



A ALTA PREVALÊNCIA DO SUICÍDIO MASCULINO NO BRASIL

RICARDO SARTORATO; JONATAS BENARROZ DA SILVA; ANDRÉ RICARDO DE ARAÚJO QUADROS JUNIOR; KILLIAM DOS REIS GUIMARÃES

RESUMO

Os suicídios de homens têm sido historicamente três vezes mais frequentes que o de mulheres, no Brasil e em vários países do mundo. É especulado que a razão para esta desigualdade esteja relacionada a fatores culturais, a menor adequação de campanhas e a menos serviços especializados do SUS às necessidades masculinas. Visando compreender esta dinâmica epidemiológica, para estabelecer novas propostas que visem a redução dessa desproporção de suicídios, foi realizado um estudo ecológico da série temporal de suicídios de homens e mulheres, de 2011 a 2021. Foram calculados tanto o número absoluto de suicídios, como também o coeficiente de mortalidade específico, as faixas etárias mais afetadas e a causa de morte, segundo o sistema de codificação para lesões autoprovocadas voluntariamente do CID-10. O número de suicídios cresceu para homens e mulheres, mantendo a razão média de 3,9 mortes masculina para cada feminina. Ambos os sexos tiveram seu pico de frequência no ano 2021, em meio a pandemia de COVID-19, que acelerou o já constante crescimento que ocorria ao longo dos anos anteriores. Apesar do crescimento, o Brasil encontra-se na 120ª posição do *ranking* de países com maiores taxas de suicídio oriundos de homens. A faixa etária com maior número absoluto de suicídios compreendeu dos 20 aos 49 anos, perfazendo 60% do total. O coeficiente de mortalidade, por sua vez, cresceu conforme a idade avançava, atingindo 16,6 suicídios a cada 100.000 nos que têm 80 anos ou mais. Homens utilizam, em 72% dos casos, o método de autoextermínio por enforcamento, estrangulamento e sufocação, considerado de difícil prevenção. O cenário do suicídio masculino agravou na década analisada, ocorrendo aceleração com o advento do COVID-19. As ações coordenadas pelo Ministério da Saúde ainda não foram suficientes para modificar esse complexo panorama.

Palavras-chave: lesões autoprovocadas voluntariamente; DataSUS; coeficiente de mortalidade.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (*apud* Conselho Federal de Medicina, 2015), o suicídio ou autoextermínio, é definido como: “*um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal*”. Faz parte do tema suicídio o comportamento suicida, ou seja, os pensamentos, planos e tentativas relacionados a ele. Nesse contexto, o pensamento suicida está presente em até 17% dos brasileiros ao longo da vida, levando a um número elevado de casos de morbimortalidade (Botega, 2014). Sabe-se que o suicídio figura como frequente causa de morte ao longo de

toda a história, independente da cultura estudada, sendo influenciado por fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais. Portanto, é entendido que o suicídio é o fim de um processo que se iniciou muito antes.

Do ponto de vista etiológico o suicídio é multifatorial e de difícil compreensão. Segundo Ruviano *et al.* (2019), a presença de um transtorno mental crônico é muito frequente, sendo associado a mais de 90% dos casos de suicídio. Entre eles temos a depressão maior, transtorno bipolar, abuso de substâncias, transtornos psicóticos e alguns transtornos de personalidade. Ainda segundo esses autores a vulnerabilidade ao suicídio aumenta quando há desesperança, da falta de sentido percebido para a vida e da perda de importantes papéis sociais.

Entre os fatores que explicam o suicídio, temos variáveis como idade, gênero, condições socioeconômicas, orientação sexual, raça e etnia. A genética também parece influenciar, uma vez que parentes de suicidas têm até cinco vezes mais risco para a mesma condição (Ruviano *et al.*, 2019). Ainda há hipóteses sobre outras variáveis que se somam ao componente biológico, oriundas da infância, como: traços impulsivos e/ou agressivos, eventos traumáticos, desamparo, pessimismo, carência de apoio social, rigidez cognitiva, prejuízo na capacidade de solução de problemas e acesso a meios letais (Mann, 2013, *apud* Ruviano *et al.*, 2019).

Contudo, entre todos esses fatores, um dos que apresenta uma das maiores desigualdades é o percentual de suicídios oriundos do sexo masculino. No artigo de Baére e Zanillo (2020) é citado que entre os anos de 2011 e 2016 houve 62.000 mortes por suicídio no Brasil, sendo que 79% dessas eram de homens. Esse fenômeno parece ser mundial, uma vez que os homens se suicidam de 2,3 a pouco mais de três vezes a mais que mulheres, dependendo do país (*World Health Organization - WHO*, 2021).

Especula-se que existem razões próprias ao indivíduo do sexo masculino cometer mais suicídios, como a não procura por ajuda, incapacidade de comunicar seus problemas e menor rede de apoio. Culturalmente o homem tem sua identidade construída com pilares como a invulnerabilidade e a força (Gomes *et al.*, 2007). Soma-se ao fato de que os sistemas de saúde ainda não atendem adequadamente às demandas masculinas em horários compatíveis com suas práticas profissionais. As funções laborativas exercem grande influência no autocuidado masculino, pois numa escala de prioridades o trabalho é mais importante, além de ser também, muitas vezes, a razão pela qual o homem perde sua saúde. Outras razões citadas para o homem não se cuidar envolvem desde o receio por descobrir uma doença, desconforto com a exposição física, falta de unidades de saúde especializadas apenas nas demandas masculinas, busca de auxílio por meio não profissionais (amigos, farmacêuticos, indicações de outros *etc.*) e em locais não apropriados, como nas emergências ao invés de ambulatórios (Gomes *et al.*, 2007, Barros *et al.*, 2018).

No Brasil, a partir de 1991, o Ministério da Saúde (MS) é provido com tecnologia de informação graças ao banco de dados público do Sistema Único de Saúde (SUS), o DataSUS. Desta forma, é possível a criação de programas de saúde públicas baseadas em dados fidedignos, em âmbitos nacional e regional, organizadas por suas 27 secretarias em cada Estado da Federação. Desde 2011, o registro para as causas de suicídio passou a ser rotina obrigatória por meio da notificação compulsória (NC), para cada Sistema Municipal de Saúde (Souza e Lima, 2006). Os dados de mortalidade vêm sendo registrados desde 1996 de acordo com o Código Internacional de Doenças (WHO, 2000), facilitando a padronização de comunicação e consequentemente a análise de dados. O suicídio não tem uma classificação própria de registro no DataSUS, pois sua origem advém de diferentes situações clínicas ou mesmo na sua

ausência. O óbito por suicídio sendo consumado é registrado segundo os itens X60 a X84 do CID-10 – morte violenta por causas externas, isto é, não decorrentes de doença (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2000).

Portanto, entender a dinâmica epidemiológica do suicídio masculino é fundamental para a construção de ações públicas em saúde que visem sua redução. Logo, o objetivo foi analisar as séries temporais do suicídio masculino no Brasil, tanto em relação ao coeficiente de mortalidade, quanto a modalidade de autoextermínio adotada, ao longo de uma década de análise, 2011 a 2021.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma análise ecológica do suicídio no Brasil, de 2011 até 2021. O banco de dados analisado foi o DataSUS, sendo utilizado o Sistema de Informação sobre Mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente (CID-10: X60-X84) por meio do sistema TABNET. Os dados foram posteriormente filtrados para sexo e causa da mortalidade. Para o cálculo dos coeficientes de mortalidade para cada 100.000 habitantes utilizaram-se os dados referentes a população residente no Brasil, segundo o censo e estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O *software Excel* foi usado para as análises estatísticas e produção de gráficos. Foi dispensada a análise pelo comitê de ética, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em função dos dados desta pesquisa terem sido obtidos de forma indireta pelo MS

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número total de óbitos masculinos por suicídio no Brasil, de 2011 a 2021, foi de 176.733, frente aos 47.609 de mulheres, neste mesmo período. A razão geral de óbitos de homens foi, em média, 3,9 vezes ($\pm 0,13$) superior ao de mulheres, durante todo o período estudado. Na Figura 1 é demonstrado a evolução da série temporal dos coeficientes de mortalidade de homens e mulheres e, na Figura 2, a razão desses coeficientes. O crescimento percentual de óbitos acumulado, ano a ano, para homens foi 83% e de mulheres 96%. A média do coeficiente de mortalidade masculino foi de 8,3 ($\pm 1,4$) e o de mulheres 2,2 ($\pm 0,4$). O pico para ambos os sexos ocorreu no ano de 2021, justamente quando o Brasil se encontrava em pandemia por COVID-19. Os valores atingidos de homens e mulheres foi 11,6 e 3,1 óbitos a cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Os dados demonstram valores de óbitos masculinos, em relação aos femininos, ligeiramente acima da média mundial (WHO, 2021). Percebemos a tendência de crescimento de ambos os sexos, com ligeira predominância percentual do sexo feminino ao longo da década analisada. Além disso, é possível inferir que a pandemia de COVID-19 trouxe um impacto negativo para ambos os sexos, resultando num crescimento desproporcional do percentual dos suicídios em 2021. Comparado com ao ano de 2020 o crescimento em 2021 foi acima de 10%, tanto para homens como para mulheres (11% H; 16% M). Em conjunto o coeficiente de mortalidade de homens e mulheres, no Brasil, atingiu o valor de 6,4 suicídios por 100.000 habitantes em 2019, ainda abaixo da média mundial no mesmo ano, que foi 9,4 (WHO, 2019). Contudo, ao contrário da tendência mundial de redução de suicídios de homens, os dados do Brasil demonstram rápido crescimento da mortalidade masculina ao longo da última década, subindo de 8,1 para 11,6 suicídios a cada 100.000 habitantes, de 2011 a 2021. Ainda assim, em 2019 o Brasil ocupava apenas a 120ª posição no *ranking* dos países com maior coeficiente de mortalidade de homens.

A Figura 3 demonstra como os suicídios masculinos se distribuem de acordo com as faixas etárias mais prevalentes. A maior parte dos suicídios, 42%, ocorreu na faixa que

compreende dos 20 aos 39 anos. Se expandirmos de 20 aos 49 anos, teremos 60% de todos os óbitos por suicídio em homens. A despeito dos valores absolutos de suicídios, que diminuem conforme a idade aumenta, os coeficientes de mortalidade crescem progressivamente com o ganho de idade, portanto havendo um risco relativo mais elevado nas faixas etárias mais velhas. Indivíduos com 80 anos ou mais tem o coeficiente de mortalidade de 16,6 suicídios por 100.000 habitantes, sendo, portanto, a faixa etária mais exposta a risco.

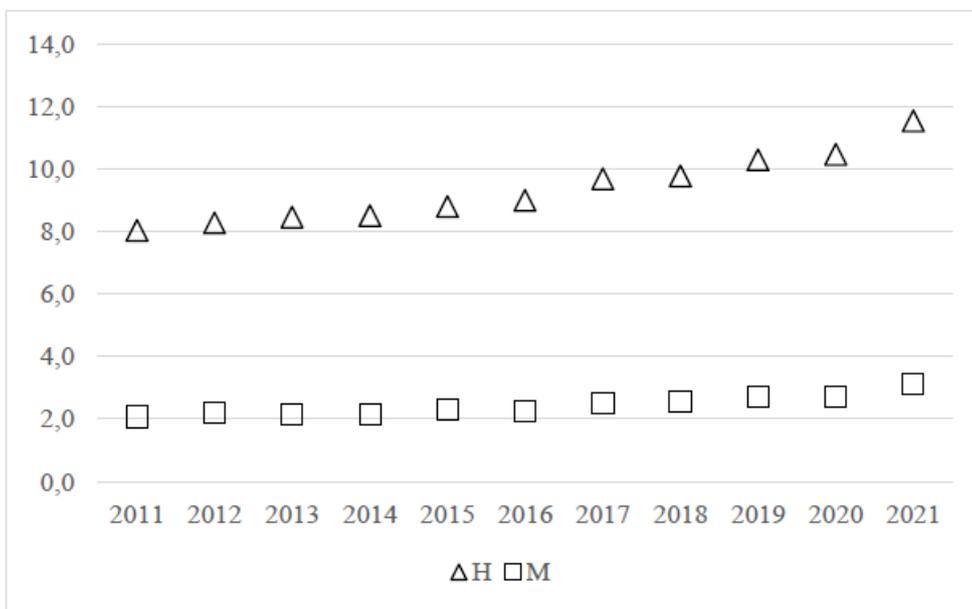


Figura 1 – Série temporal dos coeficientes de mortalidade (suicídios a cada 100.000 habitantes) de homens e mulheres no Brasil.

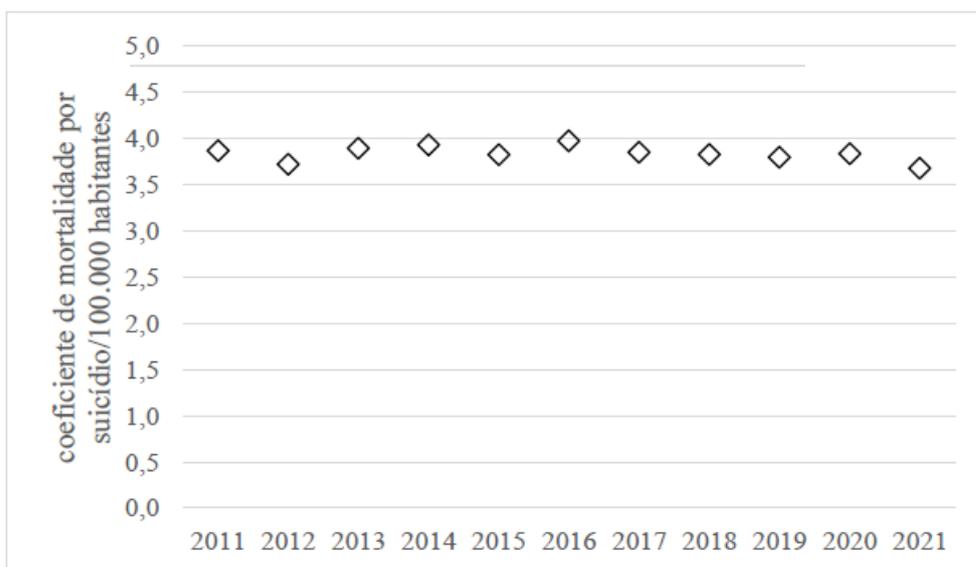


Figura 2 – Relação dos coeficientes de mortalidade de homens em relação aos de mulheres, no Brasil.

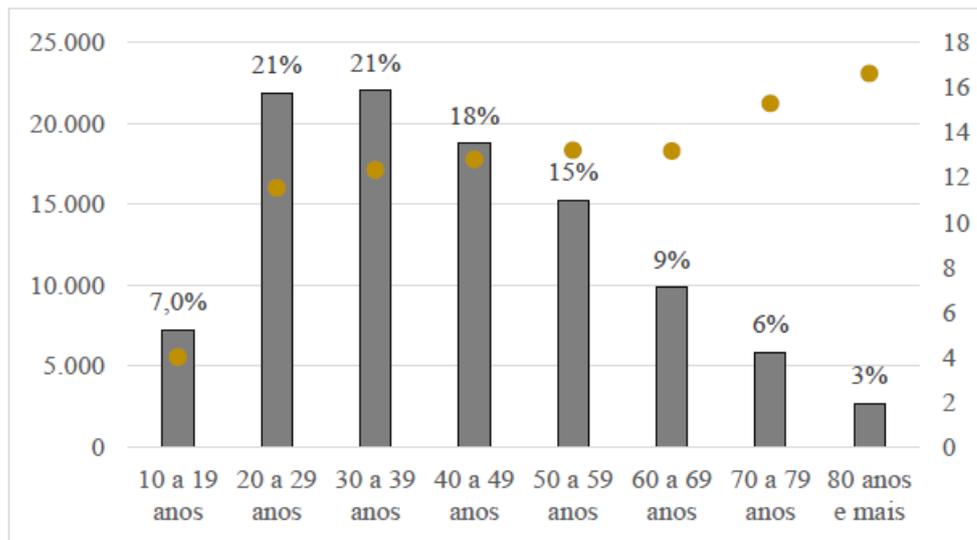


Figura 3 – Número absoluto e percentual de suicídios masculinos, agrupados por faixa etária, entre 2011 e 2021. Os pontos representam os coeficientes de mortalidade específicos para cada faixa etária (valores no eixo das ordenadas, à direita).

A Tabela 1 apresenta as categorias do CID-10 separadas por sexo e ordenadas a partir da causa de maior frequência. O código X70, lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, compõe 68,7% de todos os suicídios durante o período estudado. A segunda causa mais frequente, lesão autoprovocada intencionalmente por disparo arma de fogo, é composta pelos códigos X72, X73 e X74, que, conjuntamente, somam 8,1% de todos os suicídios. O código X68 (3,8%), autointoxicação por exposição intencional a pesticidas e o X80 (3,8%), lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado, completam a lista das principais causas com mais de 3% do total de suicídios.

| Total de óbitos Causa CID-10 H | Total de óbitos Percentual do somatório | | | |
|-----------------------------------|---|--------|--------|--------|
| | M | H | M | |
| X70 | 74.902 | 15.765 | 56,73% | 11,94% |
| X74 | 6.359 | 716 | 4,82% | 0,54% |
| X68 | 3.281 | 1.711 | 2,49% | 1,30% |
| X80 | 3.195 | 1.815 | 2,42% | 1,37% |
| X72 | 2.835 | 324 | 2,15% | 0,25% |
| X84 | 1.978 | 896 | 1,50% | 0,68% |
| X78 | 1.779 | 337 | 1,35% | 0,26% |
| X64 | 1.538 | 1.604 | 1,16% | 1,21% |
| X69 | 1.485 | 1.060 | 1,12% | 0,80% |
| X76 | 925 | 981 | 0,70% | 0,74% |
| X71 | 909 | 513 | 0,69% | 0,39% |
| X61 | 900 | 1.503 | 0,68% | 1,14% |
| X79 | 634 | 168 | 0,48% | 0,13% |
| X62 | 601 | 223 | 0,46% | 0,17% |
| X65 | 491 | 97 | 0,37% | 0,07% |
| X82 | 455 | 137 | 0,34% | 0,10% |
| X73 | 451 | 30 | 0,34% | 0,02% |
| X67 | 299 | 59 | 0,23% | 0,04% |
| X83 | 223 | 54 | 0,17% | 0,04% |
| X81 | 181 | 56 | 0,14% | 0,04% |
| X66 | 92 | 51 | 0,07% | 0,04% |
| X63 | 69 | 73 | 0,05% | 0,06% |
| X60 | 64 | 79 | 0,05% | 0,06% |
| X75 | 50 | 14 | 0,04% | 0,01% |
| X77 | 44 | 17 | 0,03% | 0,01% |
| Total | 103.740 | 28.283 | 79% | 21% |
| Somatório | 132.023 | | 100% | |

Tabela 1 – Número absoluto e relativo de suicídios de homens e mulheres acumulados entre 2011 e 2021, segundo categoria de óbitos por causas externas do CID-10. H = homens; M = mulheres

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, após a implantação da Lei do Desarmamento, no final de 2003, houve uma tendência a redução do suicídio por causas relacionadas a armas de fogo em território brasileiro (IPEA, 2023). Isso reforça o conceito que é possível reprimir, ou pelo menos dificultar o suicídio por essa causa, por meio do controle do acesso às armas. O mesmo poderia ser comentado quanto ao uso de pesticidas, que igualmente vem diminuindo sua frequência como causa de morte por suicídio no Brasil (-54,6% de 2011 a 2021). A precipitação de local elevado, que vem crescendo gradualmente na

última década, também poderia ser combatida pelo controle de acesso e proteção de *hot spots*, locais altos que têm sido historicamente usados para a finalidade do suicídio (Almeida *et al.*, 2018). Entretanto, a causa mais frequente em homens é a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, de difícil prevenção e que aumenta em ritmo acelerado.

É possível notar que a causa X61, autointoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes, antiepilépticos, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, é a única causa onde encontramos um percentual de mulheres superior ao de homens. Por razões desconhecidas, a escolha feminina por esse método é mais frequente que a masculina, apesar de ainda ser 10 vezes menor que o número de casos femininos associados ao X70. Apesar disso, a causa X61 é passível de controle e prevenção, pois a venda da maioria das medicações usadas com essa finalidade é controlada e algumas dessas drogas possuem antídotos, o que favorece o atendimento médico de emergência para reverter condições potencialmente fatais.

Estratégias para combater o suicídio masculino incluem a criação de campanhas como o “Novembro Azul – mês da conscientização sobre a saúde do homem”, chancelada pelo MS, que além das questões relacionadas a prevenção do câncer de próstata, abordam temas mais abrangentes sobre prevenção de doenças e promoção da saúde do homem. Contudo, permanece o problema quanto à oferta dos serviços especializados e preparados para atender o homem, bem como horários compatíveis para que este possa efetivamente ser atendido. Uma possível solução seria fiscalizar mais proximamente o cumprimento das leis trabalhistas direcionadas aos cuidados da saúde de colaboradores, como a lei 13.787, de 2018, que prevê a liberação de até três dias por ano para a realização de exames preventivos para câncer, por exemplo (Senado Federal, 2018).

Um ponto importante quanto à saúde mental, seria a resolução 1.658/2002, do Conselho Federal de Medicina, que garante que qualquer médico pode atestar problemas de natureza mental (CFM, 2002). Portanto, bastaria que o homem estivesse sendo visto dentro do sistema de saúde para que situações de risco pudessem ser efetivamente percebidas e tratadas. Contudo, apesar dos avanços quanto ao exame preventivo de câncer de próstata, pouco se avançou no quesito saúde mental.

Em 2008 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), baseada nos princípios de que o homem são mais vulneráveis às doenças, morrendo precocemente em relação às mulheres (MS, 2008). O foco desse programa é trazer o homem para a Atenção Primária, reduzindo as barreiras socioculturais existentes para que o homem possa ser atendido pelo sistema. De um modo geral, as ações em saúde são direcionadas para criança, adolescente e idosos, deixando à margem os homens em idade economicamente produtiva. Nesse Programa governamental estimulam-se as práticas que visem facilitar adesão do homem. A área de saúde mental é um dos cinco grandes pilares previstos pelo PNAISH, que conta com um plano de ações bem definido, cuja meta final é reduzir a mortalidade precoce, bem como os custos associados com a morbimortalidade.

Por fim, se forem levadas em conta as crescentes estatísticas de mortalidade de suicídios masculinos, percebe-se que pouco foi feito adicionalmente desde a implantação do PNAISH, há mais de uma década e meia atrás. Ainda não há um canal bem desenvolvido para o tratamento e acompanhamento da saúde mental masculina, onde muitos tabus ainda perduram. Apesar de haver reconhecimento da complexa situação, os programas de governo não conseguiram resolver as dificuldades para o atendimento e tratamento eficaz de muitos aspectos da saúde masculina.

4 CONCLUSÃO

A análise da série temporal dos suicídios masculinos ocorridos no Brasil, entre 2011 e 2021, revelou uma grande prevalência masculina, havendo aumento do coeficiente de mortalidade em ambos os sexos, mas mantendo relação relativamente constante entre ambos. Na média, o suicídio de homens ocorre 3,9 vezes mais frequentemente que o de mulheres. O pico de prevalência ocorreu no último ano analisado, 2021, corroborando a hipótese de que o contexto do isolamento social trouxe impacto negativo para a elevação dos casos de suicídios (Schuck *et al.*, 2020). A faixa etária com maior número de casos foi de 20 a 49 anos, abrangendo 60% de todos os suicídios. A faixa etária sob maior risco relativo foi de 80 anos ou mais, com o coeficiente de mortalidade acima de 16 óbitos para cada 100.000 habitantes. Por fim, ainda encontramos um número muito alto e em ascensão de suicídios advindos de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, compondo 72% dos óbitos masculinos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O. DE *et al.* Suicide attempts: epidemiologic trends towards geoprocessing. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1183–1192, 2018.

BAÉRE, F. DE; ZANELLO, V. Suicídio e Masculinidades: Uma Análise por Meio do Gênero e das Sexualidades. **Psicologia em Estudo**, v. 25, e44147, 1-15, 2020.

BARROS, C. T. *et al.* “Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho”: relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 423–434, 2018.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231–236, dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Suicídio: Informando para Prevenir**. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.º 1.658/2002**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1658>

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência v.2.7**. Acessado em julho de 2023. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/filtros-series/16/suicidios>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes) [Internet]**. 2008. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Edusp, 2000.

RUVIARO, N.; CORRÊA, A. S.; SILVEIRA, K. S. DA S. Etiologia e manejo do comportamento suicida: a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. **Disciplinarum Scientia**, v. 20, n. 2, p. 377–390, 2019.

SCHUCK FW, *et al.* A influência da pandemia de COVID-19 no risco de suicídio. **Brazilian Journal of Health Review**. 3(5):13778–89, 2020.

SENADO FEDERAL. **Legislação Federal: Lei nº 13.767 de 18/12/2018**. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/30750306#:~:text=Alter%20o%20art>.

SOUZA, E. R. DE; LIMA, M. L. C. DE. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1211–1222, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia**. Folheto [Internet]. 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-8885>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide rates**. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>>.

