

Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDANT/DASNT/SVS/MS); Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGMAD/DAPES/SAPS/MS); Coordenação de Saúde do Homem do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (COSAH/DAPES/SAPS/MS); Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).*

Sumário

- 1 Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil

Introdução

O suicídio é um importante problema de saúde pública, com impactos na sociedade como um todo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que no mundo, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo a quarta maior causa de mortes de jovens de 15 a 29 anos de idade.¹

Trata-se de um fenômeno complexo e multicausal, de impacto individual e coletivo, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, sexos, culturas, classes sociais e idades. Relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até biológicos.¹ A imensa maioria das pessoas que tenta ou comete suicídio é acometida por algum transtorno mental, sendo o mais comum a depressão.

Apesar da complexidade de sua determinação, o suicídio pode ser prevenido com intervenções individuais e coletivas de diagnóstico, atenção, tratamento e prevenção a transtornos mentais, ações de conscientização, promoção de apoio socioemocional, limitação de acesso a meios, entre outras.^{1,2}

Conhecer e estudar o fenômeno é importante para a elaboração de políticas públicas que permitam o correto enfrentamento do problema e da sua prevenção. Nesse sentido, esse boletim objetivou apresentar a evolução da mortalidade por suicídio nos últimos 10 anos e o atual perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Brasil.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo com base nos dados de óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre 2010 a 2019, e de notificações de violências autoprovocadas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em 2019.

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 1

17 de setembro de 2021

Para o cálculo das taxas de suicídio, foram considerados óbitos cuja causa básica foi classificada com os códigos X60-X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente), da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), excluídos menores de 5 anos de idade. Foram calculadas taxas de mortalidade específicas e ajustadas por idade, por ano, segundo sexo e por regiões e unidades da Federação (UF). As taxas de mortalidade foram calculadas com base nas projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), tendo como população padrão estrutura etária da projeção populacional para o ano de 2010.

Para analisar o perfil das notificações de violências autoprovocadas, foram selecionadas notificações cujo campo 54 (A lesão foi autoprovocada?), foi preenchido com 'Sim' e o campo 61 (Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida) foi preenchido como 'Própria

pessoa'. Foi realizada análise descritiva dos casos de violência autoprovocada segundo UF de ocorrência, sexo, faixa etária, raça/cor, meio utilizado para o ato e local de ocorrência.

Resultados

Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Análise das taxas de mortalidade ajustadas no período demonstrou aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil. Neste mesmo período, estima-se que a população brasileira tenha crescido de 190.732.694 para 210.147.125, resultando em crescimento de 10,17%. A taxa nacional em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes. Destacam-se as Regiões Sul e Centro-Oeste, com as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras (Figura 1).

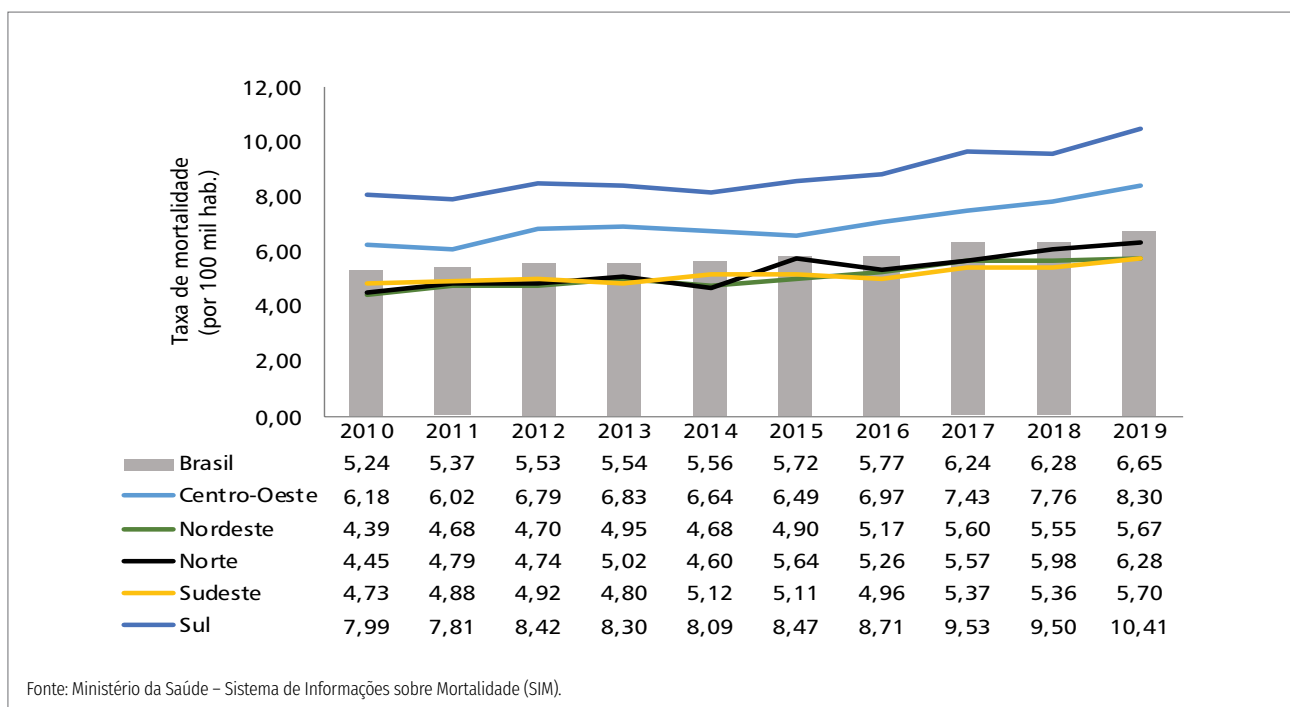


FIGURA 1 Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo região. Brasil, 2010 a 2019

Homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres. Entre homens, a taxa de mortalidade por suicídio em 2019 foi de 10,7 por 100 mil, enquanto entre mulheres esse valor foi de 2,9. Ao analisar a evolução da mortalidade por suicídio segundo

sexo, observou-se aumento das taxas para ambos os sexos, com manutenção da razão de taxas entre os sexos no período. Comparando os anos de 2010 e 2019, verificou-se um aumento de 29% nas taxas de suicídios de mulheres, e 26% das taxas entre homens (Figura 2).

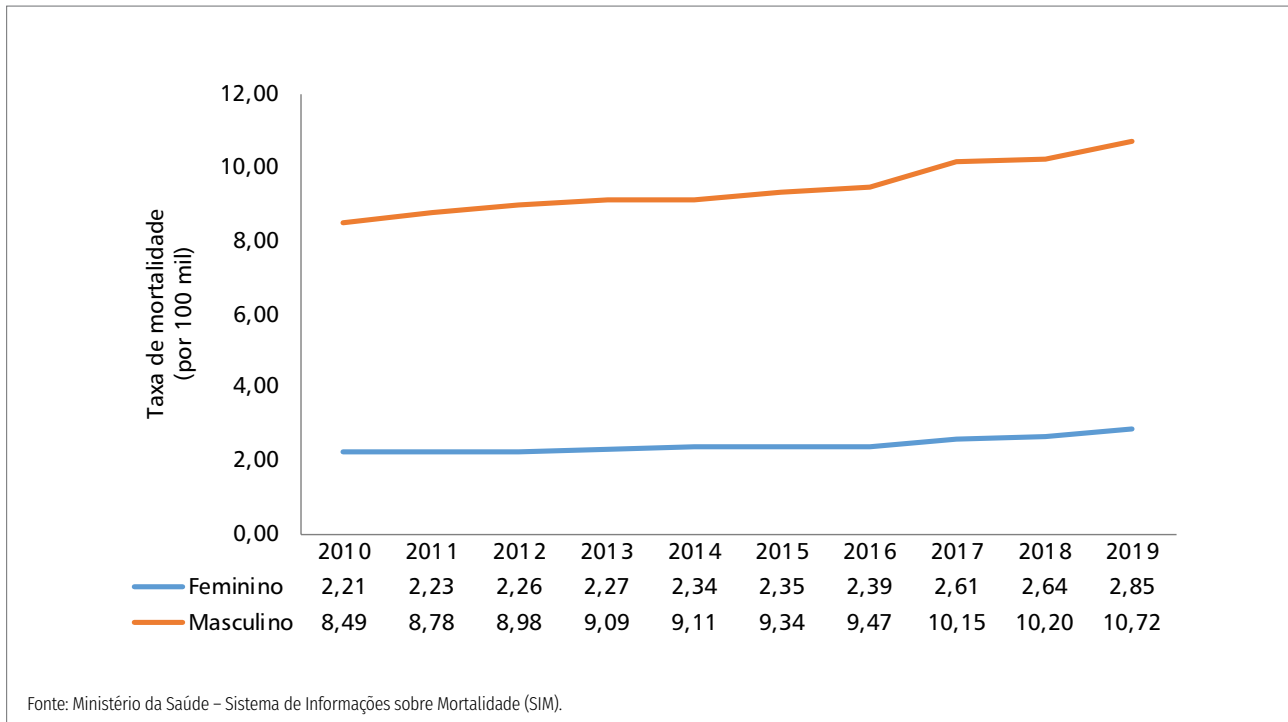


FIGURA 2 Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2019

A análise da evolução dessas taxas segundo faixa etária demonstrou aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários. Destaca-se, nesse aspecto, um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes, que sofreram um incremento de 81% no período, passando de 606 óbitos e de uma taxa de 3,5 mortes por 100 mil hab., para 1.022 óbitos, e uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes.

Não obstante a menor expressividade das taxas em relação aos demais grupos etários, destaca-se também o aumento sustentado das mortes por suicídio em menores de 14 anos. Entre 2010 e 2013 houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios nessa faixa etária, passando de 104 óbitos e uma taxa de 0,3 por 100 mil, para 191 óbitos, e uma taxa de 0,7 por 100 mil habitantes (Figura 3).

Ao analisar a distribuição do risco de morte por suicídio segundo faixa etária entre as regiões brasileiras, em 2019, observou-se que as Regiões Sul, Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos (Figura 4). Essas foram também as regiões que apresentaram o maior incremento percentual das taxas de suicídio entre 2010 e 2019, respectivamente 99%, 90% e 99% (dados não apresentados). Nesse cenário, destaca-se a Região Norte, onde o maior risco de morte por suicídio ocorreu entre jovens de 15 a 19 anos (9,7 por 100 mil).

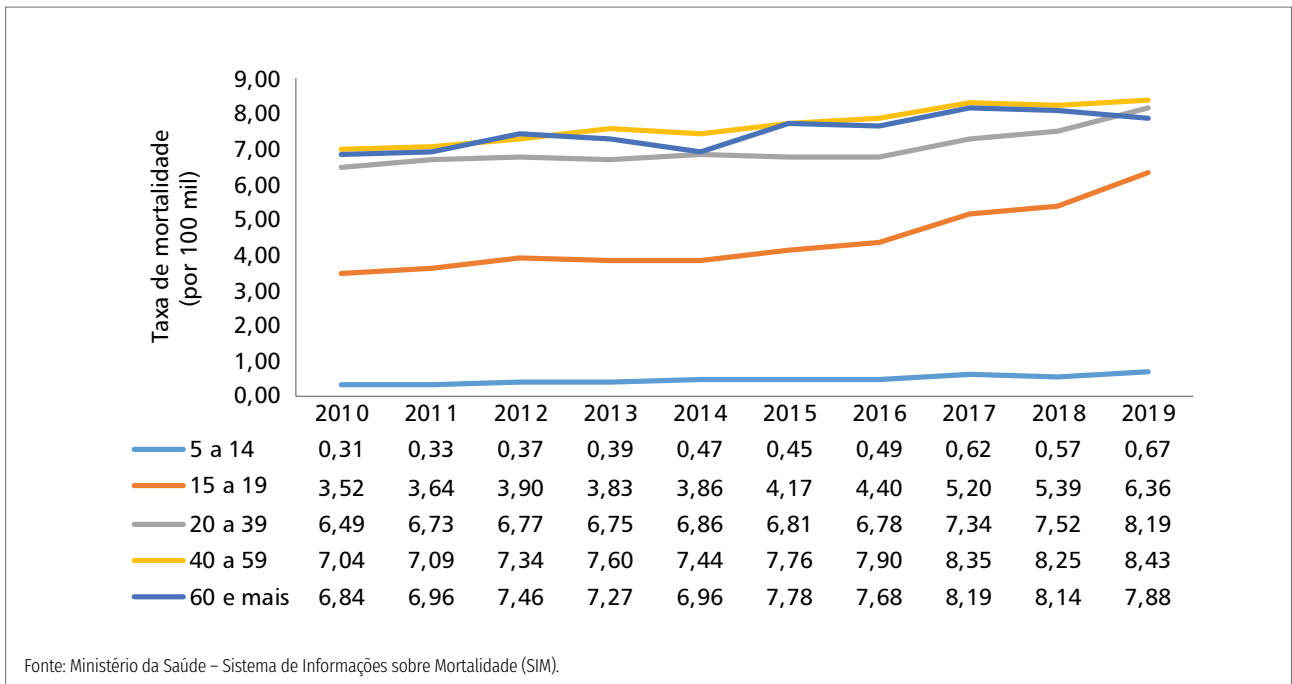


FIGURA 3 Evolução das taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2019

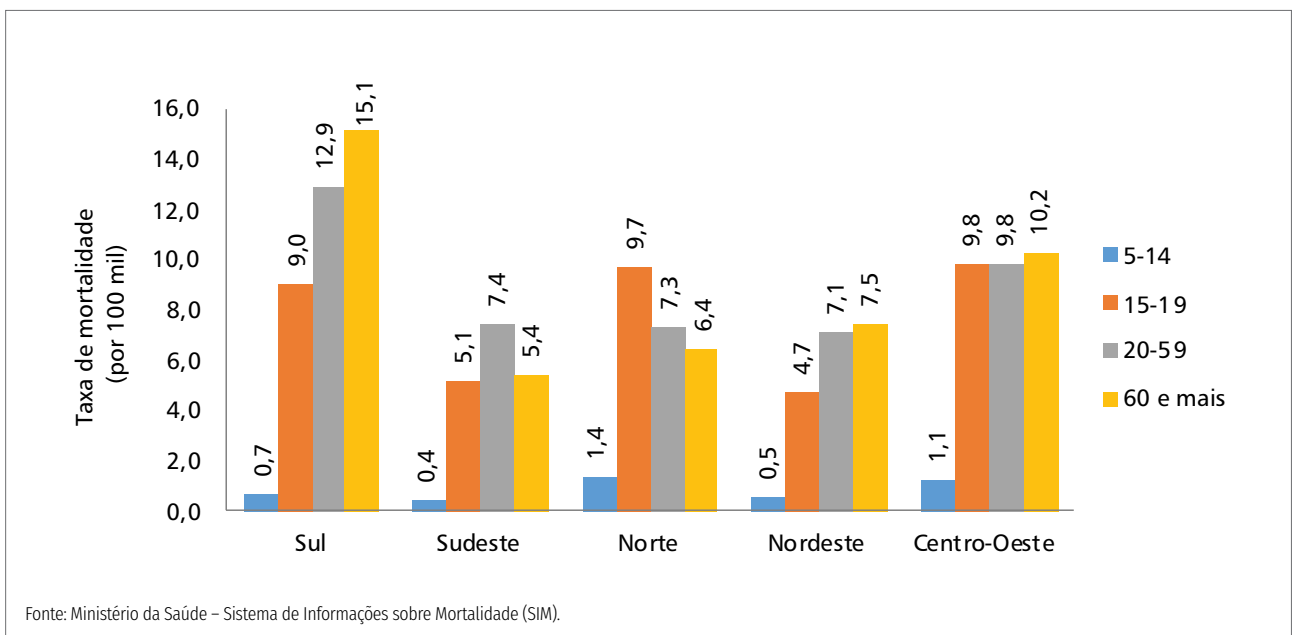


FIGURA 4 Taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e região geográfica. Brasil, 2019

Analisando a mortalidade por suicídio entre os estados brasileiros, observou-se que todos os estados da Região Sul do País apresentaram taxas de suicídio superiores à média nacional. Destacam-se os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com as maiores taxas de suicídio do país, respectivamente 11,8 e 11,0 por 100 mil habitantes (Figura 5).

Em relação às notificações de violências autoprovocadas, em 2019 foram registradas 124.709 lesões autoprovocadas no País, um aumento de 39,8% em relação a 2018. Mulheres foram a grande maioria das vítimas de lesões autoprovocadas, representando 71,3% do total de registros (Tabela 1).

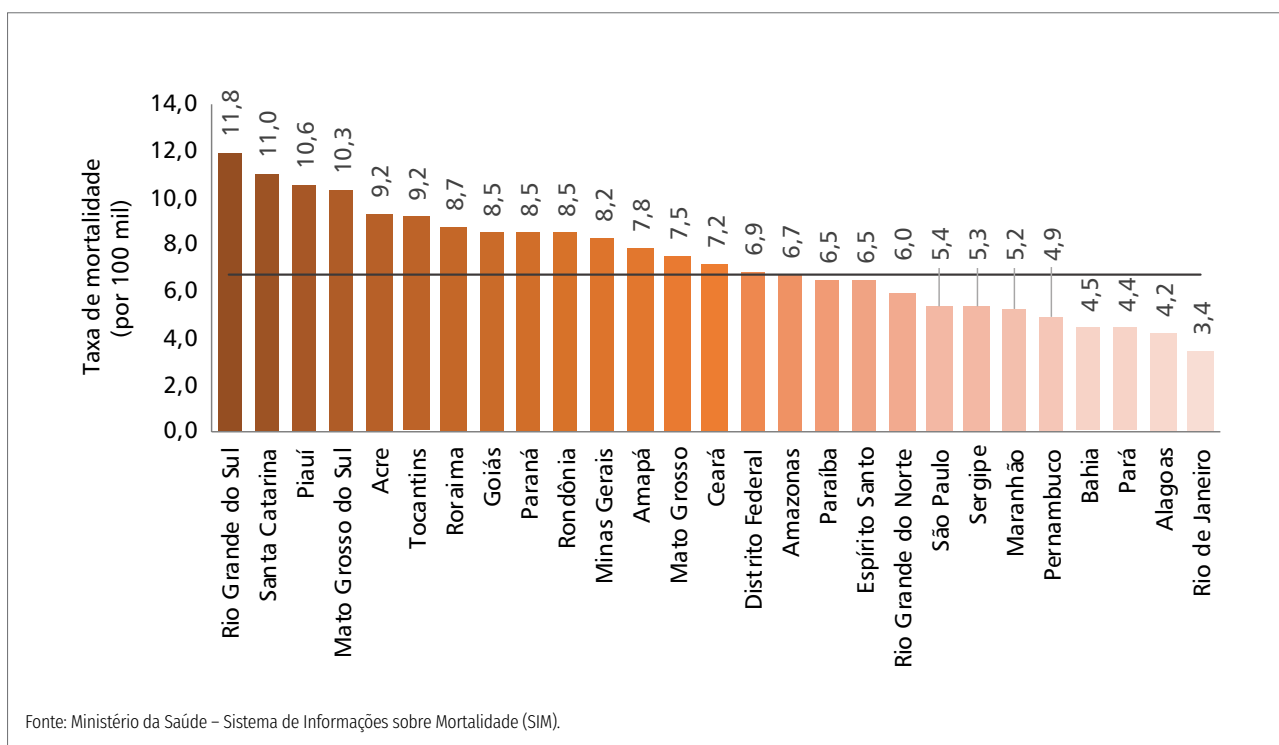


FIGURA 5 Taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo UF. Brasil, 2019

TABELA 1 Distribuição das lesões autoprovocadas segundo características sociodemográficas. Brasil, 2019

	N.º	%
Sexo		
Masculino	35.709	28,6
Feminino	88.983	71,3
Faixa etária		
Menores de 14	12.314	9,8
15 a 19	29.065	23,3
20 a 39	57.746	46,3
40 a 59	21.484	17,2
60 e mais	3.691	3,0
Ignorado	409	0,3
Raça/Cor		
Branca	59.031	47,3
Negra	52.917	42,4
Amarela	927	0,7
Indígena	665	0,5
Ignorado	11.169	9,0

continua

conclusão

	N.º	%
Escolaridade		
Sem escolaridade	610	0,5
Ensino fundamental	32.293	25,9
Ensino médio	37.836	30,3
Ensino superior	8.331	6,7
Não se aplica	969	0,8
Ignorado	44.670	35,8

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

A ocorrência das lesões autoprovocadas se concentrou na faixa etária de 20 a 39 anos, com 46,3% dos casos. A faixa etária de 15 a 19 anos aparece na segunda posição, com 23,3% dos casos. Em relação a escolaridade, aproximadamente um terço possuíam ensino médio completo ou incompleto, e menos de 7% possuíam ensino superior. Quanto à raça/cor, observaram-se maiores prevalências entre indivíduos de cor branca (47,3%) (Tabela 1).

Em relação ao local da ocorrência, evidenciou-se que a maior parte dos casos ocorreu na própria residência das vítimas (82%), e a repetição do evento foi registrado em 41% dos casos (Tabela 2). Os dados mostram, ainda, que aproximadamente 60% dos meios de agressão registrados nas notificações de lesões autoprovocadas corresponderam ao envenenamento, seguidos pelos objetos perfurocortantes (16,8%) (Tabela 2).

TABELA 2 Características da ocorrência dos casos de violência autoprovocada notificadas no Sinan, Brasil, 2019

	N.º	%
Aconteceu outras vezes		
Sim	51.047	40,9
Não	46.330	37,2
Ignorado	27.332	21,9
Local de ocorrência		
Residência	104.686	83,9
Escola	1.598	1,3
Habitação coletiva	717	0,6
Via pública	4.786	3,8
Outros ¹	3.924	3,1
Ignorado	8.998	7,2
Meio de agressão		
Envenenamento	83.470	60,2
Objeto cortante	22.421	16,2
Enforcamento	8.636	6,2
Objeto contundente	1.775	1,3
Substância/objeto quente	1.205	0,9
Arma de fogo	699	0,5
Outros	20.472	14,8

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

Discussão

Os resultados demonstram um aumento consistente nas taxas de mortalidade por suicídio nos últimos 10 anos, com destaque para o maior risco de morte em homens e para o aumento nas taxas de suicídio de jovens. O perfil das notificações de lesões autoprovocadas foi de pessoas brancas, do sexo feminino, com baixo grau de instrução e com idade entre 15 e 29 anos, sendo a residência o principal local de ocorrência, e o envenenamento o meio mais empregado para a tentativa de suicídio.

É importante situar o suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado, de etiologia multifatorial. A amplitude dos fatores envolvidos no comportamento suicida engloba desde fatores distais, como experiências adversas no início da vida e características genéticas e culturais, quanto fatores proximais, como experiências traumáticas e o abuso de substâncias psicoativas. Além disso, é necessário compreender o suicídio como uma experiência individual, marcada pela ambivalência entre a busca da morte, como mecanismo de cessação do sofrimento, e o desejo por socorro.³ Importante destacar a associação da presença de transtorno mental com o comportamento suicida, o que ocorre em 80% dos casos. O transtorno mais comum é a depressão unipolar ou bipolar, também sendo quadros associados com risco importante o abuso e dependência de substâncias psicoativas e a esquizofrenia.⁴

A diferença entre os sexos configura um fator marcante no risco de suicídio, uma vez que, globalmente, homens apresentam um maior risco de morte por suicídio em relação às mulheres⁵. Não obstante, mulheres apresentam maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio.^{6,7} Essas diferenças têm sido associadas à maior agressividade e uma maior intenção de morrer entre homens, levando ao emprego de métodos mais letais,⁸ maior acesso a armas de fogo e outros objetos letais, e maior suscetibilidade aos impactos de instabilidades econômicas entre homens.³

Wong et al.⁹ discutem, ainda, que a conformidade com padrões de masculinidade têm associação significativa com pior status de saúde mental e, principalmente, menor busca por serviços de saúde mental, destacando três dimensões de masculinidade com maior impacto deletério: *playboy* (caracterizado por comportamentos como ter múltiplas parceiras sexuais e relações sem apego emocional), autoconfiança (caracterizado pela preferência em confiar em si mesmo e relutância em buscar ajuda de outros) e poder sobre as mulheres

(caracterizado por uma percepção de direito de controle sobre as mulheres).¹⁰ Já entre as mulheres, alguns fatores podem contribuir para a menor letalidade, como baixo consumo de álcool em relação aos homens, redes de apoio mais consolidadas, um cuidado maior com sua própria saúde e emprego de meios menos letais.¹¹

Chama a atenção o acelerado aumento das taxas de suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. A literatura tem apontado para a adolescência e o início da fase adulta como os principais estágios da vida para o início de comportamentos suicidas.¹² Nesse sentido, o suicídio configura a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade.¹ Há uma conjunção de fatores relacionados ao comportamento suicida na juventude. Alguns fatores que se destacam são os sentimentos de tristeza, desesperança e a depressão, ansiedade, baixa autoestima, experiências adversas pregressas, como abusos físicos e sexuais pelos pais ou outras pessoas próximas, falta de amigos e suporte de parentes, exposição à violência e discriminação no ambiente escolar e o uso de substâncias psicoativas.¹³⁻¹⁵

Além disso, particularidades geracionais, das gerações chamadas Y (geração do milênio, nascidos entre 1981 e 1995) e Z (chamados “natos digitais”, nascidos após 1995) podem estar influenciando o aumento observado em jovens. Especificamente sobre a geração Z, há estudos sugestivos de que são mais susceptíveis aos efeitos do estresse, apresentando maiores taxas de ansiedade, depressão, automutilação e suicídio.^{13,16,17} O desenvolvimento desses jovens, com menos mecanismos para lidar com frustrações e adversidades (menor resiliência) e dificuldades em adiar o prazer (imediatismo) podem também ser fatores sociais que influenciam no desencadeamento de quadros mentais que têm contribuído com o aumento do suicídio.¹⁸⁻²⁰ Nesse sentido, as redes de atenção (APS e RAPS) necessitam de maior capacitação nos cuidados com a infância e adolescência, especialmente de psicólogos e psiquiatras especializados nesta faixa etária, para que o pronto atendimento, da maneira mais precoce possível, consiga dar o suporte e acolhimento necessários. Medidas de educação socioemocional, que permitam aumentar a resiliência e as habilidades para lidar com frustrações e adversidades também são importantes.

As evidências têm demonstrado ainda maiores riscos de suicídio entre grupos em situação de maior vulnerabilidade, como migrantes e refugiados, população LGBT e povos indígenas.¹ Nesse ponto, destaca-se a Região Norte, onde se concentra a maior proporção da população indígena do País.²¹

Estudos têm demonstrado de forma consistente um maior risco de morte por suicídio na população indígena. Um estudo em Roraima demonstrou um risco de suicídio 74% maior entre indígenas, comparados a não indígenas.²² Em outro estudo, no estado do Amazonas, verificou-se uma taxa de mortalidade por suicídio em indígenas (18,4 por 100 mil) sendo 4,4 vezes superior à população não indígena (4,2 por 100 mil). Além disso, enquanto entre indígenas o maior risco foi observado entre jovens de 15 a 24 anos, entre os não indígenas o maior risco foi verificado entre idosos.²³ Outra análise em nível nacional demonstrou uma taxa média de suicídio entre indígenas, no período de 2015 a 2018, de 17,5 por 100 mil indígenas, sendo 2,9 vezes superior à taxa entre brancos, e 3,1 vezes superior à taxa entre negros, e com maior risco de morte na faixa de 15 a 19 anos de idade.²⁴ Esses achados reforçam que a passagem para a vida adulta tem se apresentado como um período crítico para jovens indígenas, especialmente relacionado às transformações socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não indígena.

A literatura evidencia que suicídios são evitáveis, sendo necessário desenvolver ações de prevenção abrangentes e integradas com diferentes setores da sociedade, como a educação. Entre as estratégias de prevenção do suicídio, está a necessidade de envolvimento de gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações e na definição das intervenções voltadas à prevenção do suicídio e uma articulação intersetorial com formação de redes de apoio a comunidade.²⁵

É importante pontuar, ainda, que o suicídio e as autoagressões são eventos estigmatizados e subnotificados. O estigma em relação ao tema do suicídio e da saúde mental como um todo frequentemente impede a procura por ajuda, que poderia evitar mortes.²⁶ Ressalta-se que falar de forma responsável sobre o fenômeno do suicídio opera muito mais como um fator de prevenção do que como fator de risco, podendo, inclusive, contribuir para a ruptura do estigma que cerca o fenômeno.²⁷ Assim, falar sobre o tema sem alarmismo e enfrentando os estigmas, bem como conscientizar e estimular sua prevenção, pode contribuir para o enfrentamento do problema de saúde pública representado pelos suicídios.

Expandir a rede assistencial em todos os níveis de complexidade também é medida fundamental, especialmente no componente ambulatorial especializado e no atendimento a crises e urgências. Serviços de urgência e emergência tendem a ser os

primeiros locais onde as pessoas que tentaram suicídio recebem cuidados, mas não correspondem ao tipo de serviço que promoverá atenção integral e continuada à pessoa com transtornos mentais. Diante disso, é fundamental que seja realizado o acompanhamento e monitoramento desses casos pela rede de atenção à saúde, com acolhimento adequado e ofertando um cuidado longitudinal tanto na APS como na RAPS.²⁸ Intervenções eficientes, baseadas em evidências e em dados seguros, podem ser aplicadas a determinados grupos e indivíduos para prevenir tentativas de suicídio e o óbito.^{13,27,29} Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde é estratégica para a prevenção do suicídio, apresentando elevado potencial para o desenvolvimento de estratégias e ações que propiciem a identificação e intervenção precoce em casos de risco e situações de vulnerabilidade.²⁸

Considerando a necessidade de estruturar as evidências e estratégias para prevenção do suicídio, a OMS lançou o guia “Live Life”,³⁰ com estratégias para apoiar os países na prevenção ao suicídio. Entre as estratégias propostas, destacam-se:

- A proibição dos pesticidas mais perigosos e restrição ao acesso a armas de fogo, redução do tamanho das embalagens de medicamentos e instalação de barreiras nos locais de risco de suicídio.
- Adoção de estratégias responsáveis de comunicação, evitando matérias sobre o suicídio que descrevam a ação e que possam levar à imitação. A recomendação é que a imprensa neutralize relatos de suicídio, enfatizando histórias de recuperação bem-sucedidas e trabalhe com abordagens de conscientização e remoção de conteúdo prejudicial como métodos de suicídio.
- Ações de promoção da saúde mental e programas *anti-bullying*, como links para serviços de apoio e protocolos claros quando o risco é identificado para as escolas e universidades.

O guia ressalta a importância de capacitar os profissionais de saúde para identificar, avaliar e realizar o acompanhamento precoce das pessoas em risco, e destaca que os serviços de emergência também devem fornecer apoio imediato às pessoas em situação crítica.

Os resultados desse boletim reforçam a importância do suicídio como um problema de saúde pública crescente no Brasil, com destaque do tema nos grupos etários mais jovens. Ressalta-se, assim, a necessidade de capacitação das redes de atenção em saúde para o acolhimento e atenção em saúde mental na infância

e na adolescência, bem como a necessidade de ações de educação e apoio socioemocional que favoreçam a construção de características de resiliência e as habilidades para lidar com frustrações e adversidades.

Referências

1. World Health Organization. Suicide. World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (2021, accessed 28 May 2020).
2. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3: 646–659.
3. Meleiro AMAS, Correa H. Suicídio. In: *Psiquiatria: estudos fundamentais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
4. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 1425.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results Tool | GHDx. Global Health Data Exchange, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (2019, accessed 16 June 2019).
6. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, et al. Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2010; 71: 1617–1628.
7. Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Medicine* 2009; 6: e1000123.
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews* 2008; 30: 133–154.
9. Wong YJ, Ho M-HR, Wang S-Y, et al. Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology* 2017; 64: 80–93.
10. Parent MC, Moradi B. An abbreviated tool for assessing conformity to masculine norms: Psychometric properties of the Conformity to Masculine Norms Inventory-46. *Psychology of Men & Masculinity* 2011; 12: 339–353.
11. Oliveira SMC, Nascimento TS, Feitosa DJC, et al. Epidemiologia de mortes por suicídio no Acre. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria* 2016; 20: 25–36.
12. Nock MK, Borges G, Ôno Y (eds). *Suicide: global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. 1st publ. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2012.
13. Mahumud RA, Dawson AJ, Chen W, 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. *Psychol Med* 2021; 16: 1–19.
14. Moreira LC de O, Bastos PRH de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol Esc Educ* 2015; 19: 445–453.
15. Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* 2018; 23: 2821–2834.
16. Plochocki JH. Several Ways Generation Z May Shape the Medical School Landscape. *J Med Educ Curric Dev* 2019; 6: 2382120519884325.
17. Turner A. Generation Z: Technology and Social Interest. *The Journal of Individual Psychology* 2015; 71: 103–113.
18. Ang WHD, Shorey S, Lopez V, et al. Generation Z undergraduate students' resilience during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Curr Psychol*. Epub ahead of print 8 July 2021. DOI: 10.1007/s12144-021-01830-4.
19. Talmon GA. Generation Z: What's Next? *Med Sci Educ* 2019; 29: 9–11.
20. Twenge JM. Teaching Generation Me. *Teaching of Psychology* 2013; 40: 66–69.

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas - Resultados do Universo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9677&t=sobre> (2010, accessed 2 September 2021).
22. Souza MLP de, Onety RT da S. Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013*. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26: 887–893.
23. Souza MLP de, Orellana JDY. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *J bras psiquiatr* 2013; 62: 245–252.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. *Boletim Epidemiológico* 2020; 51: 1–7.
25. Sousa NTB de, Teixeira LOO, Vedana KGG, et al. Preditores de recorrência de lesões autoprovocadas e de óbitos por suicídio em um estado brasileiro. *Research, Society and Development* 2021; 10: e4110212142–e4110212142.
26. Al-Shannaq Y, Aldalaykeh M. Suicide literacy, suicide stigma, and psychological help seeking attitudes among Arab youth. *Curr Psychol*. Epub ahead of print 20 June 2021. DOI: 10.1007/s12144-021-02007-9.
27. Jorm AF, Nicholas A, Pirkis J, et al. Associations of training to assist a suicidal person with subsequent quality of support: results from a national survey of the Australian public. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 132.
28. Ferreira ML, Vargas MA de O, Rodrigues J, et al. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco* 2018; 9: 50–54.
29. Arendt F, Scherr S. Optimizing Online Suicide Prevention: A Search Engine-Based Tailored Approach. *Health Commun* 2017; 32: 1403–1408.
30. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726> (2021, accessed 2 September 2021).

***Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDANT/DASNT/SVS/MS):** Rafael Bello Corassa, Laura Almeida Viana, Ellen de Cassia Dutra Pozzetti Gouvea, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira. **Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGMAD/DAPES/SAPS/MS):** Rafael Bernardon Ribeiro, Alexandre Fonseca Santos, Luciana Almeida, Leonardo Wanderley Juliani. **Coordenação de Saúde do Homem do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (COSAH/DAPES/SAPS/MS):** Fernando Pessoa Albuquerque. **Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP):** Sheila Cavalcante Caetano.