

Mortalidade por suicídio na Bahia na faixa etária de 15 a 29 anos, de 2011 a 2023

Suicide mortality in Bahia in the 15-29 age group, from 2011 to 2023

Cíntia Mesquita Correia¹ 

Marcella Oliveira de Almeida² 

Maria Clara Oliveira Guimarães³ 

¹Contato para correspondência. Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil.
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. cintiamesquita@bahiana.edu.br

^{2,3}Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil.

RESUMO | OBJETIVO: Descrever o perfil sociodemográfico das mortes por suicídio na Bahia, na faixa etária de 15 a 29 anos, no período de 2011 a 2023. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, com dados secundários, obtidos no Sistema de Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia (SUVISA). Foram analisados os suicídios por residência, notificados por Núcleos Regionais de Saúde, utilizando-se como variáveis: sexo, faixa etária, raça/cor e estado civil. Para a tabulação dos dados e análise descritiva foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2023. **RESULTADOS:** Foram notificadas um total de 2080 mortes por suicídio na Bahia. Destacam-se os Núcleos com maior porte populacional, sendo: Leste 20,2%, Sudoeste 16,0% e Centro Leste 13,7%. No quesito raça/cor, os suicídios foram mais frequentes em pessoas pardas, chegando a representar 73,4% do total. Para todos os Núcleos, os suicídios de solteiros superaram os demais estados civis, em ambos os sexos. **CONCLUSÃO:** Observou-se uma distribuição desigual dos casos de mortes autoprovocadas tanto em relação à localização geográfica, quanto às variáveis de sexo, raça/cor e estado civil.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade. Suicídio. Análise de Dados Secundários.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To describe the sociodemographic profile of suicide deaths in Bahia, in the age group of people from 15 to 29 years old, from 2011 to 2023. **METHODS:** This is a descriptive, quantitative study with secondary data obtained from the Sistema de Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia – SUVISA (Health Surveillance and Protection Superintendence System). Suicides by residence, reported by Núcleos Regionais de Saúde (Regional Health Centers), were analyzed using the following variables: sex, age group, race/skin color, and marital status. For data tabulation and descriptive analysis, Microsoft Office Excel 2023 was used. **RESULTS:** A total of 2,080 suicide deaths were reported in Bahia. The regions with the largest population size stand out: East 20.2 0%, Southwest 16.0%, and Central East 13,7%. Regarding race/ skin color, suicides were more frequent among people of mixed-race, representing 73,4% of the total. For all regions, suicides among single individuals exceeded those of other marital statuses, for both sexes. **CONCLUSION:** An unequal distribution of self-inflicted deaths was observed in relation to both geographic location and the variables of sex, race/skin color, and marital status.

KEYWORDS: Mortality. Suicide. Secondary Data Analysis.

1. Introdução

O suicídio, definido etimologicamente como ato de matar a si mesmo, é considerado um problema global de saúde pública. Isto se deve tanto pela complexidade do ato, quanto pelos números cada vez mais alarmantes das mortes autoprovocadas¹. Os números elevados e preocupantes das mortes autoprovocadas colocam o suicídio como a segunda maior causa de óbitos em todo o mundo, principalmente na população jovem, na faixa etária de 15 a 29 anos, em ambos os sexos².

No cenário internacional, tem-se um suicídio a cada 40 segundos e, para cada suicídio, um número de 20 ou mais tentativas². Em 2020, o ônus das tentativas de suicídio e a morbidade que essas trazem, tiveram um aumento de, aproximadamente, 2,4% em todo o mundo³. Atualmente, no ranking de países com mais casos de morte por suicídio, encontra-se, pelo menos, um país de cada continente do mundo, sendo que esses números aparecem com proporções maiores a cada ano². A exemplo disso, a pesquisa populacional realizada com as taxas de suicídio no Japão e na Coreia do Sul entre 1985 e 2010 mostrou que os dois países tiveram números elevados de mortes autoprovocadas⁴. Nos últimos 45 anos, as taxas globais de mortalidade por suicídio tiveram acréscimo de 60%, com destaque para República da Coreia e Trinidad e Tobago devido aos números elevados de suicídios¹. Nos Estados Unidos da América, as taxas de suicídio aumentaram em cerca de 16% entre os anos de 2006 e 2014⁵.

No Brasil, os números de mortes por suicídio não diferem do cenário internacional, colocando o país na 8ª posição mundial dos maiores índices de suicídio⁶. O total de suicídios, no período de 2002 a 2012, passou de 7.726 para 10.321, representando um aumento de 33,6% das mortes autoprovocadas. Estas alcançaram índices três vezes maiores que o crescimento da população brasileira no mesmo decanato, o que excede amplamente a mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito — com 2,1% e 24,5%, respectivamente. Dentre as regiões, chama atenção o crescimento no número de suicídios do Norte e do Nordeste, sendo este liderado pelos estados da Bahia e da Paraíba⁷.

Embora os números preocupantes do suicídio, especialistas de diferentes categorias profissionais afirmam que mais da metade das mortes podem ser prevenidas, a partir do momento em que se fala sobre a morte com menos tabu. Isto porque a morte e o morrer, sobretudo a autoprovocada, remete a rotulagens discriminatórias acerca da loucura ou formas exacerbadas de clamar por atenção⁸. Tais proposições, além de dificultarem a compreensão dos agravos trazem reflexos à elaboração de políticas públicas em torno da prevenção do suicídio, acentuados fatores de risco no contexto biopsicossocial⁹.

Muitas vezes, até mesmo na formação em saúde, observa-se pouca ou nenhuma informação sobre a morte e o processo de morrer, incluindo-se a mortalidade por suicídio. Nesse contexto, chama atenção, em particular, o ato suicida, que apesar dos números alarmantes, ainda parece encobrir estigma e medo na sociedade em geral.

Espera-se que este estudo contribua para uma maior informação acerca da temática do suicídio entre os acadêmicos da área de saúde e na população em geral, bem como para o direcionamento de políticas públicas de saúde.

Dessa forma, apresenta-se como questão de pesquisa: qual o perfil sociodemográfico das mortes por suicídio no Brasil, no período de 2011 a 2023? Para responder à pergunta, elege-se como objetivo: descrever o perfil sociodemográfico das mortes por suicídio na Bahia, no período de 2011 a 2023.

2. Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, abordagem quantitativa de séries temporais, com dados secundários, obtidos no Sistema de Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia (SUvisa), da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB). Esta base é produto da unificação de mais de quarenta modelos de declaração de óbito utilizados ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. É, ainda, um dos principais instrumentos para apoiar a elaboração de políticas públicas de saúde e seguridade social mais efetivas visando à prevenção, promoção e cuidado em saúde¹⁰.

Tendo em vista a grande extensão territorial da Bahia e com o objetivo de favorecer a busca de dados na SUVISA, foram analisados os suicídios por residência. A Bahia também chama atenção por seu contingente populacional, como o Estado mais populoso do Banco do Nordeste, com 14.141.626 habitantes, sendo 51,7% para as mulheres e 48,3% para os homens, segundo o censo de 2022¹¹. Os dados foram coletados em maio de 2024 e como critério de análise foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), faixa etária (15 a 29 anos), raça/cor (branca, preta, amarela, parda e indígena) e estado civil (solteiro, casado, viúvo e divorciado).

O recorte temporal ocorreu nos anos de 2011 a 2023. Justifica-se o acesso a partir de 2011, por ser o ano de inclusão da violência autoprovocada como agravo de notificação imediata ou compulsória, conforme definido na Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011¹².

Os dados foram codificados de acordo com o grande grupo de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10), utilizando-se as mortes por lesões autoprovocadas voluntariamente (X60 – X84). Para a tabulação dos dados e a análise descritiva foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2023.

A coleta de dados pelo portal SUVISA seguiu os seguintes passos: vigilância epidemiológica, informações em saúde/TABNET, dentro dessa informação, o tópico mortalidade seguido de óbitos por causas externas. Na dimensão das linhas, estão os municípios da Bahia; nas colunas, os anos de ocorrência dos óbitos; e como conteúdo, os óbitos por local de residência, abrangendo a série histórica de 2011 a 2023. Para o grande grupo de classificação Internacional de Doenças (CID-10) foram selecionados de X60-X84, identificados como lesões autoprovocadas voluntariamente.

Salienta-se a não necessidade de submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma pesquisa a partir do acesso a dados oficiais de domínio público.

3. Resultados

No período analisado, de 2011 a 2023 foram notificados um total de 2080 mortes por suicídio na Bahia. Destacam-se os Núcleos com maior porte populacional, sendo: Leste (20,2%), Sudoeste (16,0%) e Centro Leste (13,7%), conforme tabela 1.

Tabela 1. Frequência de mortalidade por suicídio nos Núcleos Regionais de Saúde de 2011 a 2023, faixa etária de 15 a 29 anos (N=2080)

Núcleos Regionais de Saúde	n	%
NRS Centro Leste	283	13,7
NRS Centro Norte	207	10,0
NRS Extremo Sul	115	5,5
NRS Leste	419	20,2
NRS Nordeste	126	6,1
NRS Norte	219	10,5
NRS Oeste	138	6,6
NRS Sudoeste	332	16,0
NRS Sul	236	11,3
Ignorado	5	0,1
Total	2080	100,0

Fonte: SUVISA (2024).

Quando comparadas as mortes por sexo, chama atenção à desproporção entre o sexo masculino e feminino, sendo notificados 1663 suicídios para o sexo masculino e 417 para o sexo feminino. O que corresponde acerca de quatro mortes masculinas para uma feminina. Os Núcleos Leste (19%), o Sudoeste (19%) e o Centro Leste, que juntos somam quase 50% do total de suicídios (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de mortalidade por suicídio nos Núcleos Regionais de Saúde por sexo, de 2011 a 2023 (N=2080)

Núcleos Regionais de Saúde	Sexo masculino		Sexo feminino	
	n	%	n	%
NRS Centro Leste	235	14,1	48	11,5
NRS Centro Norte	179	10,8	28	6,7
NRS Extremo Sul	91	5,5	24	5,8
NRS Leste	317	19,1	102	24,5
NRS Nordeste	98	5,9	28	6,7
NRS Norte	176	10,6	43	10,3
NRS Oeste	105	6,3	33	8,0
NRS Sudoeste	269	16,2	63	15,0
NRS Sul	190	11,4	46	11,0
Ignorado	3	0,1	2	0,5
Total	1663	100	417	100

Fonte: SUVISA (2024).

No quesito raça/cor, as mortes autoprovocadas na Bahia foram mais frequentes em pessoas pardas (1.527) chegando a representar 73,4% do total (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência de mortalidade por suicídio por Núcleos Regionais de Saúde e raça/cor, de 15 a 29 anos, de 2011 a 2023. (N=2080)

Núcleos Regionais de Saúde	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NRS Centro Leste	25	11,5	35	13,3	0	0,0	213	14,0	1	33,0
NRS Centro Norte	22	10,0	13	5,0	2	28,6	163	10,7	0	0,0
NRS Extremo Sul	9	4,0	7	2,7	1	14,2	90	5,9	3	67,0
NRS Leste	52	24,0	83	32,0	0	0,0	279	18,3	0	0,0
NRS Nordeste	8	3,7	14	5,3	0	0,0	103	6,7	0	0,0
NRS Norte	21	9,7	13	5,0	0	0,0	181	11,9	0	0,0
NRS Oeste	11	5,2	25	9,5	0	0,0	100	6,5	0	0,0
NRS Sudoeste	49	22,6	47	17,0	2	28,6	221	14,5	0	0,0
NRS Sul	19	8,8	26	9,8	2	28,6	175	11,5	0	0,0
Ignorado	1	0,5	1	0,4	0	0,0	2	0	0	0,0
Total	217	100	264	100	7	100	1.527	100	4	100

Fonte: SUVISA (2024).

No que diz respeito ao estado civil das pessoas que se suicidaram, a região Sudoeste apresenta destaque entre solteiros, casados e divorciados, com os maiores percentuais. Para todos os Núcleos, os suicídios de solteiros superaram os demais estados civis, em ambos os sexos (Tabela 4).

Tabela 4. Mortalidade por suicídio nos Núcleos Regionais de Saúde e estado civil, de 15 a 29 anos, de 2011 a 2023. (N=2080)

Núcleos Regionais de Saúde	Solteiro		Casado		Viúvo		Divorciado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NRS Centro Leste	240	14,0	11	11,8	0	0,0	0	0,0
NRS Centro Norte	165	9,6	10	10,7	0	0,0	0	0,0
NRS Extremo Sul	88	5,0	3	3,2	0	0,0	2	15,4
NRS Leste	376	22,0	17	18,3	1	100,0	3	23,0
NRS Nordeste	104	6,1	6	6,5	0	0,0	0	0,0
NRS Norte	182	10,7	9	9,7	0	0,0	1	7,7
NRS Oeste	90	5,3	5	5,4	0	0,0	2	15,4
NRS Sudoeste	252	14,8	26	28,0	0	0,0	5	38,5
NRS Sul	213	12,4	6	6,4	0	0,0	0	0,0
Ignorado	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	1.712	100	93	100	1	100	13	100

Fonte: SUVISA (2024).

4. Discussão

Através da análise da série anual de 2011 a 2023, a Bahia apresentou um total de 2080 mortes por suicídio, na faixa etária de 15 a 29 anos, considerando os nove Núcleos Regionais de Saúde. Os homens morrem mais por suicídio do que as mulheres, numa proporção de 4:1. Pretos e pardos chegam a quase 90% das mortes autoprovocadas, com uma diferença também acentuada para os solteiros (82,3%), quando comparados aos casados, viúvos ou divorciados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o suicídio tornou-se uma epidemia de escala global, com uma pessoa morrendo por suicídio a cada 40 segundos. Esses dados mostram que esse fenômeno leva à morte de mais de 800 mil pessoas anualmente, com 75% dos casos ocorrendo em países em desenvolvimento e pobres¹¹.

Embora a Bahia ocupe uma posição elevada no ranking do crescimento feminino — percentual de 2,3% entre 2010 e 2022¹² — os homens apresentam uma vulnerabilidade maior para o suicídio. Corroborando, boletim epidemiológico publicado em 2021 aponta que homens apresentam um maior risco para o suicídio, enquanto as mulheres apresentam maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio¹³. Isso pode ter relação com a diferença de métodos entre os gêneros. Estudo ecológico que avaliou a frequência de suicídios no Brasil na faixa etária de 14 a 65 anos com dados notificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade identificou como mais prevalentes entre os homens, o enforcamento (74,7%), seguido por disparo de arma de fogo (8,0%)¹⁴. Os homens são também mais sensíveis a instabilidades econômicas como o desemprego e o empobrecimento, fatores que podem levar ao suicídio^{15,16}.

Considerando a variável raça/cor, tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino, a população preta e parda correspondeu a mais de 90% das mortes por suicídio. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra é constituída por indivíduos que se autoafirmam pretos ou pardos, definindo-se como raça/cor o que diz respeito a traços e particularidades individuais. No Censo Demográfico de 2022, a população parda tornou-se a maioria no Brasil, representando 45,3% (92,1 milhões de pessoas) da população total do país, superando pela primeira vez desde a criação do censo a população branca, que passou para 43,5% (88,7 milhões)¹⁷.

Compreendendo o racismo como um processo estrutural, estudo realizado em Vilhena, Rondônia, demonstrou que suicídio e lesões autoprovocadas estão associadas a desigualdades raciais e sociais que, assim como no restante do Brasil, afetam mais diretamente os jovens negros¹⁸. Neste cenário, as pessoas negras e pobres, sobretudo do sexo masculino, vivenciam de perto a marginalização e a herança histórica da exclusão social que

vulnerabiliza para as mais diversas situações e agravos à saúde, como vício de substâncias químicas, depressão e até o suicídio. Dessa forma, observa-se que determinantes sociais possuem relação com o comportamento suicida, seja pela violência estrutural e sua relação com o colonialismo, ou pela discriminação, marginalização e exclusão que perpetuam até os dias atuais^{19,20}.

Chama atenção que os modos de adoecer e morrer da população negra refletem contextos de vulnerabilidade que são expressos em iniquidades em saúde²¹. É notória a discriminação da população negra nas unidades de saúde, tanto como usuários quanto como profissionais. A falta de informação no preenchimento do quesito raça/cor nas fichas de notificação de agravos simboliza um importante marcador para o impedimento aos benefícios preventivos ou curativos dos tratamentos e medicamentos possibilitados pelas políticas públicas de saúde²².

No que diz respeito ao estado civil, os dados mostraram que ser solteiro correspondeu por quase 94% dos casos de mortalidade por suicídio. Estudo mexicano sobre análise de fatores sociodemográficos relacionados às tentativas de suicídio na população mostrou que o fato de não estar em uma relação estável ou casado(a) pode levar a uma maior propensão às tentativas de suicídio²³. Corroborando, pesquisa sobre o perfil de mortalidade por homicídios e suicídios em homens no sertão de Pernambuco, desenvolvido no Instituto de Medicina Legal de Petrolina, evidenciou a prevalência do estado civil solteiro em ambas as causas de morte, representada por 78,8 % dos homicídios e 64,2 % dos suicídios²⁴.

De maneira geral, as mortes violentas, presentes globalmente, afetam especialmente os países latino-americanos, e o perfil das vítimas é frequentemente de pouca idade²⁵. Mediante discussões sobre a masculinidade, associadas àquelas de aspecto sociopolítico, torna-se possível a identificação de ferramentas adequadas ao processo de implementação de políticas públicas que viabilizam mudanças no contexto do perfil de mortalidade²⁶.

Este estudo apresenta limitação por ser oriundo de dados secundários, com informações que podem apresentar imprecisão e inconsistências nos registros de interesse dos dados da pesquisa.

5. Conclusão

Em síntese, o estudo revelou a magnitude da mortalidade por suicídio na Bahia, sobretudo nos indivíduos jovens do sexo masculino, pardos e solteiros, no período de 2011 a 2023. Possuir um relacionamento estável e construir uma família sugere um fator de proteção acerca do suicídio, considerando o total de mortes na ausência de vínculos afetivos para ambos os sexos.

Produzir informações que possam dar visibilidade a esse problema de saúde pública entre os negros é uma atividade extremamente necessária e urgente, a qual é possibilitada pelo preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação de agravos.

Os dados apresentados reforçam a necessidade de formulação de políticas públicas direcionadas à promoção da vida, com abordagem multidisciplinar através da vigilância e da assistência, incluindo questões de gênero, raça/cor e condições socioeconômicas.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [DOAJ](#) e [EBSCO](#).



Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
2. Organização Mundial de Saúde. Suicide: one person dies every 40 seconds. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
3. Silveira RA, Santos AS, Ferreira LA. Impacto da morbimortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. R Pesq Cuid Fundam Online. 2012;4(4):3033-42. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i4.3033-3042>
4. Jeon SY, Reither EN, Masters RK. A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. BMC Public Health. 2016;16:356. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3020-2>
5. Hedegaard H, Curtin SC, Warner M. Suicide rates in the United States continue to increase. NCHS Data Brief [Internet]. 2018;(309):1-8. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db309.htm>
6. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2017/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada-pdf/view>
7. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil [Internet]. Brasília: Flacso Brasil; 2014. Disponível em: https://biblioteca.flacso.org.br/files/2020/03/Mapa2014_JovensBrasil.pdf
8. Santos WS, Ulisses SM, Costa TM, Farias MG, Moura DPF. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. Psicologia Saúde Doença [Internet]. 2016;17(3):515-26. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36249164016.pdf>
9. Ferreira KG, Gonçalves MV. A perspectiva dos estudantes sobre a abordagem do suicídio na formação em Terapia Ocupacional. Cad Bras Ter Ocup. 2018;26(4):883-91. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1610>
10. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia. [Internet]. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/superintendencia-de-vigilancia-e-protecao-da-saude-do-estado-da-bahia/>
11. Banco do Nordeste. Censo demográfico 2022: primeiros resultados [Internet]. Fortaleza: Banco do Nordeste; 2023. Disponível em: https://www.bnb.gov.br/s482-dspace/bitstream/123456789/1791/3/2023_CDPR_GERAL.pdf
12. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpersonais_autoprovocadas.pdf
13. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico 33: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim-epidemiologico_svs_33_final.pdf
14. Palma TF, Teixeira JRB, Bandini MCD, Lucca SR, Araújo TM. Quando a saída é a própria morte: suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Brasil. Cien Saude Colet. 2024;29:e00922023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291000922023>
15. Ribeiro JF, Mascarenhas TB, Araújo ACBS, Coelho DMM, Branca SBP, Coelho DMM. Perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2018;12(1):44-50. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25087/25845>
16. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. J Bras Psiquiatr. 2015;64(1):45-54. <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
17. Sá EB, Santos YL, Silva TD. Informe MIR - Monitoramento e avaliação, nº 3. Edição Censo Demográfico 2022. Ministério da Igualdade Racial [Internet]. Brasília; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/informativos/Informe-edicao-censo-demografico2022.pdf>
18. Souza IB, Goebel ROR. "Em Caminho para o Caps": uma análise epidemiológica sobre a determinação racial do suicídio no município de Vilhena, Rondônia. Rev Saúde Redes. 2025;11(2):1-17. <http://doi.org/10.18310/2446-4813.2025v11n2.4837>
19. Santos IN, Black TLP, Silva KV, Santos CFBF. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. Physis. 2024;34:e34025. <http://doi.org/10.1590/S0103-7331202434025pt>
20. Ministério da Saúde. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde 11: Saúde da população negra. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_novembro_2022.pdf
21. Ministério da Saúde, Universidade de Brasília. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf

22. Oliveira LGF, Magalhães M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. R bras Est Pop. 2022;39:e0214. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0214>

23. Davila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Tentativas de suicídio na população adulta mexicana: uma análise de fatores sociodemográficos e associados. Rev Bras Epidemiol. 2024;27:e240014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240014>

24. Alves APS, Ferreira RG, Fernandes FECV, Campos MEAL, Melo RA. Perfil de mortalidade por homicídios e suicídios em homens no sertão de Pernambuco. Av Enferm. 2021;39(3):320-31. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.86980>

25. Marco MH, Sy A. Do suicídio ao homicídio: uma revisão narrativa da bibliografia sobre mortalidade por "causas externas" na Argentina. Rev Cienc Salud. 2020;28(3):1-20. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9796>

26. Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e119. <http://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>