológico de serie temporal, de alcance nacional, con datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM/DATASUS). Se incluyeron las muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente, clasificadas en los códigos X60–X84 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión (CIE-10). Los datos se agruparon en tres quinquenios y se analizaron según sexo, grupo de edad, raza/color, escolaridad, estado civil, lugar de ocurrencia, medio utilizado y macrorregión, mediante frecuencias absolutas y relativas y variación porcentual. **Resultados:** Entre 2010 y 2024 se registraron 191.715 muertes por suicidio, con un aumento del 56,57% entre el primer y el último quinquenio. Los hombres representaron aproximadamente el 78% de las muertes. El grupo de 40–59 años concentró la mayor proporción, aunque se observó un aumento relativo entre los adultos mayores. El ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (X70) permaneció como principal medio, aumentando del 63,96% al 71,04%. Creció la participación de personas negras y pardas, con predominio de solteros y de muertes ocurridas en el domicilio. Todas las macrorregiones presentaron aumentos, especialmente Norte, Centro-Oeste y Nordeste. **Conclusión:** La mortalidad por suicidio aumentó considerablemente, acompañada de cambios epidemiológicos, predominio de medios altamente letales y crecimiento regional desigual. Los hallazgos refuerzan la necesidad de políticas intersectoriales, vigilancia de los factores de riesgo, atención oportuna en salud mental y restricción del acceso a medios letales.

**Palabras clave:** Suicidio. Mortalidad. Salud Mental. Epidemiología. Estudios de Series Temporales.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

---

## INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um dos principais desafios globais de saúde pública, por sua magnitude, evitabilidade e impacto social, familiar e econômico. Trata-se de um fenômeno multifatorial, resultante da interação entre vulnerabilidades individuais, transtornos mentais, sofrimento psicossocial, desigualdades sociais, disponibilidade de meios letais e contextos culturais e territoriais. Embora frequentemente associado a condições psiquiátricas, o suicídio não pode ser compreendido apenas pela perspectiva clínica, pois sua ocorrência expressa também determinantes sociais, econômicos e relacionais que influenciam tanto o sofrimento psíquico quanto o acesso ao cuidado oportuno (Hawton; Van Heeringen, 2009; Nock *et al.*, 2008).

A carga global do suicídio permanece elevada. Estimativas recentes indicam que centenas de milhares de pessoas morrem anualmente por suicídio no mundo, com maior concentração absoluta em países de baixa e média renda e importante impacto sobre adolescentes, adultos jovens e populações economicamente ativas. O Global Burden of Disease Study 2021 demonstrou que o suicídio segue como importante causa de anos de vida perdidos, especialmente por ocorrer frequentemente em idades jovens e adultas, produzindo expressiva perda social e econômica (GBD 2021 Diseases And Injuries Collaborators, 2024; World Health Organization, 2021).

A literatura internacional demonstra que o comportamento suicida envolve trajetórias complexas, nas quais ideação, planejamento, tentativa e morte por suicídio não representam etapas lineares nem inevitáveis. Fatores como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, uso nocivo de álcool e outras substâncias, impulsividade, experiências adversas na infância, violência, luto, isolamento social, desemprego e doenças crônicas incapacitantes aumentam a vulnerabilidade ao suicídio. Entretanto, a passagem da ideação para o ato fatal depende também da disponibilidade do meio, da letalidade do método empregado e da possibilidade de intervenção em tempo oportuno (Mann *et al.*, 2005; Nock *et al.*, 2008; Turecki *et al.*, 2019).

As desigualdades sociais são fundamentais para compreender a distribuição do suicídio. Evidências mostram que pobreza, baixa escolaridade, desemprego, discriminação, racismo, fragilidade das redes de apoio e barreiras no acesso à saúde mental podem intensificar o sofrimento psíquico e reduzir as oportunidades de cuidado. Dessa forma, o suicídio deve ser analisado como fenômeno de saúde pública atravessado por determinantes sociais e não apenas como resultado de condições individuais. Essa perspectiva é particularmente relevante em países marcados por profundas desigualdades territoriais e raciais, como o Brasil (Marmot *et al.*, 2008; Lund *et al.*, 2018).

A prevenção do suicídio exige estratégias multicomponentes e intersetoriais. Revisões clássicas e documentos internacionais destacam a efetividade de intervenções como restrição do acesso a meios letais, vigilância epidemiológica, qualificação da atenção em saúde mental, rastreamento de pessoas em risco, acompanhamento após tentativa de suicídio, fortalecimento da atenção primária, ações comunitárias, redução do estigma e comunicação responsável pela mídia (Hawton; Van Heeringen, 2009; World Health Organization, 2014; World Health Organization, 2021). Entre essas estratégias, a restrição de meios apresenta forte sustentação empírica, sobretudo quando envolve armas de fogo, pesticidas, medicamentos de alta toxicidade e barreiras

físicas em locais de risco.

No Brasil, o suicídio apresenta tendência crescente nas últimas décadas, apesar da existência de políticas nacionais voltadas à prevenção e da expansão da Rede de Atenção Psicossocial. Estudos nacionais têm demonstrado aumento das taxas em diferentes regiões e grupos populacionais, com destaque para a sobremortalidade masculina, a elevada participação de adultos jovens e de meia-idade, a vulnerabilidade de populações indígenas e a heterogeneidade espacial da mortalidade (Botega, 2014; Brasil, 2017; Dantas *et al.*, 2018; Orellana *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2017).

Outro aspecto relevante refere-se aos meios utilizados. A literatura mostra que o enforcamento tem se tornado método predominante em diversos países devido à sua elevada letalidade, ampla disponibilidade e difícil restrição. Esse padrão impõe desafios específicos às políticas preventivas, pois, diferentemente de armas de fogo, pesticidas e medicamentos, o controle ambiental do enforcamento é limitado. Por isso, sua prevenção depende especialmente da identificação precoce do risco, do cuidado contínuo, da redução do isolamento e da ampliação do acesso a serviços de saúde mental (Hawton; Van Heeringen, 2009; Turecki *et al.*, 2019).

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) constitui a principal fonte oficial para o monitoramento dos óbitos por suicídio. A ampliação da cobertura, a melhoria da certificação das causas básicas e a redução de registros incompletos fortaleceram a capacidade do sistema para análises de tendências temporais, perfis populacionais e diferenças territoriais. Ainda assim, estudos sobre mortalidade devem considerar possíveis variações regionais na qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito e na classificação das mortes por causas externas (França *et al.*, 2022).

Embora a literatura brasileira sobre suicídio tenha avançado, ainda são menos frequentes estudos nacionais que integrem, em uma mesma série histórica, evolução temporal, perfil epidemiológico, meios utilizados e diferenças regionais. Essa abordagem é relevante e permite compreender além do crescimento da mortalidade, as transformações recentes no padrão de ocorrência dos óbitos, incluindo mudanças sociodemográficas, expansão territorial e predominância de métodos de alta letalidade.

Nisso, o presente estudo teve como objetivo analisar a mortalidade por suicídio no Brasil entre 2010 e 2024, descrevendo sua evolução temporal, o perfil epidemiológico, os meios utilizados e as diferenças regionais da mortalidade, contribuindo para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e para o aperfeiçoamento das estratégias de prevenção do suicídio no

âmbito do Sistema Único de Saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, de abrangência nacional, que analisou a mortalidade por suicídio no Brasil entre 1º de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2024. Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio da plataforma TABNET. O SIM constitui a principal base nacional de estatísticas vitais (França *et al.*, 2022).

Foram incluídos todos os óbitos de residentes no Brasil cuja causa básica foi classificada como lesões autoprovocadas voluntárias (suicídios), correspondentes aos códigos X60 a X84 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Décima Revisão (CID-10). Para análise dos meios utilizados, os óbitos foram agrupados segundo as categorias da CID-10: intoxicação por medicamentos e substâncias biológicas (X60–X64), intoxicação por álcool, solventes, pesticidas e outros produtos químicos (X65–X69), enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), afogamento (X71), disparo de arma de fogo (X72–X74), fumaça, fogo e chamas (X76), objetos cortantes ou penetrantes (X78), precipitação de lugar elevado (X80), colisão com veículo a motor (X82), outros meios especificados (X75, X77, X79, X81 e X83) e meios não especificados (X84).

Foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, local de ocorrência do óbito, meio utilizado e macrorregião de residência. A idade foi agrupada em menores de 15 anos, 15–29 anos, 30–39 anos, 40–59 anos e 60 anos ou mais. A raça/cor foi categorizada em branca/amarela, preta/parda, indígena e ignorada. A escolaridade foi classificada em nenhuma, 1–3 anos, 4–7 anos, 8–11 anos, 12 anos ou mais e ignorada. O estado civil compreendeu solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro e ignorado. O local de ocorrência foi agrupado em hospital, domicílio, outro estabelecimento de saúde, via pública, outros locais e ignorado.

Os registros com sexo ignorado foram redistribuídos proporcionalmente entre homens e mulheres em cada quinquênio, preservando-se a distribuição observada dos óbitos. Os dados foram organizados em três quinquênios (2010–2014, 2015–2019 e 2020–2024), com o objetivo de reduzir oscilações anuais e aumentar a estabilidade das estimativas. Realizou-se análise

descritiva mediante cálculo de frequências absolutas, frequências relativas (%) e variação percentual entre os quinquênios extremos. Foram avaliadas as mudanças temporais no perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio, nos meios utilizados e na distribuição regional.

Por utilizar dados secundários, anonimizados e de domínio público, o estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A análise segundo o meio ou mecanismo utilizado evidenciou forte concentração dos óbitos por suicídio por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), que foi o principal meio em todos os quinquênios. Essa categoria respondeu por 63,96% dos óbitos em 2010–2014, 69,76% em 2015–2019 e 71,04% em 2020–2024. Em números absolutos, os óbitos por esse meio aumentaram de 32.497 para 56.514, correspondendo a crescimento de 73,91%.

As autointoxicações por medicamentos, drogas, produtos biológicos e substâncias químicas/tóxicas (X60–X69) ocuparam a segunda posição no primeiro quinquênio, com 6.974 óbitos, mas sua participação proporcional reduziu-se de 13,73% para 11,24% ao longo do período, apesar do aumento absoluto para 8.943 óbitos em 2020–2024. Esse grupo inclui intoxicações por medicamentos, pesticidas/agrotóxicos, gases e outras substâncias químicas, sendo relevante para ações de controle de acesso a meios letais e vigilância de intoxicações.

Os suicídios por disparo de arma de fogo (X72–X74) apresentaram redução proporcional importante, passando de 9,62% dos óbitos em 2010–2014 para 6,74% em 2020–2024. Em números absolutos, houve crescimento discreto de 4.887 para 5.365 registros, mas inferior ao crescimento total do grupo X60–X84, o que explica a perda de participação relativa.

A precipitação de lugar elevado (X80) foi outro mecanismo relevante, com aumento de 1.918 para 2.959 óbitos, correspondendo a crescimento de 54,28%. Os óbitos por objeto cortante ou penetrante (X78) também aumentaram, de 887 para 1.225 registros. Por outro lado, os óbitos por objeto contundente (X79) apresentaram redução expressiva, de 424 para 270 registros.

De forma geral, os resultados indicam que a mortalidade por suicídio no Brasil é fortemente determinada por meios de alta letalidade. Esse padrão tem implicações importantes para a prevenção, pois reforça a necessidade de estratégias intersetoriais que combinem vigilância, cuidado em saúde mental, redução do acesso a meios letais, identificação precoce de

risco e fortalecimento das redes de apoio social e comunitário.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por suicídio segundo meio ou mecanismo. Brasil, 2010–2024.

| Meio ou mecanismo                                                       | CID-10  | 2010–2014 |        | 2015–2019 |        | 2020–2024 |        | VP %   |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------|
|                                                                         |         | n         | %      | n         | %      | n         | %      |        |
| Autointoxicação por medicamentos, drogas e substâncias químicas/tóxicas | X60–X69 | 6.974     | 13,73  | 6.714     | 10,94  | 8.943     | 11,24  | 28,23  |
| Enforcamento, estrangulamento e sufocação                               | X70     | 32.497    | 63,96  | 42.807    | 69,76  | 56.514    | 71,04  | 73,91  |
| Afogamento e submersão                                                  | X71     | 595       | 1,17   | 669       | 1,09   | 788       | 0,99   | 32,44  |
| Disparo de arma de fogo                                                 | X72–X74 | 4.887     | 9,62   | 4.774     | 7,78   | 5.365     | 6,74   | 9,78   |
| Materiais explosivos                                                    | X75     | 29        | 0,06   | 30        | 0,05   | 28        | 0,04   | -3,45  |
| Fumaça, fogo, chamas, vapor quente ou objetos quentes                   | X76–X77 | 1.041     | 2,05   | 773       | 1,26   | 1.101     | 1,38   | 5,76   |
| Objeto cortante ou penetrante                                           | X78     | 887       | 1,75   | 920       | 1,50   | 1.225     | 1,54   | 38,11  |
| Objeto contundente                                                      | X79     | 424       | 0,83   | 350       | 0,57   | 270       | 0,34   | -36,32 |
| Precipitação de lugar elevado                                           | X80     | 1.918     | 3,78   | 2.338     | 3,81   | 2.959     | 3,72   | 54,28  |
| Precipitação ou permanência diante de objeto em movimento               | X81     | 91        | 0,18   | 119       | 0,19   | 150       | 0,19   | 64,84  |
| Impacto de veículo a motor                                              | X82     | 192       | 0,38   | 297       | 0,48   | 414       | 0,52   | 115,62 |
| Outros meios especificados                                              | X83     | 113       | 0,22   | 146       | 0,24   | 115       | 0,14   | 1,77   |
| Meios não especificados                                                 | X84     | 1.159     | 2,28   | 1.422     | 2,32   | 1.677     | 2,11   | 44,69  |
| Total                                                                   | X60–X84 | 50.807    | 100,00 | 61.359    | 100,00 | 79.549    | 100,00 | 56,57  |

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Nota: VP = variação percentual entre 2010–2014 e 2020–2024.

A análise descritiva dos óbitos por suicídio no Brasil, entre os quinquênios 2010–2014, 2015–2019 e 2020–2024, evidenciou crescimento expressivo da mortalidade por suicídio ao longo do período. Foram registrados 50.807 óbitos no primeiro quinquênio, 61.359 no segundo e 79.549 no terceiro, correspondendo a aumento de 56,57% entre 2010–2014 e 2020–2024.

Quanto ao sexo, observou-se predomínio marcante do sexo masculino em todos os períodos analisados. Os homens responderam por 78,59% dos óbitos em 2010–2014, 78,67% em 2015–2019 e 78,11% em 2020–2024. As mulheres representaram cerca de um quinto dos registros, com discreto aumento proporcional no último quinquênio. Esse padrão reafirma a sobremortalidade masculina por lesões autoprovocadas fatais, frequentemente associada ao uso de meios de maior letalidade, menor busca por cuidado em saúde mental e vulnerabilidades relacionadas às masculinidades, isolamento social, uso de álcool e outras substâncias.

A distribuição etária demonstrou maior concentração dos óbitos em adultos de 40 a 59 anos, que representaram 32,81% dos registros em 2010–2014, 33,35% em 2015–2019 e 33,39% em 2020–2024. Também se destaca a elevada participação de jovens e adultos jovens: os grupos

de 15 a 29 anos e 30 a 39 anos, somados, concentraram 50,04% dos óbitos no primeiro quinquênio e 47,44% no último. A participação dos idosos com 60 anos ou mais aumentou de 15,68% para 17,84%, indicando crescimento relativo desse grupo na mortalidade por suicídio.

Em relação à raça/cor, observou-se mudança importante no perfil dos óbitos. No primeiro quinquênio, brancos e amarelos representavam 50,67% dos registros, enquanto pretos e pardos respondiam por 44,37%. No período de 2020–2024, houve inversão desse padrão: pretos e pardos passaram a concentrar 51,07% dos óbitos, enquanto brancos e amarelos reduziram sua participação para 46,85%. A redução dos registros ignorados, de 3,96% para 1,04%, sugere melhora na qualidade da informação, mas também reforça a necessidade de considerar desigualdades sociais, raciais e territoriais na vigilância do suicídio.

Quanto à escolaridade, verificou-se deslocamento progressivo da mortalidade para categorias com maior escolarização formal. A proporção de óbitos entre pessoas com 8 a 11 anos de estudo aumentou de 19,17% para 34,53%, tornando-se a categoria mais frequente no quinquênio 2020–2024. Em contrapartida, a participação de indivíduos com 1 a 3 anos de estudo reduziu-se de 15,75% para 9,37%. Apesar dessa mudança, a interpretação da escolaridade deve considerar a redução dos registros ignorados e a expansão educacional da população brasileira ao longo das gerações.

No estado civil, os solteiros constituíram a categoria mais frequente em todos os quinquênios, com aumento de 49,88% para 53,27% dos óbitos. Os casados ocuparam a segunda posição, embora com redução proporcional de 27,58% para 22,71%. Esse padrão sugere a relevância de fatores como isolamento social, fragilidade de redes de apoio, vínculos afetivos e condições psicossociais na análise da mortalidade por lesões autoprovocadas.

Quanto ao local de ocorrência, os domicílios concentraram a maior parte dos óbitos, aumentando de 59,20% em 2010–2014 para 62,46% em 2020–2024. Esse achado é epidemiologicamente relevante, pois evidencia que a maioria das mortes ocorre fora do ambiente hospitalar, dificultando a intervenção imediata dos serviços de urgência. Os óbitos hospitalares reduziram sua participação de 17,47% para 13,08%, enquanto os óbitos em “outros locais” aumentaram de 14,93% para 16,54%.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos por suicídio segundo características sociodemográficas e local de ocorrência. Brasil, 2010–2024.

| Variável            | Categoria                      | 2010–2014 |       | 2015–2019 |       | 2020–2024 |       |
|---------------------|--------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|                     |                                | n         | %     | n         | %     | n         | %     |
| Sexo                | Masculino                      | 39.931    | 78,59 | 48.269    | 78,67 | 62.140    | 78,11 |
|                     | Feminino                       | 10.876    | 21,41 | 13.090    | 21,33 | 17.409    | 21,89 |
| Faixa etária        | <1 a 14 anos                   | 602       | 1,18  | 824       | 1,34  | 933       | 1,17  |
|                     | 15 a 29 anos                   | 14.439    | 28,42 | 16.411    | 26,75 | 21.283    | 26,75 |
|                     | 30 a 39 anos                   | 10.985    | 21,62 | 12.815    | 20,89 | 16.461    | 20,69 |
|                     | 40 a 59 anos                   | 16.672    | 32,81 | 20.463    | 33,35 | 26.565    | 33,39 |
|                     | 60 anos e mais                 | 7.966     | 15,68 | 10.722    | 17,47 | 14.188    | 17,84 |
|                     | Idade ignorada                 | 143       | 0,28  | 124       | 0,20  | 119       | 0,15  |
| Raça/Cor            | Branca + Amarela               | 25.744    | 50,67 | 30.617    | 49,90 | 37.265    | 46,85 |
|                     | Preta + Parda                  | 22.543    | 44,37 | 28.911    | 47,12 | 40.626    | 51,07 |
|                     | Indígena                       | 510       | 1,00  | 676       | 1,10  | 833       | 1,05  |
|                     | Ignorado                       | 2.010     | 3,96  | 1.155     | 1,88  | 825       | 1,04  |
| Escolaridade        | Nenhuma                        | 2.403     | 4,73  | 2.777     | 4,53  | 3.186     | 4,01  |
|                     | 1 a 3 anos                     | 8.002     | 15,75 | 7.943     | 12,95 | 7.454     | 9,37  |
|                     | 4 a 7 anos                     | 12.229    | 24,07 | 14.967    | 24,39 | 17.634    | 22,17 |
|                     | 8 a 11 anos                    | 9.742     | 19,17 | 16.132    | 26,29 | 27.466    | 34,53 |
|                     | 12 anos e mais                 | 3.885     | 7,65  | 6.009     | 9,79  | 8.884     | 11,17 |
|                     | Ignorado                       | 14.546    | 28,63 | 13.531    | 22,05 | 14.925    | 18,76 |
| Estado civil        | Solteiro                       | 25.344    | 49,88 | 31.001    | 50,52 | 42.377    | 53,27 |
|                     | Casado                         | 14.015    | 27,58 | 15.922    | 25,95 | 18.062    | 22,71 |
|                     | Viúvo                          | 2.008     | 3,95  | 2.195     | 3,58  | 2.557     | 3,21  |
|                     | Separado judicialmente         | 3.377     | 6,65  | 4.382     | 7,14  | 5.923     | 7,45  |
|                     | Outro                          | 1.938     | 3,81  | 3.328     | 5,42  | 4.178     | 5,25  |
|                     | Ignorado                       | 4.125     | 8,12  | 4.531     | 7,38  | 6.452     | 8,11  |
| Local de ocorrência | Hospital                       | 8.878     | 17,47 | 8.594     | 14,01 | 10.405    | 13,08 |
|                     | Outro estabelecimento de saúde | 715       | 1,41  | 1.008     | 1,64  | 1.662     | 2,09  |
|                     | Domicílio                      | 30.078    | 59,20 | 38.043    | 62,00 | 49.686    | 62,46 |
|                     | Via pública                    | 3.277     | 6,45  | 3.671     | 5,98  | 4.497     | 5,65  |
|                     | Outros                         | 7.583     | 14,93 | 9.898     | 16,13 | 13.161    | 16,54 |
|                     | Ignorado                       | 276       | 0,54  | 145       | 0,24  | 138       | 0,17  |

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A distribuição regional dos óbitos por suicídio, evidenciou crescimento absoluto da mortalidade em todas as grandes regiões brasileiras ao longo dos três quinquênios analisados. No Brasil, os óbitos passaram de 50.807 em 2010–2014 para 61.359 em 2015–2019 e 79.549 em 2020–2024, correspondendo a aumento de 56,57% entre os quinquênios extremos.

A Região Sudeste concentrou o maior número de óbitos em todos os períodos analisados, com 19.879 registros em 2010–2014, 22.812 em 2015–2019 e 28.206 em 2020–2024. Apesar de manter a maior magnitude absoluta, sua participação proporcional reduziu-se de 39,13% para 35,46%, indicando desconcentração relativa da mortalidade por lesões autoprovocadas ao longo da série.

A Região Nordeste apresentou crescimento expressivo, passando de 11.643 óbitos em 2010–2014 para 19.208 em 2020–2024, o que corresponde a aumento de 64,97%. Sua

participação proporcional aumentou de 22,92% para 24,15%, consolidando-se como a segunda região com maior volume de óbitos no último quinquênio.

A Região Sul manteve participação elevada em todo o período, com 11.351 óbitos em 2010–2014, 14.016 em 2015–2019 e 17.859 em 2020–2024. Embora tenha apresentado crescimento absoluto de 57,34%, sua participação proporcional permaneceu relativamente estável, variando de 22,34% para 22,45%.

A Região Centro-Oeste apresentou aumento importante dos óbitos, passando de 4.457 para 7.717 registros, correspondendo a crescimento de 73,14%. Sua participação proporcional aumentou de 8,77% para 9,70%, indicando ampliação da representatividade regional no conjunto nacional das mortes por suicídio.

A Região Norte, embora tenha apresentado o menor volume absoluto de óbitos, também registrou crescimento expressivo, passando de 3.477 para 6.559 óbitos, com aumento de 88,64%. Sua participação proporcional cresceu de 6,84% para 8,25%, configurando o maior crescimento relativo entre as grandes regiões brasileiras.

De modo geral, os resultados demonstram aumento consistente da mortalidade por lesões autoprovocadas voluntárias em todas as regiões do país, com redução relativa da participação do Sudeste e crescimento proporcional mais acentuado nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Esse padrão sugere expansão territorial da mortalidade por suicídio e reforça a necessidade de estratégias regionais de prevenção, fortalecimento da atenção psicossocial, vigilância dos fatores de risco e ampliação do cuidado oportuno em saúde mental.

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos por Suicídios, segundo grandes regiões do Brasil, 2010–2024.

| Região       | 2010–2014 |        | 2015–2019 |        | 2020–2024 |        |
|--------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|              | n         | %      | n         | %      | n         | %      |
| Norte        | 3.477     | 6,84   | 4.652     | 7,58   | 6.559     | 8,25   |
| Nordeste     | 11.643    | 22,92  | 14.321    | 23,34  | 19.208    | 24,15  |
| Sudeste      | 19.879    | 39,13  | 22.812    | 37,18  | 28.206    | 35,46  |
| Sul          | 11.351    | 22,34  | 14.016    | 22,84  | 17.859    | 22,45  |
| Centro-Oeste | 4.457     | 8,77   | 5.558     | 9,06   | 7.717     | 9,70   |
| Total        | 50.807    | 100,00 | 61.359    | 100,00 | 79.549    | 100,00 |

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou aumento expressivo da mortalidade por suicídio no Brasil entre 2010 e 2024, acompanhado por mudanças relevantes no perfil epidemiológico, nos meios utilizados e na distribuição regional dos óbitos. Além do crescimento de 56,57% no número de

mortes, observou-se persistência da sobremortalidade masculina, concentração entre adultos de 40 a 59 anos, aumento relativo entre idosos, maior participação de pessoas pretas e pardas, predominância crescente do enforcamento, ampliação dos óbitos domiciliares e crescimento proporcional mais intenso nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Em conjunto, esses achados indicam que o suicídio no Brasil não apenas aumentou em magnitude, mas também passou por transformações sociodemográficas e territoriais importantes.

O aumento observado é coerente com estudos brasileiros que apontam tendência ascendente da mortalidade por suicídio nas últimas décadas, ainda que com diferenças segundo sexo, idade e região. Análises nacionais e regionais já haviam demonstrado crescimento das taxas de suicídio no país, com padrões espaciais heterogêneos e maior vulnerabilidade em determinadas áreas do Norte, Centro-Oeste e Sul (Orellana *et al.*, 2016; Dantas *et al.*, 2018). O presente estudo amplia essa evidência ao mostrar que o crescimento persistiu até 2024 e foi acompanhado por mudanças no perfil racial, no local de ocorrência e nos meios utilizados.

A sobremortalidade masculina permaneceu como uma das características mais estáveis da mortalidade por suicídio no Brasil. Esse padrão é amplamente documentado na literatura internacional e tem sido atribuído à maior utilização de métodos letais, menor procura por serviços de saúde mental, maior prevalência de uso nocivo de álcool e maior exposição a pressões sociais relacionadas ao trabalho, renda, papéis de gênero e masculinidades. Estudos clássicos mostram que, embora mulheres frequentemente apresentem maior prevalência de tentativas, homens apresentam maior letalidade, sobretudo pela escolha de métodos mais fatais (Nock *et al.*, 2008).

A maior concentração dos óbitos entre adultos de 40 a 59 anos indica importante impacto do suicídio em idades produtivas, com repercussões familiares, econômicas e sociais. Esse grupo etário pode reunir múltiplos fatores de risco, como sofrimento mental acumulado, uso de álcool e outras substâncias, desemprego, endividamento, ruptura de vínculos afetivos, doenças crônicas e menor busca por cuidado. Ao mesmo tempo, o aumento relativo entre idosos é epidemiologicamente relevante, pois esse grupo apresenta maior letalidade nas tentativas e maior exposição a isolamento social, luto, multimorbidade, dor crônica e perda de autonomia (Hawton; Van Heeringen, 2009).

O aumento da participação de pessoas pretas e pardas merece atenção especial. Parte dessa mudança pode decorrer da melhoria da completude da variável raça/cor no SIM, mas o achado também sugere que desigualdades raciais e sociais podem estar se expressando de forma mais

evidente na mortalidade por suicídio. Populações historicamente vulnerabilizadas enfrentam maior exposição a pobreza, violência, discriminação, precarização do trabalho, barreiras territoriais e menor acesso a serviços especializados de saúde mental. A literatura sobre determinantes sociais reforça que o sofrimento psíquico e o suicídio devem ser analisados à luz das iniquidades estruturais (Marmot *et al.*, 2008; Lund *et al.*, 2018).

A predominância crescente do enforcamento constitui um dos achados mais importantes do estudo. Esse método respondeu por mais de 70% dos óbitos no último quinquênio, evidenciando forte concentração da mortalidade em um meio de alta letalidade e difícil restrição. Esse padrão corrobora a literatura internacional, que aponta o enforcamento como método cada vez mais frequente em diferentes países, justamente por sua disponibilidade universal e pela dificuldade de controle ambiental. Diferentemente das intoxicações, armas de fogo e pesticidas, cuja restrição pode produzir reduções mensuráveis na mortalidade, o predomínio do enforcamento exige estratégias centradas na detecção precoce do risco, cuidado continuado, redução do isolamento e fortalecimento das redes de apoio (Turecki *et al.*, 2019).

A redução proporcional dos óbitos por armas de fogo, apesar do pequeno crescimento absoluto, sugere perda relativa de importância desse meio frente ao avanço mais rápido do enforcamento. Esse resultado deve ser interpretado com cautela, pois a participação dos métodos depende de disponibilidade, acesso, normas culturais, legislação, contexto territorial e qualidade do registro. Ainda assim, a literatura internacional mostra que políticas de restrição a meios altamente letais, especialmente armas de fogo e pesticidas, constituem uma das intervenções populacionais mais efetivas para reduzir mortes por suicídio (World Health Organization, 2014).

O aumento dos óbitos no domicílio reforça a natureza privada e frequentemente silenciosa de parte importante das mortes por suicídio no Brasil. Esse achado dialoga com a predominância do enforcamento e aponta para a dificuldade de intervenção pelos serviços de urgência. Quando o ato ocorre em ambiente domiciliar e por método de alta letalidade, a janela de oportunidade para resgate tende a ser reduzida. Por isso, estratégias preventivas precisam ser deslocadas para antes da crise aguda, com identificação ativa de risco na Atenção Primária à Saúde, acompanhamento após episódios de automutilação ou tentativa de suicídio, fortalecimento da RAPS e envolvimento de redes familiares e comunitárias.

As diferenças regionais indicam expansão territorial da mortalidade por suicídio. O maior crescimento proporcional no Norte, seguido pelo Centro-Oeste e Nordeste, sugere que regiões

historicamente menos representadas em volume absoluto passaram a ganhar maior participação no conjunto nacional.

Esse padrão pode refletir mudanças demográficas, urbanização, vulnerabilidades socioeconômicas, maior exposição a conflitos territoriais, desigualdade no acesso à saúde mental e melhoria da qualidade da informação em áreas anteriormente subnotificadas. Estudos brasileiros já demonstraram importante heterogeneidade espacial do suicídio, com áreas de risco distribuídas de forma desigual no território nacional (Santos *et al.*, 2017; Dantas *et al.*, 2018).

A melhora da completude das informações, especialmente raça/cor, fortalece a interpretação dos achados e amplia a capacidade de monitorar grupos vulneráveis. A redução dos registros ignorados sugere avanço na qualidade das estatísticas vitais, em consonância com estudos que documentam o fortalecimento do SIM nas últimas décadas. Contudo, permanece possível o subregistro de suicídios por classificação como acidentes, eventos de intenção indeterminada ou outras causas externas, especialmente em contextos de estigma, investigação incompleta ou diferenças regionais na certificação da causa básica (França *et al.*, 2022).

O principal diferencial deste estudo foi integrar, em uma série histórica nacional de quinze anos, a evolução temporal, o perfil epidemiológico, os meios utilizados e as diferenças regionais da mortalidade por suicídio. Enquanto parte da literatura brasileira analisa grupos específicos, regiões isoladas ou períodos mais curtos, este estudo demonstra uma transformação mais ampla do fenômeno, marcada pelo crescimento dos óbitos, concentração em método altamente letal, mudanças raciais e expansão regional. Essa abordagem oferece evidências úteis para orientar políticas públicas mais sensíveis às especificidades territoriais e populacionais.

Em síntese, os resultados evidenciam que a mortalidade por suicídio no Brasil aumentou de forma expressiva entre 2010 e 2024 e assumiu um perfil mais complexo, com manutenção da sobremortalidade masculina, aumento entre idosos, maior participação de pretos e pardos, predominância do enforcamento, maior ocorrência no domicílio e expansão proporcional nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Esses achados reforçam a necessidade de políticas intersetoriais, territorializadas e baseadas em evidências, combinando vigilância qualificada, ampliação do cuidado em saúde mental, fortalecimento da Atenção Primária e da RAPS, estratégias comunitárias de apoio e ações voltadas à redução do acesso a meios letais sempre que possível.

Entre as limitações incluem o uso de dados secundários, possíveis diferenças na certificação das causas de morte, impossibilidade de avaliar tentativas não fatais, ausência de

informações clínicas e impossibilidade de estabelecer relações causais individuais devido ao delineamento ecológico. Ainda assim, a consistência dos achados e a qualidade crescente do SIM sustentam a relevância dos resultados para a atenção e vigilância do suicídio no país.

## CONCLUSÃO

O presente estudo alcançou o objetivo de analisar a mortalidade por suicídio no Brasil entre 2010 e 2024, evidenciando crescimento expressivo dos óbitos, acompanhado por mudanças relevantes no perfil epidemiológico, nos meios utilizados e na distribuição regional. Embora o predomínio masculino e a maior concentração de mortes entre adultos de meia-idade tenham permanecido ao longo da série histórica, observou-se aumento proporcional da participação de idosos, de pessoas pretas e pardas e dos óbitos ocorridos no domicílio, além da consolidação do enforcamento como principal método de suicídio.

Os resultados demonstram que a evolução da mortalidade por suicídio no Brasil transcende o aumento do número de mortes, refletindo transformações demográficas, sociais e territoriais que impõem novos desafios às políticas públicas de saúde mental. O crescimento mais intenso nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste evidencia que as desigualdades regionais continuam influenciando a distribuição da mortalidade e reforça a necessidade de estratégias adaptadas às diferentes realidades locais.

Ao integrar, em uma única análise nacional de quinze anos, a evolução temporal, o perfil epidemiológico, os meios utilizados e as diferenças regionais da mortalidade por suicídio, este estudo amplia a compreensão da dinâmica recente desse agravo no Brasil e fornece evidências relevantes para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e das políticas de prevenção. Os achados reforçam a necessidade de ampliar o acesso oportuno aos serviços de saúde mental, fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, qualificar a identificação precoce de indivíduos em risco e desenvolver intervenções intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais associadas ao suicídio. Recomenda-se que estudos futuros incorporem análises de tendências por regressão, taxas padronizadas por idade e investigações sobre determinantes contextuais e espaciais, contribuindo para o aperfeiçoamento das estratégias de prevenção e redução da mortalidade por suicídio no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.
- BOTEGA, Neury José. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017–2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.
- DANTAS, Ana Paula de Oliveira; AZEVEDO, Ulysses Fagundes Neto; NUNES, Ana Débora Assis Moura; *et al.* Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and temporal trends, 1997–2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 4, p. 218-225, 2018.
- FRANÇA, Elisabeth Barboza; TEIXEIRA, Renato Azeredo; IWAMOTO, Helena H.; *et al.* Strengthening vital statistics in Brazil: investigation of ill-defined causes of death and quality of mortality information. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 25, supl. 1, e220001, 2022.
- GBD 2021 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories, 1990–2021. *The Lancet*, London, v. 403, p. 2058-2428, 2024.
- HAWTON, Keith; VAN HEERINGEN, Kees. Suicide. *The Lancet*, London, v. 373, n. 9672, p. 1372-1381, 2009.
- LUND, Crick; BROOKE-SUMNER, Carrie; BAAKEN, Daniel; *et al.* Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, London, v. 5, n. 4, p. 357-369, 2018.
- MANN, J. John; APTER, Alan; BERTOLUTE, José Manoel; *et al.* Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, Chicago, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.
- MARMOT, Michael; FRIEL, Sharon; BELL, Ruth; HOUWELING, Tanja A. J.; TAYLOR, Sebastian. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.
- NOCK, Matthew K.; BORGES, Guilherme; BROMET, Evelyn J.; ALONSO, Jordi; ANGERMEYER, Matthias C.; BEAUTRAIS, Annette; *et al.* Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, Oxford, v. 30, n. 1, p. 133-154, 2008.
- ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; BALIEIRO, Alexandre Augusto; FONSECA, Fernando Roberto; *et al.* Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting indigenous and non-indigenous populations. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 222-230, 2016.

TURECKI, Gustavo; BRENT, David A.; GUNNELL, David; O'CONNOR, Rory C.; OQUENDO, Maria A.; PURCELL, Roger; *et al.* Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, London, v. 5, n. 1, art. 74, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2021.