



ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1.2970g624

Mortalidade por suicídio em adolescentes, adultos e idosos, nas regiões do Brasil, entre 1996 e 2016

Suicide mortality in adolescents, adults and older adults, in the regions of Brazil, between 1996 and 2016

Susana Cararo Confortin

Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

E-mail: susanaconfortin@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5159-4062

Selma Regina de Andrade

Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

E-mail: selma.regina@ufsc.br

ORCID: 0000-0001-7449-6860

Alexandra Ferreira

Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

E-mail: xanferr@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1338-566X

Márcia Danieli Schmitt

Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

E-mail: marciaschmitt@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-4049-8056

Vandrize Meneghini

Doutorado em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

E-mail: vandrize@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2787-6841

Aline Rodrigues Barbosa

Doutorado em Nutrição Humana Aplicada. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: alinerb13@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0003-0929-7659

Resumo

Objetivo: Verificar a tendência da taxa de mortalidade por suicídio em adolescentes, adultos e idosos, nas Regiões do Brasil, entre 1996 e 2016. **Métodos:** Estudo de séries temporais, incluindo óbitos por suicídio de adolescentes, adultos e idosos. Foram utilizados dados secundários, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Mortalidade e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A análise de regressão linear segmentada foi adotada para calcular a variação anual percentual e alterações significativas na tendência. **Resultados:** Entre 1996 e 2016 ocorreram 195.440 óbitos por suicídio no Brasil. Houve aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio na região Nordeste em adolescentes e adultos do sexo feminino. As taxas aumentaram no Nordeste e reduziram significativamente no Sudeste e Sul para as idosas. O sexo masculino apresentou aumento da taxa de mortalidade por suicídio nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste para os adolescentes; aumento nas regiões Norte e Nordeste e, redução significativa da taxa na região Sul para os adultos. Para os idosos, houve aumento na região Norte e redução significativa da taxa na região Sul. **Conclusão:** Observou-se diferentes taxas de mortalidade por suicídio entre regiões, sexos e grupos etários.

Palavras-chave: Suicídios, Taxa de mortalidade, Grupos Etários.

Abstract

Purpose: To verify the trend of suicide mortality rate among adolescents, adults, and older people in the geographic regions of Brazil, between 1996 and 2016. **Methods:** Time-series study, including suicide deaths of adolescents, adults, and older adults. Secondary data provided by the Mortality Information System and the Brazilian Institute of Geography and Statistics were used. Segmented linear regression analysis was adopted to calculate annual percentage change and significant changes in trend. **Results:** In Brazil, there were 195,440 suicide deaths between 1996 and 2016. There was a significant increase in the suicide mortality rate in female adolescents and adults from the Northeast region. For older women, suicide rates have increased in the Northeast and decreased in the Southeast and South. For the male sex, there was an increase in the suicide mortality rate in the North, Northeast, and Midwest for adolescents; rates increased in the North and Northeast regions and reduced in the South region for adults. For male older adults, it was showed an increase in the North region and a significant reduction in the Southern. **Conclusion:** We could verify different suicide mortality rates between regions, sexes, and age groups.

Keywords: Suicides, Mortality Rate, Age Groups.

Introdução

O suicídio é um problema de saúde pública em todo o mundo, atingindo adolescentes, adultos e idosos^{1,2}. Essa condição caracteriza-se pela intenção e ato de cessar a própria vida e pode ser influenciada pela cultura de cada povo³. No mundo, cerca de 800 mil mortes por ano são decorrentes de suicídio². Embora o Brasil não esteja entre os países com as taxas mais elevadas (6,5 mortes por 100.000 habitantes, em 2016)⁴, o País apresentou aumento do índice de suicídio nas últimas décadas^{5,6}. No Brasil, o óbito por suicídio é realizado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo o terceiro colocado em óbitos por causas externas, depois dos homicídios e acidentes de trânsito⁷.

Fatores culturais e sociodemográficos exercem grande influência sobre a decisão de cessar intencionalmente a própria vida⁸. Destaca-se a forte associação do suicídio com o diagnóstico de transtorno mental e a ocorrência anterior de tentativa de suicídio não fatal¹. Em todo o mundo, as

taxas de suicídio são influenciadas por fatores como idade, sexo e situação socioeconômica⁹. Dados da população brasileira mostraram que os grupos com as maiores taxas de suicídio são os homens e os idosos (≥ 60 anos), com aumento expressivo do número de casos entre os adultos jovens^{5,6,8}.

Dentre as estratégias para prevenção dos suicídios no Brasil, destaca-se o funcionamento do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que atende como centro de referência, para tratamentos de psicoses e transtornos mentais¹⁰. Em 2006, foram instituídas as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, implantadas em todas as Unidades Federadas. Dentre os objetivos dessas Diretrizes consta o de “contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos”¹¹.

A epidemiologia do suicídio vem sendo investigada, no Brasil, em diversos períodos e regiões^{5,6,8,12}. De maneira geral, os estudos mostraram aumento na taxa de suicídio, com o crescimento de 21% na taxa global entre os anos de 1980 e 2000⁵, e 29,5% entre 1980 e 2006⁶. As regiões Sul e Centro-Oeste destacaram-se pelo aumento da taxa de suicídios nas últimas décadas, 9,3% e 6,1%, respectivamente⁶, e por apresentarem as maiores taxas de mortalidade do país¹². Entre 2010 e 2014, a taxa média de mortalidade foi de 5,23/100.000 habitantes. Os municípios com as maiores taxas, estas variaram entre 52,08 e 79,68 mortes por 100.000 habitantes¹².

Por ser um País com grande extensão territorial, população expressiva e por englobar diversas culturas, são necessários estudos que considerem as características regionais e demográficas da população. A avaliação da situação de saúde de determinados grupos permite identificar aqueles mais vulneráveis e direcionar ações preventivas e de oferta de serviços a esses grupos. Destaca-se, portanto, a importância dos indicadores para o uso rotineiro dos serviços de saúde, seja em nível gerencial ou mesmo para guiar as ações das equipes assistenciais, em unidades básicas, hospitalares ou de vigilância em saúde. Deste modo, o objetivo desse artigo foi verificar a tendência da taxa de mortalidade por suicídio em adolescentes, adultos e idosos, nas Regiões do Brasil, entre 1996-2016, de acordo com o sexo.

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico, de séries temporais, referente aos casos de óbitos por suicídio. Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A realização do cálculo da taxa de mortalidade por suicídio baseou-se na classificação da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), especificamente o capítulo XX, que inclui os códigos X60-X84, Y10-Y19 e Y87. Nesta classificação, o suicídio é definido como lesão autoprovocada intencionalmente, intoxicação exógena de intenção indeterminada ou sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente. Na análise, foram integradas a intoxicação exógena de intenção indeterminada e a sequela de lesões autoprovocadas, uma vez que há evidências mostrando a alteração na categorização dos óbitos decorrentes de prováveis falhas na codificação de suas causas^{13,14}.

Foram englobados os casos de óbitos por suicídio, ocorridos no período de 1996 a 2016, nas regiões do Brasil, consoante com os grupos etários (15-19<adolescentes>, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59<adultos>, 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais <idosos>), com a causa básica do óbito lesão autoprovocada intencionalmente, intoxicação exógena de intenção indeterminada ou sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente. Compõem os critérios de exclusão os óbitos por suicídio sem correto preenchimento de sexo e idade.

Os dados referentes à população das regiões do Brasil são oriundos do site do IBGE, a partir do censo de 2010 e das estimativas populacionais (1996 a 2009; 2011 e 2016). No primeiro momento, determinaram-se as taxas específicas de mortalidade por 100.000 habitantes, de acordo com o risco do evento de óbito pelo fator idade. Conseqüente, efetuou-se a padronização das taxas específicas de mortalidade, utilizando-se o método direto, de forma a amenizar os efeitos das diferentes estruturas/grupos etários sobre os valores da taxa de mortalidade bruta. Como padrão, utilizou-se a população brasileira segundo o censo do IBGE do ano de 2010 (Quadro 1).

Serviu-se da estimativa de modelos de regressão para empregar o cálculo das taxas padronizadas na análise da tendência da mortalidade. A média móvel centrada em três termos foi ponderada, de modo a abrandar a série histórica em consequência da oscilação dos pontos, decorrente do exíguo número de casos em determinados estratos (Quadro 1).

Como suporte para a realização do cálculo de variação anual da mortalidade, no período correspondente de 1997 a 2015, fez-se uso do *software Joinpoint*, versão 4.5.0.1 (*Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, Estados Unidos*), viabilizado pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos. Trata-se de um programa que possibilita a descrição das tendências de mortalidade, tornando possível detectar diferentes padrões, de acordo com os anos. O programa realiza uma regressão linear segmentada, conhecida como *joinpoint regression*, a qual estipula a variação anual percentual e identifica pontos com alterações na tendência. Por modelo elegível, entende-se aquele que possui a maior pontuação, preservando a significância estatística ($p < 0,05$)¹⁵. A variação anual em porcentagem (APC) e sua significância estatística é medida a partir da inclinação estimada para cada segmento de reta (coeficiente de regressão), sendo ponderada por meio do método dos mínimos quadrados, de modo linear generalizado. Ainda, calculou-se os limites do intervalo de 95% de confiança (IC95%), de acordo com cada segmento de reta com inclinação estimada.

O número de óbitos (valores brutos) por suicídio também foram apresentados, estratificados por sexo, grupo etário e região do Brasil.

No que concerne ao âmbito ético, este estudo não necessitou de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que sua fonte de dados deu-se em informações secundárias divulgadas pelo Ministério da Saúde, publicadas on-line, sendo de propriedade pública. Além disso, o estudo não apresenta variáveis nominais de modo a reconhecer os sujeitos da pesquisa.

Resultados

No período estudado (1996-2016), ocorreram 195.440 (homens: 152.892; mulheres: 42.548) óbitos por suicídio no Brasil, sendo: 11.880 (homens: 9.277; mulheres: 2.603) na Região Norte, 42.286 (homens: 32.871; mulheres: 9.415) na Região Nordeste, 76.351 (homens: 59.208; mulheres: 17.143) na Região Sudeste, 47.617 (homens: 38.089; mulheres: 9.528) na Região Sul e, 17.306 (homens: 13.447; mulheres: 3.859) na Região Centro-Oeste.

A Tabela 1 apresenta o número de óbitos por suicídio e as taxas de mortalidade (TM) (bruta e ajustada), específicas para adolescentes, adultos e idosos (por 100.000 habitantes) nas Regiões do País (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste), no período de 1996 a 2016.

Para o sexo feminino, observou-se que houve, nos grupos de adolescentes e adultos, aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio na Região Nordeste. Para as idosas, houve aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio na Região Nordeste e redução significativa nas Regiões Sudeste e Sul, no período estudado. Considerando o total, houve aumento significativo na

taxa de mortalidade por suicídio na Região Nordeste apenas (Tabela 1).

Para o sexo masculino, a taxa de mortalidade por suicídio nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apresentou aumento significativo, para o grupo dos adolescentes, no período de 1997 a 2015. Para o mesmo período, houve aumento significativo da taxa de mortalidade por suicídio no Norte e Nordeste, e redução significativa na região Sul, para os adultos. Considerando o grupo de idosos, observou-se aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio na região Norte e redução significativa no Sul. No geral (Total), houve aumento significativo da taxa de mortalidade por suicídio nas regiões Norte e Nordeste, e redução das taxas na região Sul (Tabela 2).

Discussão

Os resultados indicaram que as taxas de mortalidade por suicídio foram maiores entre os homens, em todas as regiões do país. Houve aumento das taxas de mortalidade no Norte e Nordeste, para homens, e Nordeste para mulheres, e redução no Sul, para homens. Houve aumento nas taxas de mortalidade nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste para os adolescentes do sexo masculino. Ainda, as taxas de mortalidade por suicídio reduziram no Sul, para adultos e idosos. Para as mulheres, houve aumento nas taxas de mortalidade no Nordeste, para todos os grupos etários, e redução das taxas de mortalidade no Sudeste e Sul no grupo de idosas.

As maiores taxas de mortalidade por suicídio para o sexo masculino, estão de acordo com os resultados verificados em outros estudos^{8,16,17}. No Brasil, estudo realizado entre 2000 e 2012⁸ indicou que a taxa de suicídio foi, em todo o país, três vezes maior entre os homens, em comparação às mulheres, embora a maioria das tentativas de suicídio seja entre as mulheres¹⁸. Dados dos Estados Unidos¹⁶ e Europa¹⁷ mostraram que a taxa de suicídio para os homens é maior do que para as mulheres, em todos os grupos etários. A letalidade do método escolhido pode explicar essa diferença entre os sexos¹⁷, uma vez que os homens escolhem métodos mais letais (como a arma de fogo), influenciados pela impulsividade e o maior consumo de álcool¹⁷.

Diante desse quadro, é necessário investir em políticas públicas com o objetivo de prevenir o suicídio, com foco diferenciado para os homens, em todas as faixas etárias. Nesse sentido, a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020¹⁸ apresentou um conjunto de ações estruturadas em diferentes eixos de atuação (Vigilância e Qualificação da Informação; Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde; Gestão e Cuidado). Esses eixos estão relacionados com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio¹¹, no entanto, não foram encontradas ações específicas ao sexo.

Com relação às regiões do Brasil, de maneira geral, observou-se aumento das taxas de mortalidade no Norte e Nordeste, para homens, no Nordeste para mulheres, além da redução da taxa de mortalidade no Sul, para homens. Dados de Machado e Santos⁸ mostraram que a região Nordeste apresentou aumento de 72,4% na taxa de suicídio, no período de 2000 a 2012, obtendo o maior crescimento nas taxas de mortalidade por suicídio. No período de 2010 a 2014, a taxa média de mortalidade por suicídio no Nordeste foi equivalente a 5,14 óbitos por 100 mil habitantes, ressaltando que 75% dos municípios que pertencem a essa região apresentaram taxas de até 7,19 óbitos por 100 mil habitantes¹⁹. É possível que esse aumento nas regiões Norte e Nordeste seja resultado da melhoria dos sistemas de informação e captação desses dados²⁰. A região Sul, apesar de ter uma das maiores taxas de suicídio (9,8 por 100.000 habitantes), apresentou decréscimo de 0,5% na mortalidade por suicídio, no recorte temporal de 2000 a 2012⁸. Essa tendência de redução pode ser resultado de investimentos dos municípios e estados em ações de saúde relacionadas à informação e assistência às pessoas com desordens de humor e mentais^{21,22}.

Em relação ao grupo dos adolescentes, os resultados mostraram aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio, para o sexo masculino, no Norte e Centro-Oeste, e, para ambos os sexos, na região Nordeste. Um estudo, referente ao período de 2011 a 2015, apontou que o Centro-Oeste e Norte apresentaram as maiores taxas de suicídio entre adolescentes e adultos jovens (15 a 24 anos)²³, equivalentes a 7,04 e 6,96 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. Essas taxas foram superiores à taxa nacional (5,04 óbitos por 100 mil habitantes), e à região Nordeste que apresentou taxa equivalente a 4,25 óbitos por 100 mil habitantes²³. Alguns fatores tais como abuso sexual, violência, consumo de drogas, sintomas depressivos, bissexualidade e homossexualidade^{24,25,26}, casos de suicídio entre familiares e amigos, ausência de prática religiosa e nível socioeconômico mais baixo²⁴, apresentaram-se relacionados ao suicídio entre os jovens. Comparadas às regiões Sul e Sudeste, as demais regiões têm menor nível socioeconômico, com maior número de adolescentes em situação de pobreza²⁷ e sujeitos a situações de violência, fatores que ajudam a explicar os resultados observados.

Os resultados mostraram que, no que concerne aos homens adultos, houve aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio nas regiões Norte e Nordeste. Estudo que analisou o suicídio no Brasil, no período de 2000 a 2012, já demonstrava o crescimento da mortalidade por suicídio de homens no Nordeste e Norte, com aumento percentual de 72,4% e 47,3%, respectivamente⁸. Estudo realizado em um município do estado do Ceará (Nordeste), dos 137 óbitos por suicídio registrados no período de 2006 a 2016, 115 óbitos eram de indivíduos do sexo masculino, com predomínio dos homens em todos os grupos etários²⁸. Para compreensão das razões para o aumento da taxa de suicídio em homens adultos, deve-se considerar a relação existente entre o uso de psicofármacos, depressão, síndrome da imunodeficiência adquirida e a falta de apoio da família com a tentativa de suicídio^{29,30}. Os homens demoram mais para procurar ajuda, chegando ao serviço de saúde em estado mais grave³¹. Entende-se que a não adesão ao tratamento medicamentoso pode ocasionar graves implicações, como a piora do prognóstico, maior frequência e intensidade de momentos de crise, comprometimento da qualidade de vida e significativo aumento do risco de suicídio³².

Para mulheres adultas, os resultados mostraram aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio na região Nordeste. De acordo com Meneghel et al.³³, a cultura patriarcal, caracterizada pela violência e submissão feminina, ainda estão presentes no Nordeste do Brasil, repercutindo em impotência e sofrimento psicológico, que podem ser exacerbadas pela falta de suporte social. Uma pesquisa realizada na Turquia constatou que a falta de liberdade econômica têm contribuído para o suicídio da população feminina, onde 87,9% das mulheres que cometeram suicídio trabalhavam em atividades domésticas, 10,6% eram estudantes e apenas 1,5% trabalhavam de maneira formal. Ainda, em 90,0% dos casos de suicídio, a situação econômica das mulheres era ruim ou muito ruim³⁴. Há, também, relação entre violência sexual, mais prevalente em mulheres jovens, na faixa etária dos 18 aos 24 anos, com o suicídio, sendo que o risco desse desfecho é 2,8 vezes maior para aquelas que sofreram esse tipo de violência³⁵.

Em relação aos idosos, observou-se aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio nas regiões Norte e Nordeste, bem como, redução na região Sul para idosos do sexo masculino. Um estudo realizado em Recife (Nordeste), constatou que 7,1% dos idosos submetidos a necropsia cometeram suicídio, com prevalência de 65,2% para o sexo masculino³⁶. Ainda, no estado da Bahia, dos óbitos por suicídio, ocorridos de 1996 a 2013, observou-se que 85,4% eram do sexo masculino e 53,8% do grupo etário de 60 a 69 anos³⁷. O suicídio em homens idosos pode estar relacionado ao afastamento da rotina de trabalho, mudança do estilo de vida, falta do lugar social e novos desafios, como a dificuldade de gerenciar o tempo e honrar as dívidas, associando-se a sentimentos de humilhação e desamparo³⁸. Há relação entre idosos que cometeram suicídio e o abandono e negligência familiar e pobreza, na qual a maioria dos idosos que cometem suicídio é desfavorecida

economicamente, e com baixa ou nenhuma escolaridade³⁹.

Para as idosas, houve aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio na região Nordeste e redução significativa nas regiões Sudeste e Sul, no período estudado. Nas mulheres idosas, há relação entre o suicídio com a perda das funções comumente associadas à mulher, como o papel de mãe e esposa. Há também relação trabalhista e econômica com o suicídio, sendo igualmente associado à falta de rotina e à miséria³⁸. Estudo realizado no Nordeste apontou que as mulheres idosas que tentaram suicídio possuíam histórico de maus tratos, violência sexual e física, relações afetivas fragilizadas, viviam na pobreza e na exclusão social. Esses eventos traumáticos estimularam a desesperança perante a vida, a falta de planos futuros e sintomas depressivos, sendo o suicídio compreendido como forma de adiantar a própria morte⁴⁰.

O suicídio é um assunto crescente nos indicadores de mortalidade, sendo necessárias ações abrangentes para sua prevenção. As estratégias que podem ser desenvolvidas para a prevenção de novos suicídios envolvem ações baseadas em evidências, no sentido de identificar, apoiar, prevenir o risco de nova tentativa e auxiliar familiares e amigos após o suicídio¹. É imprescindível a elaboração de estratégias de prevenção com foco na população de maior vulnerabilidade⁸, fazendo-se necessária a compreensão e o conhecimento da população. Sabe-se que entre os fatores de risco para o suicídio encontram-se questões econômicas, sociais e culturais que favorecem esse desfecho em determinados lugares^{1,2}. Portanto, é recomendada a realização de novos estudos que avaliem os impactos dessas questões nas diferentes regiões do país e sua relação com os marcadores de suicídio.

Algumas limitações fazem parte deste estudo, tais como a qualidade dos dados registrados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, sendo necessário ponderar que, nos locais onde se elevou a taxa de suicídio, o aumento do número pode ser atribuído não somente ao aumento do número de casos, mas, também, à ampliação da cobertura dos sistemas de informação e do correto preenchimento das declarações de óbito, com a desmistificação do suicídio³⁰.

Considerações finais

Existem diferenças regionais, quanto ao sexo e faixa etária na tendência de aumento e ou redução nas taxas de mortalidade por suicídio. A tendência crescente da taxa de mortalidade por suicídio foi verificada para as mulheres no Nordeste e para os homens no Norte e Nordeste, em todos os grupos etários, exceto em idosos no Nordeste do sexo masculino. A tendência de decréscimo na taxa de mortalidade por suicídio foi observada nas mulheres idosas do Sudeste e Sul, homens adultos e idosos da região Sul.

Os resultados sugerem a necessidade de fortalecimento de ações de prevenção e controle específicas das tentativas de suicídio e do ato, principalmente em mulheres, em todos os grupos etários, especialmente no Nordeste, e homens, de todos os grupos etários, do Norte e Nordeste, além de adolescentes do sexo masculino no Centro-Oeste. As discussões no âmbito de políticas públicas de saúde referente ao suicídio devem ser priorizadas, considerando as diferenças políticas, sociais e econômicas das diferentes regiões do país. Além disso, o uso dos indicadores de saúde no cotidiano dos serviços de saúde para a vigilância em saúde devem ser instaurados em nível de gerência ou de equipe de saúde, em todas as áreas.

O conhecimento da evolução e tendências dos desfechos na mortalidade são importantes para a tomada de decisão no contexto de saúde pública. Nesse sentido, também cabe ressaltar que as ações de prevenção ao suicídio perpassam pela educação em saúde dos profissionais (p. ex.:

conhecimento específico e interdisciplinar) e da população em geral (p. ex.: onde procurar ajuda e como ajudar alguém).

Referências

- ¹ Stone DM, Simon TR, Fowler KA, Kegler SR, Yuan K, Holland KM, et al. Vital Signs: Trends in State Suicide Rates — United States, 1999–2016 and Circumstances Contributing to Suicide — 27 States, 2015. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67:617-24.
- ² World Health Organization. Mental Health: Suicide data. In: World Health Organization, editor. Geneva, 2018.
- ³ World Health Organization. World report on violence and health. In: World Health Organization, editor. Geneva, 2002. p. 360.
- ⁴ World Health Organization. Suicide mortality rate: data visualizations dashboard, World Health Statistics 2018. In: World Health Organization, editor. Geneva, 2018.
- ⁵ Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang Y-P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:131-4.
- ⁶ Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:S86-S93.
- ⁷ Brasil. Sistema de Informação sobre Mortalidade. In: Ministério da Saúde, editor. 2011.
- ⁸ Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64:45-54.
- ⁹ Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, Franklin JC. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(7):e0180793.
- ¹⁰ Mota AA. Cartografia do suicídio no Brasil no período 1979–2011. *Rev Bras Geograf Méd Saúde.* 2015;11(20).
- ¹¹ Brasil. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio - Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. In: Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
- ¹² Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018;40:12-8.
- ¹³ Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad Saúde Pública.* 2014;30:1057-66.
- ¹⁴ Rockett IR, Hobbs G, De Leo D, Stack S, Frost JL, Ducatman AM, et al. Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987-2006: two unrelated phenomena? *BMC.* 2010;10(1):705.
- ¹⁵ Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in medicine.* 2000;19(3):335-51.

- ¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Fatal Injury Reports, National and Regional, 1999 - 2015. In: Department of Health & Human Services, editor. Atlanta, 2018.
- ¹⁷ Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Szekely A, Toth MD, Coyne J, et al. What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLoS One*. 2015;10(7):e0129062.
- ¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio: sistema de informacao de mortalidade [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 27]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>.
- ¹⁹ Santos EGO, Barbosa IR. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25:371-8.
- ²⁰ Andrade CLT, Szwarcwald CL. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. *Cad de Saúde Pública*. 2007;23:1207-16.
- ²¹ Rosa NM, Agnolo CMD, Oliveira RR, Mathias TAF. Tendência de declínio da taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, Brasil: contribuição para políticas públicas de saúde mental. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66:157-63.
- ²² Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW, et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17:2017-26.
- ²³ Wanzinack C, Temoteo A, Oliveira AL. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. *RPI*. 2017;10(2):106-117.
- ²⁴ Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Factors associated with suicidal ideation among university students. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2017;25: e2878.
- ²⁵ Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:1019-31.
- ²⁶ Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:2821-34.
- ²⁷ Fundação Abrinq. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2018. 2018 [cited 2019 Mai 27]. Available from: <https://fadc.org.br/sites/default/files/2019-02/cenario-brasil-2018.pdf>.
- ²⁸ Moreira RMM, Félix TA, Flôr SMC, Oliveira EN, Albuquerque JHM. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. *SANARE*. 2017;16(1):29-34.
- ²⁹ Cantão L, Lappann Botti NC. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. *Avances en Enfermería*. 2017;35:148-58.
- ³⁰ Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:167-72.

- ³¹ Félix TA, Oliveira EN, Lopes MVO, Parente JRF, Dias MSA, Moreira RMM. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Rer Contexto Saúde*; 2016(31), 173-185.
- ³² Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Mantovani MF, Felix JVC, Kalinke LP. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52: e03341.
- ³³ Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas uma perspectiva de gênero %J *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20:1721-30.
- ³⁴ Hekimoglu Y, Melez IE, Canturk N, Erkol ZZ, Dizdar MG, Canturk G, et al. A descriptive study of female suicide deaths from 2005 to 2011 in Van city, Turkey. *BMC*. 2016;16(20).
- ³⁵ Mondin TC, Cardoso TA, Jansen K, Konradt CE, Zaltron RF, Behenck MdO, et al. Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21:853-60.
- ³⁶ Neto FAM, Melo AAG, Queiroz AFB, Paiva SOCe, Lima FMd. Suicídio em idosos no Recife (PE): Um estudo sobre mortalidade por causas externas. *Kairós Gerontol*. 2013;16(3).
- ³⁷ Carmo ÉA, Santos PHS, Ribeiro BS, Soares CJ, Santana MLADA, Bomfim ES, et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27: e20171971.
- ³⁸ Costa ALS, Souza MLP. Narratives of family members on the suicide of older adults in an Amazonian metropolis. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51: 121.
- ³⁹ Minayo MCS, Figueiredo AEB, Mangas RMN. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2017;27:981-1002.
- ⁴⁰ Silva RM, Sousa GS, Vieira LJES, Caldas JMP, Minayo MCS. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enf*. 2018;71:755-62.

Submissão: 19/09/2020

Aceite: 30/12/2020

APÊNDICES

Quadro 1. Fórmulas utilizadas para os cálculos.

	Numerador	Denominador	Constante
Taxa mortalidade por suicídio	Número de óbitos por suicídio (lesões autoprovocadas intencionalmente)	População de referência para o período	100.000
Taxa de Mortalidade Específica por suicídio	Número de óbitos por lesão autoprovocada, por grupo etário	População de referência para o período, por grupo etário	100.000
Taxa Ajustada por idade	$\Sigma ((\text{Taxa específica por idade}) \times (\text{População padrão brasileira no grupo etário}))$	Σ População padrão	
Média centrada em três termos	$Y_i = Y_{i-1} + Y_i + Y_{i+1}$	3	

Tabela 1. Taxas de mortalidade (TM) específicas por suicídio em adolescentes, adultos e idosos* (por 100.000 habitantes) e a variação geral, em mulheres, nas Regiões do País.

Ano	Adolescente			Adultos			Idosos			Total		
	O	TB	TA	Ó	TB	TA	Ó	TB	TA	Ó	TB	TA
Norte												
1996	28	1,33		76	3,13		5	1,80		109	2,26	
1997	34	1,57	0,43	57	2,28	1,68	3	1,05	0,18	94	1,90	2,25
1998	39	1,76	0,41	74	2,90	1,40	5	1,72	0,17	118	2,33	1,98
1999	25	1,10	0,36	45	1,72	1,37	5	1,69	0,18	75	1,45	1,87
2000	24	1,04	0,35	63	2,18	1,24	4	1,14	0,19	91	1,64	1,77
2001	39	1,64	0,37	67	2,25	1,41	7	1,95	0,15	113	1,98	1,91
2002	32	1,32	0,39	77	2,54	1,41	3	0,82	0,14	112	1,92	1,92
2003	32	1,30	0,34	67	2,16	1,39	3	0,80	0,12	102	1,72	1,83
2004	27	1,07	0,35	68	2,15	1,32	6	1,58	0,12	101	1,67	1,76
2005	36	1,37	0,31	73	2,21	1,35	3	0,76	0,17	112	1,77	1,83
2006	26	0,97	0,31	78	2,31	1,34	8	1,98	0,14	112	1,73	1,77
2007	24	0,97	0,31	80	2,10	1,26	4	0,86	0,18	108	1,60	1,78
2008	35	1,45	0,34	69	1,82	1,22	9	1,90	0,15	113	1,69	1,73
2009	31	1,28	0,38	82	2,10	1,30	6	1,22	0,16	119	1,75	1,87
2010	34	1,37	0,41	103	2,53	1,47	6	1,10	0,19	143	2,02	2,06
2011	44	1,75	0,40	108	2,62	1,48	14	2,54	0,24	166	2,31	2,12
2012	32	1,25	0,43	91	2,17	1,45	14	2,50	0,26	137	1,87	2,15
2013	44	1,70	0,41	105	2,40	1,38	10	1,75	0,24	159	2,11	2,02
2014	38	1,47	0,47	102	2,28	1,47	11	1,83	0,21	151	1,97	2,14
2015	48	1,86	0,49	120	2,62	1,51	11	1,74	0,25	179	2,30	2,26
2016	50	1,94		120	2,56		19	2,87		189	2,38	
Variação	0.9(-0.1;1.9)			-0.7 (2.5;1.1)			1.7 (-0.9;4.3)			0.1(-1.5;1.7)		
Nordeste												
1996	38	0,47		159	1,52		31	1,66		228	1,12	
1997	47	0,58	0,14	174	1,64	1,00	48	2,54	0,24	269	1,30	1,40
1998	36	0,44	0,15	193	1,80	1,03	37	1,94	0,23	266	1,28	1,42
1999	46	0,56	0,17	177	1,63	1,02	30	1,56	0,22	253	1,20	1,42
2000	71	0,88	0,21	187	1,61	1,06	45	2,05	0,23	303	1,39	1,50
2001	68	0,83	0,23	234	1,99	1,26	51	2,30	0,24	353	1,60	1,74
2002	66	0,80	0,26	314	2,64	1,44	40	1,79	0,24	420	1,88	1,95
2003	10	1,21	0,28	296	2,47	1,49	50	2,21	0,23	447	1,98	2,02
2004	88	1,05	0,30	275	2,27	1,51	46	2,02	0,26	409	1,79	2,08
2005	82	0,95	0,29	342	2,75	1,53	59	2,53	0,29	483	2,07	2,13
2006	10	1,17	0,31	322	2,56	1,62	68	2,89	0,29	492	2,08	2,24
2007	89	1,17	0,35	375	2,71	1,57	56	2,17	0,30	520	2,16	2,25
2008	11	1,46	0,32	359	2,52	1,56	71	2,64	0,29	541	2,21	2,19
2009	66	0,87	0,31	360	2,49	1,52	71	2,57	0,30	497	2,01	2,15
2010	78	1,05	0,28	371	2,53	1,52	72	2,39	0,30	521	2,08	2,11

Mortalidade por suicídio em adolescentes, adultos e idosos, nas regiões do Brasil, entre 1996 e 2016

2011	81	1,08	0,29	371	2,51	1,57	85	2,80	0,29	537	2,12	2,15
2012	71	0,94	0,28	411	2,76	1,58	68	2,22	0,34	550	2,16	2,20
2013	72	0,95	0,27	397	2,57	1,59	111	3,61	0,32	580	2,22	2,20
2014	73	0,97	0,27	400	2,55	1,55	80	2,52	0,37	553	2,10	2,21
2015	76	1,02	0,29	407	2,56	1,55	108	3,30	0,35	591	2,22	2,20
2016	84	1,14		411	2,56		107	3,16		602	2,24	
Variação	4.3[^] (2.6;6.0)			2.5[^] (1.3;3.6)			2.7[^] (2.2;3.2)			2.4[^](1.0;3.9)		
Sudeste												
1996	86	0,88		487	2,69		108	3,37		681	2,19	
1997	91	0,91	0,25	511	2,78	1,64	84	2,59	0,34	686	2,17	2,25
1998	97	0,96	0,23	493	2,65	1,52	92	2,80	0,27	682	2,13	2,03
1999	64	0,63	0,21	395	2,10	1,40	49	1,48	0,25	508	1,57	1,87
2000	65	0,65	0,21	442	2,20	1,39	79	2,08	0,22	586	1,73	1,83
2001	106	1,05	0,24	526	2,58	1,49	80	2,08	0,26	712	2,07	2,00
2002	88	0,86	0,25	538	2,60	1,55	102	2,63	0,28	728	2,09	2,08
2003	81	0,78	0,21	523	2,50	1,55	94	2,39	0,29	698	1,98	2,06
2004	72	0,68	0,20	545	2,57	1,58	96	2,42	0,31	713	2,00	2,09
2005	74	0,68	0,19	601	2,76	1,66	127	3,12	0,30	802	2,19	2,15
2006	73	0,66	0,19	632	2,86	1,69	95	2,31	0,29	800	2,15	2,18
2007	74	0,76	0,21	649	2,75	1,70	99	2,05	0,26	822	2,15	2,17
2008	77	0,80	0,20	664	2,82	1,70	117	2,36	0,28	858	2,25	2,17
2009	54	0,56	0,20	675	2,83	1,75	141	2,74	0,31	870	2,26	2,24
2010	69	0,74	0,20	719	2,99	1,82	156	2,89	0,31	944	2,44	2,32
2011	84	0,90	0,23	770	3,18	1,91	130	2,39	0,34	984	2,52	2,46
2012	84	0,89	0,22	799	3,28	1,91	198	3,62	0,34	1081	2,75	2,44
2013	61	0,64	0,22	738	2,99	1,89	161	2,72	0,33	960	2,39	2,40
2014	76	0,80	0,22	768	3,09	1,86	140	2,27	0,30	984	2,43	2,35
2015	84	0,90	0,23	788	3,15	1,86	178	2,77	0,29	1050	2,57	2,35
2016	76	0,82		750	2,97		168	2,51		994	2,41	
Variação	-0.5(-3.4;2.5)			0.7 (-0.1;1.5)			-3.0[^](-4.4;-1.6)			0.0(-2.6;2.7)		
Sul												
1996	76	2,20		279	4,48		67	6,18		422	3,92	
1997	60	1,72	0,57	279	4,41	2,75	58	5,28	0,66	397	3,63	4,04
1998	79	2,23	0,46	301	4,70	2,68	63	5,68	0,70	443	4,01	3,90
1999	35	0,98	0,42	269	4,15	2,61	79	7,04	0,73	383	3,42	3,80
2000	45	1,28	0,35	277	4,06	2,48	78	6,11	0,67	400	3,44	3,54
2001	56	1,57	0,42	282	4,07	2,48	54	4,18	0,62	392	3,33	3,54
2002	60	1,67	0,39	289	4,13	2,45	75	5,75	0,59	424	3,56	3,45
2003	37	1,02	0,37	278	3,92	2,51	71	5,39	0,67	386	3,20	3,57
2004	49	1,33	0,32	313	4,37	2,54	83	6,25	0,62	445	3,65	3,49
2005	42	1,11	0,34	314	4,27	2,57	60	4,42	0,64	416	3,33	3,57
2006	48	1,26	0,35	305	4,10	2,57	80	5,83	0,57	433	3,43	3,50
2007	50	1,45	0,37	344	4,35	2,61	72	4,36	0,60	466	3,58	3,57
2008	42	1,24	0,32	355	4,49	2,57	89	5,23	0,53	486	3,74	3,41
2009	27	0,80	0,29	312	3,89	2,55	74	4,18	0,54	413	3,14	3,34

Mortalidade por suicídio em adolescentes, adultos e idosos, nas regiões do Brasil, entre 1996 e 2016

2010	36	1,11	0,26	340	4,24	2,50	84	4,60	0,56	460	3,52	3,26	Legenda: O – Óbitos; TB – Taxa bruta; TA – Taxa ajustada.
2011	28	0,86	0,30	344	4,26	2,71	103	5,60	0,60	475	3,61	3,54	
2012	40	1,22	0,31	402	4,94	2,76	97	5,25	0,64	539	4,07	3,63	
2013	40	1,23	0,37	369	4,44	2,78	116	5,69	0,61	525	3,86	3,70	
2014	51	1,58	0,35	369	4,39	2,74	102	4,79	0,61	522	3,80	3,63	
2015	31	0,98	0,36	401	4,74	2,82	116	5,23	0,56	548	3,95	3,65	
2016	40	1,28		413	4,84		100	4,32		553	3,96		
Variação	-1.4(-3.4;0.6)			0.1 (-0.4;0.5)			-1.0[^](-1.6;-0.4)			-0.5 (-1.1;0.1)			
Centro-Oeste													
1996	34	2,00		94	3,49		11	3,59		139	2,96		
1997	31	1,78	0,50	108	3,90	2,21	13	4,16	0,40	152	3,15	3,18	
1998	29	1,63	0,49	100	3,54	2,20	8	2,51	0,43	137	2,78	3,14	
1999	35	1,93	0,55	100	3,47	2,18	14	4,32	0,39	149	2,97	3,12	
2000	42	2,37	0,60	118	3,79	2,23	13	3,34	0,40	173	3,28	3,26	
2001	39	2,16	0,62	121	3,80	2,38	11	2,78	0,40	171	3,17	3,43	
2002	39	2,12	0,58	136	4,20	2,30	17	4,22	0,37	192	3,50	3,29	
2003	37	1,97	0,59	112	3,40	2,43	10	2,45	0,43	159	2,85	3,47	
2004	44	2,31	0,62	149	4,44	2,36	18	4,34	0,44	211	3,72	3,46	
2005	49	2,47	0,58	134	3,84	2,38	19	4,43	0,45	202	3,42	3,44	
2006	31	1,53	0,48	125	3,52	2,18	12	2,76	0,36	168	2,79	3,06	
2007	22	1,22	0,36	133	3,45	2,07	12	2,19	0,34	167	2,69	2,79	
2008	21	1,16	0,40	130	3,30	2,02	22	3,81	0,36	173	2,74	2,81	
2009	35	1,93	0,38	131	3,26	2,12	20	3,31	0,38	186	2,89	2,91	
2010	18	1,00	0,40	161	3,91	2,08	18	2,79	0,36	197	3,00	2,85	
2011	26	1,43	0,39	130	3,12	2,17	20	3,07	0,39	176	2,65	2,95	
2012	33	1,79	0,45	156	3,69	2,16	28	4,24	0,44	217	3,23	3,05	
2013	31	1,66	0,45	170	3,89	2,31	29	4,00	0,43	230	3,31	3,19	
2014	26	1,40	0,47	172	3,86	2,26	21	2,75	0,37	219	3,09	3,09	
2015	37	2,00	0,49	155	3,41	2,16	22	2,73	0,38	214	2,97	3,02	
2016	34	1,84		157	3,40		36	4,24		227	3,10		
Variação	-0.3(-2.8;2.3)			0.2(-1.2;1.6)			-0.3(-1.0;0.5)			0.0(-1.3;1.4)			

Tabela 2. Taxas de mortalidade (TM) específicas por suicídio em adolescentes, adultos e idosos* (por 100.000 habitantes) e a variação geral, em homens, nas Regiões do País.

Ano	Adolescentes			Adultos			Idosos			Total		
	Ó	TB	TA	Ó	TB	TA	Ó	TB	TA	Ó	TB	TA
Norte												
1996	39	1,81		206	8,19		19	6,57		264	5,33	
1997	39	1,76	0,53	193	7,46	5,07	19	6,41	0,77	251	4,93	6,38
1998	48	2,12	0,52	250	9,45	4,75	21	6,95	0,77	319	6,12	6,05
1999	41	1,77	0,55	179	6,61	4,77	20	6,49	0,83	240	4,51	6,12
2000	49	2,07	0,59	224	7,54	4,60	28	7,87	0,89	301	5,28	6,01
2001	61	2,51	0,61	263	8,62	4,69	31	8,52	0,88	355	6,07	6,12
2002	51	2,06	0,64	220	7,07	4,85	23	6,21	0,91	294	4,93	6,38
2003	59	2,33	0,60	264	8,31	4,77	33	8,74	0,94	356	5,85	6,34
2004	55	2,13	0,57	268	8,26	5,03	36	9,37	1,14	359	5,78	6,74
2005	47	1,74	0,55	282	8,31	5,10	45	11,25	1,15	374	5,76	6,76
2006	56	2,03	0,65	300	8,65	5,14	37	9,07	1,12	393	5,92	6,89
2007	82	3,20	0,77	329	8,50	5,57	39	8,45	1,05	450	6,53	7,35
2008	76	3,03	0,92	403	10,44	5,72	45	9,59	0,96	524	7,67	7,55
2009	92	3,66	0,91	371	9,37	5,89	33	6,79	1,00	496	7,13	7,71
2010	79	3,09	0,91	384	9,32	5,95	50	9,32	0,91	513	7,11	7,73
2011	81	3,12	0,87	449	10,74	6,28	40	7,36	0,99	570	7,79	8,07
2012	83	3,15	0,93	468	11,02	6,59	49	8,89	1,00	600	8,07	8,45
2013	101	3,75	0,96	491	10,88	6,31	52	9,48	1,11	644	8,31	8,33
2014	95	3,53	0,99	432	9,36	6,49	59	10,27	1,18	586	7,43	8,62
2015	93	3,45	1,00	561	11,89	6,33	65	10,80	1,32	719	8,97	8,65
2016	103	3,83		485	10,07		81	12,85		669	8,22	
Variação	3.7^ (1.5;5.9)			1.4^ (0.7;2.0)			3.1^ (1.6;4.6)			1.9^ (1.4;2.4)		
Nordeste												
1996	88	1,09		684	7,10		119	7,37		891	4,61	
1997	64	0,78	0,28	680	6,97	4,15	137	8,39	0,90	881	4,50	6,31
1998	100	1,21	0,28	640	6,49	4,14	124	7,53	0,92	864	4,36	6,33
1999	90	1,08	0,30	703	7,05	4,06	128	7,71	0,92	921	4,61	6,26
2000	76	0,93	0,32	709	6,56	4,53	153	8,37	0,95	938	4,50	6,81
2001	118	1,42	0,36	965	8,81	4,84	153	8,29	1,00	1236	5,86	7,24
2002	127	1,51	0,39	952	8,60	5,40	168	9,02	1,04	1247	5,85	7,91
2003	113	1,33	0,39	1043	9,32	5,56	178	9,47	1,12	1334	6,19	8,23
2004	118	1,38	0,38	1083	9,58	6,00	196	10,34	1,28	1397	6,42	9,03
2005	126	1,44	0,39	1252	10,82	6,45	255	13,19	1,38	1633	7,34	9,71
2006	128	1,45	0,44	1350	11,53	6,71	234	11,98	1,50	1712	7,60	10,28
2007	148	1,89	0,47	1424	10,89	6,67	285	13,60	1,50	1857	8,08	10,26
2008	133	1,70	0,49	1426	10,60	6,35	286	13,16	1,50	1845	7,87	9,97
2009	130	1,67	0,48	1363	9,94	6,16	267	11,99	1,42	1760	7,42	9,57
2010	139	1,83	0,48	1362	9,93	6,24	281	11,51	1,38	1782	7,50	9,52
2011	126	1,64	0,50	1523	11,02	6,40	297	12,08	1,46	1946	8,13	9,83
2012	148	1,92	0,51	1493	10,72	6,59	345	13,94	1,63	1986	8,23	10,42

Mortalidade por suicídio em adolescentes, adultos e idosos, nas regiões do Brasil, entre 1996 e 2016

2013	153	1,96	0,55	1617	10,90	6,44	382	16,11	1,69	2152	8,61	10,44
2014	156	2,01	0,56	1541	10,26	6,41	333	13,63	1,73	2030	8,05	10,51
2015	159	2,06	0,58	1604	10,56	6,48	377	14,95	1,74	2140	8,42	10,62
2016	165	2,16		1727	11,25		427	16,41		2319	9,06	
Variação	4.4[^]	(3.5;5.3)		2.6[^]	(1.5;3.7)		1.9	(-0.7;4.5)		2.8[^]	(1.0;4.7)	
Sudeste												
1996	198	1,98		1905	11,02		283	11,11		2386	8,00	
1997	191	1,88	0,51	1999	11,38	6,73	312	12,09	1,41	2502	8,26	8,71
1998	172	1,67	0,46	1944	10,92	6,45	343	13,14	1,39	2459	8,01	8,34
1999	152	1,46	0,40	1731	9,60	5,98	279	10,57	1,32	2162	6,96	7,75
2000	116	1,14	0,42	1735	9,09	5,84	306	10,40	1,30	2157	6,70	7,61
2001	202	1,95	0,43	1982	10,23	5,90	371	12,45	1,31	2555	7,82	7,69
2002	162	1,55	0,48	1945	9,91	6,13	326	10,81	1,34	2433	7,35	8,01
2003	176	1,66	0,44	2028	10,20	6,06	341	11,18	1,31	2545	7,59	7,86
2004	162	1,51	0,41	1987	9,87	6,13	364	11,80	1,40	2513	7,40	8,02
2005	142	1,28	0,41	2130	10,29	6,18	418	13,22	1,42	2690	7,70	8,08
2006	185	1,65	0,41	2186	10,42	6,11	371	11,59	1,38	2742	7,75	7,96
2007	149	1,48	0,41	2127	9,54	6,12	399	10,70	1,27	2675	7,42	7,84
2008	131	1,33	0,38	2300	10,33	6,17	404	10,57	1,25	2835	7,88	7,81
2009	124	1,26	0,38	2407	10,68	6,48	431	10,87	1,22	2962	8,14	8,09
2010	146	1,53	0,42	2516	11,06	6,72	411	9,96	1,25	3073	8,43	8,40
2011	170	1,76	0,48	2639	11,51	6,89	473	11,38	1,27	3282	8,94	8,65
2012	187	1,93	0,50	2669	11,55	6,89	475	11,36	1,29	3.331	9,01	8,68
2013	167	1,68	0,48	2670	11,03	6,93	478	10,50	1,29	3315	8,57	8,70
2014	158	1,61	0,47	2869	11,74	6,88	542	11,39	1,31	3569	9,14	8,65
2015	178	1,83	0,52	2784	11,29	6,84	587	11,81	1,32	3.549	9,01	8,66
2016	213	2,21		2699	10,85		561	10,80		3473	8,75	
Variação	0.6	(-0.6;1.8)		0.1	(-0.7;0.8)		-0.4	(-1.3;0.5)		-0.1	(-1.0;0.9)	
Sul												
1996	138	3,88		1177	19,44		269	30,00		1584	15,08	
1997	119	3,30	0,99	1260	20,50	12,27	310	34,16	3,94	1689	15,85	21,48
1998	128	3,51	0,96	1295	20,81	12,49	342	37,33	4,13	1765	16,36	22,09
1999	131	3,55	0,94	1291	20,50	12,26	323	34,91	3,99	1745	15,99	21,51
2000	112	3,08	0,95	1281	19,38	12,09	316	30,69	3,88	1709	15,16	21,04
2001	134	3,64	0,91	1338	19,96	11,75	358	34,40	3,69	1830	16,02	20,20
2002	116	3,12	0,93	1276	18,83	11,68	316	30,09	3,56	1708	14,79	19,88
2003	126	3,35	0,88	1303	19,01	11,61	288	27,18	3,31	1717	14,70	19,28
2004	116	3,05	0,86	1362	19,65	11,78	300	28,06	3,32	1778	15,06	19,49
2005	114	2,92	0,81	1397	19,65	11,70	330	30,25	3,38	1841	15,21	19,53
2006	109	2,76	0,73	1342	18,64	11,28	317	28,77	3,35	1768	14,43	18,90
2007	78	2,18	0,74	1345	17,53	10,92	363	27,42	3,21	1786	14,20	18,17
2008	107	3,05	0,76	1372	17,87	10,96	363	26,50	3,08	1842	14,66	17,87
2009	105	3,01	0,82	1467	18,83	10,77	363	25,48	3,02	1935	15,23	17,61
2010	92	2,76	0,81	1288	16,64	10,42	376	25,76	3,02	1756	14,00	17,24
2011	100	2,98	0,83	1255	16,11	10,04	390	26,58	3,24	1745	13,83	17,31
2012	108	3,20	0,87	1328	16,94	10,10	459	31,12	3,23	1895	14,93	17,37

Mortalidade por suicídio em adolescentes, adultos e idosos, nas regiões do Brasil, entre 1996 e 2016

2013	111	3,27	0,93	1394	16,93	10,18	420	25,62	3,13	1925	14,51	17,28
2014	119	3,54	0,95	1373	16,51	10,22	409	23,88	2,96	1901	14,20	16,98
2015	114	3,44	0,93	1439	17,14	10,45	479	26,78	3,01	2032	15,05	17,27
2016	101	3,09		1532	18,09		505	27,05		2138	15,71	
Varição	-0.1 (-1.3;1.0)			-1.0[^] (-1.4;-0.5)			-1.6[^] (-2.2;-0.9)			-1.4[^] (-1.7;-1.0)		
Centro-Oeste												
1996	71	4,12		376	14,15		52	16,87		499	10,64	
1997	57	3,22	0,89	368	13,50	7,97	68	21,62	2,32	493	10,25	11,40
1998	41	2,27	0,82	329	11,82	7,69	68	21,26	2,46	438	8,92	11,22
1999	63	3,42	0,86	362	12,75	7,99	67	20,60	2,35	492	9,82	11,38
2000	66	3,65	0,92	454	14,97	8,53	71	18,66	2,10	591	11,32	11,67
2001	53	2,87	0,89	449	14,50	9,20	58	14,99	1,98	560	10,51	12,15
2002	59	3,14	0,88	507	16,08	9,19	68	17,31	2,07	634	11,69	12,23
2003	67	3,50	0,91	479	14,92	9,02	84	21,08	2,35	630	11,41	12,36
2004	61	3,14	0,93	446	13,66	8,48	90	22,27	2,46	597	10,63	12,00
2005	68	3,36	0,90	454	13,38	8,17	84	20,15	2,46	606	10,39	11,74
2006	66	3,20	0,90	464	13,42	7,96	89	21,01	2,21	619	10,42	11,26
2007	58	3,11	0,92	467	12,60	8,17	80	15,77	2,10	605	9,96	11,32
2008	68	3,65	0,94	544	14,40	8,16	92	17,27	1,94	704	11,40	11,07
2009	63	3,37	0,97	516	13,40	8,10	94	16,94	2,00	673	10,72	11,09
2010	64	3,46	0,89	492	12,31	7,72	103	17,36	2,02	659	10,23	10,66
2011	52	2,78	0,96	507	12,51	7,82	107	17,83	2,08	666	10,21	10,92
2012	78	4,11	0,96	571	13,92	8,22	112	18,46	2,04	761	11,52	11,31
2013	68	3,52	1,02	614	14,24	8,49	105	16,31	1,99	787	11,43	11,59
2014	66	3,42	1,05	609	13,85	8,26	112	16,59	1,96	787	11,24	11,36
2015	84	4,37	1,11	572	12,77	8,26	124	17,51	2,03	780	10,97	14,74
2016	81	4,22		650	14,26		135	18,19		866	12,00	
Varição	1.4[^] (0.7;2.1)			0.4 (-0.7;1.6)			-1.1 (-3.2;1.0)			1.0 (-0.2;2.2)		

Legenda: **O** – Óbitos; **TB** – Taxa bruta; **TA** – Taxa ajustada.

