UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS (CCSA)

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS E CONTABILIDADE (DFC)

CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ATUARIAIS (CCA)

LENILDA DA SILVA COSME

O MAPA SILENCIOSO DA DOR: ANÁLISE DO IMPACTO DO SUICÍDIO SOBRE A EXPECTATIVA DE VIDA BRASILEIRA

JOÃO PESSOA

2026

LENILDA DA SILVA COSME

O MAPA SILENCIOSO DA DOR: ANÁLISE DO IMPACTO DO SUICÍDIO SOBRE A EXPECTATIVA DE VIDA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais pela Universidade Federal da Paraíba.

Área de concentração: Demografia.

Orientador: Prof. Bel. Hugo Vieira Sá Ferreira Gomes.

JOÃO PESSOA

2026

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C834m Cosme, Lenilda da Silva.
O mapa silencioso da dor: análise do impacto do suicídio na expectativa de vida brasileira / Lenilda da Silva Cosme. - João Pessoa, 2026.
52 f. : il.

Orientação: Hugo Vieira Sá Ferreira Gomes.
TCC (Graduação) - UFPB/CCSA.

1. Mortalidade brasileira. 2. Suicídio. 3. Riscos competitivos. 4. Expectativa de vida. I. Gomes, Hugo Vieira Sá Ferreira. II. Título.

UFPB/CCSA CDU 368(043)

Elaborado por ANDRE DOMINGOS DA SILVA FERNANDES - CRB-15/00730

LENILDA DA SILVA COSME

O MAPA SILENCIOSO DA DOR: ANÁLISE DO IMPACTO DO SUICÍDIO NA EXPECTATIVA DE VIDA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais pela Universidade Federal da Paraíba.

Aprovado em: 26/03/2026

BANCA EXAMINADORA

gov.br Documento assinado digitalmente
HUGO VIEIRA SA FERREIRA GOMES
Data: 07/04/2026 08:03:32-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Prof. Bel. Hugo Vieira Sá Ferreira Gomes
Orientador
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

ICP Brasil Documento assinado digitalmente
SAMARA LAUAR SANTOS
Data: 07/04/2026 10:32:26-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Profa. Ma. Samara Laura Santos
Avaliadora
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

gov.br Documento assinado digitalmente
LUIZ CARLOS SANTOS JUNIOR
Data: 07/04/2026 13:28:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Prof. Dr. Luiz Carlos Santos Júnior
Avaliador
Universidade Federal da Paraíba: UFPB

Dedico este trabalho a Deus e aos meus pais José Inácio e Maria Gorette, por todo o esforço, dedicação e apoio em cada momento de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, expresso minha sincera gratidão a Deus, cuja graça e orientação foram essenciais ao longo de toda esta trajetória. A minha família, especialmente meus pais, avó, irmã e sobrinha, por seu constante apoio em cada etapa do percurso. Manifesto também minha profunda apreciação aos professores e funcionários da coordenação do curso de Ciências Atuariais, bem como à equipe da Biblioteca Setorial, além de todos os colaboradores da Universidade Federal da Paraíba, cujo conhecimento, orientação e suporte foram indispensáveis durante este período.

Aos amigos e colegas universitários que compartilharam comigo momentos de alegria, bem como desafios e dificuldades. Sou grata pelos momentos positivos e pela oportunidade de superar obstáculos, pois são eles que promovem nossa contínua evolução.

Ao meu orientador, Professor Hugo, expresso minha gratidão e respeito por ter aceitado orientar-me e assinalar o caminho percorrido ao longo de todo o estudo. Aos membros da banca examinadora, Ma. Samara e Dr. Luiz, agradeço pelas contribuições por meio de suas preciosas avaliações; à professora responsável pela disciplina, Dra. Vera Lúcia, sou grata pelo compartilhamento de seus conhecimentos e experiência.

O tema abordado nesta pesquisa apresentou-se como um verdadeiro desafio, uma vez que abstrair os sentimentos e tratá-los sob uma perspectiva técnica exigiu esforço e resiliência. O percurso não foi isento de obstáculos; enfrentei fases de leitura densa, as limitações impostas pelo algoritmo e o medo intrínseco à natureza humana. Quando a desistência parecia o caminho inevitável, coincidência ou providência cabe ao credo do leitor, deparei-me com duas mensagens que ressignificaram meu propósito: “Por que estais tão temerosos? Como não tendes fé?” (Marcos 4:40) e “E eis que eu estou convosco todos os dias, até a consumação dos séculos” (Mateus 28:20). Fortalecido por essa convicção, o trabalho seguiu sua trajetória até a conclusão.

“Se precisar, peça ajuda!”

Campanha setembro amarelo

RESUMO

O presente estudo investiga as mudanças na estrutura da mortalidade no Brasil durante o decênio 2014 a 2024, concentrando-se no efeito das causas externas. Aplicando o modelo de riscos competitivos proposto por Chiang (1968), avaliou-se o ganho teórico da expectativa de vida resultante da remoção do suicídio como causa de morte no ano de 2024. Do ponto de vista metodológico, calcularam-se taxas brutas padronizadas para eliminar distorções inerentes à composição etária e elaboraram-se tábuas de mortalidade com base em cenários de probabilidade bruta e líquida. Os achados apontam que as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores Taxas Brutas de Mortalidade (TBM) ao longo do período, sendo que o Sudeste alcançou o valor máximo de 0,57962 em 2024. A exclusão do suicídio evidenciou um acréscimo teórico de 0,52 anos (cerca de seis meses) sobre a expectativa de vida ao nascer em 2024. Verificou-se que os ganhos foram mais pronunciados na população masculina (0,40 anos ao nascer, em comparação com 0,12 anos na feminina), indicando maior vulnerabilidade dos homens em idades produtivas.

Palavras-chave: Mortalidade brasileira. Suicídio. Riscos competitivos. Expectativa de vida.

ABSTRACT

This study investigates shifts in Brazil's mortality structure during the 2014 to 2024 decade, focusing on the impact of external causes. Applying the competitive risk model proposed by Chiang (1968), the research evaluated the theoretical gain in life expectancy resulting from the elimination of suicide as a cause of death in 2024. Methodologically, standardized crude rates were calculated to eliminate distortions inherent to age composition, and life tables were developed based on gross and net probability scenarios. The findings indicate that the Southeast and Northeast regions presented the highest Crude Death Rates (CDR) throughout the period, with the Southeast reaching a peak of 0.57962 in 2024. The exclusion of suicide revealed a theoretical increase of 0.52 years (approximately six months) in life expectancy at birth for the year 2024. The gains were more pronounced among the male population (0.40 years at birth, compared to 0.12 years for females), indicating a higher vulnerability of men during productive ages.

Keywords: Brazilian mortality. Suicide. Competing risks. Life expectancy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA
ASIS - AUTOLESÃO SEM IDEAÇÃO SUICIDA
CAPS - CENTROS DE APOIO PSICOSSOCIAL
CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CID - CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS
DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IML - INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA
MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
MVCI - MORTES VIOLENTAS POR CAUSA INDETERMINADA
OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PUC-RIO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RAPS - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SIH - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES
SIM - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE
SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
TBPM - TAXA BRUTA PADRONIZADA DE MORTALIDADE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO 10
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA 11
1.3 OBJETIVOS 12
1.3.1 Objetivo Geral 12
1.3.2 Objetivos específicos 12
1.4 JUSTIFICATIVA 12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 14
2.1 DEMOGRAFIA E TAXAS DE MORTALIDADE 14
2.2 SUICÍDIO: CONCEITOS E MARCOS LEGAIS 15
2.1.1 A visão sociológica 20
2.1.2 O papel da mídia e a legislação brasileira 21
2.1.3 Prevenção e ação governamental 22
2.3 TENDÊNCIA GLOBAL E BRASILEIRA DE SUICÍDIOS 23
2.4 FATORES ASSOCIADOS AO SUICÍDIO 27
3 METODOLOGIA 30
3.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E MÉTODO DE ANÁLISE 30
3.2 MODELO DE RISCOS COMPETITIVOS 32
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 37
4.1 TAXA BRUTA PADRONIZADA DE MORTALIDADE 37
4.2 EXPECTATIVA DE VIDA E PROBABILIDADES DE MORTE 42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 45
REFERÊNCIAS 47

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O sistema internacional reconhece 193 países sob a égide das Organizações das Nações Unidas (ONU), além de dois Estados observados: Santa Sé e o Estado da Palestina. Dentre esses, apenas 38 adotam políticas públicas específicas voltadas à prevenção do suicídio, configuração considerada insuficiente pela ONU (Worldometer, 2025).

Nesse contexto de políticas limitadas, o panorama divulgado em 2024 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para o agregado dos 193 países, apresentou dados referentes a 2021 indicando que o suicídio constitui a terceira principal causa de óbitos na faixa etária de 15 a 29 anos, com 73% desses casos ocorrendo em países de baixa e média renda. Conforme o relatório, foram registradas aproximadamente 727 mil mortes por suicídio globalmente; nos países de alta renda foi a segunda maior causa de mortalidade entre jovens, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito (OMS, 2024).

Em uma análise mais detalhada e regionalizada, observou-se que o continente americano foi o único a apresentar incremento, com um aumento de 6% em relação a 2010. Especificamente no caso do Brasil, verificou-se uma elevação de 7%, posicionando-o acima da média dos países do referido continente, com uma ocorrência de 1 suicídio a cada 46 minutos (Pozes; Jorge, 2022).

Reforçando este cenário no país, conforme dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), no período de 2010 a 2019, verificou-se um aumento de 43% na taxa geral de suicídios. Ao segmentar por faixa etária, notou-se que, entre adolescentes, a taxa atingiu 6,4 por 100 mil indivíduos, representando um incremento de 81% em relação aos 3,5 por 100 mil registrados no início do período analisado. Tal dado posiciona o suicídio como a quarta principal causa de mortalidade do grupo e no período mencionados (CFM, 2024).

Para que esses dados subsidiem ações de prevenção, de acordo com determinação do Ministério da Saúde (MS), a notificação de tentativas de suicídio e dos agravos associados tornou-se obrigatória, a partir de 2014, por parte das Secretarias Municipais de Saúde. Esses dados são inseridos e disponibilizados no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) no prazo máximo

de 24 horas, Além do registro em saúde, outra frente de atuação reside na forma como os veículos de comunicação reportam os óbitos por suicídio. Essa conduta é feita de maneira sensível (Ministério da Saúde, 2021).

Os mesmos divulgam as mortes por suicídio com sensibilidade, apresentando os fatos de maneira reservada, omitindo motivações, métodos empregados e outros pormenores, visando evitar o sensacionalismo. Essa conduta visa prevenir a ativação de “gatilhos”, fatores desencadeantes em indivíduos predispostos ao suicídio, alinhando-se às diretrizes, premissas e ao código de ética do jornalismo responsável (Oliveira, 2024).

No Brasil, essa abordagem é atualmente sustentada pelo Projeto de Lei nº 1.970/2023, em tramitação na Câmara dos Deputados, o qual dispõe sobre a forma de divulgação de informações relativas às mortes por suicídio realizada pela mídia, incluindo internet, jornais, periódicos, empresas de radiodifusão e agências de notícias. O intuito é desestimular novas tentativas e evidenciar os efeitos prejudiciais para familiares e sobreviventes.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Historicamente, o suicídio consolidou-se como um desafio crítico de saúde pública, apresentando, em escala global, uma incidência superior à de patologias como malária, HIV e câncer de mama (Cordeiro, 2025). Classificado pela CID-10 nos agrupamentos X60 a X84, o fenômeno transcende a esfera clínica para impactar diretamente a gestão de recursos públicos e o estoque de capital humano de uma nação. Conforme aponta Gonçalves (2011), a mitigação do comportamento suicida e de suas complicações não apenas reduziria a pressão sobre os serviços de saúde, como permitiria a redistribuição estratégica de recursos financeiros e sociais.

A mensuração precisa desse impacto sobre os níveis de mortalidade exige ferramentas que isolem o fenômeno de outras causas concorrentes. Nesse sentido, Paes (1985) propõe a aplicação da teoria dos riscos competitivos de Chiang (1968), que, apesar das complexidades inerentes aos modelos de múltiplos decrementos, permite extrair o "peso real" de causas externas na estrutura demográfica. A relevância dessa abordagem torna-se evidente ao observar que, somente em 2023, o Brasil registrou cerca de 24,3 mil internações por tentativas de suicídio, gerando um custo direto de R$ 9.560.804,02 (IPEA, 2023). Para além do ônus fiscal, o fenômeno

acarreta perdas intangíveis, como o "efeito contágio" e a interrupção precoce de trajetórias produtivas.

Entretanto, persistem lacunas significativas no entendimento de como essas mortes alteram a longevidade da população, especialmente diante das profundas disparidades regionais brasileiras. A análise das Taxas Brutas Padronizadas de Mortalidade (TBPM) revela-se, portanto, insuficiente se não for acompanhada de uma métrica que quantifique a perda de tempo de vida. Diante desse cenário de invisibilidade estatística e impacto socioeconômico, o presente estudo busca preencher essa lacuna ao responder à seguinte questão: **qual é o impacto da mortalidade por suicídio sobre a expectativa de vida no Brasil em 2024?**

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar o impacto da mortalidade por suicídios sobre a expectativa de vida brasileira em 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

Para o período analisado:

- Obter as Taxas brutas padronizadas de mortalidade (TBPM) isolando as causas externas de mortalidade e o suicídio [2014-2024];
- Calcular a expectativa de vida para os óbitos por todas as causas e excluindo os óbitos por suicídio, por meio do modelo de riscos competitivos proposto por Chiang (1968) no ano de 2024;
- Comparar os diferenciais da expectativa de vida entre os cenários calculados.

1.4 JUSTIFICATIVA

O suicídio consiste na morte autoprovocada, praticada pelo indivíduo em momentos de elevada vulnerabilidade psicológica, ao perceber essa ação como a única alternativa para cessar o sofrimento mental que enfrenta (Ribeiro, 2018). Certos indivíduos, especialmente ao confrontarem situações extremas que desencadeiam

respostas estressantes, podem desenvolver comportamentos suicidas (Cordeiro, 2025).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio constitui um problema de saúde pública de elevada relevância, figurando entre as dez principais causas de mortalidade global. A incidência é mais significativa na faixa etária de 15 a 34 anos, representando a segunda ou terceira causa de óbito no mundo (OMS, 2024). Dados do DATASUS indicam que, em 2024, foram registrados aproximadamente 14 mil óbitos por suicídio no Brasil, correspondendo a uma média de cerca de 38 casos diários, ou seja, aproximadamente um a cada 45 minutos.

Apesar da magnitude epidemiológica, a investigação sobre o suicídio e as suas causas permanece envolta em tabus e estigmas sociais. Historicamente silenciada, a questão foi rotulada como "pecado" sob a influência de dogmas religiosos e de construções morais e culturais. Essa concepção, profundamente enraizada no tecido social, perpetua o constrangimento e dificulta o diálogo aberto, obstruindo a implementação de estratégias efetivas de prevenção (Barbagli, 2019).

Em contrapartida, frente a esse silenciamento, surgiram movimentos globais de conscientização: nos Estados Unidos, iniciou-se o movimento internacional de combate ao suicídio em 1994; no Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) nacionalizaram, em 2013, a campanha "Setembro Amarelo", com o propósito de ampliar a divulgação da temática, de fomentar parcerias multissetoriais e de promover a conscientização e ampliar parcerias na divulgação da temática (ABP, 2019)

Embora a literatura nacional sobre os determinantes multifatoriais do suicídio seja consolidada na área da Saúde Coletiva, com contribuições de Gonçalves (2011), Duarte (2023) e Cipriano *et al*. (2025), a análise sob a ótica demográfica e atuarial, como proposta neste trabalho, pode contribuir com uma dimensão complementar, permitindo compreender como os óbitos por causas externas impactam a sustentabilidade de modelos previdenciários, operadoras de planos de saúde e os mercados segurador e financeiro. Ao interromper precocemente o ciclo contributivo e produtivo, o suicídio gera distorções na estrutura das pirâmides etárias e pode comprometer o equilíbrio financeiro dos sistemas de proteção social.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo expõe os conceitos da Ciência Demográfica e as principais taxas de mortalidade, além de abordar o suicídio e os seus determinantes, com o objetivo de oferecer uma base conceitual para o desenvolvimento da pesquisa.

2.1 DEMOGRAFIA E TAXAS DE MORTALIDADE

A demografia consolida-se como o campo científico dedicado à análise estatística das populações humanas, investigando variáveis como dimensão, densidade, distribuição espacial e a dinâmica de eventos vitais, com ênfase em natalidade, nupcialidade e mortalidade. Na contemporaneidade, a disciplina expandiu seu escopo para investigar as intersecções entre o crescimento populacional e o desenvolvimento econômico, os impactos de políticas públicas, fluxos migratórios e as transformações na força de trabalho (Britannica, 2025).

Historicamente, a gênese da Demografia Estatística remete à obra de John Graunt (1662), que, ao examinar os *bills of mortality* em Londres, identificou regularidades estatísticas que fundamentaram a primeira tábua de mortalidade da história. Esse pioneirismo permitiu a estimação da composição populacional e de taxas vitais por segmentos específicos, como idade militar e fértil. Posteriormente, Johann Süssmilch (1765) refinou a metodologia ao desenvolver tábuas para a população prussiana, estabelecendo as bases para o aprimoramento global dessas ferramentas (Britannica, 2025).

No cenário brasileiro, o IBGE atua como o órgão proeminente na sistematização desses indicadores. A Tábua de Mortalidade, em particular, constitui um modelo matemático essencial para descrever o comportamento dos óbitos por faixas etárias e projetar a esperança de vida ao nascer (Borges *et al*., 2015). A precisão desses instrumentos revela-se fundamental quando aplicada ao estudo de causas específicas que alteram a estrutura demográfica, como o suicídio.

Em termos globais, OMS para 2021 apontam a ocorrência de aproximadamente 727 mil óbitos por suicídio, o que equivale a um coeficiente ajustado de 8,9 mortes por 100 mil habitantes. Este fenômeno é marcado por uma acentuada desigualdade socioeconômica, com ocorrências concentradas em países de baixa e média renda. Regionalmente, os coeficientes das regiões Africana (11,5), Europeia (10,1), do

Sudeste Asiático (10,1) e das Américas (9,2) superam a média mundial, contrastando com os menores índices registrados no Mediterrâneo Oriental (4,0) e no Pacífico Ocidental (7,5). No recorte de gênero, observa-se uma sobremortalidade masculina sistemática, que atinge patamares críticos de 18,4 na África e 16,3 na Europa, enquanto o Sudeste Asiático se destaca por uma taxa feminina (8,3) significativamente superior à média global de 5,6 (LIMA, 2025).

No Brasil, o suicídio assumiu relevância nas estatísticas de causas externas, representando 6,8% desses óbitos em 2007 (DATASUS, 2009). Embora os indicadores nacionais sejam moderados sob uma perspectiva global, verificou-se um incremento de 21% entre 1980 e 2000, alinhado à tendência de ascensão mundial. Subgrupos específicos, contudo, apresentam cifras alarmantes, comparáveis às de nações de alta incidência, como a Escandinávia. Destacam-se as elevadas taxas entre idosos (acima de 65 anos), o expressivo crescimento entre jovens (15 a 24 anos) e a vulnerabilidade acentuada em comunidades indígenas no Norte e Centro-Oeste, bem como em trabalhadores rurais no Sul (Minayo *et al*., 2012).

A utilização de taxas e coeficientes, definidos pela razão entre eventos observados e o total de eventos passíveis de ocorrência (Prety, 2020) é crucial para mensurar a qualidade de vida e a deterioração dos contextos sociais. O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial, influenciado por variáveis políticas, econômicas, culturais e de gênero que moldam sua prevalência regional (Ferreira Júnior, 2023).

Nesse contexto, as projeções demográficas fornecem subsídios para o planejamento em saúde pública. Segundo Borges *et al*. (2015), as tendências para o período 2000-2030 revelam heterogeneidades regionais significativas, que afetam diretamente a expectativa de vida: as regiões Norte e Nordeste apresentam uma trajetória de elevação da mortalidade por causas violentas em jovens de 15 a 24 anos, com um impacto crescente também sobre o público feminino nesta última. Em contrapartida, a região Sudeste demonstra uma tendência de declínio nas taxas de mortalidade em todas as faixas etárias, enquanto as regiões Sul e Centro-Oeste exibem padrões de variação semelhantes entre si, diferenciando-se apenas na intensidade das oscilações estatísticas.

2.2 SUICÍDIO: CONCEITOS E MARCOS LEGAIS

O termo “suicídio” tem origem na expressão latina “*sui caedere*”, que significa “matar a si mesmo”. A OMS caracteriza o comportamento suicida como um fenômeno global e multifacetado, englobando qualquer ato no qual um indivíduo provoca danos a si próprio, independentemente do desfecho final, tentativa ou letalidade. A definição abrangente do comportamento suicida possibilita sua compreensão como um espectro contínuo, que abrange desde pensamentos e ameaças até sinais e tentativas, culminando no suicídio consumado. A compreensão desses conceitos é essencial para a análise das dimensões relacionadas ao fenômeno, auxiliando a avaliação de risco efetuada pelo profissional de saúde, de acordo com o Manual de orientações para o atendimento a pessoa em risco de suicídio (DF/SES, 2021).

De acordo registros históricos, as práticas punitivas mais frequentes relacionadas ao suicídio diziam respeito ao local e ao rito de sepultamento. Durante os séculos XIII e XIV, na França, indivíduos condenados por suicídio, estupro ou homicídio tiveram seus bens confiscados, suas residências demolidas ou severamente vandalizadas, além de terem suas plantações destruídas por meio de cortes e queima, como medida punitiva. Na Europa do século XVI, os cadáveres de pessoas que cometeram suicídio eram submetidos a ritos públicos de profanação com o objetivo de humilhá-los, expondo-os ao desprezo e escárnio da sociedade. Durante longos períodos, diferentes culturas adotaram a determinação do local e da forma de sepultamento como símbolos de inclusão ou exclusão social. A penalidade mais severa consistia na negação do sepultamento; na Sardenha e na Holanda, no início do século XVII, os corpos eram utilizados como alimento para animais. Na Inglaterra, os cadáveres eram empalados e dispostos em cruzamentos de estradas para serem pisoteados, enquanto na Escócia eram enterrados fora do cemitério, em covas rasas e sem caixão (Barbagli, 2019).

Esses fatos contribuíram para que o suicídio constitua uma manifestação permeada por preconceitos, tabu social, sofrimento e sentimentos ambíguos por parte daqueles que permanecem após ato, além de envolver elementos de mistério numa condição na qual o indivíduo enfrenta duas forças potencialmente conflitantes, possivelmente as mais intensas internalizadas: o instinto de preservação da vida e o medo da morte. Evidências indicam que pessoas em risco de morte eminente potencializam significativamente suas capacidades de sobrevivência, levando-as a adotar comportamentos defensivos que, em circunstâncias normais, seriam inviáveis. Muitas dessas ações são posteriormente difíceis de serem explicadas pelos próprios

indivíduos. Por outro lado, há casos em que indivíduos que superam surpreendentemente o forte instinto de sobrevivência motivados por fatores internos específicos, são levados a cometer atos autodestrutivos fatais (D'Assumpção, 2022).

O comportamento suicida, enquanto fenômeno multifacetado, manifesta-se predominantemente em períodos de crise aguda, nos quais o indivíduo experimenta uma incapacidade temporária de gerir conflitos internos e externos. Essa vulnerabilidade é modulada por vivências subjetivas e determinantes ambientais, que incluem desde disparidades culturais e sociais até exposições a cenários de discriminação, abuso e violência. Sob essa ótica, observa-se que grupos minoritários, a exemplo dos povos indígenas, apresentam taxas de mortalidade significativamente elevadas, refletindo o impacto de contextos de vulnerabilidade acumulada (Cordeiro, 2025).

Paralelamente aos determinantes macroestruturais, evidências sugerem que o contágio social e o isolamento desempenham papéis cruciais na dinâmica do ato. Frequentemente, o distanciamento social é utilizado como estratégia para ocultar a ideação suicida, dificultando a percepção da rede de apoio. Todavia, muitas ações ocorrem de forma impulsiva e sem planejamento prévio, o que, embora aumente o risco imediato, também abre janelas de oportunidade para a intervenção de terceiros em momentos críticos (D'assumpção, 2022).

Adicionalmente, o consumo excessivo de álcool e substâncias ilícitas atuam como um catalisador de riscos. O uso abusivo correlaciona-se ao aumento de episódios de overdose que, mesmo na ausência de uma intenção suicida deliberada, podem ser classificados na literatura como "suicídio inconsciente". A gravidade dessa associação é corroborada por dados epidemiológicos: a incidência de suicídio intencional entre indivíduos com transtornos decorrentes do uso de álcool varia de 12% a 21% (Cassorla, 2017), evidenciando a necessidade de abordagens integradas que considerem a saúde mental e a dependência química como eixos centrais de prevenção.

Somando a isso, o manejo inadequado do sentimento de culpa, incapacidade, isolamento e depressão constituem algumas das causas reiteradas de suicídio, frequentemente agravada pela discrepância entre as ofertas de bens e prazeres promovidos pela mídia e as condições reais de acesso a tais recursos. A exposição contínua a narrativas que exaltam luxo, prazer e comodidades, muitas vezes sustentadas por equipamentos ou atitudes de elevado custo financeiro, evidencia uma

disparidade com a média salarial da população. Tal fenômeno ocorre em diversos países, indicando que o comportamento suicida pode ser consequência de uma sociedade desarmônica e de um ambiente familiar conflituoso. Essa conjuntura, em busca pelo sentimento de pertencimento, pode levar muitos jovens e adultos a recorrerem a estratégias paliativas, como o alcoolismo, o consumo de drogas e outros vícios, buscando anestesiar-se em momentos de alienação. Contudo, ao cessar os efeitos desses comportamentos, ocorre uma frustração que retroalimenta um ciclo vicioso contínuo (D'assumpção, 2022).

Para aprofundar a análise deste fenômeno, faz-se necessário definir os conceitos que compõem o referido espectro. Nesse sentido, o Quadro 1 sintetiza as categorias comportamentais estabelecidas pelo DF/SES (2025), apresentando-as de maneira objetiva e sistemática.

Quadro 1 – Descrição dos comportamentos de pessoas com comportamento suicida.

COMPORTAMENTO	**DESCRIÇÃO**
Intenção suicida	Desejo de que um ato autodestrutivo leve à morte.
Pensamentos de morte	Indicam desesperança ou depressão, sem a característica de ser o agente da própria morte.
Ideação suicida	Pensamento de ser o agente da própria morte.
Plano suicida	Estratégia detalhada para cometer o suicídio, pode ocorrer impulsivamente sem planejamento.
Tentativa de suicídio	Ação autodestrutiva que não resulta em morte, mas tem a intenção de morrer.
Suicídio consumado	Morte autoprovocada por ato intencional
Autolesão sem ideação suicida (ASIS)	Qualquer comportamento intencional de agressão ao próprio corpo, sem intenção de se suicidar, é um comportamento de risco, devendo ser avaliado.
Suicídio oculto	Mortes por afogamento, intoxicação, acidentes de carro ou causas desconhecidas que não são consideradas suicídio.
Sobreviventes do suicídio	Pessoas que perderam alguém próximo por suicídio, também chamadas de enlutados por suicídio.

Fonte: Manual de orientações para o atendimento a pessoa em risco de suicídio (2021).

Complementarmente, alguns comportamentos que devem ser observados incluem: manifestações recorrentes de ideação suicida, episódios de bullying, isolamento social, alterações súbitas na personalidade ou nos comportamentos, disposição inesperada de bens patrimoniais, perda do interesse por atividades sociais,

atitudes agressivas não habituais, gravidez não planejada, consumo abusivo de substâncias psicoativas, resistência à aceitação de término de relacionamentos, obsessão por temas relacionados ao suicídio, experiências de suicídio de indivíduos próximos e tentativas prévias (D'Assumpção, 2022).

As alterações comportamentais podem ocorrer de forma gradual, dificultando a sua identificação e a determinação do momento em que passam a ter significado clínico. Após a decisão do indivíduo de cometer suicídio, há uma aparente tentativa de ocultar o seu estado emocional às pessoas ao seu redor, uma vez que estas apresentam maior probabilidade de detectar seus planos e intervir. Mesmo profissionais especializados na área podem encontrar dificuldades em reconhecer o momento crítico (Clark, 2007).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças, na sua 10ª revisão, o suicídio encontra-se enquadrado como lesões autoprovocadas intencionalmente, abrangendo os códigos X-60 a X-84, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição das Lesões autoprovocadas voluntariamente.

Código	Descrição Técnica	Método
X60 – X69	Lesão autoprovocada voluntariamente	Autointoxicação por exposição drogas, medicamentos e substâncias biológicas.
X70	Lesão autoprovocada voluntariamente	Enforcamento, estrangulamento e sufocação (frequente em estatísticas de óbitos masculinos).
X71	Lesão autoprovocada voluntariamente	Afogamento e submersão.
X72 – X74	Lesão autoprovocada voluntariamente	Disparo de arma de fogo.
X75	Lesão autoprovocada voluntariamente	Uso de explosivos.
X76 – X77	Lesão autoprovocada voluntariamente	Por fumaça, fogo, chamas ou vapor.
X78	Lesão autoprovocada voluntariamente	Por objeto cortante ou penetrante.

X80	Lesão autoprovocada voluntariamente	Por precipitação de um lugar elevado (pular de prédios/pontes).
X84	Lesão autoprovocada voluntariamente	Por meios não especificados.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

2.1.1 A visão sociológica

O sociólogo Émile Durkheim (1897) destacou a complexidade de identificar as causas específicas do suicídio por meio de análises meramente individuais, ressaltando a necessidade de considerar fatores sociais de forma abrangente. Nessa perspectiva, Arthur Dapieve (2007), professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), discute o fenômeno do "contágio" associado ao ato suicida, salientando que tal efeito atinge apenas indivíduos com predisposição prévia. Além disso, o autor afirma que o consumo de informações sobre o tema não constitui, por si só, motivo suficiente para a ocorrência do ato, estabelecendo uma analogia com os efeitos dos noticiários de violência (SHIROSAKI, 2015).

Nessa ótica, o ser humano pode apresentar dificuldades na gestão de desafios e pressões externas quando estes se apresentam de forma intensa, seja devido à fragilidade de suas forças internas ou a uma combinação de ambos os fatores. Ressalta-se que as forças internas possuem potencial decisivo ao influenciar a intensidade dos riscos externos, podendo amplificá-los ou mitigá-los. Portanto, estudar esse fenômeno requer uma visão que envolva várias disciplinas, incluindo saúde, psicologia, sociologia e políticas públicas (Cassorla, 2017).

Essa complexidade estende-se aos ambientes familiares que frequentemente manifestam vergonha, atribuindo ao suicídio uma conduta considerada indigna que deve ser rigorosamente ocultada. Simultaneamente, o sentimento de culpa frequentemente emergente justifica essa postura; contudo, conforme observado, essa conceituação geralmente carece de fundamentação e deve ser combatida. Evidentemente, não há necessidade de divulgar amplamente o ocorrido, nem de ocultá-lo ou mentir a respeito. A sensação de culpa e a busca por alguém a quem imputar responsabilidade diante do suicídio de um ente próximo são naturais, sendo comum atribuir a responsabilidade à própria família ou a algum familiar pela negligência no acompanhamento do comportamento, o que pode gerar conflitos. Uma

investigação aprofundada revela que não há culpados; em vez de questionar “Por quê?”, deve-se passar a indagar “O quê?”, direcionando o foco para ações possíveis após o evento consumado (D'Assumpção, 2022).

Ademais, as condições de vida e trabalho, desde o nascimento até a velhice, constituem componentes dos determinantes sociais da saúde. Esses fatores incluem o ambiente residencial e o contexto de desenvolvimento individual, os quais são diretamente afetados pela distribuição de renda e pelo acesso a recursos essenciais. Tal influência reflete-se na qualidade de vida, na exposição a riscos e nos indicadores de bem-estar e saúde tanto do indivíduo quanto da população em geral (Guimarães, 2020).

Em certas circunstâncias, D'Assumpção (2022) afirma que, o ato suicida pode ser motivado pela intenção de punir indivíduos ao redor que não atendem às suas expectativas. Essas tentativas representam, frequentemente, uma estratégia de intimidação e punição dirigida às pessoas próximas. Observadores distantes, como amigos, colegas de trabalho ou lazer, frequentemente detectam sinais de comportamento atípico em indivíduos, contudo, aqueles que estão no centro da crise nem sempre conseguem identificar tais sinais. Dessa forma, especialmente na ausência de intervenção eficaz para prevenir a tragédia, cabe aos observadores demonstrarem respeito e prudência ao evitar julgamentos sobre possíveis omissões dos familiares.

2.1.2 O papel da mídia e a legislação brasileira

O Brasil, em conformidade com as diretrizes da OMS, que prioriza a prevenção do suicídio na agenda de saúde pública, promulgou a Lei nº 13.819, de 26 de dezembro de 2019 que institui as normas de políticas de prevenção acerca do suicídio, proibindo a incitação, por meio da internet, à realização de ações que possam comprometer a saúde de terceiros, com pena de reclusão de um a quatro anos e multa. Além disso, estabelece o aumento das penalidades em situações envolvendo vítimas vulneráveis, tais como menores de idade, idosos ou indivíduos com deficiência mental. O crescimento de fenômenos como o "jogo da baleia azul", que virtualmente propunha desafios foi associado a mais de 100 suicídios em âmbito mundial (Agência Senado, 2019), recentemente essa Lei está sendo alterada pelo Projeto de Lei nº 1.970/2023, motivado pelo caso Jessica Canedo, cuja ampla repercussão midiática

no Brasil, associada à disseminação de informações falsas e à ausência de responsabilidade por perfis em redes sociais, contribuiu para o suicídio da jovem (Oliveira, 2024).

As legislações em questão têm por objetivo regulamentar a divulgação de notícias e reportagens relacionadas a casos de suicídio e tentativas de suicídio. O texto estabelece diretrizes para a veiculação dessas informações, incluindo a proibição da exibição de imagens, descrições de métodos e motivações, bem como cartas e outros elementos; contudo, permite expor o sofrimento ou as sequelas enfrentadas por familiares e sobreviventes. Ademais, prevê sanções pelo descumprimento das normas, com penalidades que variam de vinte a cem salários-mínimos vigentes, podendo ser duplicadas em caso de reincidência (Brasil, PL 1.970/2023).

Nesse panorama, a mídia responsável no Brasil alinhou-se aos instrumentos normativos, às premissas editoriais, às diretrizes das instituições de ensino superior de jornalismo e às orientações da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), as quais recomendam abordar a questão como um problema de saúde pública. Em Portugal, o Manual de Jornalismo permite que o profissional recuse a cobertura do suicídio caso este não tenha ocorrido em espaço público. No Reino Unido, veículos como *The Guardian* e BBC evitam especulações que possam sugerir uma única causa para o ato, abstendo-se de exibir imagens ou divulgar detalhes sobre locais específicos, além de respeitar o luto dos familiares (Oliveira, 2024).

2.1.3 Prevenção e ação governamental

O Dia Mundial de Combate ao Suicídio, comemorado em 10 de setembro, teve sua origem no ano de 1994 nos Estados Unidos da América, sendo inspirado na história de Mike Emme, que atentou contra a própria vida aos 17 anos de idade. Após o falecimento do jovem, que era reconhecido por sua generosidade, extroversão e habilidade em mecânica, seus amigos e familiares criaram o programa "*Yellow Ribbon*" (Fita Amarela), em homenagem a um Ford Mustang 1968 que Mike havia restaurado e pintado. A repercussão do evento se deu devido à incapacidade de detecção precoce dos comportamentos e ações do jovem, o que resultou na perplexidade daqueles que conviviam com ele (TJES, 2024).

A campanha internacional “Setembro Amarelo” ganhou notoriedade no Brasil a partir de 2013, impulsionada por Antônio Geraldo da Silva, então presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). A partir de 2014, a ABP, em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), assumiu a responsabilidade pela divulgação da iniciativa e pela mobilização de parceiros em todo o país para promover essa causa (ABP, 2025).

Embora o suicídio tenha sido reconhecido como prioridade de saúde pública no Brasil em 2006 foi apenas entre 2017 e 2020 que o Ministério da Saúde lançou a agenda de ações para prevenção, alinhada com a OMS. Apesar de iniciativas para promover a saúde, prevenir o suicídio e apoiar vítimas, os resultados na redução das taxas ainda não são evidentes, possivelmente devido à recente implementação dessas medidas (Soares *et al.*, 2022).

Nesse âmbito normativo, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, em seu artigo 4º, estabeleceu a obrigatoriedade da notificação de tentativas de suicídio e dos agravos a elas relacionados. Em consonância com essa regulamentação, as Secretarias Municipais de Saúde foram incumbidas de registrar tais ocorrências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa inserção de dados, com prazo máximo de 24 horas, visa a obtenção de informações epidemiológicas que possam subsidiar a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde voltadas à prevenção e ao controle do agravo.

A partir desse suporte epidemiológico, o Ministério da Saúde tem implementado políticas de saúde mental, consolidando o o Brasil, em 2024, entre os países com as maiores redes de atenção à saúde mental no mundo. A proporção de unidades dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) por 100 mil habitantes atingiu 1,13. Nos últimos dois anos, houve incremento expressivo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a habilitação de 603 novos serviços, totalizando atualmente 6.379 unidades na rede, o que indica uma tendência de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental (DESMAD, 2024).

2.3 TENDÊNCIA GLOBAL E BRASILEIRA DE SUICÍDIOS

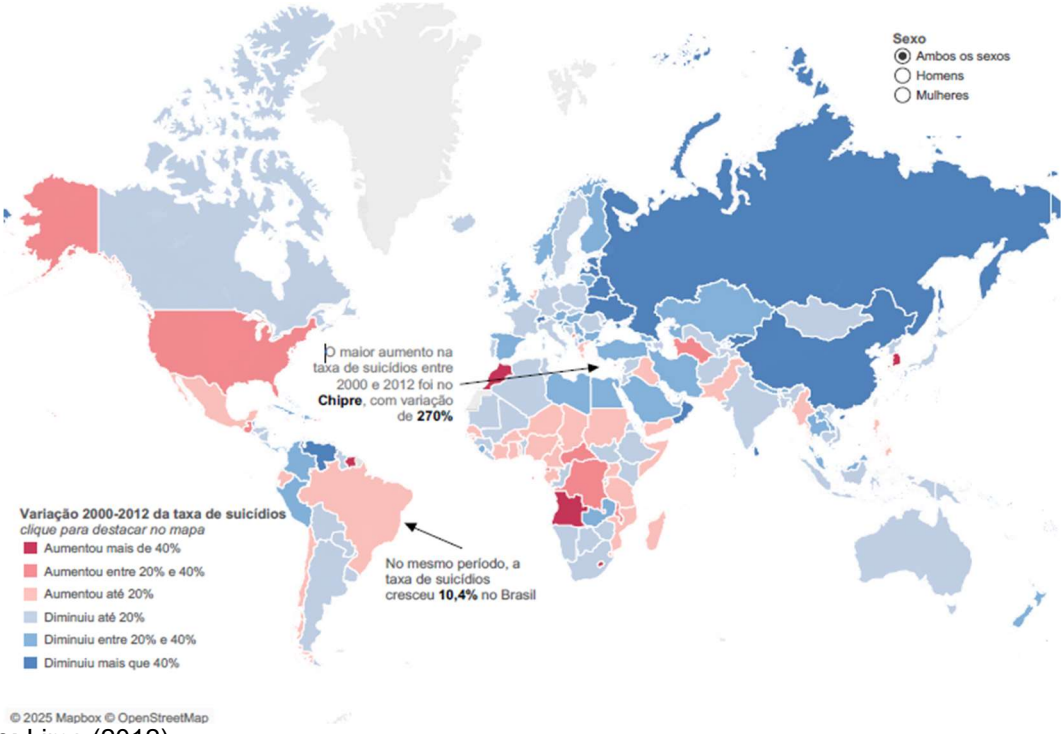
A análise histórica do suicídio revela padrões distintos de incidência ao longo dos séculos. No final do século XVII, na Rússia, registraram-se episódios de suicídio

em massa envolvendo cerca de 20 mil integrantes do movimento religioso "Velhos Crentes". Contudo, o incremento mais expressivo desses eventos ocorreu no século XVIII na Europa Ocidental, especialmente na Inglaterra, onde o fenômeno entre a nobreza e as classes cultas ficou conhecido como "o mal inglês", documentado em obras como *The English Malady*. Curiosamente, ao longo do século XIX, o crescimento dessas taxas na Inglaterra foi mais lento em comparação a países da Europa Central e Setentrional (como Alemanha e Polônia), que possuíam níveis econômicos inferiores, sugerindo que o risco de suicídio já apresentava variações (Barbagli, 2019.)

No início do século XX, esse cenário se consolidou com a Europa Oriental apresentando as maiores taxas globais. Países como Rússia, Lituânia, Hungria e Áustria exibiram índices superiores a 25 casos por 100 mil habitantes anuais. Nos anos subsequentes, embora essas taxas tenham sofrido declínio, a maior precisão nos registros demográficos permitiu identificar que o fenômeno passava a apresentar valores elevados em outras nações, alterando o eixo de concentração da mortalidade por essa causa (Cassorla, 2017).

A configuração atual do fenômeno reflete uma transição para países em desenvolvimento. Em 2012, constatou-se que 75% dos suicídios ocorreram em nações de renda média e baixa. No período entre 2000 e 2012, observaram-se variações alarmantes em países como Chipre (+270%), Coreia do Sul (+109%) e Angola (+50,3%), evidenciando que a dinâmica do suicídio não é estática. A distribuição global dessas taxas, considerando ambos os sexos, pode ser observada graficamente no mapa da Figura 1 (Lima, 2012).

Figura 1 – Distribuição mundial das taxas de suicídio entre 2000 e 2012, para ambos os sexos.



Fonte: Lima (2012).

No âmbito mundial contemporâneo, o suicídio segue como uma das principais causas de mortalidade. De acordo com a OMS, é um fenômeno global alarmante, registrando cerca de 800 mil casos anuais, uma morte a cada 40 segundos, número que supera as vítimas de guerras e desastres naturais. Em 2019, a taxa global foi de 9,0 por 100 mil habitantes, representando 1,3% dos óbitos daquele ano. Enquanto a taxa global de óbitos oscila historicamente entre 9 e 10 por 100 mil habitantes, cenários regionais apresentam variações drásticas: o Sudeste Asiático atinge 17,7, enquanto países como Itália (4,7) e Espanha (5,1) mantêm índices menores. Apesar de a maioria dos países ter reduzido os casos em 36% entre 2000 e 2019, as Américas tiveram um aumento de 7% (Soares *et al*., 2022).

É nesse contexto americano que o Brasil se insere. Com uma população superior a 200 milhões de habitantes, o país é o maior da América do Sul e ocupa a quinta posição em extensão territorial mundial. Sua estrutura administrativa é composta por 26 unidades federativas e um Distrito Federal, organizados em cinco regiões geográficas: Sudeste, Sul, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. As diferenças socioeconômicas, culturais e sociais presentes em cada uma dessas regiões

influenciam diretamente as variações nas taxas de prevalência de suicídio (Soares *et al*., 2022).

Atualmente, o Brasil ocupa a 8ª posição mundial em números absolutos de suicídios, embora caia para o 71º lugar em termos relativos. A taxa nacional, tradicionalmente entre 6,5 e 7,5, é inferior à de países como Coreia do Sul e Lituânia e configura entre as menores taxas de mortalidade por esse motivo no mundo. Contudo, estudos indicam a possibilidade de que os dados oficiais sobre suicídio frequentemente subestimem a incidência real, podendo a quantidade de ocorrências ser até quatro vezes superior ao registrado. Essa discrepância resulta de dificuldades na quantificação e no registro preciso dos atos suicidas, incluindo suicídios ocultos, além do estigma social relacionado ao tema, fatores que contribuem para a subnotificação (Silva, 2013).

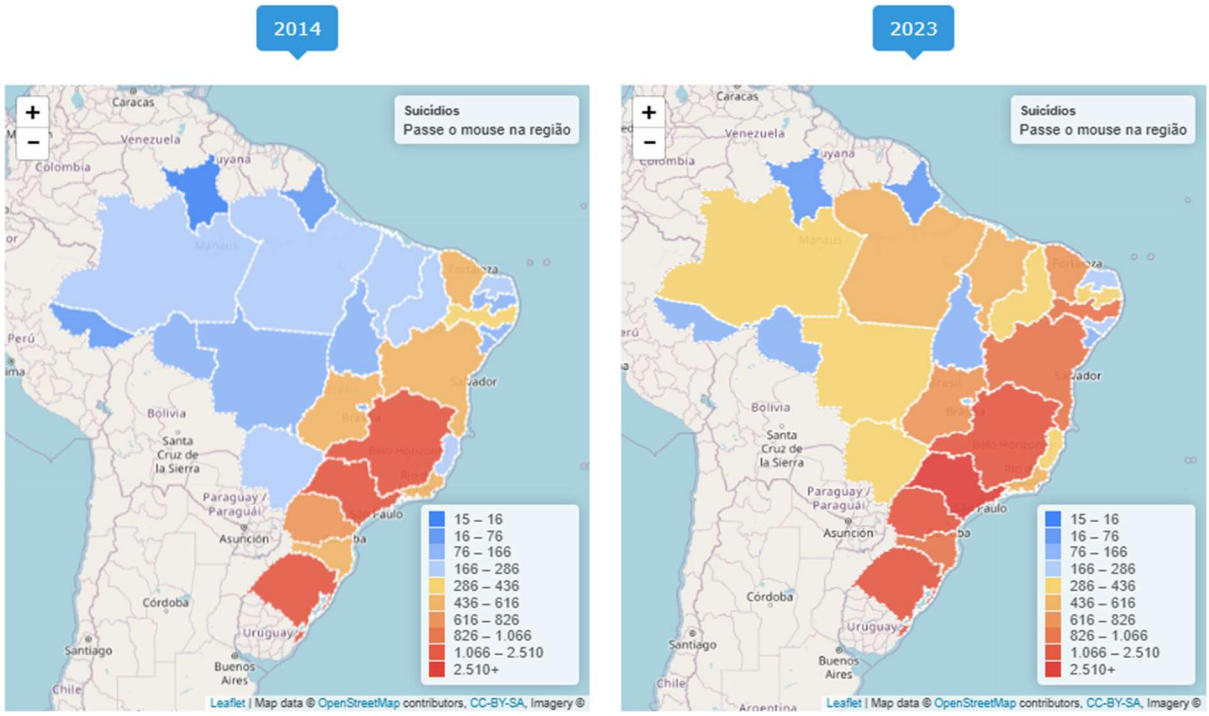
Apesar da taxa relativamente baixa, o cenário brasileiro preocupa pela tendência: há um aumento contínuo de casos ao longo de duas décadas, com incidência crítica entre jovens e populações indígenas (Fiocruz, 2014). Além disso, o fator sexo é determinante, com homens apresentando o dobro do risco em comparação às mulheres. A distribuição geográfica revela valores mais elevados na região Sul, possivelmente atribuíveis a uma complexa interação de fatores socioeconômicos e biográficos. Entre os principais impulsionadores em território nacional destacam-se a vulnerabilidade econômica, disparidades regionais, o acesso a serviços de saúde e questões de identidade. Eventos traumáticos como a exposição à violência, conflitos familiares e o histórico de saúde mental do indivíduo exercem papel decisivo na compreensão desse cenário (Gonçalves, 2011).

Historicamente, os padrões de suicídio apresentam variações significativas entre as diferentes regiões brasileiras. Um estudo revelou que, entre os anos de 2000 e 2012, as regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentaram aumento nos casos, enquanto a região Sul registrou uma redução e o Centro-Oeste manteve-se estável. Em todas as regiões, observou-se maior incidência entre homens e na faixa etária de 20 a 29 anos. As maiores taxas de mortalidade por suicídio foram identificadas nas regiões Sul e Centro-Oeste; embora essas regiões tenham apresentado tendência de declínio nos índices naquele período, as demais áreas demonstraram crescimento nesse indicador (D'Eça, 2019).

Essa tendência de crescimento em várias áreas foi confirmada e intensificada por dados mais recentes. O Brasil apresentou um aumento significativo na incidência

de suicídios, com um crescimento de 43% entre 2011 e 2020, registrando 115.469 ocorrências. A taxa de 6,5 óbitos por 100 mil habitantes atingiu 6,68 em 2020. Apesar de uma tendência de aumento em ambos os sexos ao longo desse período (variações anuais de 0,23% para mulheres e 1,19% para homens), não houve intensificação durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19, mantendo-se estáveis em 2020. A mortalidade por suicídio cresceu em todas as regiões do país na última década, sendo mais acentuada no Sul (Soares *et al*., 2022). Essa evolução geográfica e quantitativa recente pode ser visualizada na Figura 2, que traz uma análise estático-comparativa dos anos de 2014 e 2023.

Figura 2 – Análise estático-comparativa do número de suicídios no Brasil em 2014 e 2023



Fonte: IPEA (2023).

O mapa mostra os estados brasileiros coloridos de acordo com o número de suicídios. Em 2014, a maioria dos estados com os maiores números (laranja e vermelho) estava nas regiões Sul e Sudeste, com alguns focos no Nordeste. Os estados do Norte e do Centro-Oeste apresentavam, em geral, um número menor de casos (cores azuis e claras). Em 2023, observa-se o aumento geral nos números. A concentração de casos mais altos se expandiu para o Centro-Oeste e o Nordeste, enquanto os estados do Norte também mostram um aumento, passando para tons de

azul mais claro e amarelo. As regiões Sul e Sudeste continuam com alta incidência e, em alguns estados, os números se intensificaram significativamente.

2.4 FATORES ASSOCIADOS AO SUICÍDIO

Mundialmente, a incidência de suicídio prevalecia com maior ocorrência na população idosa, entretanto, essa tendência sofreu modificações a partir da década de 1990. As taxas de mortalidade por suicídio variaram internacionalmente, sendo influenciadas por fatores culturais, regionais, sociodemográficos e pelas metodologias empregadas na coleta e registro dos óbitos. No contexto brasileiro, estudos indicam que a subnotificação e a qualidade das informações nos atestados de óbito podem resultar na subestimação das taxas reais de suicídio (Lovisi, 2009).

Diversos fatores sociodemográficos, como religião, nível socioeconômico, estado civil, migração, faixa etária e etnia, influenciam o comportamento suicida. Há evidências de que os cristãos apresentam menor incidência de suicídio, possivelmente devido às doutrinas religiosas. Quanto ao nível socioeconômico, os estudos são controversos: alguns sugerem que a pobreza pode proteger contra o suicídio, enquanto outros associam períodos de recessão econômica ao aumento das taxas, especialmente em classes de menor renda, onde a perda do provedor familiar causa desestruturação familiar. Essa situação pode predispor crianças e adolescentes a problemas emocionais, já que muitos casos de suicídio têm origem em ambientes familiares desestruturados agravados pela pobreza (Cassorla, 2017).

Dados estatísticos mostram que pessoas casadas e adultas têm menor propensão ao comportamento suicida, enquanto refugiados, devido à migração forçada, apresentam maior incidência. Os jovens são mais vulneráveis ao suicídio, e entre etnias, negros e porto-riquenhos nos Estados Unidos apresentam maior risco. Os atos suicidas podem ser influenciados pelo ambiente escolar, como observado em países como Japão e Alemanha, onde o fracasso acadêmico é visto como motivo de vergonha. Além disso, há aumento de suicídios durante períodos de exames ou transições acadêmicas, especialmente entre estudantes de instituições renomadas, como Oxford, Cambridge e Harvard, devido às altas exigências acadêmicas e pressão emocional. No Brasil, essa mesma tendência é identificada em estudantes de medicina propensos a crises emocionais (Cassorla, 2017).

Segundo especialistas, uma das estratégias eficazes no enfrentamento do ato suicida consiste na prática de escuta ativa. Diante de uma sociedade cada vez mais acelerada e marcada pelo distanciamento interpessoal, onde os relacionamentos tornam-se automatizados e incapazes de demonstrar empatia genuína por meio de respostas estereotipadas, a atenção deve ser direcionada à compreensão sem julgamento ou evasão do tema. É fundamental assimilar cada palavra, pensamento e sentimento expressos pelo indivíduo. A abordagem empática deve prevalecer sobre atitudes de piedade ou simpatia superficial (D'Assumpção, 2022).

Ao contrário do senso comum, crises sociais nem sempre aumentam as taxas de suicídio os resultados variam de acordo com fatores como país, gravidade do evento, gênero, localização e duração do evento. Em contextos de guerra ou grandes tragédias, muitas vezes há uma redução nas taxas de suicídio devido ao fortalecimento da coesão social. Durante a pandemia de COVID-19, a relação com a saúde mental foi complexa; relatos de países como Japão e Austrália indicam que, no início da crise, as taxas de suicídio não aumentaram e, em alguns casos, diminuíram. Assim, a relação entre crises e suicídio é multifatorial e requer estudos aprofundados para entender os mecanismos por trás das variações observadas (Soares *et al.*, 2022).

Somam-se a isso os fatores de riscos individuais, estudos acadêmicos evidenciam que antecedentes de tentativas prévias, transtornos mentais, em particular depressão e dependência de substâncias, ausência de suporte social adequado e histórico familiar de suicídio constituem elementos de vulnerabilidade. Além disso, eventos estressantes e variáveis sociodemográficas, como condição de pobreza, desemprego e baixos níveis de escolaridade, também podem desempenhar papel relevante na amplificação do risco suicida. No Brasil, em 2016, a taxa de suicídio entre homens foi quatro vezes maior que a das mulheres, atingindo 8,7 por 100 mil habitantes. As taxas mais altas ocorrem em pessoas com 70 anos ou mais e com até três anos de escolaridade; entre os estados, o Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul (Ribeiro *et al.*, 2021).

3 METODOLOGIA

Ao passo que os dados analisados foram submetidos ao modelo competitivo de múltiplos riscos de Chiang, de acordo com Marconi (2022) a pesquisa torna-se experimental baseada em metodologia quantitativa, esta assegura a confiabilidade devido ao rigor matemático-estatístico e ao controle sistemático das variáveis. Essa abordagem pode ser aplicada tanto em ambientes laboratoriais quanto em outros contextos, desde que seguidos procedimentos padronizados. Quando o objeto de estudo não envolve seres humanos, as limitações relacionadas à aplicação dessa metodologia são reduzidas.

3.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E MÉTODO DE ANÁLISE

Os dados referentes as mortes por causas externas foram segmentados em subgrupos de causa, faixa etária, sexo e região do país, provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS) e categorizados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), CID-BR-10 no período de 2014 a 2024. As mortes por fatores externos foram classificadas em cinco subgrupos, de acordo com suas similaridades.

Subgrupo I – Acidentes de trânsito: pedestre vítima de trauma em acidente de transporte; ciclista vítima de trauma em acidente de transporte; motociclista vítima de trauma em acidente de transporte; ocupante de triciclo motorizado vítima de trauma em acidente de transporte; ocupante de automóvel vítima de trauma em acidente de transporte; ocupante de caminhonete vítima de trauma em acidente de transporte; ocupante de veículo de transporte pesado vítima de trauma em acidente de transporte; ocupante de ônibus vítima de trauma em acidente de transporte; outros acidentes de transporte terrestre; acidentes de transporte por via aquática; acidentes de transporte aéreo e espacial; demais acidentes de transporte e casos não especificados.

Subgrupo II — Agressões.

Subgrupo III — Morbidades por causas externas: eventos cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra; efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas utilizados com finalidade terapêutica; acidente ocorrido em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos; incidência adversa relacionada a atos diagnósticos e terapêuticos associados a

dispositivos médicos; reação anormal e complicações tardias de procedimentos cirúrgicos e médicos sem menção de acidente; sequelas decorrentes de causas externas de morbidade e mortalidade; fatores suplementares relacionados a causas de morbidade e mortalidade (COP).

Subgrupo IV – Riscos externos: quedas; exposição a forças mecânicas inanimadas; exposição a forças mecânicas animadas; afogamento e submersão acidentais; outros riscos acidentais à respiração; exposição a correntes elétricas, radiação e a pressões e temperaturas extremas do ambiente; exposição à fumaça, ao fogo e às chamas; contato com fontes de calor ou substâncias quentes; contato com animais e plantas venenosos; exposição às forças da natureza; envenenamento acidental e exposição a substâncias nocivas; excessos de esforço, viagens e privações; exposição acidental a outros fatores e a fatores não especificados.

Subgrupo V – Suicídios: Lesões autoprovocadas intencionalmente.

Os subgrupos mencionados representam os decrementos, a abordagem de múltiplos decrementos refere-se à hipótese de que diversos riscos de mortalidade, competitivos de maneira contínua, influenciam a sobrevivência do indivíduo. Essa perspectiva deve ser considerada na análise da mortalidade associada a causas ou grupos específicos (Souza, 2017).

No cenário brasileiro, o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), embora reconhecido internacionalmente por sua confiabilidade, apresenta limitações na coleta de dados relativos às causas externas de óbito, as quais são legalmente registradas pelos Institutos de Medicina Legal (IML). Tais lacunas podem ocasionar subnotificação, comprometendo a precisão das análises epidemiológicas e consequentemente o planejamento de ações preventivas. Embora tal limitação possa ser mitigada por meio da redistribuição de códigos genéricos (*garbage codes*) em estudos complementares, para fins desse estudo, tais registros foram consideradas como mortes indeterminadas (Gianvencchio; Jorge, 2022).

O procedimento utilizado na análise consistiu na limpeza e reorganização de dados demográficos, abrangendo informações referentes ao ano, sexo, faixa etária, região e mortalidade. Em seguida, realizou-se a integração dos dados populacionais e de mortalidade para o cálculo das taxas brutas de mortalidade por 1.000 habitantes. Foram estabelecidos também os cálculos das taxas de mortalidade, probabilidades de óbito e demais componentes das tábuas de mortalidade. O impacto demográfico do fenômeno foi mensurado por meio da comparação entre o cenário real e um cenário

hipotético de exclusão de suicídios, o que permitiu aferir os diferenciais na expectativa de vida.

A operacionalização dos dados foi realizada mediante o uso de modelagem estatística pelo software Microsoft Excel para o tratamento tabulação e geração de visualizações gráficas.

3.2 MODELO DE RISCOS COMPETITIVOS

A Tábua de Vida de Múltiplos Decrementos é utilizada para analisar situações em que indivíduos estão expostos a diferentes causas de morte. O método de Chiang baseia-se no pressuposto de que cada óbito deriva de uma única causa, admitindo que as forças de mortalidade específicas operam de forma proporcional e independente ao longo do tempo.

A construção de tábuas de múltiplos decrementos possibilita estimar a expectativa de vida em dois cenários. No primeiro, considera-se o conjunto de todas as causas de morte atuando simultaneamente sobre a população, o que resulta na medida convencional de expectativa de vida. No segundo, procede-se à exclusão teórica de uma causa específica de óbito, no caso, suicídios, recalculando-se as probabilidades de morte a partir das probabilidades líquidas. A comparação entre os resultados obtidos indica o ganho potencial em anos de vida que seria observado caso a causa em questão fosse eliminada. Essa abordagem permite avaliar a importância relativa de diferentes grupos de causas na determinação da mortalidade, bem como quantificar o efeito da sua eliminação sobre a longevidade média da população (Chiang, 1968; Paes, 1985).

As probabilidades necessárias para a construção da tábua, em um intervalo etário (x_i, x_{i+1}), são:

- Probabilidade de sobrevivência (p_x): probabilidade de um indivíduo vivo em x_i alcançar x_{i+1}.
- Probabilidade de morte (q_x): probabilidade de um indivíduo vivo em x_i falecer no intervalo (x_i, x_{i+1}), sendo q_x=1-p_x.
- Probabilidade de morte por causa específica ($q_x^{(j)}$) – bruta: probabilidade de um indivíduo em x_i falecer por uma causa j, na presença das demais.

- Probabilidade de morte por causa específica – líquida: probabilidade de um indivíduo em x_i falecer por uma causa j, considerando a eliminação das demais causas de morte.

Do ponto de vista analítico, a utilização das Taxas Específicas de Mortalidade (TEM) isoladamente impõe desafios à interpretação dos níveis globais de mortalidade, uma vez que a multiplicidade de indicadores e a variabilidade dos riscos por idade dificultam uma síntese comparativa precisa entre diferentes localidades. Para superar essa fragmentação e viabilizar a comparação direta entre as regiões brasileiras, que possuem estruturas etárias heterogêneas, empregou-se a Taxa Bruta de Mortalidade Padronizada (TBMP) como métrica central de ajuste.

Conforme a literatura clássica de Carvalho, Sawyer e Rodrigues (1998), a técnica de padronização atua no sentido de neutralizar o efeito da composição por idade, permitindo identificar os reais diferenciais de mortalidade que não decorrem apenas do envelhecimento populacional de cada região. Procedimentalmente, estima-se o volume de óbitos esperados em uma população hipotética, aplicando-se as taxas específicas da população em estudo à distribuição etária de uma população-padrão (referencial nacional).

Essa metodologia, amplamente consolidada em análises epidemiológicas do DATASUS/SIM, elimina distorções demográficas e isola o peso das causas externas, como o suicídio, no cenário nacional. O cálculo fundamenta-se no somatório do produto entre a taxa específica de cada faixa etária i pela proporção correspondente na população-padrão, expressa neste estudo por 100.000 habitantes, conforme a equação:

$$TBPM = TEMi \times \frac{P\ padrão, i}{P\ padrão, total} \times 1000 \quad (1)$$

Onde:

$TEMi$= Taxa de Mortalidade Específica para a faixa etária i. É calculada dividindo os óbitos daquela faixa pela população da mesma faixa no local estudado.

$P\ padrão, i$ = População da faixa etária i na população padrão (referência).

$P\ padrão, total$= População total padronizada (a soma de todos os $P\ padrão, i$).

$\frac{P\ padrão,\ i}{P\ padrão,total}$ = Este termo representa o peso (ponderação) da faixa etária i na estrutura da população de referência.

1000 = Fator de multiplicação (base) para expressar o resultado final a cada 100 mil habitantes, facilitando a visualização e comparação estatística.

A elaboração das tábuas de múltiplos decrementos hipotéticos teve como ponto de partida o cálculo das Taxas Específicas de Mortalidade, considerando:

n = o tamanho do intervalo;

x = o limite inferior do grupo etário;

j = a causa.

Procede-se ao cálculo da taxa central de mortalidade, definida como a razão entre o número de óbitos em faixa etária específica e o tempo de sobrevivência dos indivíduos dessa faixa etária durante o ano.

Para determinar o tempo médio de vida dos indivíduos falecidos no intervalo de "x" a "$x+n$", adotando a hipótese de mortalidade uniforme, presume-se que esses indivíduos viveram, em média, metade do referido intervalo.

Uma alternativa é analisar o contingente de pessoas vivas em diferentes faixas etárias ao longo de dois pontos distintos no tempo. Nessa abordagem, convencionase designar o número de sobreviventes no momento inicial como i_0 enquanto os sobreviventes observados no intervalo seguinte são identificados como i_{0+1}, mantendo-se essa lógica de nomenclatura para os períodos subsequentes. Para as faixas etárias iniciais, não se considera a mortalidade constante, uma vez que os óbitos se concentram principalmente no primeiro ano de vida; portanto para a idade zero, foi atribuído o valor de 1; a partir da idade um, o valor de 0,5 foi tomado como valor médio em todas as idades. Cordeiro (2014).

A probabilidade de sobrevivência, estimativa da probabilidade de um indivíduo na idade "x" alcançar, pelo menos, a idade "$x + n$", equivale a:

$$nPx = \frac{lx+n}{lx} \tag{2}$$

Onde:

nPx = probabilidade de sobreviver da idade x à idade $x+n$

$lx{+}n$ = número de sobreviventes a idade $x{+}n$

lx = número de sobreviventes na idade x

Os dados referentes ao número de sobreviventes e óbitos foram obtidos da tabela de mortalidade do IBGE para o ano de 2024.

Desconsiderando os óbitos decorrentes de suicídio, obtém-se a probabilidade de morte ($nqx.\delta$). Adota-se, assim, a probabilidade de óbito calculada considerando todas as causas exceto a que está sendo analisada, caracterizando-se, portanto, como a probabilidade de morte líquida.

$$nqx,\delta = 1 - n\hat{P}x \left(\frac{n\ \acute{O}bitos\ x, j - n\ \acute{O}bitos\ x, \delta, j}{n\ \acute{O}bitos\ x, j} \right) \tag{3}$$

Define-se como o volume total de existência o somatório cumulativo dos anos de vida remanescentes de uma coorte, desde uma idade específica x até o completo exaurimento do grupo. Trata-se, essencialmente, do monitoramento longitudinal de uma população teórica até que todos os seus componentes atinjam o óbito.

$$Tx = \frac{1}{2} \cdot lx + \sum_{t=1}^{w-x} lx{+}t \tag{4}$$

Calcula-se, por fim, o tempo médio adicional de vida projetado para os sobreviventes de uma faixa etária específica, considerando o padrão histórico ou atual de óbitos nessa população: a expectativa de vida. Trata-se de um indicador a ser comparado entre os cenários analisados.

$$e_0^x = \frac{Tx}{lx} \tag{5}$$

Dessa forma, a análise comparativa entre a expectativa de vida bruta e a líquida permite isolar a contribuição de causas específicas, como o suicídio, na estrutura de mortalidade vigente. Ao mensurar o ganho potencial em anos de vida resultante da eliminação teórica dessa causa externa, o indicador deixa de ser uma simples métrica

de sobrevivência para tornar-se uma ferramenta diagnóstica da saúde pública e do impacto psicossocial na dinâmica demográfica.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

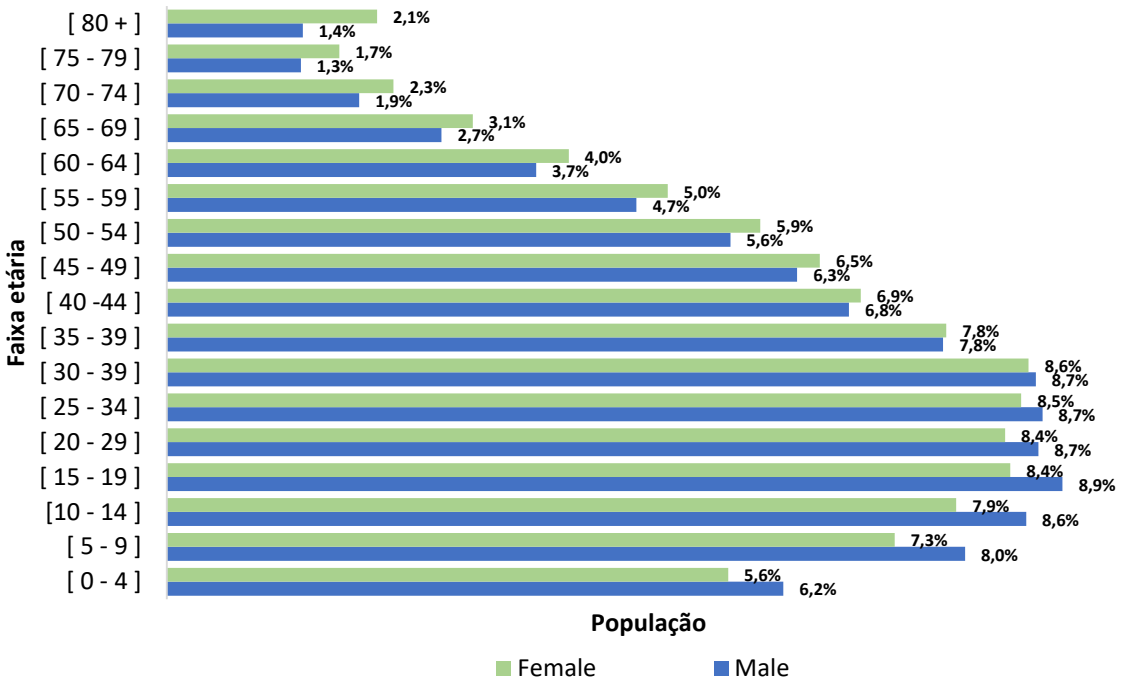
Esta seção expõe a análise descritiva das taxas de mortalidade por causas externas (taxas brutas de mortalidade) observadas na população, bem como os principais resultados obtidos a partir da aplicação do modelo de Riscos Competitivos proposto por Chiang (1968) ao objeto de estudo. Por fim, apresentam-se os achados relativos ao ganho da expectativa de vida da população, por sexo, ao nascer, aos 30 anos e aos 65 anos, para o ano de 2024, considerando a hipótese de exclusão do suicídio como causa de óbito.

4.1 TAXA BRUTA PADRONIZADA DE MORTALIDADE

A taxa bruta padronizada de mortalidade (TBPM) foi a métrica demográfica usada para comparar as taxas de mortalidade entre populações com estruturas etárias diferentes. De acordo com Firmo (2025), ela ajusta as taxas brutas de morte por idade, utilizando uma população padrão (no caso, a brasileira) para eliminar distorções causadas por variações demográficas, permitindo análises mais precisas em estudos populacionais.

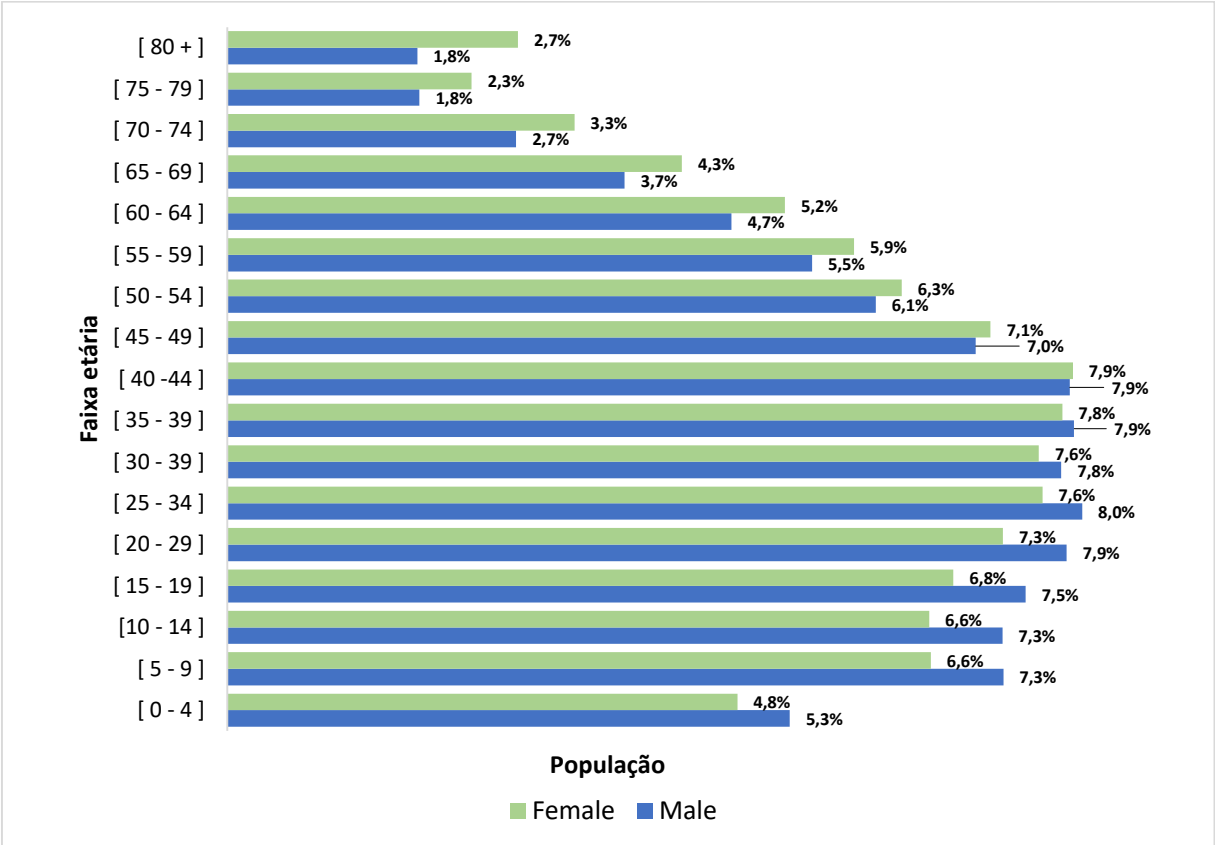
Com base nos dados do IBGE, foram construídas as pirâmides etárias de 2014 e 2024 (Figuras 3 e 4), representando os extremos do período analisado. A análise demográfica desses dados revela transformações estruturais significativas, com impacto direto no estudo da mortalidade por causas externas.

Figura 3 - População em 2014



Fonte: elaboração própria (2026).

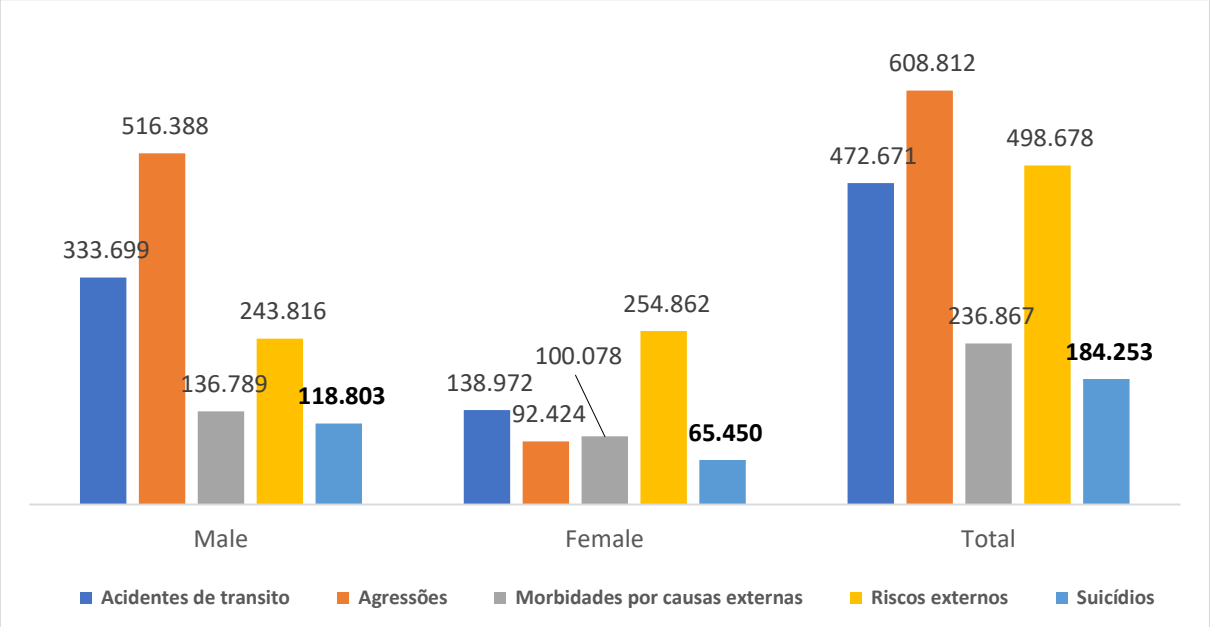
Figura 4 – População em 2024



Fonte: elaboração própria (2026).

O diferencial de sexo apresenta uma predominância numérica feminina, especialmente nas faixas etárias mais avançadas, indicando uma maior longevidade das mulheres e uma mortalidade masculina precoce, mesmo quando ambos os sexos estejam expostos às mesmas causas externas de mortalidade. A Figura 5 apresenta as causas externas examinadas nos cinco subgrupos por sexo; no que se refere exclusivamente ao suicídio, verificou-se que a população masculina apresentou uma prevalência significativamente superior, superando em aproximadamente 55% o total de casos registrados entre as mulheres ao longo de toda a série histórica analisada.

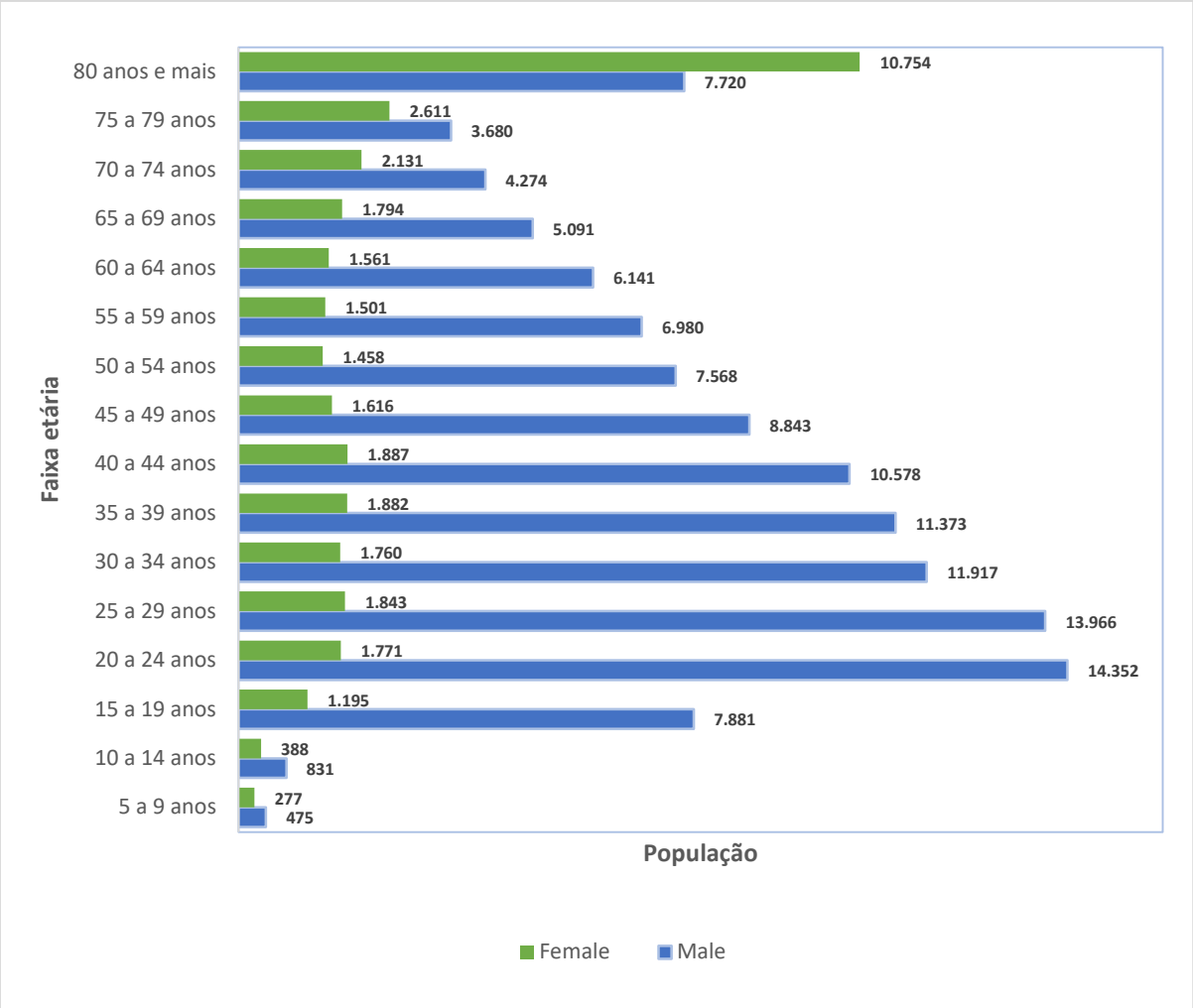
Figura 5 – Mortalidade por causas externas no Brasil (2014-2024).



Fonte: elaboração própria (2026).

No tocante à população jovem e adulta, foco do estudo, sugere-se que as faixas etárias entre 15 e 60 anos, foram as mais vulneráveis à mortalidade e, quando analisadas as causas externas, apresentam mudanças consideráveis: em 2014, a maior concentração populacional estava na faixa de 15 a 19 anos (8,6 milhões de homens); em 2024, observa-se que o maior volume populacional masculino se deslocou para faixas ligeiramente superiores, como 25-34 anos (8,1 milhões) e 40-44 anos (8,0 milhões). Conforme os dados pesquisados indicam na figura 6.

Figura 6 – Mortalidade por causas externas no Brasil, por sexo (2024)

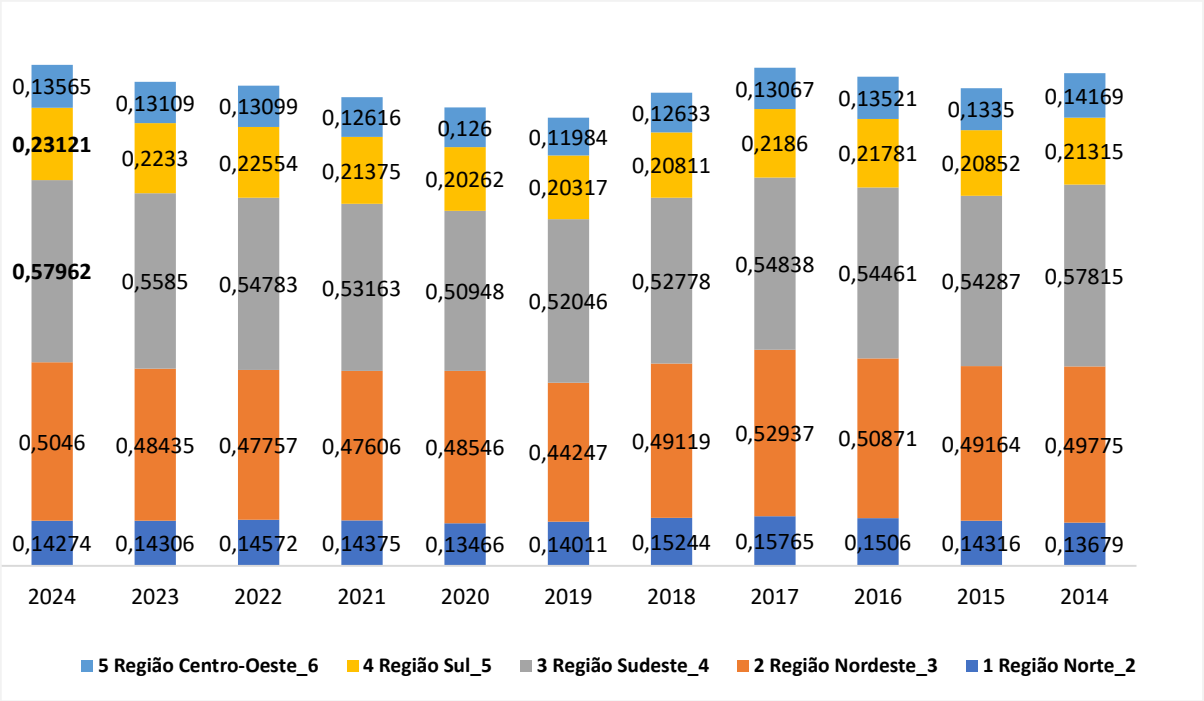


Fonte: elaboração própria (2026).

Embora haja uma redução proporcional de jovens na base, a massa de adultos jovens permanece elevada, como vistos nas figuras 3 e 4, mantendo uma ampla parcela da população exposta a fatores de risco socioambientais e comportamentais ligados a causas de mortalidade naturais e não naturais.

Iniciando a análise do impacto regional, a Figura 7 traz a TBPM por todas as causas externas no Brasil por região, no período de 2014 a 2024.

Figura 7 – TBPM por causas externas no Brasil (2014-2024).



Fonte: elaboração própria 2026.

Com base nos dados fornecidos na Figura 7 e nas projeções apresentadas (Figuras 3 e 4), a análise estatística das taxas brutas padronizadas de mortalidade por causas externas revela disparidades regionais e temporais acentuadas, sendo a interpretação desses índices influenciada diretamente pela dinâmica de exposição ao risco de cada localidade.

A avaliação histórica dos indicadores aponta que as regiões Sudeste e Nordeste sustentaram, de modo contínuo, as maiores Taxas Brutas de Mortalidade (TBM) ao longo do decênio analisado. No Sudeste, constatou-se a predominância dos índices mais elevados na maior parte do intervalo temporal, com a TBM iniciando em 0,57815 em 2014 e alcançando o pico de 0,57962 em 2024. De forma concomitante, a região Nordeste apresentou níveis elevados, com oscilações que variaram entre 0,49775 no ano inicial e 0,52937 em 2017, encerrando o período com uma taxa de 0,5046 em 2024.

A configuração das pirâmides etárias reflete não apenas o estágio de transição de uma população variando entre perfis de juventude, maturidade ou envelhecimento, mas também as vulnerabilidades sociais inerentes a cada arranjo demográfico. Existe uma correlação direta entre a elevada densidade urbana e a incidência de óbitos por causas externas, uma vez que a concentração de jovens e adultos em espaços

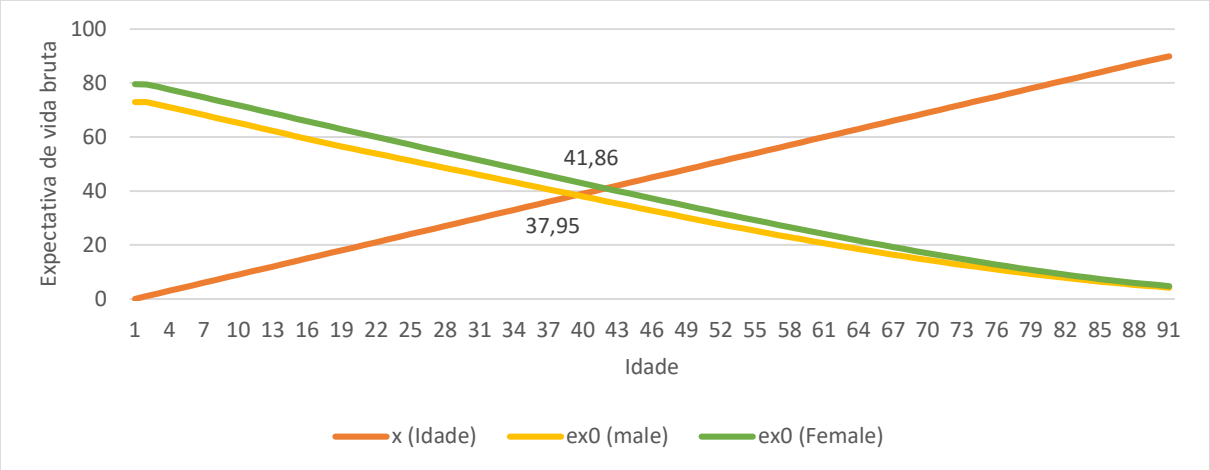
metropolitanos potencializa a exposição a eventos de violência interpessoal e acidentes de trânsito. Sob a ótica atuarial, essa dinâmica é compreendida como um sistema em constante mutação, onde a população se reestrutura continuamente através do fluxo de nascimentos, do processo de envelhecimento cronológico e da ocorrência de falecimentos em diversas idades, fornecendo a base para a antecipação de consequências sociais e o cálculo de riscos biométricos (Cordeiro, 2014).

4.2 EXPECTATIVA DE VIDA E PROBABILIDADES DE MORTE

As tábuas de múltiplos decrementos, associadas ao modelo de riscos competitivos proposto por Chiang (1968), permitem comparar as probabilidades efetivas de óbito na presença de diferentes riscos concorrentes com cenários hipotéticos em que um risco específico é eliminado. Nesse contexto, a probabilidade bruta descreve a situação observada (real), enquanto a probabilidade líquida estima a sobrevivência na ausência da causa de morte em questão. Assim, foram construídas as tábuas de múltiplos decrementos, possibilitando a estimação das probabilidades de morte brutas e líquidas.

No cenário real, a esperança de vida por sexo e a faixa etária seguiram a tendência histórica, apresentando vantagem para o sexo feminino; a interseção entre as curvas da esperança de vida (ex) e a reta que representa a idade (x) aponta o momento em que o tempo de vida restante equivale ao tempo de vida já transcorrido. Com base nas tábuas de mortalidade do IBGE 2024, elaborou-se o gráfico mostrado na Figura 8,

Figura 8 – expectativa de vida da população brasileira (idade e sexo 2024).



Fonte: elaboração própria (2026).

A análise da Figura 8 possibilita localizar o ponto de equilíbrio, ou o ponto médio, da longevidade prevista no cenário real, ou seja, considerando as expectativas brutas. No caso dos homens, esse ponto se situa aproximadamente aos 38 anos, com expectativa de vida residual em torno de 35,02 anos. Para as mulheres, a interseção verifica-se aos 41,86 anos, com expectativa de vida restante de cerca de 37,78 anos, evidenciando uma posterioridade em relação ao sexo masculino.

Anteriormente à interseção (juventude), a curva da expectativa de vida permanece acima da linha de idade, sinalizando que o tempo a ser vivenciado tende a exceder o tempo já vivido. Nessa etapa, as mortes por suicídio e por causas externas exercem maior impacto, uma vez que cada óbito representa perda significativa de anos potenciais de vida. Após o ponto de equilíbrio estatístico, os processos biológicos ligados à senescência passam a influenciar a determinação da sobrevida de forma menos intensa em comparação às causas externas.

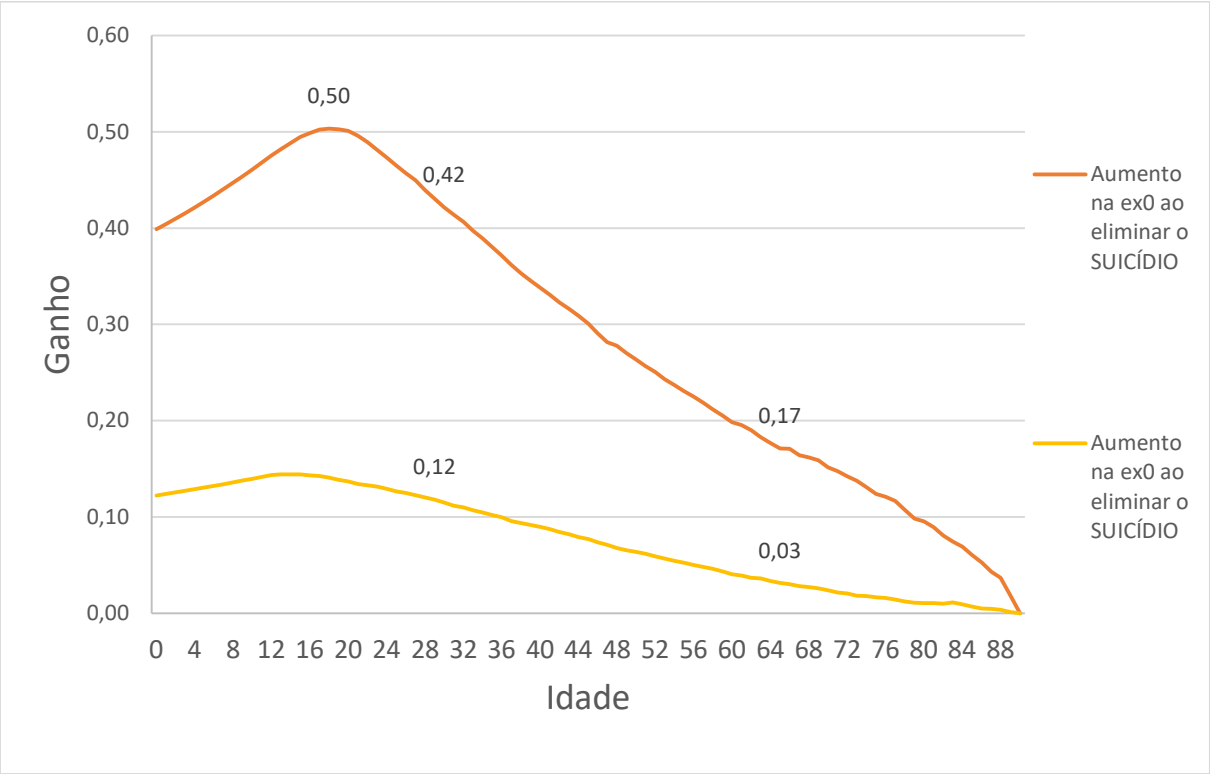
Para além das métricas convencionais, a análise baseou-se na estimativa das probabilidades brutas e líquidas de morte, cuja comparação permitiu mensurar o impacto específico da exclusão do suicídio sobre a esperança de vida em 2024. Os resultados revelam variações substanciais segundo sexo e faixa etária: ao examinar o diferencial de sobrevivência via tábua multidecremental, observou-se que o cenário real é marcado por uma redução sistemática do tempo de vida esperado, decorrente da incidência desta causa externa.

Nesse contexto, o perfil de mortalidade evidencia uma nítida sobremortalidade masculina ao longo de quase todo o ciclo vital, com a sobrevida feminina mantendo-se patamares superiores. Tal discrepância é particularmente acentuada entre os 15 e 40 anos; nesta faixa, a divergência entre os riscos bruto e líquido traduz-se em ganhos potenciais de 0,40 anos para homens e 0,12 anos para mulheres na expectativa de vida, caso o suicídio fosse eliminado.

Em contrapartida, observa-se que, após os 60 anos, as probabilidades de sobrevivência bruta declinam mais severamente em função do peso das causas naturais. Nesse estágio, a transição epidemiológica para doenças crônico-degenerativas eleva as taxas de mortalidade líquida, diluindo o impacto relativo das causas externas. Por fim, o incremento na expectativa de vida em 2024, derivado especificamente da exclusão do suicídio, apresenta variações demográficas

detalhadas que podem ser visualizadas na Figura 9, a qual ilustra o acréscimo nos anos de vida em função da idade e do sexo.

Figura 9 – Ganhos na expectativa de vida por idade e sexo na ausência de suicídio.



Fonte: elaboração própria (2026).

Observa-se, na Figura 9, que, ao nascer, o ganho na expectativa de vida foi de 0,40 anos para a população masculina e de 0,12 anos para a feminina. Aos 30 anos, os ganhos estimados foram de 0,42 e 0,12 anos, respectivamente. Constatou-se que o ganho máximo de 0,50 anos (aproximadamente seis meses a mais de vida) ocorreu na faixa etária de 15 a 24 anos para os homens, intervalo no qual se verificou o maior risco. Ressalta-se que, aos 65 anos, os incrementos chegaram a 0,17 e 0,03 anos. Mesmo em idades mais avançadas, os homens continuam apresentando maior desvantagem de sobrevivência, embora as doenças crônicas e causas endógenas sejam mais comuns nessa fase. Nesse período, o impacto proporcional de mortes por causas externas (dentre elas o suicídio) ainda é relevante, afetando a mortalidade geral do grupo masculino.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa investigou o impacto da mortalidade por suicídio na dinâmica demográfica brasileira entre 2014 e 2024, sob a ótica atuarial e estatística. O estudo cumpriu seu objetivo ao quantificar como essa causa específica atua como um limitador da sobrevivência, utilizando-se do modelo de riscos competitivos de Chiang (1968) para isolar o fenômeno e mensurar ganhos potenciais na expectativa de vida.

A análise das pirâmides etárias confirmou que, embora o Brasil avance para um perfil de envelhecimento populacional, a concentração de indivíduos nas faixas de 15 a 44 anos permanece expressiva, demandando políticas públicas focalizadas. Observou-se uma transição geográfica silenciosa: as incidências de suicídio, historicamente concentradas no Sul e Sudeste, expandiram-se para o Nordeste, e demais regiões alterando o mapa da Taxa Bruta Padronizada de Mortalidade (TBPM).

Do ponto de vista atuarial, a construção das tábuas de mortalidade para os cenários de probabilidade bruta e líquida revelou que o suicídio é um fator determinante na interrupção precoce do ciclo vital, especialmente entre jovens de 15 a 29 anos. Em 2024, a esperança de vida ao nascer foi estabelecida em 79,64 anos para mulheres e 73,02 anos para homens. A discrepância de 6,6 anos em favor do sexo feminino sustenta a hipótese de uma sobremortalidade masculina acentuada, impulsionada por causas externas que alteram drasticamente a razão de sexo ao longo das idades produtivas.

O estudo evidenciou ainda que a expectativa de vida decresce progressivamente após o primeiro ano de vida, uma vez superado o risco da mortalidade infantil; a aplicação do modelo de riscos competitivos demonstrou-se eficaz para traduzir dados epidemiológicos em métricas atuariais tangíveis, permitindo visualizar o "ganho" teórico que a sociedade obteria caso estratégias de prevenção lograssem êxito na mitigação dessa causa de morte.

Contudo, reconhece-se como limitação o fato de os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS) não terem sido submetidos à correção de *garbage codes*; uma vez que a manutenção de registros indeterminados pode mascarar a real magnitude do fenômeno, sugerindo que os indicadores aqui apresentados podem, na verdade, estar subestimados.

Diante do cenário exposto, recomenda-se que investigações subsequentes incorporem o impacto econômico e social do comportamento suicida por meio dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY). É imperativo que a análise atuarial avance para além do óbito, mensurando o custo das tentativas não fatais que geram incapacidades significativas e oneram o sistema de saúde, previdência e a produtividade nacional.

Em última análise, este trabalho demonstra que o suicídio não é apenas um fenômeno de saúde mental, mas uma variável demográfica de impacto profundo. Ao integrar a economia da saúde à atuária, a ciência pode oferecer respostas mais robustas ao questionamento que encerra esta jornada acadêmica: qual é o custo do silêncio? Somente através da visibilidade estatística e da precisão dos dados será possível converter o "silêncio" em políticas públicas eficazes de preservação da vida.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Setembro Amarelo®:** Mês de Prevenção ao Suicídio. [S. l.], [2024]. Disponível em: https://www.setembroamarelo.com. Acesso em: 11 ago. 2025.

BARBAGLI, Marzio. **O suícidio no Ocidente e no Oriente**. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2019. *E-book*. Disponível em: https://plataforma.bvirtual.com.br. Acesso em: 10 set 2025.

BORGES, Gabriel Mendes *et al.* **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 . p 49 – 77. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 1970, de 18 de abril de 2023**. Altera a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, para dispor sobre a divulgação de informações jornalísticas sobre casos de suicídio e de tentativa de suicídio. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2259951&filename=PL%201970/2023. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em: 18 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. **Saúde Mental em Dados** – 13, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD – Brasília : Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 66 p. :il. Modo de acesso: World Wide Web: https://www.gov.b+r/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente**. Boletim Epidemiológico.** Volume 55, n. 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf. Acesso em: 11 set. 2025.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Dispõe sobre os procedimentos para notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 11 set. 2025.

BRITANNICA, **The Editors of Encyclopaedia**. John Graunt. In: Encyclopædia Britannica, 2025. Disponível em: https://www.britannica.com/biography/John-Graunt. Acesso em: 14 ago. 2025.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio:** fatores inconscientes e aspectos socioculturais - uma introdução. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2017. *E-book*. Disponível em: https://plataforma.bvirtual.com.br. Acesso em: 11 set 2025.

CARVALHO, José Alberto Magno de. **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia** / José Alberto Magno de Carvalho, Diana Oya Sawyer, Roberto do Nascimento Rodrigues. - 2. ed. rev. - São Paulo: ABEP, 1994, reimpr. 1998. Disponível em: https://www.ernestoamaral.com/docs/indsoc-122/biblio/Carvalho1998.pdf Acesso em 01/04/2026.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). **Atlas da violência 2023**. Brasília: Ipea; FBSP, 2023. DOI: https://dx.doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2023 Acesso em: 21 ago. 2025.

CHIANG, Chin Long. **Introdução aos processos estocásticos em bioestatística.** New York: John Wiley & Sons, 1968. Disponível em: https://archive.org/details/introductiontost00chia Acesso em 18 set. 2025.

CLARK, Sheila. **Depois do suicídio**. 1. ed. São Paulo: Gaia, 2007. *E-book*. Disponível em: https://plataforma.bvirtual.com.br. Acesso em: 11 set 2025.

CAIRES, Moysés R. **Análise do perfil da mortalidade por suicídio na região norte do Brasil:** tendências antes e após a pandemia (2018-2022). J Health Biol Sci. 2025; 13(1): e5717.

CORDEIRO FILHO, Antonio. **Calculo Atuarial Aplicado**: teoria e aplicações: disponivel em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788522487790 Acesso em: 30 Mar 2026

DAPIEVE, Arthur. **Morreu na contramão**: o suicídio como notícia. Rio de Janeiro: Record, 2007.

D'ASSUMPÇÃO, E. A. **Suicídio:** como entender e lidar com essa trágica realidade. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2022. *E-book*. Disponível em: https://plataforma.bvirtual.com.br . Acesso em: 10 set 2025.

D'EÇA JÚNIOR, A. *et al.* **Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015:** qual é a tendência predominante? Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 20-24, jan./mar. 2019. DOI: 10.1590/1414-462X201900010211. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/BzKzMHBZ5rDwB5n6SStGCzh/. Acesso em: 11 ago. 2025.

DISTRITO FEDERAL (DF). Secretaria de Estado de Saúde (SES)**. Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio.** Brasília, DF: SES, 2017. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf. Acesso em: 3 set. 2025.

DUARTE, L. S.; LOPES, A. I. da S.; FREITAS, R. S.; SOUSA, J. C. L. de; SILVA, D. N. de O.; BRESSAN, G. M. **Fatores associadas à taxa de mortalidade prematura por diabetes nos municípios do estado de São Paulo**. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, [S. l.], v. 17, n. 5, p. e6418, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.5-123. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6418. Acesso em: 10 fev. 2026.

DUARTE, Stephane Fernanda Soares. **Suicídio de mulheres brasileiras durante a pandemia da COVID-19.** Orientadora: Jordana Cristina de Jesus. 2023. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Atuariais) - Departamento de Demografia e Ciências Atuariais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

ESPÍRITO SANTO**.** Tribunal de Justiça. **Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio:** entenda a história por trás da data. TJES, 10 set. 2024. Disponível em: https://www.tjes.jus.br/dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio-entenda-a-historia-por-tras-da-data/ Acesso em: 10 ago. 2025.

FERREIRA JUNIOR, Avimar. **O comportamento suicida no Brasil e no mundo**. Revista Brasileira de Saúde Pública, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 10-20, 2023.

FIRMO, Matheus José Almeida ; Martins, Lucas Gabriel ; Vargas, Juliana Tecles Brandão ; Pires, Letícia Resende ; Penido., João Milton Martins de Oliveira . **Análise epidemiológica de mortalidade por adenocarcinoma renal em Minas Gerais nas últimas quatro décadas**. *Braz. J. Nefrol.* , v. 2 Supl. 1, e-CMN25067, maio. 2025. https://www.bjnephrology.org/wp-content/uploads/2025/12/BJNAbstract-CMN25067.pdf

GIANVECCHIO, Victor Alexandre Percinio; JORGE, Maria Helena Prado de Mello**. O suicídio no estado de São Paulo, Brasil:** comparando dados da Segurança Pública e da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 06, p. 2427-2436, 2022. DOI: https://www.scielo.br/j/csc/a/YZDq4QtSvQbgZQ9NXWWvJYF/?lang=pt Acesso em: 3 ago. 2025.

GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista de**. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil:** uma abordagem regional. Nova Economia, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, ago. 2011. DOI Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005 Acesso em: 11 ago. 2025.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça. **Crise econômica, austeridade fiscal e mortes por desespero no Brasil.** Prod. Repositório da Produção Científica e Intelectual da

Unicamp. Campinas, 2020. 2023. https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1161288 Acesso em: 8 ago. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade**: 2000-2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html . Acesso em: 11 set. 2025.

LIMA.Daniel. **Suicídios 2012** - OMS. Disponível em: https://public.tableau.com/app/profile/dlima/viz/Suicdios2012-OMS/Taxadesuicdiosem2012 . Acesso em: 21 ago. 2025.

LIMA, Bruna Lidicy Façanha. **Diferenças regionais e de gênero nas tentativas de suicídio e suicídio:** uma análise demográfica brasileira. 2025. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Demografia) – Unidade Especializada em Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Macaíba, 2025. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/c0486403-8a36-483c-b69c-205b46b7352a/content . Acesso em: 31 mar. 2026.

LOVISI, G. M. *et al.* **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** Revista Pan-Americana de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 288-297, abr. 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007 Acesso em: 11 ago. 2025.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Metodologia Científica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2022. E-book. p.326. ISBN 9786559770670. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559770670/ . Acesso em: 11 set. 2025.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. **Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro**, Brasil, 1998-2002. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. 5, p. 833-844, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/5RX4krTqVNk9r3JrV3RQYjC/?lang=pt . Acesso em: 31 mar. 2026.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Um suicídio ocorre a cada 40 segundos no mundo, diz OMS. Brasília, DF: Nações Unidas no Brasil**, 9 set. 2019. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/84115-um-suic%C3%ADdio-ocorre-cada-40-segundos-no-mundo-diz-oms. Acesso em: 11 ago. 2025.

OLIVEIRA FILHO, José Tarcísio Silva; ANTUNES, Débora. **Suicídio na mídia:** uma cartografia do suicídio de Jéssica Canedo a partir de normas de cobertura responsável. RECIIS, *[S. l.]*, v. 18, n. 3, p. 554–570, 2024. DOI: 10.29397/reciis.v18i3.4213. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/4213 . Acesso em: 3 ago. 2025.

PAES, Neir Antunes. Mortalidade em Recife: aplicação de um modelo de riscos competitivos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 251-262, jun. 1985. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/45/45133/tde-20230303-183024/publico/PaesNeirAntunes.pdf. Acesso em: 08 de dez. 2025.

PETRY, Paulo C. Epidemiologia: **Ocorrência de Doenças e Medidas de Mortalidade**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020. E-book. pág.40. ISBN 9788554652449. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788554652449/ . Acesso em: 17 ago. 2025.

PONTES, RR de C.; FONSECA, FM; FIRMIANO, Ítalo R.; BARRETO, TGG Taxa de mortalidade por Câncer de Mama no Brasil no período entre 2010 e 2020: estudo epidemiológico. **ESTUDOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE** , *[S. l.]* , v. 3, pág. e6216, 2024. DOI: 10.54022/shsv5n3-015. Disponível em: https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/6216. Acesso em: 10 fev. 2026.

Pozes Guimarães Junior, J., & Jorge da Cunha Gonçalves, S 2022. **Suicídio no Brasil e o seu grave acometimento à saúde pública, de 2010 a 2019**. *Revista De Saúde*, *13*(3), 68–73. https://doi.org/10.21727/rs.v13i3.3234

RIBEIRO, N. M. *et al.* **Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio**. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-11, maio 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180002110016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/CyLcKWmF5HMKLH3ZcQZ9Zyj. Acesso em: 11 ago. 2025.

RIBEIRO, N. M. *et al.* **Tendência temporal do suicídio no estado do Espírito Santo, 2007 a 2016.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 1-10, maio 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/f9w7Y96m8pP9WjWp9FfM2mG/. Acesso em: 11 ago. 2025.

RODRIGUES, José A. **Gestão de Risco Atuarial**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2012. *E-book.* p.5. ISBN 9788502088986. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502088986/ Acesso em: 02 ago. 2025.

SETEMBRO AMARELO. **Como o estigma atrapalha a prevenção.** Setembro Amarelo, 17 maio 2019. Disponível em: https://www.setembroamarelo.com/post/como-o-estigma-atrapalha-a-prevencao Acesso em: 02 ago. 2025.

SHIROSAKI, Sidnei. **Revista Interfaces: Ensino, pesquisa e extensão**, Suzano, ano 7, n 5, p. 53-57, 2015. ISSN: 2176-5227 Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170419174126.pdf. Acesso em: 03 ago. 2025

SILVA, Luciana de Oliveira da; BRITO, Marília S. V. de. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2013. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51.

SOUZA, A. S. L. *et al*. **Perfil das vítimas de suicídio necropsiadas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de João Pessoa – PB** – Brasil. **Brazilian Journal of Forensic Sciences**, Medical Law and Bioethics, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 342-356, 2016

SOUZA, Jonas Rafael Suares; DIOGENES, Victor Hugo Dias. **Ganho na expectativa de vida com a exclusão dos óbitos por causas externas na Paraíba:** uma aplicação da tábua de múltiplos decrementos. 2017. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Atuariais) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/13978. Acesso em: 11 set. 2025.

SWISSINFO. **Suicídios custam caro à sociedade**. Disponível em: https://www.swissinfo.ch/por/ciencia/suic%c3%addios-custam-caro-%c3%a0-sociedade/3510396 Acesso em: 6 jul . 2025.

TERRA. **Brasil é o 8º em número de suicídios no mundo, diz OMS. Saúde Amanhã**, 4 set. 2014. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/brasil-e-o-8o-em-numero-de-suicidios-no-mundo-diz-oms/sem-categoria/. Acesso em: 11 set. 2025.

WORLDOMETER**. Countries in the United Nations**. [S. l.], 2025. Disponível em: https://www.worldometers.info/united-nations/. Acesso em: 11 ago. 2025.