

DISPARIDADES RACIAIS DOS SUICÍDIOS NO BRASIL

Daniel Duque, Michael França, Fillipi Nascimento e Alisson Santos

1 INTRODUÇÃO

“[...] eu queria que alguém percebesse, mas ninguém percebeu. [...] Apenas diga que trabalhei duro. Mesmo que não possa sorrir ao me deixar ir, por favor, não me culpe. Eu trabalhei duro. Eu realmente trabalhei duro. Adeus” (PEREIRA; FENSTERSEIFER, 2019, p. 377).

A morte é um tabu. Temos certa dificuldade em lidar com a morte, seja de alguém próximo ou não. As condições em que ela ocorre, as razões por trás dela e as pessoas envolvidas moldam significativamente nossas percepções sobre a morte e, conseqüentemente, o processo de luto (SOARES; MIRANDA; BORGES, 2006).

Mortes violentas, como suicídios, homicídios ou acidentes, são particularmente difíceis de se assimilar em comparação com as por causas naturais. O luto por suicídio é um caso à parte, pois esse tipo de morte é cercada de preconceitos e estigmas que afetam profundamente a experiência das pessoas próximas à vítima.

O suicídio também é uma questão de saúde pública global. Segundo a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2019), estima-se que 700 mil pessoas morrem por suicídio em todo o mundo a cada ano. O problema é ainda mais acentuado entre os jovens, sendo o suicídio a quarta principal causa de morte entre pessoas com idades entre 15 e 29 anos (OMS, 2021).

A taxa global de suicídio é mais do que o dobro entre os homens em comparação com as mulheres, e mais da metade (58%) de todas as mortes por suicídio ocorre antes dos 50 anos de idade. Um fator preocupante é que, embora a taxa global de suicídio mostre sinais de declínio, isso não é observado em todos os países (OMS, 2019).

O suicídio não é um problema exclusivo de países desenvolvidos. Na verdade, cerca de 77% dos suicídios notificados em todo o mundo no ano de 2019 ocorreram em países emergentes (OMS, 2021). No Brasil, o suicídio é uma preocupação crescente. De 2010 a 2019, a taxa de suicídios no Brasil cresceu 43%, chegando a 6,6 por 100 mil habitantes no ano de

2019. Embora hoje o país tenha uma taxa menor do que a média global¹, os números absolutos ainda são significativos devido à grande população. E a prevenção desse tipo de prática continua sendo um desafio dada a diversidade de fatores que contribuem para sua prevalência.

Este trabalho se inicia com um panorama das pesquisas sobre suicídio, focando nos fatores que influenciam a sua incidência no Brasil. Sublinhamos a urgência de uma abordagem abrangente na formulação de políticas públicas voltadas à prevenção deste problema. Também conduzimos uma avaliação do Índice de Equilíbrio Racial (IER) em relação aos dados de suicídios no país, com o objetivo de ilustrar as variações na ocorrência de suicídios entre diferentes grupos raciais. O IER serve como um indicador das desigualdades que determinam a taxa de suicídios no território nacional. Os resultados da análise contribuem para o esclarecimento da complexa relação entre raça e prevalência de suicídios no contexto brasileiro.

2 PANORAMA DOS SUICÍDIOS NO BRASIL

Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2021), apontam que entre 2010 e 2019, foram registradas 112.230 mortes por suicídio no Brasil com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Em 2019, a taxa de suicídio registrada no país foi de 6,6 por 100 mil habitantes. Muito embora tenha se observado naquele período uma tendência crescente nas taxas de suicídio para ambos os sexos, a taxa para as mulheres aumentou anualmente em 0,23%, enquanto para os homens, o aumento foi de 1,19% ao ano. Homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres (SOARES; STAHNKE; LEVANDOWSKI, 2022).

O aumento na ocorrência de suicídios entre os anos de 2010 e 2019 foi verificado em todas as faixas etárias. É notável, nesse contexto, a taxa de mortalidade entre adolescentes, que viu um crescimento de 81% durante o período, indo de 606 mortes e uma taxa de 3,5 mortes por 100 mil habitantes em 2010 para 1.022 mortes e uma taxa de 6,4 suicídios a cada 100 mil em 2019 (BRASIL, 2021). Apesar das taxas serem menos expressivas em comparação com outros grupos etários, é importante ressaltar também o crescimento contínuo de suicídios entre

¹ Atualmente, a taxa de suicídio no mundo é de 9,0 por 100 mil habitantes. No Brasil, essa taxa é de 6,3 por 100 mil habitantes (OMS, 2021).

crianças menores de 14 anos. Somente entre 2010 e 2013, houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios nesse grupo (BRASIL, 2021).

Diferenças regionais foram observadas na análise do risco de suicídio por faixa etária. Os dados do Ministério da Saúde destacam as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste como aquelas que apresentaram as taxas mais elevadas de mortalidade para adolescentes de 15 a 19 anos. Estas também foram as regiões com o maior aumento percentual nas taxas de suicídio entre 2010 e 2019, com aumentos de 99%, 90% e 99%, respectivamente. Neste contexto, a região Norte se destaca, com o risco mais elevado de suicídio ocorrendo entre jovens de 15 a 19 anos, com uma taxa de 9,7 por 100 mil (BRASIL, 2021). Esse dado indica que, embora o suicídio seja um problema nacional, existem particularidades regionais que devem ser consideradas nas estratégias de prevenção.

A relação entre a pandemia de COVID-19 e as taxas de suicídio é um outro aspecto relevante. Soares, Stahnke e Levandowski (2022) se propuseram a analisar a possível associação entre as taxas de suicídio e variáveis relacionadas à pandemia, como taxas de mortalidade por COVID-19, desemprego e medidas de distanciamento social. No entanto, não foram encontradas evidências de variações nas mortes por suicídio em relação ao número esperado durante o primeiro ano da pandemia. Há um conjunto substancial de estudos que exploram os fatores associados à incidência de suicídios em diferentes populações e contextos. Estes estudos têm identificado uma série de condições de risco que podem tornar um indivíduo mais vulnerável ao suicídio. Trataremos de apresentar no subtópico seguinte alguns desses estudos e de seus principais achados.

2.1 O que faz uma pessoa tirar sua própria vida?

O suicídio é um fenômeno de múltiplas dimensões e não pode ser atribuído a uma única causa. A decisão de tirar a própria vida é decorrente de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e situacionais. É isso que torna o suicídio um problema social de difícil resolução e que demanda das práticas de prevenção abordagens abrangentes que considerem o conjunto desses fatores (JOINER, 2005).

2.1.1 Fatores biológicos

Os fatores biológicos têm sido objeto de intensa pesquisa e discussão, dada a sua potencial influência na predisposição e vulnerabilidade ao suicídio. Estudos como os de Mann, Brent e Arango (2001) demonstram que desequilíbrios nos níveis de certos neurotransmissores, como a serotonina, estão associados a comportamentos suicidas. A serotonina é um neurotransmissor que regula o humor, o apetite e o sono. Baixos níveis de serotonina podem levar a sentimentos de depressão, impulsividade e agressividade, todos associados ao risco de suicídio. Além disso, desequilíbrios hormonais, especialmente no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), que regula a resposta ao estresse, também têm sido associados ao suicídio.

A predisposição genética é outro fator biológico considerado na avaliação do risco de suicídio. Brent e Mann (2005) e Brent e Melhem (2008) observaram que o risco de suicídio pode ser parcialmente hereditário. Certos genes, que influenciam a regulação dos neurotransmissores e a resposta ao estresse, podem aumentar a vulnerabilidade ao suicídio.

Inflamações no cérebro também podem desempenhar um papel no suicídio. Indivíduos com histórico de tentativas de suicídio mostraram níveis elevados de marcadores inflamatórios no cérebro. Quadro inflamatório pode afetar a função cerebral, levando a alterações de humor e comportamento que aumentam o risco (MILLER, RAISON, 2016). Esse risco também pode ser elevado em função de lesões cerebrais traumáticas, como as resultantes de acidentes ou agressões, que alteram a estrutura e a função do cérebro, levando a mudanças de personalidade, impulsividade e depressão, condições que, por sua vez, repercutem em ideias suicidas (MANN, 2003).

2.1.2 Fatores psicológicos

Os fatores psicológicos desempenham um papel fundamental na compreensão e explicação do comportamento suicida. Estes fatores, em muitos dos casos se mostram associados outros de natureza biológica, social e situacional, e influenciam consideravelmente a vulnerabilidade de um indivíduo ao suicídio.

Um aspecto destacado pelos estudos especializados é o de que o suicídio deve ser entendido como uma experiência pessoal, marcada pela ambivalência entre o desejo de alívio da dor e o anseio por ajuda. Esse entendimento é fundamental para desarticular preconceitos

arraigados, desconstruir tabus e combater os estigmas sociais que frequentemente cercam e silenciam discussões sobre essa prática e impedem a muitos de buscar ajuda (VAN ORDEN et al., 2008).

Uma das principais contribuições psicológicas para o suicídio é a presença de transtornos mentais. Depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos de personalidade e transtornos de ansiedade são frequentemente associados a um risco elevado de comportamento suicida. A depressão, em particular, é um dos principais preditores de tentativas de suicídio e suicídios consumados. Sentimentos de desesperança, inutilidade e culpa exacerbam a susceptibilidade de um indivíduo a esse tipo de prática (BENNET; COGGAN; ADAMS, 2003).

Experiências traumáticas, como abuso físico ou sexual, bullying, perda de um ente querido ou exposição à violência, podem levar a sentimentos de desespero e isolamento. Essas experiências podem resultar em transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), condição que eleva sobremaneira o risco de suicídio (CHESNEY; GOODWIN; FAZEL, 2014).

Impulsividade, desesperança e baixa autoestima são alguns dos principais indicadores psíquicos da propensão suicida. A impulsividade, muitas vezes associada a certos transtornos de personalidade, pode levar a comportamentos autodestrutivos. Indivíduos impulsivos podem agir sobre pensamentos suicidas sem dar a si mesmos a oportunidade de reconsiderar ou buscar ajuda (TURECKI et al., 2019). A desesperança, por sua vez, é a crença persistente de que as situações adversas não mudarão no futuro. Esse sentimento pode surgir de experiências de vida negativas contínuas ou da presença de um transtorno mental. A desesperança é um forte preditor de suicídio, pois pode levar os indivíduos a acreditar que a morte é a única solução para seus problemas (BECK et al. 2006). A autoestima influencia a maneira como os indivíduos percebem a si mesmos e seu valor. Uma autoestima consistentemente baixa pode resultar em sentimentos de inutilidade e inadequação, aumentando o risco de comportamento suicida (MCGEE; WILLIAMS, 2000).

Os fatores até aqui apresentados são aqueles que se mostram associados à maior parte dos suicídios cometidos por jovens de 15 a 29 anos, sobretudo no Brasil (MOREIRA; BASTOS, 2015; RIBEIRO; MOREIRA, 2018). Somam-se a essas condições algumas características específicas das gerações Y e Z que podem estar influenciando o aumento observado de suicídios

entre os jovens. Estudos como os de Mahumud et al. (2022), Plochoki (2019) e Turner (2015) indicam que a geração Z pode ser mais vulnerável ao estresse, com taxas mais altas de ansiedade, depressão e automutilação. A formação desses jovens, com menos habilidades para enfrentar desafios e uma tendência ao imediatismo, pode ser um agravante.

2.1.3 Fatores sociais

Além dos fatores biológicos e psicológicos, os fatores sociais também têm sua parcela de contribuição na predisposição ao suicídio. Esses fatores, muitas vezes interligados, podem determinar a incidência do suicídio. O isolamento social e o sentimento de solidão são fatores sociais que contribuem significativamente para o suicídio. Indivíduos que se sentem desconectados de outros, sem apoio social ou que enfrentam rejeição, têm maior probabilidade de considerar o suicídio como uma saída para seu sofrimento.

No contexto da pandemia de COVID-19, as medidas de isolamento social, implementadas por governos em todo o mundo visando a diminuição da circulação do vírus e a consequente redução no número de internações e mortes, gerou preocupação nos especialistas de saúde coletiva, uma vez que tanto o isolamento quanto o sentimento de incerteza e as consequências econômicas da pandemia (como o desemprego, por exemplo) poderiam contribuir com o aumento das taxas de suicídio (SHER, 2020).

A perda de emprego ou a incapacidade de encontrar trabalho pode resultar em estresse, baixa autoestima e desesperança. O desemprego não apenas afeta a estabilidade financeira, mas também pode levar a um sentimento de falta de propósito e isolamento social. A pressão financeira decorrente da perda de renda é uma fonte significativa de estresse. E a incapacidade de cumprir com obrigações financeiras, como pagar contas ou sustentar a família, pode levar a um ciclo de dívidas e preocupações. Esse estresse financeiro, combinado com a deterioração da saúde mental, pode criar um ambiente propício para a desesperança e, em casos extremos, pensamentos suicidas (SHER, 2020; STACK, 2000).

Discriminações também podem repercutir na forma de ideias e comportamentos suicidas. Essas atitudes, muitas vezes, são amplificadas por expectativas sociais que ditam como os indivíduos devem se comportar, sentir e expressar. Por exemplo, em muitas sociedades, espera-se que os homens sejam fortes, resilientes e não mostrem emoção, o que

pode dificultar a busca por ajuda quando enfrentam problemas de saúde mental. Por outro lado, as mulheres podem ser vistas como emocionalmente instáveis ou frágeis, levando a desconsideração de seus sentimentos e experiências. Alternativamente, indivíduos de grupos raciais e étnicos minoritários frequentemente enfrentam estereótipos negativos e exclusões sistemáticas. Estas experiências, muitas vezes, são agravadas por históricos de opressão. Quando as pessoas são constantemente marginalizadas ou ridicularizadas por não se encaixarem em “moldes tradicionais”, a pressão psicológica aumenta. Sentir-se isolado e incompreendido pode levar a um profundo desespero. Em tais circunstâncias, alguns indivíduos podem ver o suicídio como a única saída para aliviar a dor do estigma e da discriminação.

A mídia desempenha um papel crucial na formação da opinião pública e na influência sobre comportamentos individuais e coletivos. Quando se trata de retratar o suicídio, a responsabilidade da mídia é ainda mais acentuada. A glamourização do suicídio ou sua representação sem as devidas precauções pode levar a um aumento nos casos, especialmente entre aqueles que já são vulneráveis ou estão em situações de risco. O “efeito Werther”, nomeado a partir do romance “Os Sofrimentos do Jovem Werther” de Goethe, onde o protagonista tira a própria vida, ilustra o poder da mídia em influenciar comportamentos suicidas. Após a publicação do livro no século XVIII, houve relatos de um aumento notável de suicídios na Europa, muitos dos quais eram imitações do ato descrito no romance (NIEDERKROTENTHALER et al., 2010; GOULD, 2001).

Com a proliferação de plataformas de mídia e a rapidez com que as notícias se espalham, o potencial para tais efeitos de imitação é ampliado. É imperativo que jornalistas e criadores de conteúdo estejam cientes das diretrizes recomendadas para a cobertura responsável do suicídio. Isso inclui evitar detalhes gráficos, não romantizar o ato e, sempre que possível, fornecer informações sobre recursos de ajuda e prevenção. Ao fazer isso, a mídia pode desempenhar um papel positivo na prevenção do suicídio, em vez de inadvertidamente promover comportamentos de risco (GOULD, 2001).

Mudanças sociais drásticas, tais quais aquelas provocadas por guerras e desastres naturais, também podem contribuir para a incidência dos suicídios. A desintegração de estruturas sociais tradicionais, seja devido a conflitos, desastres ou a qualquer tipo de evento de grandes proporções, desestabiliza valores e normas culturais que antes forneciam um senso de

identidade e pertencimento, levando a sentimentos de desorientação e perda, o que conduziram os indivíduos ao suicídio. Os suicídios, nesses cenários, seriam resultado da ausência de coesão social. Esse fundamento social do suicídio foi pela primeira vez empiricamente demonstrado pelo sociólogo francês Émile Durkheim em sua obra intitulada “O Suicídio” (1973 [1897])².

2.1.4 Fatores situacionais

Os fatores situacionais referem-se a circunstâncias ou eventos específicos que podem aumentar o risco de alguém considerar ou cometer suicídio. Entre esses fatores, o consumo abusivo de álcool e drogas e a disponibilidade de meios letais têm recebido maior atenção por parte dos estudos especializados. E uma vez associados a condições biológicas, psicológicas e sociais, esses fatores podem ser fortes preditores da ideação e do comportamento suicida.

O abuso de substâncias é um dos principais fatores situacionais associados ao suicídio. Indivíduos que consomem álcool ou drogas em excesso frequentemente enfrentam problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, que podem aumentar o risco de autoflagelo e comportamentos suicidas. O álcool e as drogas podem comprometer a capacidade de assimilação e julgamento, diminuir as inibições e intensificar sentimentos de desespero, tornando mais provável que alguém aja impulsivamente em pensamentos suicidas. Estudos como os de Bohnert e Ilgen (2019), Chesney, Goodwin e Fazel (2014) e Wilcox, Conner e Caine (2004) têm documentado que muitos suicídios ocorrem sob a influência de álcool ou drogas, o que destaca a necessidade de intervenções direcionadas a populações em risco, notadamente, jovens de 15 a 29 anos.

A facilidade de acesso a meios letais é um fator situacional fortemente associado ao suicídio. Em áreas onde armas de fogo, pesticidas ou medicamentos estão facilmente acessíveis, as taxas de suicídio tendem a ser mais altas (GUNNELL et al. 2007). Isso ocorre porque a presença desses meios pode facilitar atos impulsivos. Por exemplo, em situações de crise

² “O Suicídio” é uma das obras mais influentes de Durkheim, publicada pela primeira vez em 1897. Neste trabalho, o autor aborda o suicídio não apenas como um ato individual, mas como um fenômeno social que pode ser estudado empiricamente. Ele foi pioneiro ao aplicar métodos de pesquisa quantitativos para entender as causas sociais do suicídio, e sua abordagem marcou um ponto de virada na sociologia, estabelecendo-a como uma disciplina científica. A principal conclusão de Durkheim é que o suicídio está fortemente influenciado pela coesão social. Ele argumenta que a estabilidade e a integração social podem proteger contra o suicídio, enquanto a falta delas pode aumentar o risco.

emocional, a disponibilidade imediata de uma arma de fogo pode levar a decisões precipitadas e irreversíveis. A restrição do acesso a esses meios tem se mostrado uma estratégia eficaz na prevenção do suicídio em várias regiões do mundo (ZALSMAN et al. 2016; MANN et al., 2005).

A dinâmica de todos esses fatores, em diferentes níveis e configurações, reforça a necessidade de políticas públicas de amplo espectro, que possam abordar cada um desses aspectos de forma integrada. Essas políticas devem não apenas proporcionar apoio psicológico, mas também promover uma mudança estrutural, visando à prevenção desse tipo de ato autoinfligido. Essa mudança pressupõe o cumprimento de alguns objetivos, como a promoção da educação para a saúde mental, a melhoria das condições socioeconômicas, a garantia dos direitos civis dos indivíduos e a transformação das normas sociais que perpetuam o estigma associado ao suicídio.

3. DISPARIDADES RACIAIS DO SUICÍDIO NO BRASIL

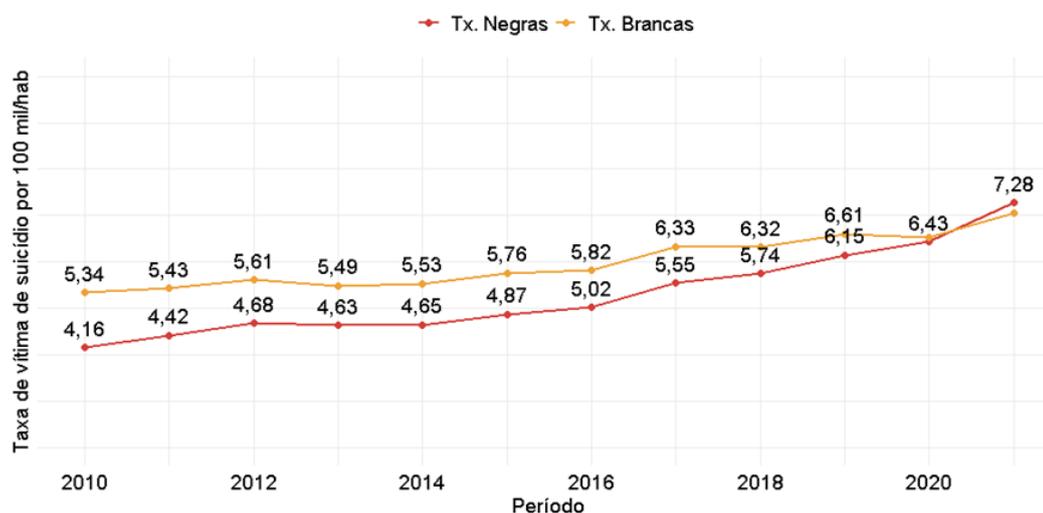
Os Gráficos 1, 2 e 3 mostram a evolução da taxa de suicídio por grupos raciais entre os anos de 2010 e 2021. O Gráfico 4, por sua vez, ilustra a evolução da proporção das vítimas. O aumento nas taxas de suicídio foi observado tanto entre brancos quanto entre negros. No ano de 2021, contudo, a taxa de suicídio de indivíduos negros chegou a sobrepor a taxa de suicídio de indivíduos brancos. Na população negra, as taxas de suicídio são mais elevadas entre pardos. Entre relação com os demais grupos raciais, são os indígenas aqueles que apresentam as taxas de suicídio mais elevadas³.

Há um conjunto consistente de estudos que apontam um risco elevado de suicídio entre a população indígena. Souza e Onety (2017), em um estudo realizado no estado de Roraima, revelou que os indígenas possuem um risco 74% maior de suicídio em comparação com os não indígenas. Um outro estudo, conduzido por Souza e Orellana (2013) no Amazonas, a taxa de suicídio entre indígenas (18,4 por 100 mil) foi 4,4 vezes maior do que na população não indígena (4,2 por 100 mil). Enquanto os jovens indígenas de 15 a 24 anos apresentaram o maior risco, entre os não indígenas, o grupo de maior risco foi o de idosos.

³ Para uma análise da variação das taxas de suicídio entre indígenas e outros grupos raciais por Unidade Federativa, ver Apêndice II.

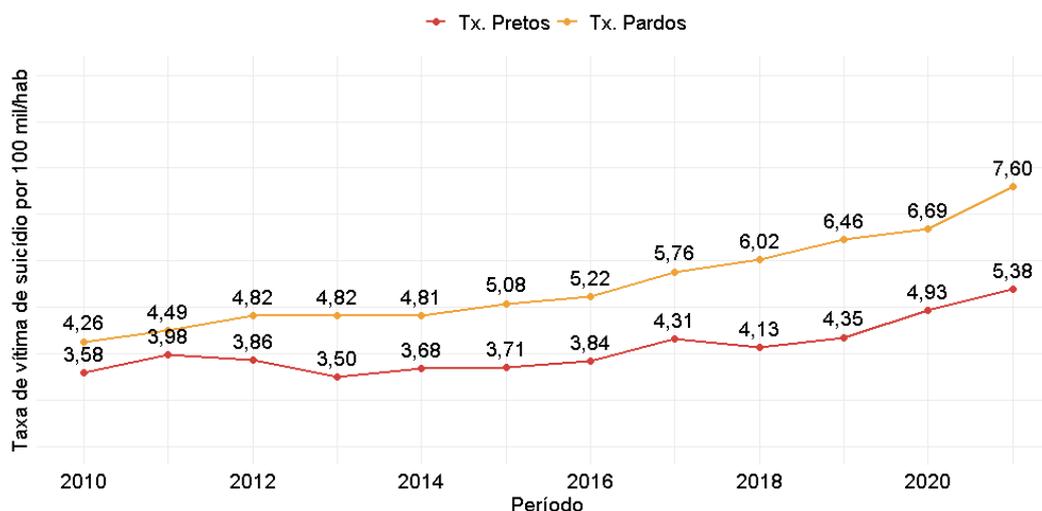
Um boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) indicou que, entre 2015 e 2018, a taxa média de suicídio entre indígenas foi de 17,5 por 100 mil, sendo 2,9 vezes maior do que entre brancos e 3,1 vezes maior do que entre negros. O maior risco foi observado entre os jovens de 15 a 19 anos. Estes dados sublinham que a transição para a idade adulta é um período particularmente vulnerável para os jovens indígenas, em grande parte devido às mudanças socioculturais resultantes da interação com a sociedade não indígena. Soma-se à assimilação cultural forçada outros fatores como o deslocamento e perda de território; conflitos com madeireiros, mineradoras e agricultores; a marginalização econômica; o consumo abusivo de álcool e de outras substâncias psicoativas; e elementos religiosos e espirituais (como a crença em maldições e feitiços). Todos esses fatores contribuem para o entendimento e explicação da desproporcionalidade das taxas de suicídio entre a população indígena no Brasil (POLLOCK et al., 2018; SOUZA; MINAYO; MALAQUIAS, 2002).

Gráfico 1. Taxa de suicídio por 100 mil habitantes entre brancos e negros (2010-2020)



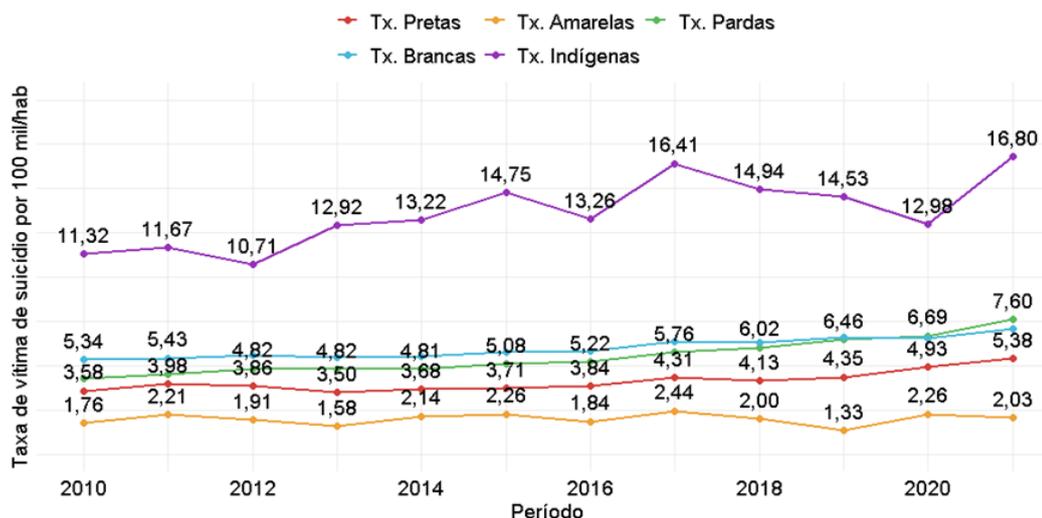
Nota: Os dados das vítimas de suicídio foram extraídos do Sistema de Mortalidade DATASUS, através do campo Mortalidade, desde 1996 por CID-10, opção óbitos por causas externas. A variável de suicídio corresponde a vítimas por lesão autoprovocada voluntariamente (Grande Grupo CID-10 X60-X84). Os dados da população racial correspondem a estimativas populacionais a partir do Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU)

Gráfico 2. Taxa de suicídio por 100 mil habitantes entre pretos e pardos (2010-2020)



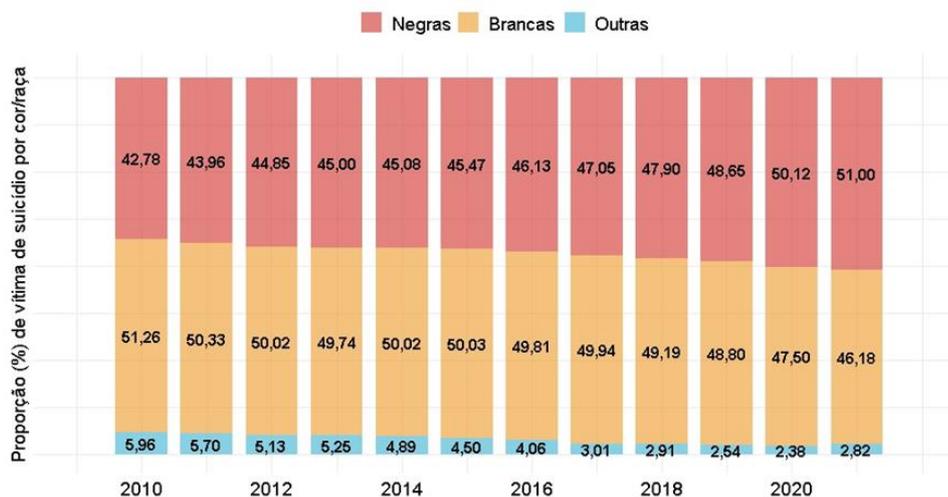
Nota: Os dados das vítimas de suicídio foram extraídos do Sistema de Mortalidade DATASUS, através do campo Mortalidade, desde 1996 por CID-10, opção óbitos por causas externas. A variável de suicídio corresponde a vítimas por lesão autoprovocada voluntariamente (Grande Grupo CID-10 X60-X84). Os dados da população racial correspondem a estimativas populacionais a partir do Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU)

Gráfico 3. Taxa de suicídio por 100 mil habitantes entre grupos raciais (2010-2020)



Nota: Os dados das vítimas de suicídio foram extraídos do Sistema de Mortalidade DATASUS, através do campo Mortalidade, desde 1996 por CID-10, opção óbitos por causas externas. A variável de suicídio corresponde a vítimas por lesão autoprovocada voluntariamente (Grande Grupo CID-10 X60-X84). Os dados da população racial correspondem a estimativas populacionais a partir do Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU)

Gráfico 4. Proporção de vítimas de suicídio por grupos raciais (2010-2020)



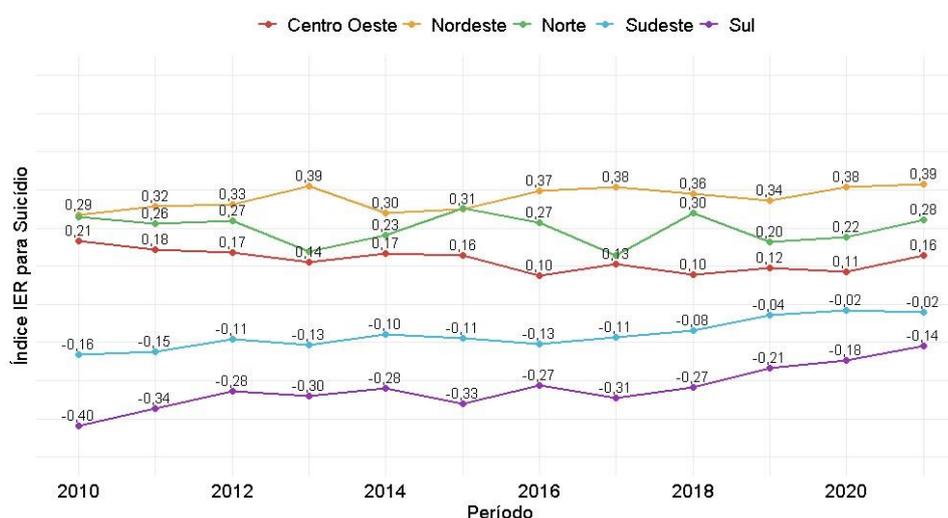
Nota: Os dados das vítimas de suicídio foram extraídos do Sistema de Mortalidade DATASUS, através do campo Mortalidade, desde 1996 por CID-10, opção óbitos por causas externas. A variável de suicídio corresponde a vítimas por lesão autoprovocada voluntariamente (Grande Grupo CID-10 X60-X84). Os dados da população racial correspondem a estimativas populacionais a partir do Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU)

A sobrerrepresentação negra entre as vítimas de suicídio é asseverada pela aplicação do Índice de Equilíbrio Racial (IER), índice que avalia a relação entre a proporção de negros em uma população de referência e a proporção de negros em subgrupos específicos de interesse. O IER varia de -1 a 1, onde valores próximos de -1 indicam sobrerrepresentação branca, valores próximos de 1 indicam sobrerrepresentação negra, e valores próximos de zero indicam equilíbrio racial. Aplicações do IER em estudos sobre representatividade na política (FIRPO et al., 2022) e sobre diferenças salariais e acesso a postos de trabalho (FIRPO; FRANÇA; PORTELLA, 2021) evidenciam elevadas disparidades entre brancos e negros. Neste trabalho, comparamos a proporção de negros no total da população de cada região com a proporção de negros vítimas de suicídio em nível nacional, regional e local, entre 2010 e 2021.

O Gráfico 5 descreve a evolução regional do IER sobre a proporção de suicídio. O que se verifica, para além da relativa estabilidade do índice nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste no período de referência, é o fato de as regiões Sul e Sudeste serem aquelas que apresentam a maior tendência de equilíbrio racial entre as vítimas de suicídio. Nessas regiões, alguns casos chamam atenção (ver Mapa 1). Na região Sudeste, o estado de Minas Gerais foi aquele em que se observou a maior variação do índice, que saltou de -0,15 em 2010 para -0,02

em 2021. Tendência semelhante se observou na região Sul, especificamente no estado de Santa Catarina, que em 2010 registrava um IER de -0,38 e em 2021, passou a registrar -0,11. Alternativamente, os estados de Alagoas, no Nordeste, e Amapá, no Norte do país, se destacam por serem os estados com uma maior sobrerrepresentação negra nas mortes por suicídio⁴. As condições que ensejam essa sobrerrepresentação negra nessas localidades demandam estudos.

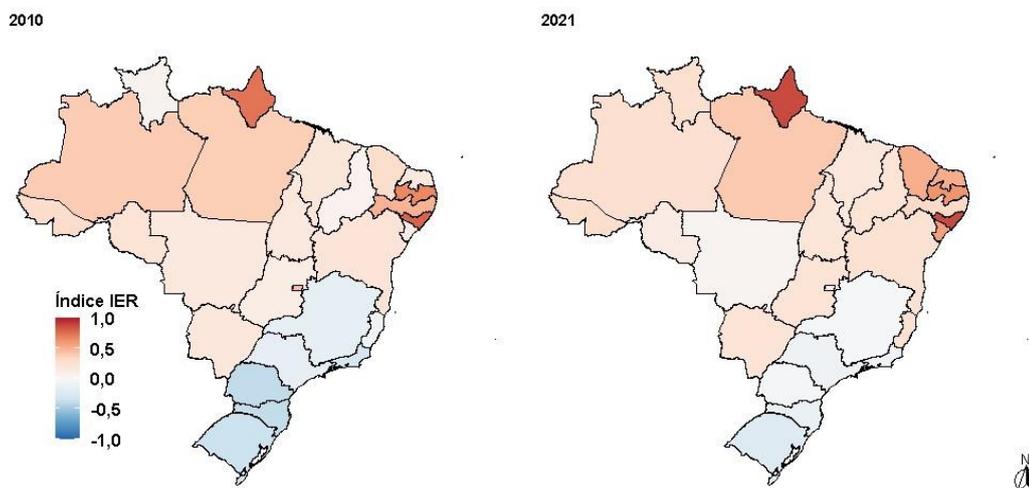
Gráfico 5. IER para suicídio por região (2012-2021)



Nota: Os dados das vítimas de suicídio foram extraídos do Sistema de Mortalidade DATASUS, através do campo Mortalidade, desde 1996 por CID-10, opção óbitos por causas externas. A variável de suicídio corresponde a vítimas por lesão autoprovocada voluntariamente (Grande Grupo CID-10 X60-X84). Os dados da população racial correspondem a estimativas populacionais a partir do Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU)

⁴ Para uma análise detalhada das variações do IER para os casos de suicídio por Unidade Federativa, ver Apêndice I.

Mapa 1. IER para suicídio por Unidade Federativa (2012-2021)



Nota: Os dados das vítimas de suicídio foram extraídos do Sistema de Mortalidade DATASUS, através do campo Mortalidade, desde 1996 por CID-10, opção óbitos por causas externas. A variável de suicídio corresponde a vítimas por lesão autoprovocada voluntariamente (Grande Grupo CID-10 X60-X84). Os dados da população racial correspondem a estimativas populacionais a partir do Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU)

3 COMO PREVENIR OS SUICÍDIOS?

A prevenção do suicídio é uma questão de saúde pública que não pode ser ignorada. A complexidade e a pluralidade de fatores que contribuem para esse problema exigem uma abordagem abrangente e integrada. A conscientização e a educação da população sobre o problema são fundamentais. O público precisa ser educado sobre os sinais de alerta do suicídio e os tabus associados a ele precisam ser desmistificados. Campanhas de conscientização podem ser úteis na desconstrução de estigmas associados às discussões sobre saúde mental e ao suicídio. Essa iniciativa, contudo, deve ser acompanhada da ampliação do acesso a serviços de saúde mental acessíveis e de qualidade, pois muitos daqueles que consideram o suicídio sofrem de condições como depressão ou ansiedade, condições que podem ser tratadas.

É igualmente importante instruir os profissionais que lidam com o público juvenil (mais propenso a comportamentos suicidas) para reconhecer os sinais de alerta e saber como intervir. Paralelamente, limitar o acesso a métodos comuns de suicídio pode ser uma medida preventiva eficaz. Muitas vezes, os atos suicidas são impulsivos, e restringir o acesso a meios letais pode ser determinante no destino daquele que decide tirar a própria vida. O apoio contínuo e o monitoramento dessas pessoas é vital, sobretudo para aqueles que já tentaram suicídio.

Fortalecer as redes de apoio, como família e amigos, pode fazer toda diferença na vida daqueles que se encontram em desespero e isolamento, condições que conduzem à ideação suicida. Essas redes podem ainda ser integradas a programas de promoção da resiliência e da autoestima individual, programas que reservam grande potencial de intervenção sobretudo entre jovens e adolescentes.

Linhas diretas de prevenção ao suicídio e centros de crise devem oferecer apoio imediato às pessoas em situações críticas. O tratamento de questões sociais mais amplas, como desemprego e discriminação, é igualmente relevante, pois pode reduzir os fatores de risco. Pesquisas contínuas sobre suicídio podem contribuir com o levantamento de dados para embasar estratégias de prevenção mais eficazes e identificar grupos de risco. Por fim, após uma tentativa de suicídio ou a perda de alguém por suicídio, também é preciso garantir o apoio aos sobreviventes e àqueles em luto. Essas iniciativas poderão tanto ajudar no processo de assimilação e recuperação quanto prevenir tentativas subsequentes.

REFERÊNCIAS

BECK, A. T. et al. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. **Focus**, v. 147, n. 2, p. 190-296, 2006.

BENNETT, S.; COGGAN, C.; ADAMS, P. Problematizing depression: young people, mental health and suicidal behaviours. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 2, p. 289-299, 2003.

BOHNERT, A. S. B.; ILGEN, M. A. Understanding links among opioid use, overdose, and suicide. **New England Journal of Medicine**, v. 380, n. 1, p. 71-79, 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018**. Boletim Epidemiológico 2020; n. 51, p. 1-7, 2021.

BRENT, D. A.; MANN, J. J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. In: **American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics**. Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company, 2005. p. 13-24.

BRENT, D. A.; MELHEM, N. Familial transmission of suicidal behavior. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 31, n. 2, p. 157-177, 2008.

CHESNEY, E.; GOODWIN, G. M.; FAZEL, S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. **World Psychiatry**, v. 13, n. 2, p. 153-160, 2014.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. (1897). Lisboa/São Paulo: Editorial Presença/Martins Fontes, 1973.

GOULD, M. S. Suicide and the media. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 932, n. 1, p. 200-224, 2001.

GUNNELL, D. et al. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. **BMC Public Health**, v. 7, p. 1-15, 2007.

JOINER, T. **Why people die by suicide**. [s. l.]: Harvard University Press, 2005.

MAHUMUD, R. A. et al. The risk and protective factors for suicidal burden among 251 763 school-based adolescents in 77 low-and middle-income to high-income countries: assessing global, regional and national variations. **Psychological Medicine**, v. 52, n. 2, p. 379-397, 2022.

MANN, J. John. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 4, n. 10, p. 819-828, 2003.

MANN, J. J.; BRENT, D. A.; ARANGO, V. The Neurobiology and Genetics of Suicide and Attempted Suicide:: A Focus on the Serotonergic System. **Neuropsychopharmacology**, v. 24, n. 5, p. 467-477, 2001.

MCGEE, R. O. B.; WILLIAMS, S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? **Journal of Adolescence**, v. 23, n. 5, p. 569-582, 2000.

MILLER, A. H.; RAISON, C. L. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. **Nature Reviews Immunology**, v. 16, n. 1, p. 22-34, 2016.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, p. 445-453, 2015.

NIEDERKROTENTHALER, T. et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. **The British Journal of Psychiatry**, v. 197, n. 3, p. 234-243, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019**. Global Health Estimates. Genebra: WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>. Acesso em: 21 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. Key Facts. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 21 ago. 2023.

PEREIRA, V. M. B.; FENSTERSEIFER, L. “Eu queria que alguém percebesse, mas ninguém percebeu”: o que revelam as cartas deixadas por suicidas. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 4, n. 7, p. 365-387, 19 jul. 2019.

PLOCHOCKI, J. H. Several ways generation Z may shape the medical school landscape. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, v. 6, p. 2382120519884325, 2019.

POLLOCK, N. J. et al. Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review. **BMC Medicine**, v. 16, p. 1-17, 2018.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2821-2834, 2018.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 113, n. 10, p. 707-712, 2020.

SOARES, G.; MIRANDA, D.; BORGES, D. **As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SOARES, F. C.; STAHNKE, D. N.; LEVANDOWSKI, M. L. Trends in suicide rates in Brazil from 2011 to 2020: special focus on the COVID-19 pandemic. **Revista Panamericana de Salud Publica**, p. e212-e212, 2022.



SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C.; MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 673-683, 2002.

SOUZA, M. L.; ONETY, R. T. Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 887-893, 2017.

SOUZA, M. L.; ORELLANA, J. D. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 245-252, 2013.

STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 30, n. 2, p. 145-162, 2000.

TURECKI, G. et al. Suicide and suicide risk. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 5, n. 1, p. 74, 2019.

TURNER, A. Generation Z: Technology and social interest. **The Journal of Individual Psychology**, v. 71, n. 2, p. 103-113, 2015.

VAN ORDEN, K. A. et al. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 76, n. 1, p. 72, 2008.

WILCOX, H. C.; CONNER, K. R.; CAINE, E. D. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 76, p. S11-S19, 2004.

ZALSMAN, G. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 7, p. 646-659, 2016.

Núcleo de Estudos Raciais – Insper Instituto de Ensino e Pesquisa

Como citar: Duque, Daniel; França, Michael; Nascimento, Fillipi; Santos, Alisson. Disparidades raciais dos suicídios no Brasil. 2024. Texto para discussão 16. Núcleo de Estudos Raciais do Insper, São Paulo.



APÊNDICES

Apêndice I - IER para suicídios por Unidade Federativa (2010-2021)

UF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Acre	0,31	0,06	0,55	-0,07	-0,03	0,20	0,11	0,10	0,28	0,12	0,22	0,29
Alagoas	0,79	0,61	0,74	0,83	0,76	0,87	0,87	0,77	0,85	0,88	0,97	0,88
Amapá	0,74	0,35	0,05	0,42	0,31	0,84	0,50	0,38	0,57	0,76	1,00	0,88
Amazonas	0,39	0,43	0,44	0,26	0,42	0,37	0,40	0,40	0,50	0,34	0,34	0,26
Bahia	0,22	0,29	0,17	0,18	0,13	0,15	0,36	0,34	0,31	0,24	0,33	0,25
Ceará	0,29	0,34	0,35	0,40	0,35	0,39	0,59	0,55	0,44	0,39	0,50	0,52
Distrito Federal	0,44	0,40	0,42	0,50	0,29	0,14	-0,05	0,06	0,01	-0,01	-0,11	0,02
Espírito Santo	-0,06	0,21	0,20	0,20	0,11	0,05	0,11	0,10	0,18	0,21	0,15	0,25
Goiás	0,12	0,16	0,15	0,07	0,12	0,12	0,20	0,19	0,11	0,15	0,18	0,23
Maranhão	0,20	0,14	0,23	0,26	0,19	0,14	0,14	0,11	0,14	0,28	0,13	0,20
Mato Grosso	0,18	0,03	-0,15	-0,09	0,09	0,26	-0,03	0,06	0,09	0,07	0,00	0,04
Mato Grosso do Sul	0,19	0,23	0,36	0,29	0,28	0,24	0,10	0,15	0,18	0,22	0,24	0,23
Minas Gerais	-0,15	-0,14	-0,09	-0,08	-0,07	-0,07	-0,08	-0,13	-0,08	-0,07	-0,05	-0,02
Pará	0,38	0,34	0,34	0,34	0,30	0,34	0,48	0,29	0,34	0,29	0,34	0,40
Paraíba	0,67	0,68	0,62	0,75	0,74	0,56	0,63	0,67	0,61	0,72	0,67	0,62
Paraná	-0,38	-0,41	-0,25	-0,32	-0,29	-0,34	-0,27	-0,33	-0,27	-0,19	-0,09	-0,03
Pernambuco	0,50	0,61	0,65	0,53	0,39	0,40	0,33	0,33	0,37	0,34	0,38	0,33
Piauí	0,06	0,01	0,04	0,24	0,13	0,18	0,15	0,17	0,10	-0,05	0,21	0,23
Rio De Janeiro	-0,29	-0,24	-0,18	-0,18	-0,15	-0,10	-0,21	-0,10	-0,14	0,01	-0,10	-0,07
Rio Grande do Norte	0,17	0,13	0,12	0,34	0,22	0,18	0,18	0,38	0,37	0,40	0,22	0,52
Rio Grande do Sul	-0,35	-0,29	-0,22	-0,22	-0,22	-0,32	-0,27	-0,25	-0,29	-0,20	-0,26	-0,21
Rondônia	0,23	0,09	0,00	-0,06	0,05	0,23	0,00	-0,07	0,19	0,03	-0,07	0,13
Roraima	0,06	0,23	0,46	0,28	0,37	0,81	0,81	0,14	0,32	0,15	0,28	0,26
Santa Catarina	-0,38	-0,17	-0,32	-0,28	-0,22	-0,20	-0,15	-0,23	-0,18	-0,16	-0,10	-0,11
São Paulo	-0,15	-0,17	-0,15	-0,16	-0,13	-0,15	-0,17	-0,14	-0,15	-0,09	-0,03	-0,08
Sergipe	0,12	0,34	0,35	0,34	0,29	0,40	0,47	0,47	0,69	0,64	0,44	0,58
Tocantins	0,18	0,21	0,17	0,08	0,21	0,16	0,04	0,04	0,18	0,14	0,07	0,21



Apêndice II - Taxa de suicídio de brancos, pardos e indígenas por Unidade Federativa (2010-2021)

