



Tendência temporal da mortalidade por suicídio no Acre e no Brasil, 2010 a 2022

Raquel da Rocha Paiva Maia¹, Kennedy Maia dos Santos², Vanízia Barboza da Silva Maciel³, Jader de Andrade Bezerra¹, Antônio Clodoaldo Melo de Castro¹, Joy Braga Cavalcante⁴, Adriely de Brito Silva², Rodonilton Pontes de Souza⁵



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p4677-4693>

Artigo recebido em 11 de Setembro e publicado em 31 de Outubro

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Este artigo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico e analisar a tendência temporal dos óbitos por suicídio no estado do Acre e no Brasil no período de 2010 a 2022. Trata-se de um estudo de série temporal que incluiu dados sobre óbitos que tiveram como causa básica o suicídio coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A análise de dados incluiu o cálculo das taxas de mortalidade por suicídio; razão de sexo; análise da tendência temporal por meio de modelos de regressão linear generalizados segundo o método de Prais-Winsten; frequência absoluta e relativa de óbitos segundo variáveis selecionadas. No Acre, as taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes variaram de 5,35 a 8,94, com tendência crescente de 4,03% ao ano ($p < 0,001$). No Brasil, o valor mínimo e máximo da mortalidade foram observados nos anos de 2010 (5,23) e 2022 (7,72) respectivamente; houve tendência crescente com variação percentual anual (APC) de 3,16% ($p < 0,001$). As taxas de mortalidade por suicídio foram superiores entre os homens com razão de sexo variando de 2,58 a 7,08 no Acre e 4,74 a 5,08 no Brasil. Houve crescimento estatisticamente significativo da mortalidade para ambos os sexos com maior crescimento entre as mulheres no estado do Acre (APC= 6,95%). Indivíduos com escolaridade entre 8 e 11 anos e solteiros foram mais afetados. No Acre, maior incidência foi observada entre jovens de 15 a 24 anos e raça parda, enquanto no Brasil, houve predominância entre pessoas de 25 a 34 anos e raça branca. A tendência crescente de suicídios observada no Acre e no Brasil se manifesta de maneira preocupante considerando as elevadas taxas entre homens e crescimento acentuado entre as mulheres. O aumento observado contraria a tendência global de redução demandando uma reavaliação das estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, com ênfase na criação de políticas públicas mais assertivas e equitativas, alinhadas aos desafios regionais e nacionais.

Palavras-chave: Suicídio, tendência temporal, Depressão, Transtornos psiquiátricos.

Temporal trend of suicide mortality in Acre and Brazil, 2010 to 2022

ABSTRACT

This article aims to describe the epidemiological profile and analyze the temporal trend of suicide deaths in the state of Acre and Brazil from 2010 to 2022. This is a time-series study that included data on deaths where suicide was the underlying cause, collected from the Mortality Information System (SIM). The data analysis included the calculation of suicide mortality rates; sex ratio; temporal trend analysis using generalized linear regression models according to the Prais-Winsten method; absolute and relative frequency of deaths according to selected variables. In Acre, the suicide mortality rates per 100,000 inhabitants ranged from 5.35 to 8.94, with an increasing trend of 4.03% per year ($p < 0.001$). In Brazil, the minimum and maximum mortality rates were observed in the years 2010 (5.23) and 2022 (7.72), respectively; there was an increasing trend with an annual percentage change (APC) of 3.16% ($p < 0.001$). Suicide mortality rates were higher among men, with the sex ratio ranging from 2.58 to 7.08 in Acre and 4.74 to 5.08 in Brazil. There was a statistically significant increase in mortality for both sexes, with greater growth among women in the state of Acre (APC = 6.95%). Individuals with 8 to 11 years of schooling and those who were single were more affected. In Acre, higher incidence was observed among young people aged 15 to 24 and those of mixed race, while in Brazil, the predominance was among people aged 25 to 34 and those of white race. The increasing trend of suicides observed in Acre and Brazil is worrisome, considering the high rates among men and the sharp increase among women. The observed increase contradicts the global trend of reduction, demanding a reassessment of prevention strategies and mental health promotion, with an emphasis on creating more assertive and equitable public policies aligned with regional and national challenges.

Keywords: Suicide, Temporal trend, Depression, Psychiatric disorders.

Instituição afiliada – 1. Universidade Federal do Acre – UFAC, Rio Branco - Acre, Brasil; 2. Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – Acre, Brasil; 3. Universidade Federal do Acre – UFAC, Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil; 4. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre – IFAC, Rio Branco, Acre, Brasil; 5. Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública do Estado do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

Autor correspondente: Raquel da Rocha Paiva Maia raquel.maia@ufac.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O suicídio permanece como um problema de saúde pública global com intensas repercussões que incluem desde as perdas humanas, o impacto psicológico nas famílias e comunidade, além do ônus econômico associado a prevenção, assistência e tratamento aos indivíduos de risco e sobreviventes^{1,2,3}.

O fenômeno pode ser definido como um ato consciente e intencional executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte. Entretanto, sua complexidade vai além do ato consumado, incluindo também o comportamento suicida que envolve desde a motivação e ideação de autoextermínio até os pensamentos, planejamento, tentativas e óbito^{4,5}.

Uma combinação de fatores predisponentes e precipitantes estão envolvidos na gênese do suicídio. Entre os fatores clínicos, os transtornos mentais, principalmente depressão e histórico de automutilação, destacam-se como os mais fortemente associados. Isolamento social, desemprego, baixo nível socioeconômico, conflitos familiares e de relacionamento, problemas legais, perdas recentes e condições clínicas incapacitantes também aumentam o risco de suicídio^{6,7}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2019, o suicídio foi a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos⁸. Nesse mesmo ano, a taxa global de mortalidade por suicídio padronizada por idade foi de 9 por 100 mil habitantes, 6,01 no México e 6,63 na Inglaterra^{8,9}. Estima-se que os suicídios sejam responsáveis por 1,4% das mortes prematuras em todo o mundo. O fenômeno adquire maior relevância considerando as estimativas de que as tentativas de suicídio são até 30 vezes mais comuns em relação aos suicídios consumados^{10,11}.

Embora a taxa de mortalidade por suicídio apresente redução em algumas regiões do planeta, nas Américas os dados revelam tendência crescente^{8,12}. No Brasil, a mortalidade por 100 mil habitantes aumentou em todo o país passando de 4,9 em 2000 para 6,2 em 2012 e 7,5 em 2021^{13,14}.

Por ser um problema universal e complexo mas passível de prevenção, o conhecimento do perfil epidemiológico e da tendência temporal dos óbitos por suicídio em diferentes regiões geográficas é necessário para monitoramento e compreensão mais abrangente do fenômeno, para avaliação das intervenções, direcionamento das



ações e formulação de políticas públicas. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil epidemiológico e analisar a tendência temporal dos óbitos por suicídio no estado do Acre e no Brasil no período de 2010 a 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de série temporal que incluiu os óbitos por suicídio de pessoas residentes no Estado do Acre e no Brasil no período compreendido entre os anos de 2010 a 2022.

A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) disponibilizado no site do Departamento de Informática do Sistema Único (DATASUS) do Ministério da Saúde. Foram incluídos os óbitos que tiveram como causa básica o suicídio, codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) como: X60-X69 (autointoxicação) e X70-84 (lesões autoprovocadas intencionalmente).

A análise de dados incluiu:

- cálculo da taxa de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) padronizada pelo método direto utilizando como padrão a população brasileira por sexo e faixa etária de acordo com dados do censo demográfico de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados sobre a população residente no Acre e Brasil foram obtidos por meio do site do DATASUS em: “projeção da população das unidades da federação por sexo, idade simples e grupos de idade: 2010-2060”;
- razão de sexo da taxa de mortalidade (masculino/feminino);
- análise da tendência temporal por meio de modelos de regressão linear generalizados segundo o método de Prais-Winsten com o objetivo de quantificar a variação percentual anual (APC) dos coeficientes, com os respectivos intervalos de confiança de 95%, conforme indicações metodológicas apresentadas por ANTUNES e CARDOSO¹⁶. A APC positiva indica que houve tendência crescente; quando negativa, decrescente; quando não há diferença estatisticamente significativa entre seu valor e zero a tendência é considerada estável;
- frequência (absoluta e relativa) de óbitos segundo as variáveis sexo, faixa etária, raça, escolaridade, estado civil e categoria CID-10.

A tabulação, o tratamento primário e a análise descritiva dos dados foram realizados no programa Microsoft EXCEL. Para a análise de tendência foi utilizado o programa Stata, versão 12.

Devido à utilização de dados de acesso público, o estudo dispensa submissão ao comitê de Ética, bem como assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2022 ocorreram 731 óbitos por suicídio no Acre e 157.962 óbitos no Brasil. No Acre, as taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes variaram de 5,35 a 8,94 com menor valor observado no ano de 2013 e maior no ano de 2020. Houve tendência crescente da mortalidade com acréscimo de 4,03% ao ano ($p < 0,001$). No Brasil, o valor mínimo e máximo da mortalidade foram observados nos anos de 2010 (5,23) e 2022 (7,72), respectivamente. A análise de tendência também revelou crescimento da mortalidade com APC de 3,16% ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de mortalidade padronizada e tendência da mortalidade por suicídio, Acre e Brasil, 2010 - 2022

Ano	Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes)	
	ACRE	BRASIL
2010	6,13	5,23
2011	6,03	5,35
2012	6,10	5,54
2013	5,35	5,57
2014	6,60	5,52
2015	5,39	5,74
2016	7,01	5,78
2017	8,08	6,23
2018	6,65	6,25
2019	8,66	6,55
2020	8,94	6,63
2021	8,03	7,34
2022	8,92	7,72
Tendência da mortalidade		
APC*%	Crescente	Crescente
IC95%	4,03	3,16
p-valor	2,49 - 5,60	2,22 - 4,10
	<0,001	<0,001

* Variação percentual anual

As taxas de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes) foram superiores entre os homens em todos os anos da série com razão de sexo variando de 2,58 a 7,08 no Acre e 4,74 a 5,08 no Brasil. A análise de tendência indicou crescimento estatisticamente significativa da mortalidade para ambos os sexos nos dois locais avaliados. Maior crescimento foi observado entre as mulheres no estado do Acre com APC de 6,95% ($p = 0,029$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Taxa de mortalidade padronizada (por 100 mil habitantes) e tendência da mortalidade por suicídio segundo o sexo, Acre e Brasil, 2010 - 2022

Ano	ACRE			BRASIL		
	Feminino	Masculino	Razão de sexo (M/F)	Feminino	Masculino	Razão de sexo (M/F)
2010	2,42	9,73	4,02	2,24	10,76	4,80
2011	2,45	9,48	3,87	2,21	11,00	4,98
2012	1,59	10,50	6,60	2,36	11,39	4,83
2013	1,84	8,91	4,84	2,31	11,44	4,95
2014	1,64	11,61	7,08	2,25	11,35	5,04
2015	1,47	9,21	6,27	2,40	11,80	4,92
2016	3,45	10,67	3,09	2,34	11,88	5,08
2017	4,20	12,00	2,86	2,58	12,80	4,96
2018	3,73	9,61	2,58	2,61	12,82	4,91
2019	2,82	14,51	5,15	2,75	13,43	4,88
2020	4,46	13,34	2,99	2,76	13,61	4,93
2021	3,40	12,68	3,73	3,17	15,04	4,74
2022	4,12	13,76	3,34	3,26	15,80	4,85
Tendência da mortalidade	Crescente	Crescente		Crescente	Crescente	
APC*%	6,95	3,32		3,13	3,12	
IC95%	0,84 – 13,43	2,17 – 4,49		1,96 – 4,31	2,19 – 4,05	
p-valor	0,029	<0,001		<0,001	<0,001	

*Variação percentual anual

Houve predominância de óbitos no sexo masculino, escolaridade de 8 a 11 anos de estudo e entre solteiros nos dois locais avaliados. Maior porcentagem de óbitos ocorreu na faixa etária de 15 a 24 anos (29,55%) e raça parda (71,41%) no Acre, enquanto no Brasil a maior frequência foi observada na idade de 25 a 34 anos (21,08%) e na raça branca (49,04%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Óbitos por suicídio segundo variáveis sociodemográficas, Acre e Brasil, 2010 a 2022

VARIÁVEL	ACRE		BRASIL	
	Nº DE ÓBITOS (n = 731)	%	Nº DE ÓBITOS (n = 157962)	%
Sexo				
Masculino	566	77,43	124023	78,51
Feminino	165	22,57	33909	21,47
Sexo ignorado	-	-	30	0,02
Faixa etária (anos)				
0 a 4	-	-	2	0,001
5 a 14	20	2,74	2023	1,28
15 a 24	216	29,55	26675	16,89
25 a 34	206	28,18	33303	21,08
35 a 44	155	21,20	31450	19,91
45 a 54	66	9,03	26387	16,70
55 a 64	37	5,06	18957	12,00
65 a 74	18	2,46	11578	7,33
≥ 75	12	1,64	7242	4,58
Idade ignorada	1	0,14	345	0,22
Escolaridade				
Nenhuma	64	8,76	7011	4,44
1 a 3 anos	109	14,91	20460	12,95
4 a 7 anos	161	22,02	37469	23,72
8 a 11 anos	169	23,12	40928	25,91
12 anos e mais	59	8,07	14781	9,36
Ignorado	169	23,12	37313	23,62
Cor/raça				
Branca	116	15,87	77466	49,04
Preta	34	4,65	8471	5,36
Amarela	1	0,14	592	0,37
Parda	522	71,41	66099	41,84
Indígena	26	3,56	1623	1,03
Ignorado	32	4,38	3711	2,35
Estado civil				
Solteiro	345	47,20	80493	50,96
Casado	92	12,59	40549	25,67
Viúvo	12	1,64	5702	3,61
Separado	15	2,05	11024	6,98
Outro	78	10,67	7615	4,82
Ignorado	189	25,85	12579	7,96

Sobre a variável categoria CID-10, a maioria dos óbitos ocorreu por lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação

(Tabela 4).

Tabela 4 – Óbitos por suicídio segundo a categoria CID-10, Acre e Brasil, 2010 a 2022

Categoria CID-10	Acre		Brasil	
	n	%	n	%
X60 - X69: auto-intoxicação	46	6,29	18598	11,77
X70: enforcamento, estrangulamento, sufocação	578	79,07	108118	68,45
X71: afogamento, submersão	2	0,27	1700	1,08
X72 - X74: arma de fogo	66	9,03	12776	8,09
X76: fumaça, fogo e chamas	3	0,41	2358	1,49
X78 - X79: Objeto cortante, penetrante, contundente	26	3,56	3466	2,19
X80: precipitação de lugar elevado	7	0,96	5986	3,79
X82: impacto de veículo a motor	-	-	727	0,46
X84: meios não especificados	3	0,41	3477	2,20
Outros (X75, X77, X81, X83)	-	-	756	0,48

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo investigar a mortalidade por suicídio no estado do Acre e no Brasil, de 2010 a 2022, com foco em identificar as principais características sociodemográficas e a tendência temporal. Os resultados mostraram tendência crescente nos dois locais avaliados com maior mortalidade em homens, porém maior crescimento entre mulheres. Indivíduos com escolaridade entre 8 e 11 anos e solteiros foram mais afetados. No Acre, maior incidência foi observada entre jovens de 15 a 24 anos e raça parda, enquanto no Brasil houve predominância entre pessoas de 25 a 34 anos e raça branca.

As taxas de mortalidade por 100 mil habitantes mais elevadas identificadas no presente estudo foram de 8,94 em 2020 no Acre e de 7,72 em 2022 no Brasil, valores inferiores aos observados em 2019 no mundo (9,0) e nas Américas (9,0)¹⁶. Em 2019, em nível global, as taxas mais altas foram encontradas na região da África (11,2), Europa (10,5) e Sudeste da Ásia (10,2) enquanto as mais baixas foram registradas no

Mediterrâneo Oriental (6,4)¹⁶. Entre os estados do Brasil, nesse mesmo ano, as taxas variaram de 3,37 no Rio de Janeiro a 11,81 no Rio Grande do Sul¹⁷.

A análise da variação percentual anual indicou crescimento estatisticamente significativa de 4,03% e 3,16% ao ano para o Acre e Brasil, respectivamente, acompanhando a tendência de aumento observada na região das Américas e de países como Paraguai e México¹⁶. O acréscimo no estado do Acre foi superior ao observado nas regiões Norte (3,61%), Nordeste (3,48%), Sul (2,62%) e Sudeste (3,67%) do país entre 2011 e 2022 e inferior ao identificado no Centro Oeste (5,76%)¹⁸. O aumento persistente nos dois locais ao longo do tempo vai em direção oposta ao decréscimo de 2,4% ao ano entre 2000 e 2019 observado globalmente¹⁶. Além disso, tais achados são divergentes com a meta de redução de 10% estabelecida no Plano de Ação e Saúde Mental 2013-2020 da OMS e contra um dos objetivos de desenvolvimento sustentável que busca a redução das taxas de suicídio em um terço até 2030¹⁹.

O crescimento observado sugere a necessidade de intervenção urgente frente aos fatores envolvidos na rede causal do suicídio. Um estudo caso controle realizado na cidade de Campinas, Brasil, identificou como principal fator de risco para o suicídio o uso nocivo de álcool (OR = 33,12; $p < 0,001$) e cocaína (OR=14,59; $p < 0,007$). Outros fatores foram o sexo masculino (OR = 5,26; $p < 0,001$), idade entre 10 e 29 anos (OR = 5,88; $p = 0,002$); ausência de trabalho remunerado (OR = 3,06; $p = 0,013$), e presença de deficiências [OR = 3,72 ($p < 0,001$)]. Por outro lado, o índice de desenvolvimento humano (IDH) mais elevado foi associado com redução do risco de suicídio²⁰. Além disso, estima-se que os transtornos mentais, principalmente a depressão, estejam presentes em mais de 90% dos casos de suicídio²¹.

Tais dados apontam não apenas a complexidade multifatorial do suicídio mas

revelam a necessidade da atuação intersetorial na prevenção com políticas de desenvolvimento social e econômico, bem como melhorias e maior integração na rede de atenção à saúde mental e uso de substâncias psicoativas com capacitação dos profissionais de saúde³. Estudos indicam que pelo menos 45% das vítimas de suicídio tiveram algum contato com um profissional de saúde da atenção primária nas quatro semanas anteriores ao suicídio²². Portanto, ressalta-se a importância da assistência adequada e encaminhamentos necessários aos indivíduos que acessam os serviços de saúde bem como aos indivíduos com história de tentativa de suicídio dado que tais características se destacam como importantes preditores desse desfecho.

Existe consenso na literatura sobre o maior risco de suicídio entre homens^{16,20}. No presente estudo, em todos os anos da série, a razão de sexo das taxas de mortalidade foi superior a observada no mundo em 2019 (2,3)⁸ chegando ao valor máximo de 7,08 no Acre e de 5,08 no Brasil o que ratifica a maior frequência do suicídio no sexo masculino. Alguns estudos apontam o uso de meios mais letais entre os homens, como por exemplo o enforcamento, o que resultaria em maior êxito em face das tentativas de suicídio. Em contrapartida, as mulheres optam com maior frequência por meios menos agressivos e passíveis de atendimento como a auto-intoxicação^{23,24}. Outros fatores associados ao maior risco de suicídio entre homens incluem o consumo nocivo de álcool, maior intenção de morrer, baixa renda e escolaridade²⁴.

Apesar da maior mortalidade entre homens, no presente estudo, a análise de tendência indicou crescimento estatisticamente significativa para ambos os sexos nos dois locais avaliados. De maneira preocupante, no Acre, o crescimento foi duas vezes maior para o sexo feminino (6,95%) em comparação ao masculino (3,32%) o que endossa a necessidade de pesquisas com foco nos fatores de risco em mulheres

acreas para então possibilitar um planejamento com intervenções mais assertivas e reverter a tendência e a intensidade de crescimento. Além disso, a menor ocorrência do evento em mulheres não atenua a dimensão do problema, uma vez que alguns estudos identificaram maior frequência de tentativas de suicídio para esse grupo^{10,25}. Na pesquisa realizada por VIDAL *et al* (2013), a maioria das tentativas não letais ocorreram no sexo feminino²⁵. Fatores de risco especificamente para este grupo incluem: desemprego, baixa renda e baixo nível educacional²⁴. A violência doméstica também tem sido associada à ideação e comportamento suicida^{26,27}.

Houve predominância de óbitos na raça parda (71,41%) no Acre e branca no Brasil (49,04%). Considerando o tipo de análise realizada no presente estudo para essa variável, tais resultados não são indicativos de maior risco para determinada raça mas refletem a característica predominante da população nesses locais. Nos resultados de Oliveira Alves *et al.*, (2024), os indígenas apresentaram taxas de mortalidade por suicídio superiores em todos os anos da série 2011 a 2022, seguidos por brancos¹⁴. MACHADO e SANTOS também identificaram que os indígenas apresentaram a maior taxa de mortalidade em dois diferentes anos avaliados: 2000 (8,6/100.000) e 2012 (14,4/100.000). Entre os pardos a mortalidade se elevou passando de 3,3 em 2000 para 5,9 em 2012¹³. A falta de espaço na sociedade pode afetar psicologicamente, aumentando o sentimento de não pertencimento ao local e à sociedade onde vivem, diminuindo a autoestima, a autovalorização e a admiração por seus pares²⁸.

Em relação à faixa etária, no geral, as taxas de suicídio por idade apresentam variações entre diferentes países. Em países de baixa renda, altas taxas têm sido observadas entre adultos jovens. Por outro lado, países como Estados Unidos, Canadá, Austrália, Holanda e Noruega apresentam as maiores taxas em indivíduos de 45 a 64

anos e a partir dos 85 anos¹⁰. No presente estudo, a maioria dos óbitos ocorreu para a faixa etária de 15 a 24 anos no Acre e 25 a 34 anos no Brasil. Entretanto, algumas pesquisas que analisaram coeficientes de mortalidade, o que permite uma comparação dos óbitos considerando o tamanho da população por grupo etário, maiores taxas foram encontradas em idades mais avançadas. Em Santa Catarina, SCHMITT *et al.* (2008) observaram taxas progressivamente mais altas conforme o avanço da idade em todos os anos estudados (1980 - 2005)²⁹. Outro estudo que avaliou a evolução e o perfil dos óbitos por suicídio no período de 2000 a 2012 no Brasil, identificou maiores taxas na faixa etária maior de 60 anos (8,0/100.000 em 2012). Entretanto, o maior crescimento foi observado entre os adultos de 25 a 59 anos e os jovens de 10 a 24 anos¹³.

Em relação ao estado civil, a maior porcentagem de suicídios ocorreu entre os solteiros seguido por casados corroborando com os dados de PEDROSA *et al.* (2018)³⁰. Possivelmente existe uma associação entre a ausência de um companheiro com um quadro de agravamento de saúde mental pela solidão e ausência de redes de apoio, bem como distância emocional de laços familiares e maior tendência ao abuso de substâncias como mecanismo de enfrentamento aos transtornos psiquiátricos³¹. Entre os homens, a falta do senso de conquista de um relacionamento amoroso e familiar estável ao atingir a vida adulta pode ser apontado como uma situação atípica e portanto um fator contribuinte para o agravamento da saúde mental³².

Houve maior frequência de suicídio entre indivíduos com baixa escolaridade, resultado já observado em outros estudos^{13,33}. A escolaridade é um indicador do nível socioeconômico e como tal exerce forte influência nas taxas de suicídio dada sua associação com diversos fatores de risco para esse evento. O baixo nível educacional está associado a mão de obra não qualificada, baixa renda e consequentemente

vulnerabilidade econômica, gerando insatisfação, frustração, estresse, baixa autoestima, levando a sofrimento psíquico e tendência suicida³⁴. Essa característica pode afetar em especial os homens que respondem pela função de provedores, mantenedores e protetores. A incapacidade de exercer esses papéis cobra um grande preço na saúde mental colaborando para a instalação de quadros depressivos, agravamentos de diagnósticos de saúde mental e abuso de álcool e outras drogas³⁵.

Os principais métodos utilizados para o suicídio foram enforcamento, estrangulamento e sufocação corroborando com os resultados de outros estudos no Brasil^{13,25}. A facilidade de acesso a objetos que possibilitam o enforcamento, como cordas ou cintos, é um dos principais fatores que aumentam a probabilidade de que este seja o método escolhido³⁶.

As limitações deste estudo estão associadas ao uso de dados secundários, os quais são reconhecidos por sua suscetibilidade a subnotificações e erros nos registros.

Estudos futuros devem explorar fatores de risco específicos para o suicídio entre mulheres no Acre, dado o crescimento significativo da taxa de mortalidade nesta população. Além disso, investigações mais aprofundadas sobre o impacto de fatores socioeconômicos e culturais no comportamento suicida em diferentes regiões do Brasil podem ajudar a desenvolver políticas públicas mais eficazes e direcionadas. É igualmente importante examinar a eficácia de intervenções preventivas, especialmente no contexto de grupos vulneráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou a crescente tendência de suicídios no Acre e no Brasil, que se manifesta de maneira preocupante pelas elevadas taxas entre homens e crescimento



acentuado entre as mulheres. O aumento observado contraria a tendência global de redução demandando uma reavaliação das estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, com ênfase na criação de políticas públicas mais assertivas e equitativas, alinhadas aos desafios regionais e nacionais.

REFERÊNCIAS

1. Segar LB, Laidi C, Godin O, et al. The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):215. doi:10.1186/s12888-024-05632-3
2. Bonadiman CSC, Naghavi M, Melo APS. The burden of suicide in Brazil: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55–2021. doi:10.1590/0037-8682-0299-2021
3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
4. Conselho Federal de Medicina. Suicídio: informando para prevenir. 2014. Available from: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf
5. Naguy A, Elbadry H, Salem H. Suicide: A Précis! *J Family Med Prim Care*. 2020;9(8):4009-4015. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_12_20
6. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*. 2022;25(4):148-155. doi:10.1136/ebmental-2022-300549
7. Alejos M, Vázquez-Bourgon J, Santurtún M, Riancho J, Santurtún A. Do patients diagnosed with a neurological disease present increased risk of suicide?. *Neurologia (Engl Ed)*. Published online June 22, 2020. doi:10.1016/j.nrl.2020.03.003
8. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>
9. Pires AM, Reis JGM, Garcia FM, Veloso GA, Melo APS, Naghavi M, et al. Suicide mortality among older adults in Brazil between 2000 and 2019 - estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55–2021. doi:10.1590/0037-8682-0322-2021
10. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425. doi:10.3390/ijerph15071425
11. Bertolote JM, Fleischmann A, Butchart A, Besbelli N. Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem. *Bull World Health Organ*. 2006;84(4):260.
12. Lange S, Cayetano C, Jiang H, Tausch A, Oliveira ES. Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000-2019: a cross-sectional ecological study. *Lancet Reg Health Am*. 2023;20:100450. doi:10.1016/j.lana.2023.100450
13. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):45–54. doi:10.1590/0047-2085000000056



14. Oliveira Alves FJ, Fialho E, Paiva de Araújo JA, et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Reg Health Am.* 2024;31:100691. doi:10.1016/j.lana.2024.100691
15. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(3):565–76. doi:10.5123/S1679-49742015000300024
16. Ilic M, Ilic I. Worldwide suicide mortality trends (2000–2019): A joinpoint regression analysis. *World J Psychiatry.* 2022;12(8):1044–1060. doi:10.5498/wjp.v12.i8.1044
17. Brasil. Ministério da Saúde. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico.* 2024;55(4). Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>
18. Oliveira Alves FJ, Fialho E, Paiva de Araújo JA, et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Reg Health Am.* 2024;31:100691. doi:10.1016/j.lana.2024.100691
19. Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015. Available from: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
20. Ruiz AMP, Fernandez MRB, Komoda DS, Treichel CA dos S, Cordeiro RC. Risk and protective factors for suicide: a populational case-control study, Brazil, 2019. *Rev Saúde Pública.* 2023;57:16. doi:10.11606/s1518-8787.2023057004606
21. World Health Organization. *Mental Health and Substance Use.* Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
22. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(2):488–504. doi:10.1111/sltb.12457
23. Batista MN, Carneiro AM, Gomes JO, Cardoso HF. Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do Estado de São Paulo entre 2004 e 2008. *Psicol Pesq.* 2012;6(2):02–12.
24. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2011;72(4):608–616. doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.010
25. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(1):175–87. doi:10.1590/S0102-311X2013000100020
26. Dufort M, Stenbacka M, Gumpert MC. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):413–8. doi:10.1093/eurpub/cku198
27. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(4):573–8. doi:10.1007/s00737-015-0523-8
28. Lee SU, Park JI, Lee HA, Kweon YS, Ahn MH, Hong JP, et al. Changing trends in suicide rates in South Korea from 1993 to 2016: a descriptive study. *BMJ Open.* 2018;8(9). doi:10.1136/bmjopen-2018-023144
29. Schmitt R, Galon T, Nogueira J, Deitos F. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30(2):115–23. doi:10.1590/S0101-81082008000300009
30. Pedrosa NFNC, Souza DM, Andrade RLP, Leite RS, Barbosa AJ. Análise dos principais fatores

epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará. *J Health Biol Sci.* 2018;6(4):399. doi:10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.716.p399-406.2018

31. Choi M, Lee YH. Regional Variation of Suicide Mortality in South Korea. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):1-15. doi:10.3390/ijerph17155457. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32731583>.

32. Kposowa AJ, Ezzat DA, Breault KD. Marital status, sex, and suicide: new longitudinal findings and Durkheim's marital status propositions. *Sociol Spectrum.* 2020;40(2):81-98. doi:10.1080/02732173.2020.1758261. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02732173.2020.1758261>.

33. Mata KCR da, Daltro MR, Ponde MP. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Rev Psicol Divers Saúde.* 2020;74-87. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1254486>.

34. Miranda IMO, Ribeiro RG, Menezes IS, et al. Caracterização da ideação suicida em estudantes universitários. *Rev Univ Vale Rio Verde.* 2018;16(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/rvae/a/vL5pdK8zq9NqrtXbQQFyvdp/?lang=pt&format=pdf>.

35. Kilmartin C. Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *J Men's Health Gend.* 2005;2(1):95-99. doi:10.1016/j.jmhg.2004.10.010. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1016/j.jmhg.2004.10.010>.

36. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009;373(9672):1372-81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60372-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60372-X/fulltext).