Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32260

SUICÍDIO NA POPULAÇÃO IDOSA: DIFERENCIAIS POR REGIÕES DO BRASIL

SUICIDE IN THE OLDER POPULATION: DIFFERENCES ACROSS BRAZILIAN REGIONS

SUICIDIO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR: DIFERENCIAS ENTRE LAS REGIONES DE BRASIL

Pablo Késsio Rodrigues de Oliveira[1]
Ludmila Macêdo Naud[2]
Flaviano Palmeira dos Santos[3]
Milena Cristina Melo do Nascimento[4]
Marilane Vilela Marques[5]
Kênia Alessandra de Araújo Celestino[6]
Alana Coêlho Maciel[7]
Gerlânia Belo de Souza[8]
Dioner da Silva Paula[9]
Ana Edimilda Amador[10]

RESUMO: Objetivo: Analisar a mortalidade por suicídio na população idosa brasileira, entre 2010 e 2024, com ênfase na evolução temporal, nos grupos etários de 60–69, 70–79 e 80 anos ou mais e nos diferenciais territoriais observados no país. Método: Estudo ecológico descritivo de série temporal, com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Foram incluídos óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente (CID-10 X60–X84) em pessoas com 60 anos ou mais, agrupados nos quinquênios 2010–2014, 2015–2019 e 2020–2024. Calcularam-se frequências absolutas, relativas e variação percentual entre os quinquênios extremos. Resultados: Foram registrados 7.966 óbitos em 2010–2014, 10.722 em 2015–2019 e 14.188 em 2020–2024, crescimento de 78,11%. A faixa de 60–69 anos concentrou mais da metade dos óbitos em todos os períodos. O enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) foi o principal mecanismo, passando de 5.054 para 9.827 mortes. A participação dos idosos no conjunto dos suicídios aumentou de 15,68% para 17,84%. Evidências territoriais nacionais apontam persistência de heterogeneidades regionais, com maior carga histórica no Sul e mudanças recentes em Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Conclusão: O crescimento dos óbitos e a heterogeneidade territorial reforçam a necessidade de estratégias específicas para o envelhecimento, vigilância do risco, cuidado em saúde mental e fortalecimento das redes de apoio social.

Palavras-chave: Suicídio. Idoso. Mortalidade. Desigualdades em saúde. Estudos de séries temporais.

[1] Especialista em Enfermagem Oncológica. Faculdade Unyleya.
[2] Doutora em Epidemiologia. Universidade de São Paulo (USP).
[3] Mestre em Engenharia Biomédica. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
[4] Residente em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
[5] Mestra em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
[6] Mestra em Saúde Coletiva. Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES - Campus Trindade).
[7] Doutora em Ciências e Tecnologia de Alimentos. Universidade Federal do Pará (UFPA).
[8] Especialista em Neuropsicologia. Universidade Potiguar (UnP).
[9] Especialista em Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP).
[10] Doutora em Demografia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

ABSTRACT: Objective: To analyze suicide mortality among older adults in Brazil from 2010 to 2024, emphasizing temporal evolution, age groups 60–69, 70–79 and 80 years or older, and territorial differences. Method: Ecological descriptive time-series study using data from the Mortality Information System (SIM/DATASUS). Deaths from intentional self-harm (ICD-10 X60–X84) among people aged 60 years or older were grouped into 2010–2014, 2015–2019 and 2020–2024. Absolute and relative frequencies and percentage variation were calculated. Results: There were 7,966 deaths in 2010–2014, 10,722 in 2015–2019 and 14,188 in 2020–2024, an increase of 78.11%. Adults aged 60–69 accounted for more than half of deaths in all periods. Hanging, strangulation and suffocation (X70) was the leading mechanism, increasing from 5,054 to 9,827 deaths. The share of older adults among all suicides rose from 15.68% to 17.84%. National territorial evidence indicates persistent regional heterogeneity. Conclusion: The increase in deaths and territorial heterogeneity reinforce the need for age-specific prevention, risk surveillance, mental health care and stronger social support networks.

Keywords: Suicide. Aged. Mortality. Health inequalities. Time series studies.

RESUMEN: Objetivo: Analizar la mortalidad por suicidio en la población adulta mayor brasileña entre 2010 y 2024, con énfasis en la evolución temporal, los grupos de edad de 60–69, 70–79 y 80 años o más y las diferencias territoriales. Método: Estudio ecológico descriptivo de serie temporal con datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM/DATASUS). Se incluyeron muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (CIE-10 X60–X84) en personas de 60 años o más, agrupadas en 2010–2014, 2015–2019 y 2020–2024. Resultados: Se registraron 7.966 muertes en 2010–2014, 10.722 en 2015–2019 y 14.188 en 2020–2024, un aumento del 78,11%. El grupo de 60–69 años concentró más de la mitad de las muertes. El ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (X70) fue el principal mecanismo. La participación de los adultos mayores entre todos los suicidios aumentó del 15,68% al 17,84%. Conclusión: El aumento de las muertes y la heterogeneidad territorial refuerzan la necesidad de estrategias específicas para el envejecimiento, vigilancia del riesgo y atención de salud mental.

Palabras clave: Suicidio. Adulto mayor. Mortalidad. Desigualdades en salud. Series temporales.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um problema persistente de saúde pública e resulta da interação entre fatores individuais, familiares, sociais, econômicos, culturais e ambientais. Na velhice, sua análise assume particular relevância porque o envelhecimento pode ser acompanhado por perdas funcionais, luto, isolamento, redução de renda, dor crônica, multimorbidade e mudanças no papel social. A Organização Mundial da Saúde destaca que condições de saúde mental em pessoas idosas permanecem frequentemente subdiagnosticadas e subtratadas e que uma parcela importante das mortes por suicídio no mundo ocorre nas idades avançadas (WHO, 2025).

Estudos nacionais demonstram que a mortalidade por suicídio entre idosos apresenta marcada diferença por sexo e território. Pires et al. (2022), utilizando estimativas do Global Burden of Disease, identificaram maior mortalidade entre homens idosos e ampla variação

entre unidades da Federação. Os autores observaram que o risco aumentava com o avançar da idade principalmente entre homens, além de estabilidade das taxas em parte expressiva dos estados brasileiros, indicando que a média nacional pode ocultar trajetórias territoriais distintas.

A dimensão espacial também foi demonstrada em estudo ecológico brasileiro que identificou 19.806 óbitos por suicídio entre idosos de 2000 a 2014 e razão aproximada de quatro mortes masculinas para cada feminina. A formação de aglomerados espaciais no Sul e associações distintas com indicadores de desenvolvimento, envelhecimento, dependência e analfabetismo evidenciaram que os determinantes do suicídio em idosos não se distribuem de maneira homogênea no território nacional (SANTOS et al., 2017).

Na Região Nordeste, análises temporais e espaciais entre 2010 e 2019 mostraram tendência crescente da mortalidade por suicídio de idosos em parte dos estados, com crescimento significativo na Bahia, Maranhão, Piauí e, em período específico, Pernambuco. Também foram identificados aglomerados espaciais de maior risco envolvendo municípios de Ceará, Paraíba, Pernambuco, Maranhão, Piauí, Bahia e Sergipe, reforçando a necessidade de abordagens territorializadas (SILVA et al., 2022).

As diferenças regionais não devem ser interpretadas apenas como reflexo de características individuais. A distribuição da rede de atenção, disponibilidade de serviços de saúde mental, condições socioeconômicas, urbanização, ruralidade, acesso a meios letais, coesão comunitária e qualidade do registro das causas externas podem influenciar a magnitude observada. Estudo nacional recente mostrou crescimento das taxas de suicídio em todas as regiões e identificou componentes da infraestrutura de saúde como elementos informativos para distinguir municípios segundo categorias de mortalidade (SANTOS et al., 2026).

A literatura recente também indica crescimento da autolesão e da mortalidade por suicídio no Brasil. Entre 2011 e 2022, as taxas de suicídio aumentaram, e os idosos permaneceram entre os grupos com taxas elevadas, ainda que os maiores incrementos percentuais tenham ocorrido entre jovens. Esse cenário reforça que políticas universais precisam coexistir com estratégias específicas para grupos etários de maior vulnerabilidade e letalidade (PAIVA et al., 2024).

No idoso, a prevenção requer atenção especial à depressão, transtornos por uso de álcool, dor, incapacidade, doenças neurodegenerativas, solidão, viuvez, perda de autonomia, conflitos familiares e acesso a meios de alta letalidade. Esses fatores não atuam isoladamente; acumulam-se ao longo do curso de vida e podem adquirir significados diferentes conforme gênero,

território, renda, rede social e acesso a cuidados. Assim, respostas efetivas dependem de identificação precoce, continuidade do cuidado e articulação entre saúde, assistência social, família e comunidade.

A análise por faixas etárias internas à população idosa também é necessária. Pessoas de 60–69 anos, 70–79 anos e 80 anos ou mais vivem diferentes momentos de transição funcional, familiar e ocupacional. Agregar toda a população de 60 anos ou mais pode ocultar mudanças na composição das mortes e dificultar a identificação de subgrupos prioritários. Estudos internacionais recentes reforçam que taxas e métodos de suicídio variam de forma importante conforme sexo e idade avançada (ZHANG et al., 2025).

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade permite acompanhar a causa básica do óbito segundo a Classificação Internacional de Doenças e constitui fonte essencial para vigilância de lesões autoprovocadas fatais. A utilização de séries históricas extensas permite reconhecer mudanças na magnitude e no perfil dos óbitos, embora limitações de completude, classificação e qualidade diferencial dos registros devam ser consideradas na interpretação.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a mortalidade por suicídio na população idosa brasileira entre 2010 e 2024, descrevendo sua evolução temporal, a distribuição entre os grupos de 60–69, 70–79 e 80 anos ou mais, os principais meios utilizados e os diferenciais territoriais relevantes para a compreensão do fenômeno no país.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico descritivo de série temporal, de abrangência nacional, sobre a mortalidade por suicídio em pessoas idosas residentes no Brasil, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2024. Considerou-se população idosa aquela com 60 anos ou mais, em consonância com o recorte utilizado nas bases nacionais e na legislação brasileira voltada à pessoa idosa.

Os óbitos foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram selecionados os registros cuja causa básica correspondeu às lesões autoprovocadas voluntariamente, códigos X60 a X84 da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

A idade foi analisada em três grupos: 60–69 anos, 70–79 anos e 80 anos ou mais. Para caracterização dos mecanismos, as categorias X60–X84 foram agrupadas em autointoxicações por medicamentos e substâncias biológicas (X60–X64), autointoxicações por álcool, solventes, gases, pesticidas e outros produtos químicos (X65–X69), enforcamento/estrangulamento/sufocação (X70), afogamento (X71), disparos de arma de fogo (X72–X74), fumaça/fogo/chamas e objetos quentes (X76–X77), objeto cortante ou penetrante (X78), precipitação de lugar elevado (X80), demais meios especificados (X75, X79, X81–X83) e meios não especificados (X84).

Os dados foram agrupados em três quinquênios: 2010–2014, 2015–2019 e 2020–2024. Essa estratégia foi utilizada para reduzir flutuações anuais, facilitar a comparação temporal e manter coerência com a organização das bases de dados empregadas. Foram calculadas frequências absolutas, proporções e variação percentual entre o terceiro e o primeiro quinquênios, segundo a fórmula VP = [(valor do terceiro quinquênio – valor do primeiro quinquênio) / valor do primeiro quinquênio] × 100.

Para contextualização territorial, foram examinadas as distribuições dos óbitos por suicídio nas cinco macrorregiões brasileiras disponíveis na base consolidada do SIM.

Por utilizar dados secundários, agregados, anonimizados e de acesso público, sem possibilidade de identificação individual, o estudo não envolveu contato com participantes. Foram observados os princípios éticos aplicáveis a pesquisas com dados de domínio público e as disposições da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

A mortalidade por suicídio entre pessoas com 60 anos ou mais apresentou crescimento absoluto nos três quinquênios. Foram registrados 7.966 óbitos em 2010–2014, 10.722 em 2015–2019 e 14.188 em 2020–2024. Entre os quinquênios extremos, o aumento foi de 78,11%. A faixa de 60–69 anos concentrou a maior parcela dos registros em todos os períodos, passando de 4.233 para 7.793 óbitos. O grupo de 70–79 anos aumentou de 2.488 para 4.495 e o de 80 anos ou mais, de 1.245 para 1.900 mortes. Em termos proporcionais, a estrutura etária permaneceu relativamente estável, com pouco mais da metade dos óbitos entre 60 e 69 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por suicídio na população idosa segundo faixa etária e quinquênio. Brasil, 2010–2024

Faixa etária	2010–2014		2015–2019		2020–2024		Total 2010–2024		VP 3º/1º (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
60–69 anos	4.233	53,14	5.984	55,81	7.793	54,93	18.010	54,78	84,10
70–79 anos	2.488	31,23	3.333	31,09	4.495	31,68	10.316	31,38	80,67
80 anos ou mais	1.245	15,63	1.405	13,10	1.900	13,39	4.550	13,84	52,61
Total	**7.966**	**100,00**	**10.722**	**100,00**	**14.188**	**100,00**	**32.876**	**100,00**	**78,11**

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A participação da população idosa no conjunto dos óbitos por suicídio também aumentou. Os idosos correspondiam a 15,68% das mortes no primeiro quinquênio, passaram a 17,47% em 2015–2019 e alcançaram 17,84% em 2020–2024. Enquanto o total de suicídios em todas as idades aumentou 56,57% entre os quinquênios extremos, os óbitos entre pessoas com 60 anos ou mais cresceram 78,11%, indicando expansão absoluta mais intensa nesse segmento etário (Tabela 2).

Tabela 2 – Participação dos idosos no total de óbitos por suicídio, segundo quinquênio. Brasil, 2010–2024

Indicador	2010–2014		2015–2019		2020–2024		Total 2010–2024		VP 3º/1º (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Óbitos em idosos (≥60 anos)	7.966	15,68	10.722	17,47	14.188	17,84	32.876	17,15	78,11
Óbitos por suicídio – todas as idades	50.807	100,00	61.359	100,00	79.549	100,00	191.715	100,00	56,57

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Quanto aos meios utilizados, o enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) apresentou predomínio amplo e crescente, com 5.054 mortes em 2010–2014, 7.220 em 2015–2019 e 9.827 em 2020–2024. Esse mecanismo respondeu por 63,44%, 67,34% e 69,26% dos óbitos de idosos nos respectivos quinquênios. Os disparos de arma de fogo (X72–X74) constituíram outro grupo relevante, embora com participação proporcional inferior à do enforcamento. A precipitação de lugar elevado (X80) aumentou de 301 para 609 registros. O conjunto dos mecanismos revela concentração em meios de elevada letalidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos por suicídio na população idosa segundo meio utilizado e quinquênio. Brasil, 2010–2024

Meio utilizado (CID-10)	2010–2014		2015–2019		2020–2024		Total 2010–2024		VP 3º/1º (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Autointoxicação por medicamentos/substâncias biológicas (X60–X64)	182	2,28	314	2,93	582	4,10	1.078	3,28	219,78
Autointoxicação por álcool, gases, pesticidas e químicos (X65–X69)	725	9,10	661	6,16	664	4,68	2.050	6,24	-8,41
Enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70)	5.054	63,44	7.220	67,34	9.827	69,26	22.101	67,23	94,44
Afogamento e submersão (X71)	120	1,51	160	1,49	193	1,36	473	1,44	60,83
Disparo de arma de fogo (X72–X74)	906	11,37	1.055	9,84	1.228	8,66	3.189	9,70	35,54
Fumaça, fogo, chamas e objetos quentes (X76–X77)	189	2,37	148	1,38	247	1,74	584	1,78	30,69
Objeto cortante ou penetrante (X78)	195	2,45	252	2,35	360	2,54	807	2,45	84,62
Precipitação de lugar elevado (X80)	301	3,78	455	4,24	609	4,29	1.365	4,15	102,33
Outros meios especificados (X75, X79, X81–X83)	112	1,41	150	1,40	148	1,04	410	1,25	32,14
Meios não especificados (X84)	182	2,28	307	2,86	330	2,33	819	2,49	81,32

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Na contextualização territorial do suicídio no Brasil, todas as macrorregiões apresentaram aumento absoluto entre 2010–2014 e 2020–2024. O Sudeste concentrou o maior volume de óbitos, porém reduziu sua participação relativa de 39,13% para 35,46%. O Norte apresentou o maior crescimento percentual no período (88,64%), seguido do Centro-Oeste (73,14%) e Nordeste (64,97%). Esses números referem-se ao conjunto das idades e não devem ser interpretados como estimativas específicas para idosos; servem para caracterizar o ambiente territorial em que se insere a mortalidade da população idosa (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição contextual dos óbitos por suicídio no conjunto da população, segundo macrorregião e quinquênio. Brasil, 2010–2024

Região	2010–2014		2015–2019		2020–2024		Total 2010–2024		VP 3º/1º (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Norte	3.477	6,84	4.652	7,58	6.559	8,25	14.688	7,66	88,64
Nordeste	11.643	22,92	14.321	23,34	19.208	24,15	45.172	23,56	64,97
Sudeste	19.879	39,13	22.812	37,18	28.206	35,46	70.897	36,98	41,89
Sul	11.351	22,34	14.016	22,84	17.859	22,45	43.226	22,55	57,33
Centro-Oeste	4.457	8,77	5.558	9,06	7.717	9,70	17.732	9,25	73,14

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

4 DISCUSSÃO

Os resultados demonstram crescimento expressivo do número de mortes por suicídio entre pessoas idosas no Brasil. Entre 2010–2014 e 2020–2024, os registros passaram de 7.966 para 14.188, variação de 78,11%, superior ao crescimento observado para o conjunto das idades. A participação dos idosos no total nacional também aumentou, de 15,68% para 17,84%. Esses achados são relevantes em um país que atravessa rápida transição demográfica e indicam que a prevenção do suicídio precisa incorporar de maneira explícita as necessidades da população que envelhece.

O aumento absoluto não deve ser confundido automaticamente com elevação do risco individual, pois o contingente de idosos brasileiros cresceu substancialmente no período. Ainda assim, a expansão do número de mortes representa carga real para famílias, comunidades e serviços. Estudos que utilizaram taxas específicas oferecem evidências complementares: Pires et al. (2022) identificaram que a redução da mortalidade por suicídio em idosos brasileiros foi menor que a observada globalmente e que homens apresentaram mortalidade três a quatro vezes superior à de mulheres, com ampla variação entre estados.

A faixa de 60–69 anos concentrou a maior parcela dos óbitos em todos os quinquênios. Esse padrão pode refletir, em parte, a própria composição da população idosa, numericamente maior nas idades iniciais da velhice. Entretanto, esse grupo também atravessa transições importantes, como aposentadoria, reorganização da identidade ocupacional, alterações de renda, surgimento ou agravamento de doenças crônicas e mudanças conjugais e familiares. A prevenção nessa etapa exige atenção a sinais de sofrimento psíquico que podem ser naturalizados como parte do envelhecimento.

O crescimento também ocorreu entre pessoas de 70–79 anos e com 80 anos ou mais. Nas idades mais avançadas, fatores como fragilidade, dor persistente, limitações funcionais, dependência para atividades cotidianas, luto acumulado e redução das redes de convivência podem aumentar a vulnerabilidade. A OMS ressalta que depressão e ansiedade em idosos frequentemente permanecem não reconhecidas e que barreiras de acesso, estigma e atribuição equivocada de sintomas ao envelhecimento dificultam o cuidado oportuno (WHO, 2025).

A predominância do enforcamento, estrangulamento e sufocação merece destaque. O mecanismo respondeu por quase dois terços das mortes de idosos no primeiro quinquênio e por mais de dois terços no último. A ampla disponibilidade e a elevada letalidade tornam sua prevenção particularmente complexa, pois estratégias de restrição ambiental são menos diretas do que aquelas aplicáveis a medicamentos, pesticidas ou armas de fogo. Isso aumenta a importância da identificação precoce de risco, do acompanhamento longitudinal e do envolvimento de familiares e cuidadores.

Os disparos de arma de fogo também mantiveram importância, sobretudo quando considerados os códigos X72–X74. Estudos internacionais com adultos idosos mostram que a distribuição dos métodos varia conforme sexo, idade e contexto nacional, e que armas de fogo podem ter participação proporcional maior em idades avançadas em determinados países (ZHANG et al., 2025). No Brasil, políticas de prevenção devem considerar simultaneamente disponibilidade dos meios, características territoriais e padrões culturais de acesso.

A precipitação de lugar elevado apresentou aumento absoluto relevante. Embora sua participação seja menor que a do enforcamento, a elevada letalidade e a concentração potencial em áreas urbanas justificam atenção. A heterogeneidade dos mecanismos reforça que não existe uma única estratégia de prevenção suficiente: intervenções sobre meios letais devem ser combinadas com cuidado clínico, vigilância, suporte social e ações comunitárias.

Os diferenciais regionais constituem dimensão central do problema. Estudos nacionais anteriores identificaram concentração espacial de maior risco em áreas do Sul do Brasil e diferenças importantes entre estados. Santos et al. (2017) observaram aglomerados espaciais de mortalidade de idosos no Sul, além de relações territoriais com indicadores de desenvolvimento, envelhecimento, dependência e analfabetismo. Esses resultados mostram que o território atua como marcador de condições sociais e de acesso a recursos, e não apenas como localização geográfica.

No Nordeste, a dinâmica recente também demanda atenção. Silva et al. (2022) encontraram tendência crescente de mortalidade por suicídio em idosos na Bahia, Maranhão e Piauí, além de crescimento em Pernambuco entre 2010 e 2017. A identificação de aglomerados de maior risco envolvendo municípios de diferentes estados sugere que fronteiras administrativas não necessariamente delimitam os contextos de vulnerabilidade, sendo necessária coordenação regional de ações de vigilância e prevenção.

As desigualdades territoriais também aparecem em análises por período e coorte. Estudo brasileiro de 1981 a 2020 mostrou que os efeitos de idade, período e coorte variaram entre as cinco grandes regiões e que a mortalidade ajustada apresentou padrão ascendente com o avançar da idade (RODRIGUES et al., 2023). Isso reforça que comparações regionais devem incorporar estrutura etária e mudanças geracionais, evitando interpretações baseadas apenas em números absolutos.

O período pandêmico acrescentou complexidade à interpretação. Orellana et al. (2022) observaram excessos de suicídio em determinados grupos de idade e região durante 2020, incluindo homens com 60 anos ou mais no Norte e mulheres idosas no Nordeste. Em análise dos dois primeiros anos da pandemia, persistiram desigualdades por sexo, idade e território, com excesso em mulheres de 60 anos ou mais em partes do Nordeste e Sudeste (ORELLANA et al., 2023). Esses achados não demonstram causalidade direta, mas indicam que crises sanitárias podem afetar subgrupos de forma desigual.

Estudo de série temporal interrompida até 2023 também identificou aumento significativo em idosos em análises estratificadas e confirmou que Sul e Centro-Oeste apresentaram elevadas taxas padronizadas no período estudado (SILVA et al., 2025). Em conjunto, essas evidências apontam para a necessidade de monitoramento contínuo após emergências sanitárias, especialmente entre idosos socialmente isolados, enlutados ou com acesso reduzido aos serviços.

A infraestrutura de saúde é outro componente territorial relevante. Análise ecológica nacional entre 2009 e 2023 demonstrou aumento das taxas de suicídio em todas as regiões e identificou características da infraestrutura de saúde, incluindo estabelecimentos, profissionais, unidades de atenção primária, serviços diagnósticos e dispositivos de saúde mental, como variáveis informativas para distinguir municípios segundo categorias de mortalidade (SANTOS et al., 2026). Embora associações ecológicas não permitam inferir proteção individual, elas ajudam a localizar desigualdades de capacidade assistencial.

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica na prevenção do suicídio em idosos. Pessoas idosas frequentemente mantêm contato com serviços por doenças crônicas, renovação de prescrições, reabilitação e acompanhamento de condições funcionais. Esses encontros representam oportunidades para investigação de humor, desesperança, isolamento, violência, uso de álcool, dor, alterações do sono e ideação suicida. A integração entre atenção primária, Rede de Atenção Psicossocial, urgência e assistência social pode reduzir lacunas entre identificação do risco e continuidade do cuidado.

O papel da família e da comunidade também precisa ser considerado sem transferir a responsabilidade pelo cuidado para redes informais. Idosos que vivem sozinhos, enfrentam luto, conflitos familiares, negligência, violência ou perda de autonomia podem necessitar de acompanhamento intensificado. Estratégias comunitárias de convivência, visitas domiciliares, grupos de apoio, inclusão digital e fortalecimento de vínculos podem contribuir para reduzir isolamento, desde que articuladas a avaliação clínica quando houver sofrimento mental ou risco suicida.

As campanhas de conscientização são importantes para reduzir estigma e ampliar a discussão pública, mas isoladamente podem ser insuficientes para modificar taxas de mortalidade. Pereira, Gilani e Nazif-Munoz (2024), ao analisarem idosos no Sudeste brasileiro, não identificaram associação estatisticamente significativa entre a campanha Setembro Amarelo e redução das taxas de suicídio. O resultado reforça a necessidade de estratégias permanentes, multissetoriais e baseadas em serviços, para além de ações concentradas em um único mês.

Outro aspecto importante é a interface entre suicídio, doenças crônicas e condições neurodegenerativas. Estudo realizado em São Paulo identificou aumento expressivo dos suicídios entre idosos entre 2010 e 2022, paralelamente ao crescimento de mortes associadas à doença de Alzheimer, mas os próprios autores ressaltaram que os dados não permitem concluir relação causal entre os fenômenos (RODRIGUES et al., 2024). Esse cuidado interpretativo é essencial para evitar estigmatização de pessoas com demência e para direcionar investigações futuras.

Este estudo apresenta limitações. A análise utilizou dados agregados e não permite estabelecer relações causais individuais. Apesar dessas limitações, o estudo apresenta contribuições relevantes ao atualizar até 2024 a magnitude dos óbitos por suicídio entre pessoas com 60 anos ou mais, discriminar três grupos etários e detalhar os principais mecanismos

utilizados. A comparação em três quinquênios reduz oscilações anuais e evidencia que o crescimento absoluto entre idosos foi mais intenso que o observado no conjunto dos suicídios. A articulação dos achados com evidências regionais recentes amplia a utilidade dos resultados para vigilância e planejamento.

Os resultados apontam para uma agenda de prevenção orientada por tempo, pessoa e lugar. No tempo, é necessário monitorar a tendência recente e possíveis mudanças após 2020. Na pessoa, devem ser priorizados fatores clínicos e sociais associados ao envelhecimento, com atenção especial à sobremortalidade masculina documentada pela literatura. No lugar, estratégias devem ser adaptadas às desigualdades regionais, à capacidade instalada dos serviços e aos contextos socioculturais locais.

5 CONCLUSÃO

A mortalidade por suicídio na população idosa brasileira apresentou crescimento absoluto expressivo entre 2010 e 2024. Os óbitos aumentaram de 7.966 no primeiro quinquênio para 14.188 no terceiro, e a participação dos idosos no conjunto dos suicídios passou de 15,68% para 17,84%. A faixa de 60–69 anos concentrou a maior proporção de mortes, embora o crescimento tenha alcançado também os grupos de 70–79 e 80 anos ou mais.

O enforcamento, estrangulamento e sufocação consolidou-se como principal mecanismo, respondendo por parcela crescente das mortes. A elevada letalidade dos meios utilizados reforça a necessidade de reconhecer precocemente situações de risco e assegurar continuidade do cuidado, especialmente na Atenção Primária e na Rede de Atenção Psicossocial.

As evidências territoriais mostram que o fenômeno é heterogêneo no Brasil. Estudos específicos com idosos demonstram padrões distintos entre estados e regiões, enquanto a dinâmica geral dos suicídios aponta crescimento recente em todas as macrorregiões. Assim, estratégias nacionais devem ser combinadas com intervenções regionais e locais, considerando estrutura demográfica, condições sociais, acesso aos serviços e redes comunitárias.

REFERÊNCIAS

BANDO, Daniel Hideki; RODRIGUES, Lucas Azeredo; BIESEK, Laura Lange; et al. Padrões espaciais e caracterização epidemiológica dos suicídios na microrregião de Chapecó, Santa Catarina: estudo ecológico, 1996–2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, n. 1, 2023. DOI: 10.1590/S2237-96222023000100007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: CNS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília: Ministério da Saúde/DATASUS, 2026.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Excess suicides in Brazil: inequalities according to age groups and regions during the COVID-19 pandemic. International Journal of Social Psychiatry, v. 68, n. 5, p. 997–1009, 2022. DOI: 10.1177/00207640221097826.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; et al. Excess suicides in Brazil during the first 2 years of the COVID-19 pandemic: gender, regional and age group inequalities. International Journal of Social Psychiatry, 2023.

ALVES, Flávia Jôse Oliveira; FIALHO, Erika; ARAÚJO, Jacyra Azevedo Paiva de; NASLUND, John A.; BARRETO, Maurício L.; PATEL, Vikram; MACHADO, Daiane Borges. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. The Lancet Regional Health – Americas, v. 31, 100691, 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100691.

PEREIRA, Camila Corrêa Matias; GILANI, Vahid Najafi Moghaddam; NAZIF-MUNOZ, José Ignacio. A brief research report of suicide rates in the Brazilian elderly over a 12-year period: the lack of association of the "Setembro Amarelo" campaign for suicide prevention. Frontiers in Psychiatry, v. 15, 2024. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1354030.

PINTO, Liana Wernersbach; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; PIRES, Thiago de Oliveira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005–2007. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 8, p. 2003–2009, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000800011.

PIRES, Ademar Moreira; REIS, Júlia Gondim Maia; GARCIA, Flávia Megda; et al. Suicide mortality among older adults in Brazil between 2000 and 2019 – estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 55, supl. 1, e0322, 2022. DOI: 10.1590/0037-8682-0322-2021.

RODRIGUES, Lívia; et al. Increase in suicide rates in the elderly population of the state of São Paulo, Brazil: could Alzheimer's disease be a risk factor? Public Health, 2024. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.09.001.

GALVÃO, Pauliana Valéria Machado; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Analysis of age, period, and birth cohort effects on suicide mortality in Brazil and the five major geographic regions. BMC Public Health, v. 23, 1351, 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-16289-0.

SANTOS, Emelynne Gabrielly de Oliveira; OLIVEIRA, Yonara Oliveira Monique da Costa; AZEVEDO, Ulicélia Nascimento de; NUNES, Aryelly Dayane da Silva;

PEREIRA, Caibe Alves; NASCIMENTO, Juliana Minardi; SILVA, Mateus Grellert da; CARVALHO, Jônata Tyska; KASTER, Manuella Pinto. Analysis of health infrastructure and

suicide rates in Brazil: a nationwide ecological spatial-temporal study, 2009–2023. The Lancet Regional Health – Americas, v. 60, 101519, 2026. DOI: 10.1016/j.lana.2026.101519.

SILVA, Isaac Gonçalves da; MARANHÃO, Thatiana Araujo; SOUSA, George Jó Bezerra; SILVA, Taynara Lais; ARAUJO, Geovana Almeida dos Santos; SOUSA, Daniele de Brito; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Dinâmica temporal e espacial e fatores relacionados à mortalidade por suicídio entre idosos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 71, n. 2, 2022. DOI: 10.1590/0047-2085000000367.

MEIRA, Karina Cardoso; GUIMARÃES, Raphael Mendonça; JOMAR, Rafael Tavares; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; BRAITI, Fabiana Serpa; DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Effect of the COVID-19 Pandemic on Suicide Mortality in Brazil: An Interrupted Time Series Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 22, n. 2, 138, 2025. DOI: 10.3390/ijerph22020138.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health of older adults. Geneva: WHO, 2025.

CHO, Hanseul; KIM, Soeun; SON, Yejun; et al. Method-specific suicide mortality rates among older adults in 47 countries and territories, 1996–2021, with projections to 2050: a global time series and modelling study. The Lancet Healthy Longevity, v. 6, n. 7, 100719, 2025. DOI: 10.1016/j.lanhl.2025.100719.