



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Mortalidade por Suicídio no Estado do Ceará, 2010 – 2024

Nº 30 | Setembro 2025



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará

Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de
Vigilância em Saúde**

Antonio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância
Epidemiológica e Prevenção em
Saúde**

Ana Maria Peixoto Cabral Maia

**Célula de Vigilância e Prevenção
de Doenças Transmissíveis e Não
Transmissíveis**

Carlos Garcia Filho

Elaboração e Revisão

Mabell Kallyne Melo Beserra

Francisca Aline de Freitas Coelho

Natália Gomes Machado

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), comprometida com a promoção da saúde pública e a prevenção de agravos, apresenta o Boletim Epidemiológico sobre Mortalidade por Suicídio no Estado do Ceará, referente ao período de 2010 a 2024. Este documento foi elaborado pela Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG), por meio da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP) e de sua Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Crônicas e Causas Externas (CEVEP).

O boletim apresenta uma análise detalhada da mortalidade por suicídio no Estado, a partir dos registros oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Ao longo dos 15 anos analisados, foram identificadas tendências temporais, padrões epidemiológicos e fatores de vulnerabilidade que reforçam a necessidade de estratégias específicas de prevenção voltadas à redução desse importante agravo à saúde pública.

Com a publicação deste boletim, a SESA busca subsidiar gestores, profissionais de saúde e instâncias intersetoriais na formulação e qualificação de políticas públicas. O objetivo é ampliar o conhecimento sobre o fenômeno do suicídio no Ceará e contribuir para o desenvolvimento de ações integradas de promoção da saúde mental, prevenção do suicídio e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, em consonância com as diretrizes nacionais de vigilância em saúde.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

O suicídio é reconhecido como um grave problema de saúde pública global, com implicações sociais, emocionais e econômicas de grande magnitude. Estima-se que aproximadamente 700 mil pessoas morram por suicídio todos os anos no mundo, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio configura-se como a segunda principal causa de morte, e estudos indicam que para cada suicídio consumado podem ocorrer até 20 tentativas (OMS, 2021).

No Brasil, o cenário também é preocupante. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS) revelam cerca de 14 mil óbitos por suicídio anualmente, com taxa média de 6,5 por 100 mil habitantes. Embora inferior à média global, o suicídio tem impacto expressivo na sociedade brasileira, especialmente entre adolescentes, jovens adultos e populações indígenas (Ministério da Saúde, 2023).

No Ceará, entre 2010 e 2024, foram registrados 9.610 óbitos por suicídio, correspondendo a uma taxa média de 7,2 por 100 mil habitantes. A partir de 2020, observa-se a consolidação de um novo patamar de risco, com destaque para o pico de 823 óbitos em 2021 (9,0 por 100 mil), o que representa um aumento de 35,5% em relação ao ano anterior. As maiores taxas concentram-se entre adultos jovens (20 a 39 anos) e de meia-idade (40 a 59 anos), enquanto a população idosa (≥60 anos) apresenta tendência de crescimento gradual, configurando-se como grupo de vulnerabilidade crescente.

As complexidades do comportamento suicida reforçam a necessidade de uma abordagem multifatorial, que envolva desde a restrição do acesso a meios letais, passando por ações de educação em saúde mental e ampliação da rede de atenção psicossocial, até intervenções rápidas em contextos de crise. Nesse sentido, o presente boletim busca oferecer uma análise epidemiológica aprofundada da mortalidade por suicídio no Ceará, destacando tendências temporais, fatores de risco e implicações para políticas públicas, com vistas ao fortalecimento das estratégias de prevenção e promoção da saúde mental.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este boletim analisou dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), tabulados no TabNet DATASUS, abrangendo o período de 2010 a 2024. As mortes foram codificadas conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para lesões autoprovocadas. Para as análises, foram incluídos os seguintes códigos:

Subcategorias Principais

1. **X60-X69:** Envenenamento autoprovocado
 - **X60:** Envenenamento autoprovocado por medicamentos e substâncias biológicas
 - **X61:** Envenenamento autoprovocado por pesticidas
 - **X62:** Envenenamento autoprovocado por substâncias químicas e gases de uso doméstico
 - **X63:** Envenenamento autoprovocado por substâncias químicas de uso agrícola
 - **X64:** Envenenamento autoprovocado por outros medicamentos e substâncias biológicas especificados
 - **X65:** Envenenamento autoprovocado por álcool
 - **X66:** Envenenamento autoprovocado por solventes orgânicos e halogenados e seus vapores
 - **X67:** Envenenamento autoprovocado por outros gases e vapores especificados
 - **X68:** Envenenamento autoprovocado por outros produtos especificados e não especificados
 - **X69:** Envenenamento autoprovocado por substâncias não especificadas
2. **X70-X84:** Outros métodos de lesões autoprovocadas
 - **X70:** Lesões autoprovocadas por enforcamento, estrangulamento e sufocação
 - **X71:** Lesões autoprovocadas por afogamento e submersão
 - **X72:** Lesões autoprovocadas por disparo de arma de fogo de mão
 - **X73:** Lesões autoprovocadas por disparo de rifle, espingarda e arma de fogo de maior porte
 - **X74:** Lesões autoprovocadas por disparo de outras armas de fogo e as não especificadas
 - **X75:** Lesões autoprovocadas por explosivos
 - **X76:** Lesões autoprovocadas por fumaça, fogo e chamas
 - **X77:** Lesões autoprovocadas por vapor, gás e substâncias quentes
 - **X78:** Lesões autoprovocadas por objeto cortante ou penetrante
 - **X79:** Lesões autoprovocadas por objeto contundente
 - **X80:** Lesões autoprovocadas por precipitação de lugar elevado
 - **X81:** Lesões autoprovocadas por precipitação ou deitar-se diante de objeto em movimento
 - **X82:** Lesões autoprovocadas por colisão de veículo a motor
 - **X83:** Lesões autoprovocadas por outros meios especificados
 - **X84:** Lesões autoprovocadas por meios não especificados

ASPECTOS METODOLÓGICOS

As análises foram conduzidas a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), extraídos por meio do TabNet/DATASUS, abrangendo o período de 2010 a 2024. Os óbitos foram classificados conforme a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), considerando os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas).

Os dados foram organizados e analisados no Microsoft Excel, com a geração de tabelas, séries temporais e representações gráficas. Foram realizadas análises descritivas e comparativas segundo sexo, faixa etária, região de saúde, área descentralizada, tamanho populacional dos municípios e meio utilizado para o suicídio.

RESULTADOS

Entre 2010 e 2024, o Ceará registrou 9.610 óbitos por suicídio, correspondendo a uma taxa média de 7,2 por 100 mil habitantes. A série temporal revela tendência de crescimento sustentado, com a consolidação de um novo patamar elevado a partir de 2020. O pico ocorreu em 2021, com 823 óbitos (9,0 por 100 mil), representando um aumento de 35,5% em relação a 2020. Nos anos seguintes (2022–2024), as taxas permaneceram em níveis altos, variando de 8,6 a 8,7 por 100 mil habitantes.

A análise por sexo confirma a predominância de óbitos entre homens (80,6%), mas evidencia também um crescimento proporcional entre mulheres a partir de 2016, reforçando a necessidade de estratégias sensíveis às questões de gênero.

Quanto à faixa etária, os grupos de 20 a 39 anos (42,1%) e 40 a 59 anos (32,3%) concentraram a maioria dos casos, mantendo taxas elevadas ao longo de toda a série. Entre os idosos (≥ 60 anos), observou-se tendência de crescimento gradual, especialmente entre 60–79 anos, que atingiram 11,8 por 100 mil em 2024. Já os adolescentes (10–19 anos), embora apresentem taxas mais baixas, registraram discreto aumento após 2019, demandando atenção preventiva precoce.

Na análise regional, o Sertão Central (9,7/100 mil) e a Região Norte (8,7/100 mil) destacaram-se com as maiores taxas médias, configurando-se como áreas prioritárias para intervenção. O Cariri também apresentou trajetória ascendente consistente, enquanto Fortaleza, apesar de apresentar a menor taxa média (5,8/100 mil), concentrou o maior número absoluto de óbitos (4.092 casos), refletindo sua elevada população.

Entre os métodos utilizados, o enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) foi responsável por 75,2% dos casos, confirmando-se como o meio mais frequente. Em seguida, destacaram-se a autointoxicação por pesticidas (X68 – 4,2%), a autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas (X64 – 4,0%) e a precipitação de locais elevados (X80 – 2,1%). Esses achados reforçam a importância de estratégias de restrição de acesso a meios letais, sobretudo em áreas rurais.

Em síntese, os resultados demonstram que o suicídio no Ceará constitui um agravo de alta magnitude e complexidade epidemiológica, afetando majoritariamente homens adultos jovens e de meia-idade, mas com crescentes vulnerabilidades entre idosos e adolescentes. As diferenças regionais, o predomínio de métodos específicos e as disparidades por sexo e idade reforçam a necessidade de políticas públicas intersetoriais, territorializadas e adaptadas às diferentes realidades locais, capazes de mitigar os riscos e reduzir a carga desse agravo no estado.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DAS CAUSAS EXTERNAS DO CEARÁ

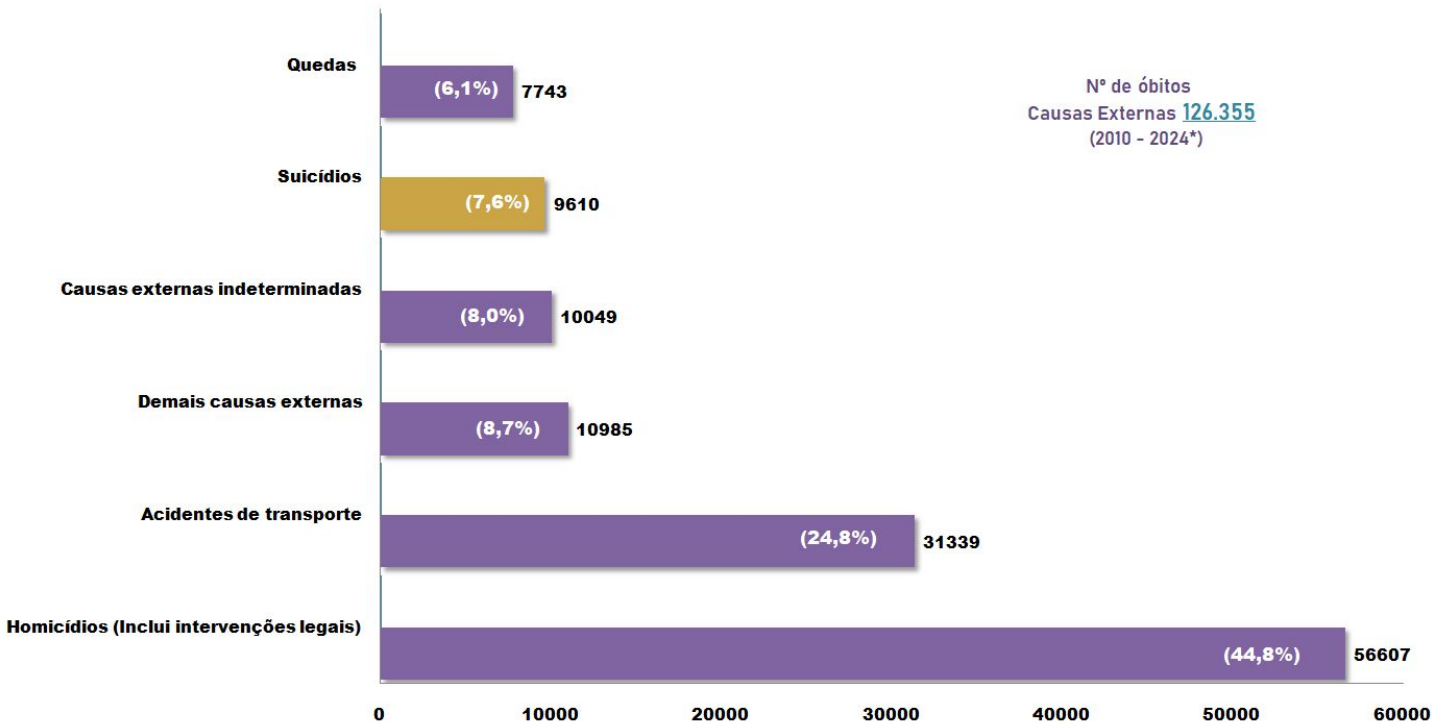
No período de 2010 a 2024, foram registrados 126.355 óbitos por causas externas no estado do Ceará. A análise da distribuição evidencia os homicídios como a principal causa, totalizando 56.607 óbitos (44,8%), configurando-se como o agravo de maior impacto dentro do conjunto das causas externas.

Em segundo lugar, destacam-se os acidentes de transporte, responsáveis por 31.339 óbitos (24,8%), refletindo a relevância crescente da violência no trânsito como problema de saúde pública. Na sequência, observam-se as demais causas externas, que somaram 10.985 óbitos (8,7%), abrangendo eventos como afogamentos, queimaduras e intoxicações acidentais.

As causas externas indeterminadas acumularam 10.049 óbitos (8,0%), indicando fragilidades no processo de registro e classificação das mortes, com impacto direto na qualidade da informação e na definição de políticas baseadas em evidências. Os suicídios representam 9.610 óbitos (7,6%), evidenciando-se como um importante desafio de saúde pública, com tendência de aumento nas últimas décadas. Já as quedas, embora menos frequentes, responderam por 7.743 óbitos (6,1%), mantendo relevância epidemiológica, sobretudo em grupos vulneráveis como idosos.

Em síntese, os resultados demonstram que as causas externas no Ceará apresentam magnitudes e padrões distintos, com homicídios e acidentes de transporte compondo a maior carga de mortalidade. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas intersetoriais e estratégias de prevenção específicas, capazes de responder às particularidades de cada categoria de agravo.

Figura 1. Distribuição e Proporção acumulada da mortalidade por Causas Externas. Ceará, 2010 a 2024*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*;
Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Acidentes de Transporte (V01 a V99); Quedas (W00 a W19); Homicídios (X85 a Y09 - agressões) (Y22 a Y24 - disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada) (Y35 - intervenção legal) (Y87.1 - seqüela de agressão) e Y89.0 (seqüela de intervenção legal); Suicídios (X60 a X84 - lesões autoprovocadas intencionalmente e Y87.0 - seqüelas de lesões autoprovocadas); Demais causas externas (W20 a X59; Y36 a Y89; Y90 a Y98) e Causas Externas Indeterminadas (Y10 a Y34);

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIOS DO CEARÁ

Entre 2010 e 2024, o estado do Ceará registrou 9.610 óbitos por suicídio, o que corresponde a uma taxa média de 7,2 por 100 mil habitantes. A análise de série temporal evidencia uma tendência ascendente, caracterizada por flutuações anuais, mas com a consolidação de um novo patamar epidemiológico elevado a partir de 2020.

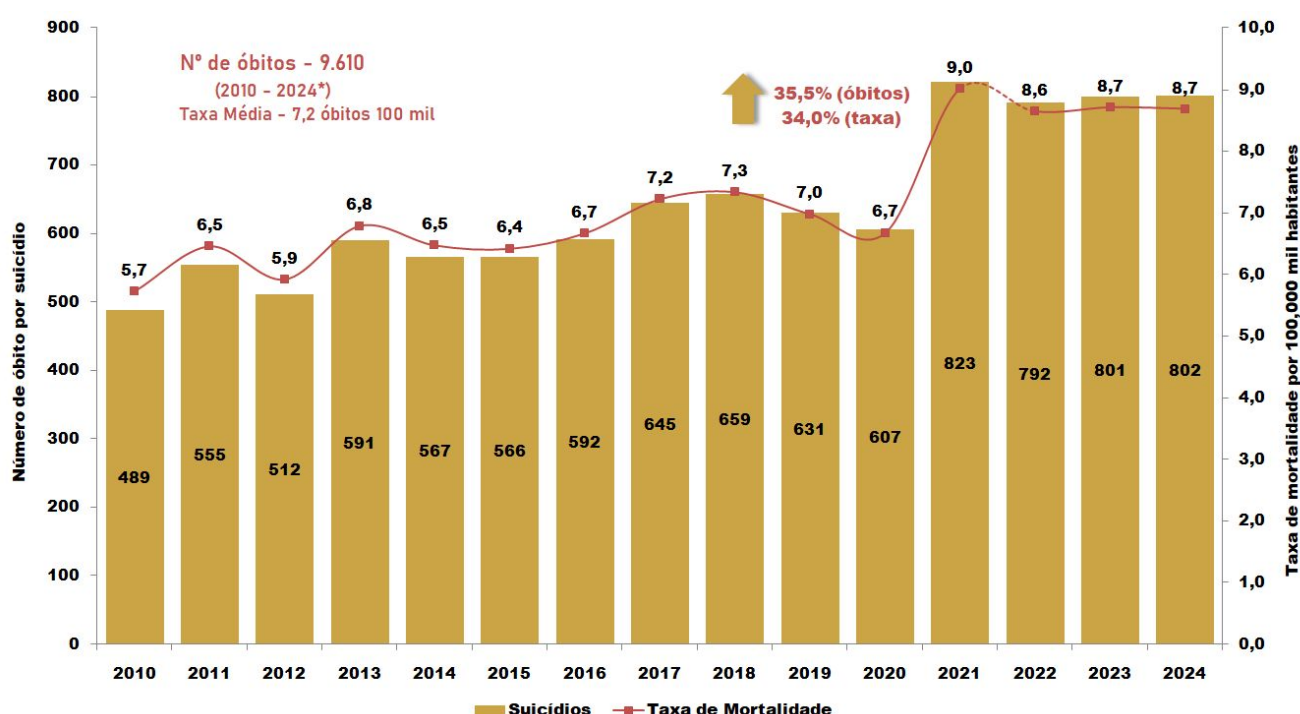
No período inicial, entre 2010 e 2016, as taxas oscilaram entre 5,7 e 6,7 por 100 mil habitantes, com valores absolutos variando de 489 a 645 óbitos anuais. Esse comportamento sugere crescimento moderado e instável, refletindo a manutenção de fatores estruturais de risco já presentes, sem alteração significativa na magnitude do agravo.

Entre 2017 e 2019, observa-se a transição para um nível mais elevado de risco, com taxas que alcançaram 7,3 em 2018, mantendo-se consistentemente acima de 630 óbitos anuais. Esse período pode ser interpretado como uma fase de intensificação dos determinantes sociais e em saúde mental, indicando maior vulnerabilidade populacional ao desfecho.

A partir de 2020, o cenário foi marcado por uma mudança epidemiológica crítica. Embora tenha ocorrido redução inicial para 6,7 por 100 mil habitantes (607 óbitos), em 2021 verificou-se um incremento abrupto, com 823 óbitos e coeficiente de 9,0 por 100 mil habitantes, um crescimento de 35,5% em relação ao ano anterior. Esse evento corresponde ao pico da série histórica, seguido pela manutenção em níveis elevados nos anos subsequentes, com taxas entre 8,6 e 8,7 por 100 mil habitantes e cerca de 800 óbitos anuais em 2022–2024.

Esse padrão sugere a cristalização de um novo patamar de mortalidade por suicídio, superior ao observado na década anterior, configurando-se como um problema de saúde pública persistente e de alta magnitude.

Figura 2. Distribuição e taxa de mortalidade por suicídios, Ceará, 2010 a 2024*



SUICÍDIO NO CEARÁ: TAXA DE MORTALIDADE POR SEXO

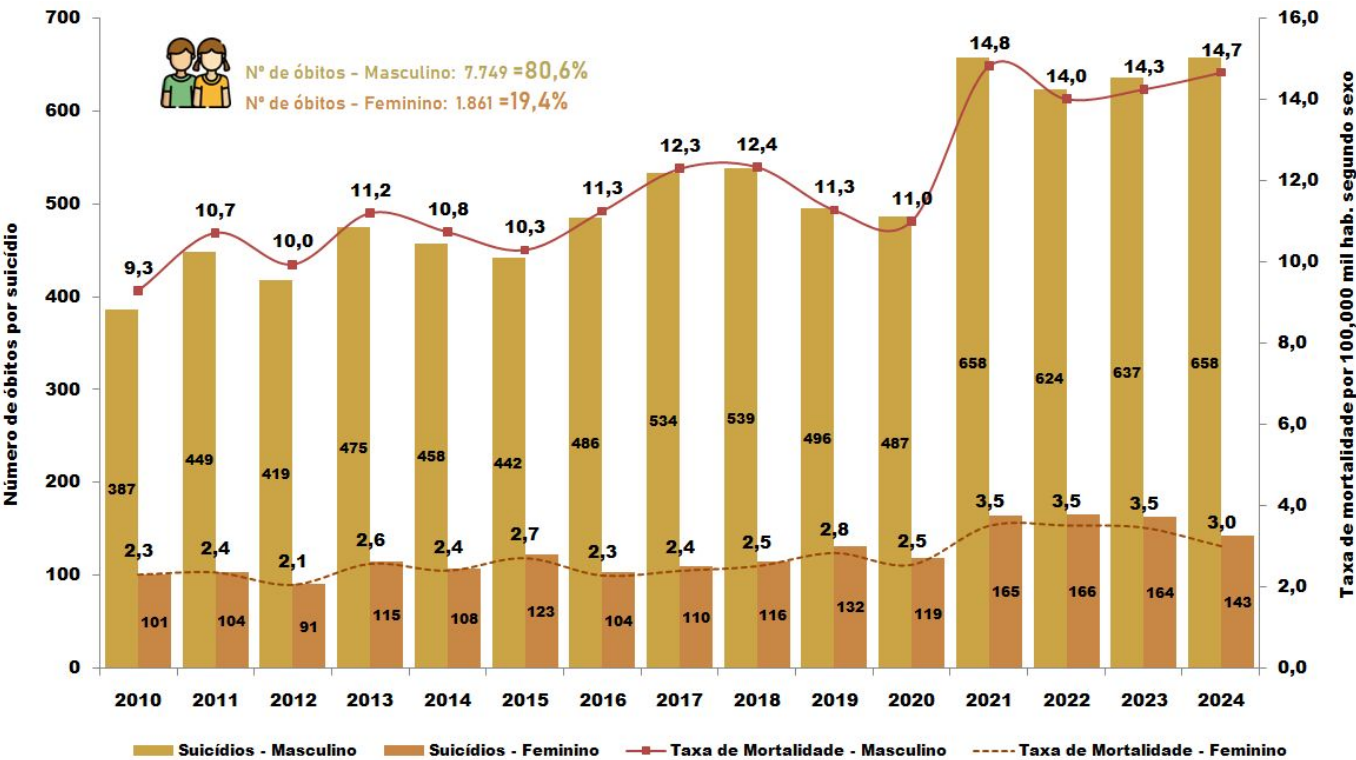
A Figura 3 apresenta a distribuição e a taxa de mortalidade por suicídios segundo o sexo, no período de 2010 a 2024. Foram registrados 7.749 óbitos entre homens (80,6%) e 1.861 entre mulheres (19,4%), evidenciando uma marcada disparidade de gênero.

Observa-se um aumento expressivo entre 2020 e 2021, quando o número de óbitos masculinos passou de 496 para 658 (crescimento de 32,7%) e os femininos de 132 para 165 (aumento de 25%). Esse patamar elevado manteve-se até 2024.

As taxas de mortalidade mostram que os homens concentram as maiores magnitudes, atingindo 14,8 por 100 mil habitantes em 2021 e permanecendo acima de 14,0 nos anos seguintes. Já entre as mulheres, as taxas oscilaram entre 2,1 e 3,5 por 100 mil, mantendo-se estáveis em níveis bem inferiores.

Apesar do crescimento proporcional entre as mulheres nos últimos anos, os homens continuam a representar a grande maioria dos casos, com uma razão próxima de quatro suicídios masculinos para cada feminino. Essa disparidade reforça a importância de políticas de prevenção que considerem fatores de risco específicos de gênero, com estratégias diferenciadas para homens e mulheres.

Figura 3. Distribuição e taxa de mortalidade por suicídios, segundo sexo, Ceará, 2010 a 2024*



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVAP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*
Nota: excluídos dados ignorados/brancos

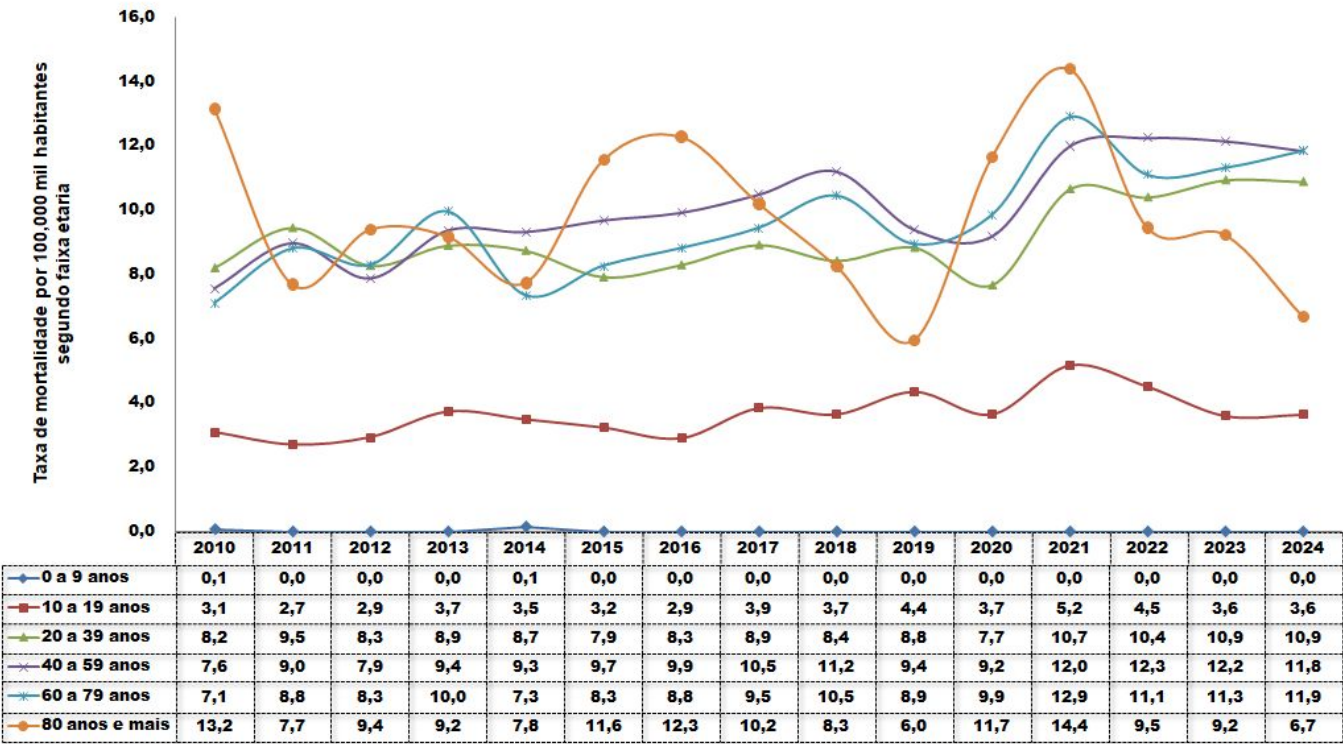
SUICÍDIO NO CEARÁ: TAXA DE MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

Figura 4, evolução da taxa de mortalidade por suicídio no Ceará, no período de 2010 a 2024, evidencia padrões distintos entre as faixas etárias, o que reforça a necessidade de estratégias de prevenção segmentadas conforme o perfil demográfico.

Os grupos de 20–39 e 40–59 anos concentraram os maiores volumes de óbitos, com taxas estáveis entre 7,0 e 12,2 por 100 mil, permanecendo como principais contribuintes para a carga do suicídio no estado. Entre idosos de 60–79 anos houve aumento gradual, alcançando 11,8 em 2024, associado a doenças crônicas, declínio funcional e isolamento. Nos de 80 anos e mais, as taxas chegaram a 14,9 em 2021, mas oscilaram fortemente, caindo para 6,7 em 2024, reflexo do baixo número absoluto de casos, embora epidemiologicamente relevantes. Em adolescentes (10–19 anos), as taxas foram menores (2,7–5,2), mas cresceram levemente após 2019, exigindo monitoramento e intervenções precoces. Já em crianças de 0–9 anos, a mortalidade por suicídio manteve-se praticamente nula.

Em síntese, os achados demonstram que o suicídio no Ceará impacta principalmente adultos jovens e de meia-idade, mas revela crescentes vulnerabilidades entre idosos, especialmente acima dos 60 anos. A análise reforça a importância de estratégias de prevenção direcionadas por ciclo de vida, considerando fatores de risco específicos para adolescentes, adultos e idosos.

Figura 4. Taxa da mortalidade por suicídios, segundo faixa etária, Ceará, 2010 a 2024*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVOP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*







SUICÍDIO NO CEARÁ: PROPORÇÃO DA MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

A Tabela 1 apresenta a distribuição acumulada dos óbitos por suicídio entre 2010 e 2024, segundo faixa etária, totalizando 9.610 casos no Ceará.

- **0 a 9 anos:** tendência praticamente nula, com apenas 3 casos (0,0%) em todo o período.
- **10 a 19 anos:** registraram 805 óbitos (8,4%), com discreta oscilação ao longo da série. Apesar da proporção menor, este grupo demanda atenção, dada a vulnerabilidade típica da adolescência.
- **20 a 39 anos:** concentram a maior carga, com 4.043 óbitos (42,1%), revelando-se como o grupo etário mais afetado.
- **40 a 59 anos:** representam 3.101 óbitos (32,3%), também em patamar elevado, mantendo-se como segunda faixa mais atingida.
- **60 a 79 anos:** contabilizaram 1.385 óbitos (14,4%), indicando crescimento gradual e relevância crescente diante do envelhecimento populacional.
- **80 anos e mais:** somaram 273 óbitos (2,8%), proporção menor, mas ainda significativa, considerando a alta taxa observada nesse grupo em determinados anos.

Esses achados reforçam que jovens adultos (20 a 39 anos) e adultos de meia-idade (40 a 59 anos) concentram a maioria absoluta dos óbitos, enquanto os idosos apresentam taxas elevadas proporcionalmente, evidenciando a necessidade de estratégias de prevenção adaptadas ao ciclo de vida.

Tabela 1. Distribuição e proporção acumulada da mortalidade por suicídios, segundo faixa etária, Ceará, 2010 a 2024*

	Faixa Etária	N	%
	0 A 9 ANOS	3	0,0
	10 A 19 ANOS	805	8,4
	20 A 39 ANOS	4043	42,1
	40 A 59 ANOS	3101	32,3
	60 A 79 ANOS	1385	14,4
	80 e+	273	2,8
	Total	9610	100,0

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*

SUICÍDIO NO CEARÁ: MEIOS DE AGRESSÃO

Análise da mortalidade por suicídio no Ceará entre 2010 e 2024 mostra grande concentração em poucos métodos, com destaque para o enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), responsável por 7.229 óbitos (75,2%). Esse dado evidencia os desafios para implementação de políticas públicas que atuem na restrição de meios letais.

Tabela 2. Distribuição e proporção da mortalidade por suicídio, segundo meio de agressão, Ceará, 2010 a 2024*

Metódo de Agressão	N	%
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	7229	75,2
X68 Auto-intox intenc a pesticidas	404	4,2
X64 Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	380	4,0
X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	261	2,7
X80 Lesao autoprov intenc precip lugar elevado	217	2,3
X72 Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao	199	2,1
X74 Lesao autoprov intenc disp outr arma fogo e NE	190	2,0
X84 Lesao autoprov intenc p/meios NE	179	1,9
X76 Lesao autoprov intenc fumaca fogo e chamas	124	1,3
X78 Lesao autoprov intenc obj cortante penetr	102	1,1
X65 Auto-intox voluntaria p/alcool	59	0,6
X61 Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	52	0,5
X62 Auto-intox intenc narcot psicodislept NCOP	49	0,5
X71 Lesao autoprov intenc p/afogamento submersao	43	0,4
X79 Lesao autoprov intenc p/objeto contundente	23	0,2
X82 Lesao autoprov intenc impacto veic a motor	21	0,2
X83 Lesao autoprov intenc p/outr meios espec	21	0,2
X63 Auto-int int outr subst farm sist nerv auton	18	0,2
X73 Les autoprov int disp arm fog maior calibre	13	0,1
X66 Auto-int int solv org hidrocarb halog vapor	10	0,1
X81 Lesao autoprov intenc precip perm obj movim	5	0,1
X67 Auto-intox intenc p/outr gases e vapores	4	0,0
X60 Auto-int int analg antipir anti-reum n-opiac	3	0,0
X75 Lesao autoprov intenc p/disp explosivos	3	0,0
X77 Lesao autoprov int vapor agua gas obj quent	1	0,0
Total	9610	100,0

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*

O segundo meio mais frequente foi a autointoxicação por pesticidas (X68), com 404 óbitos (4,2%), seguido pela autointoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas (X64), que totalizaram 380 casos (4,0%), e por produtos químicos e solventes (X69), com 261 óbitos (2,7%). Outros métodos, como precipitação de locais elevados (X80 – 199 casos, 2,1%) e disparo de arma de fogo (X72 – 122 casos, 1,3%), apresentaram participação menor, mas ainda significativa em termos de prevenção. Em conjunto, os achados demonstram que, embora o enforcamento seja o meio predominante, a presença de pesticidas e substâncias químicas como principais alternativas aponta para a necessidade de maior regulamentação e controle do acesso a esses produtos, especialmente em áreas rurais.

SUICÍDIO NO CEARÁ: OCORRÊNCIA, GRAU DE INSTRUÇÃO E RAÇA


A análise epidemiológica da mortalidade por suicídio no Ceará entre 2010 e 2024 mostra importantes diferenças segundo local de ocorrência, escolaridade e raça/cor.

Local de Ocorrência: A maioria dos óbitos ocorreu em domicílios (61,3%), evidenciando o ambiente doméstico como espaço crítico para eventos fatais. Em seguida, destacam-se hospitais (12,7%) e locais públicos (5,5%), enquanto outros locais somaram 19,1%. **Grau de Instrução:** Indivíduos com nenhuma escolaridade ou até 7 anos de estudo concentraram a maior parte dos casos (56,5%), com destaque para aqueles com 4 a 7 anos (26,6%) e 1 a 3 anos de estudo (20,7%). Apenas 6,5% das vítimas tinham 12 anos ou mais de escolaridade, evidenciando maior vulnerabilidade entre pessoas com baixa instrução. **Raça/Cor:** A maioria absoluta das vítimas era parda (74,2%), seguida por brancas (13,4%) e pretas (1,6%). Indígenas representaram 0,1% dos registros, enquanto 10,5% dos casos não tiveram informação preenchida (Tabela 3).


Esses achados reforçam que o domicílio é o principal local de ocorrência, a baixa escolaridade está fortemente associada à mortalidade por suicídio e que há predominância de óbitos entre a população parda, o que exige políticas públicas que considerem desigualdades sociais e raciais no enfrentamento do problema.

Tabela 3. Distribuição e proporção da mortalidade por suicídio, segundo local de ocorrência, grau de instrução e raça cor, Ceará, 2010 a 2024*


Local de Ocorrência	N	%
Hospital	1217	12,7
Out est saude	90	0,9
Domicílio	5889	61,3
Via publica	531	5,5
Outros	1838	19,1
Ign	45	0,5
Total	9610	100,0



Grau de Instrucao	N	%
Nenhuma	923	9,6
01 a 03	1990	20,7
04 a 07	2554	26,6
08 a 11	1667	17,3
12 e+	625	6,5
Ign	1405	14,6
N Inf	446	4,6
Total	9610	100,0



Raca Cor	N	%
Branca	1288	13,4
Preta	152	1,6
Amarela	18	0,2
Parda	7131	74,2
Indígena	8	0,1
Não informado	1013	10,5
Total	9610	100,0



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*

SUICÍDIO NO CEARÁ: REGIÃO DE SAÚDE

As Figuras 5 e 6 evidenciam desigualdades regionais marcantes na mortalidade por suicídio no Ceará, demonstrando que o fenômeno não se distribui de forma homogênea no território.

A **Região de Fortaleza** apresentou a menor taxa média do estado (5,8 por 100 mil habitantes), mas concentrou o maior número absoluto de óbitos (4.092 casos) devido à sua alta densidade populacional. O padrão temporal revelou uma queda expressiva em 2020 (3,7 por 100 mil), seguida de crescimento até 2023 (7,3 por 100 mil), indicando que os determinantes urbanos desempenham papel importante e devem ser considerados no planejamento das políticas públicas.

Na **Região Norte**, observou-se uma das situações mais críticas, com taxa média de 8,7 por 100 mil e 2.156 óbitos acumulados. O comportamento manteve-se em patamares elevados ao longo de todo o período, alcançando pico em 2022 (11,5 por 100 mil) e permanecendo acima da média estadual. Essa persistência sugere a influência de fatores estruturais, como vulnerabilidades socioeconômicas, menor acesso a serviços especializados de saúde mental e maior exposição a meios letais, como pesticidas, sobretudo em áreas rurais.

O **Cariri** apresentou taxa média de 8,4 por 100 mil e 1.860 óbitos, com trajetória ascendente clara a partir de 2017. O pico ocorreu em 2022 (11,7 por 100 mil), mantendo valores elevados em 2023–2024. Esse padrão indica a necessidade de estratégias intensivas e sustentadas, já que não há sinais de estabilização em curto prazo.

O **Sertão Central** destacou-se como a região de maior risco, com taxa média de 9,7 por 100 mil e 916 óbitos acumulados. O crescimento foi contínuo, de 7,7 em 2010 para 12,2 em 2023, mantendo 11,0 em 2024. Esses resultados refletem uma forte concentração de vulnerabilidades estruturais, como isolamento geográfico, menor oferta de serviços de saúde mental e desigualdades sociais mais acentuadas.

Por fim, o **Litoral Leste** apresentou taxa média de 7,7 por 100 mil e 625 óbitos acumulados, com tendência de elevação a partir de 2017. O pico ocorreu em 2022 (11,3 por 100 mil), seguido de discreta queda em 2023–2024, mas ainda em patamares elevados. Essa oscilação pode estar relacionada a fatores conjunturais, tanto socioeconômicos quanto ligados ao acesso a serviços de saúde.

Em síntese, o Sertão Central, a Região Norte e o Cariri concentram os maiores riscos, configurando-se como áreas prioritárias para intervenções em saúde pública. Fortaleza, mesmo com taxas menores, responde pelo maior número absoluto de óbitos, o que demanda estratégias de larga escala no contexto urbano. O Litoral Leste, por sua vez, mostra tendência de elevação recente, o que exige monitoramento contínuo. O padrão observado reforça que a mortalidade por suicídio no Ceará é fortemente influenciada por determinantes multicausais e territoriais, variando conforme densidade populacional, condições socioeconômicas, acesso aos serviços e disponibilidade de meios letais.

Figura 5. Taxa de mortalidade por suicídio, segundo Região de Saúde, Ceará, 2010 a 2024*

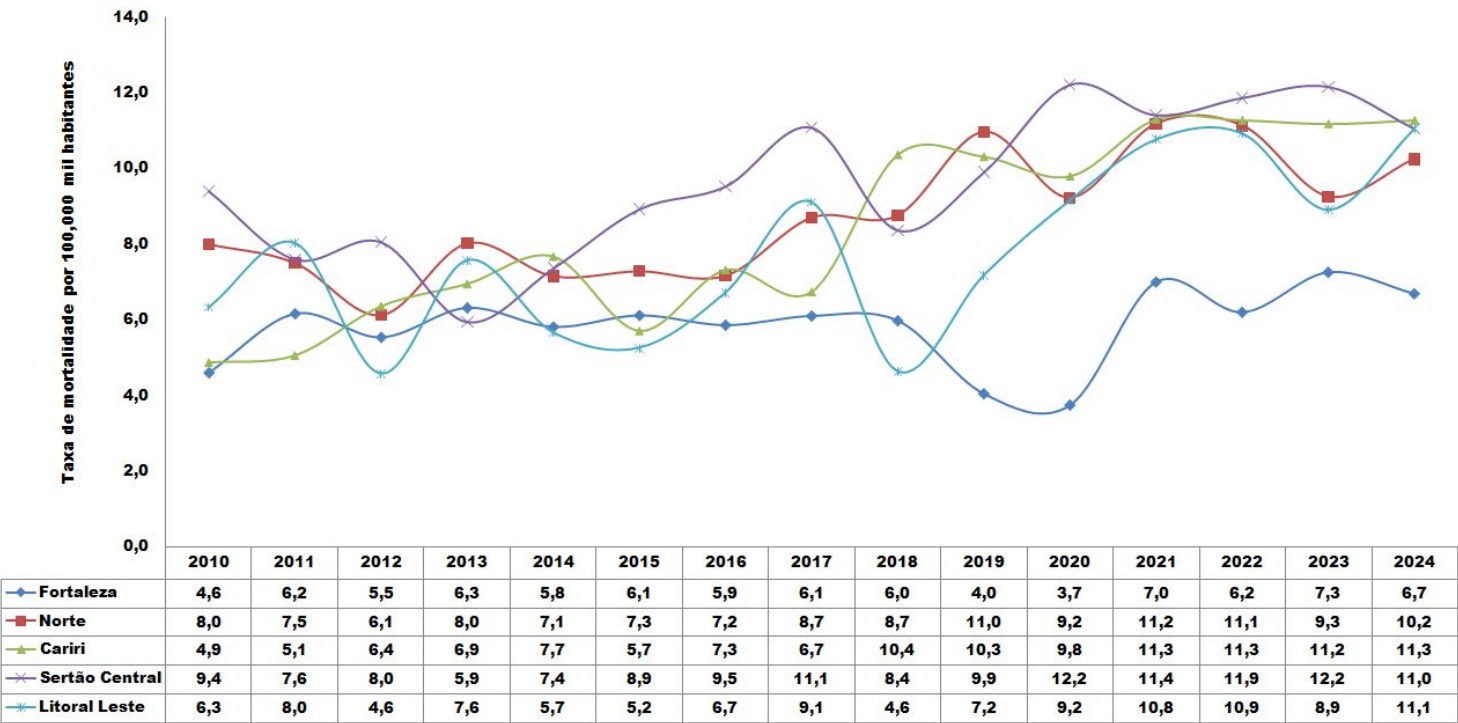
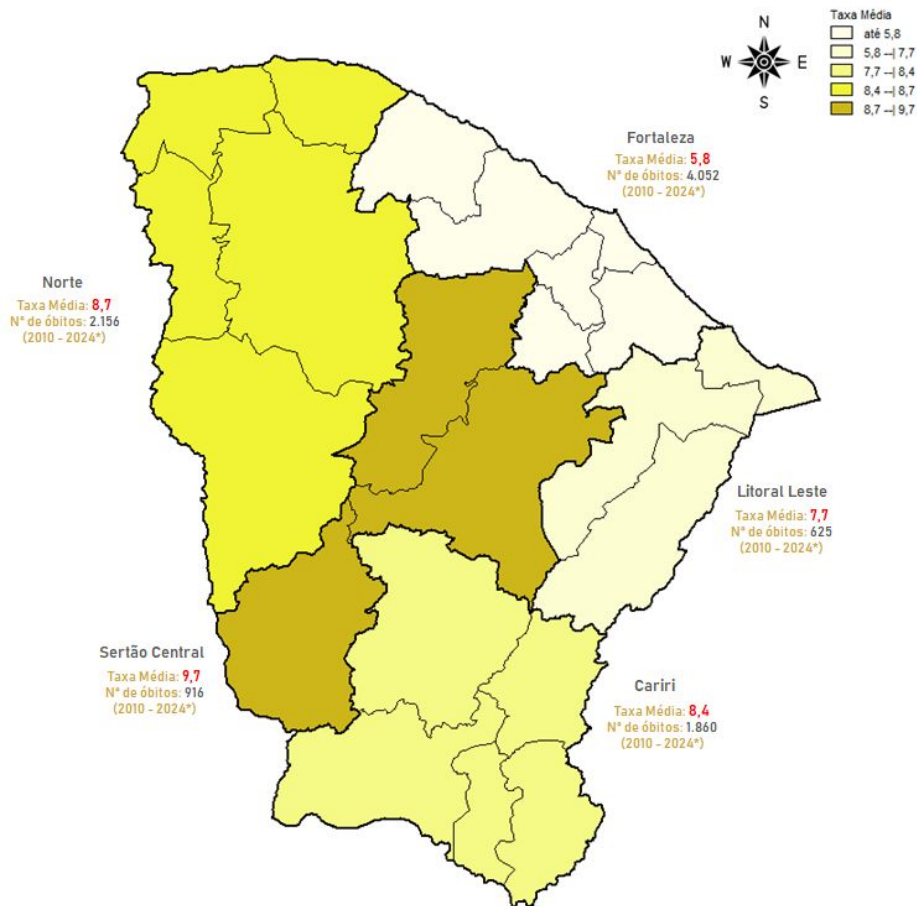


Figura 6. Distribuição acumulada e taxa média da mortalidade por Suicídio, segundo Região de Saúde, Ceará, 2010 a 2024*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*

A análise da mortalidade por suicídio segundo Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) no Ceará, entre 2010 e 2024, evidencia fortes desigualdades territoriais, tanto em número absoluto de óbitos quanto em taxas médias de mortalidade. Esses resultados refletem a influência de fatores demográficos, socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde, ressaltando a necessidade de estratégias diferenciadas de prevenção.

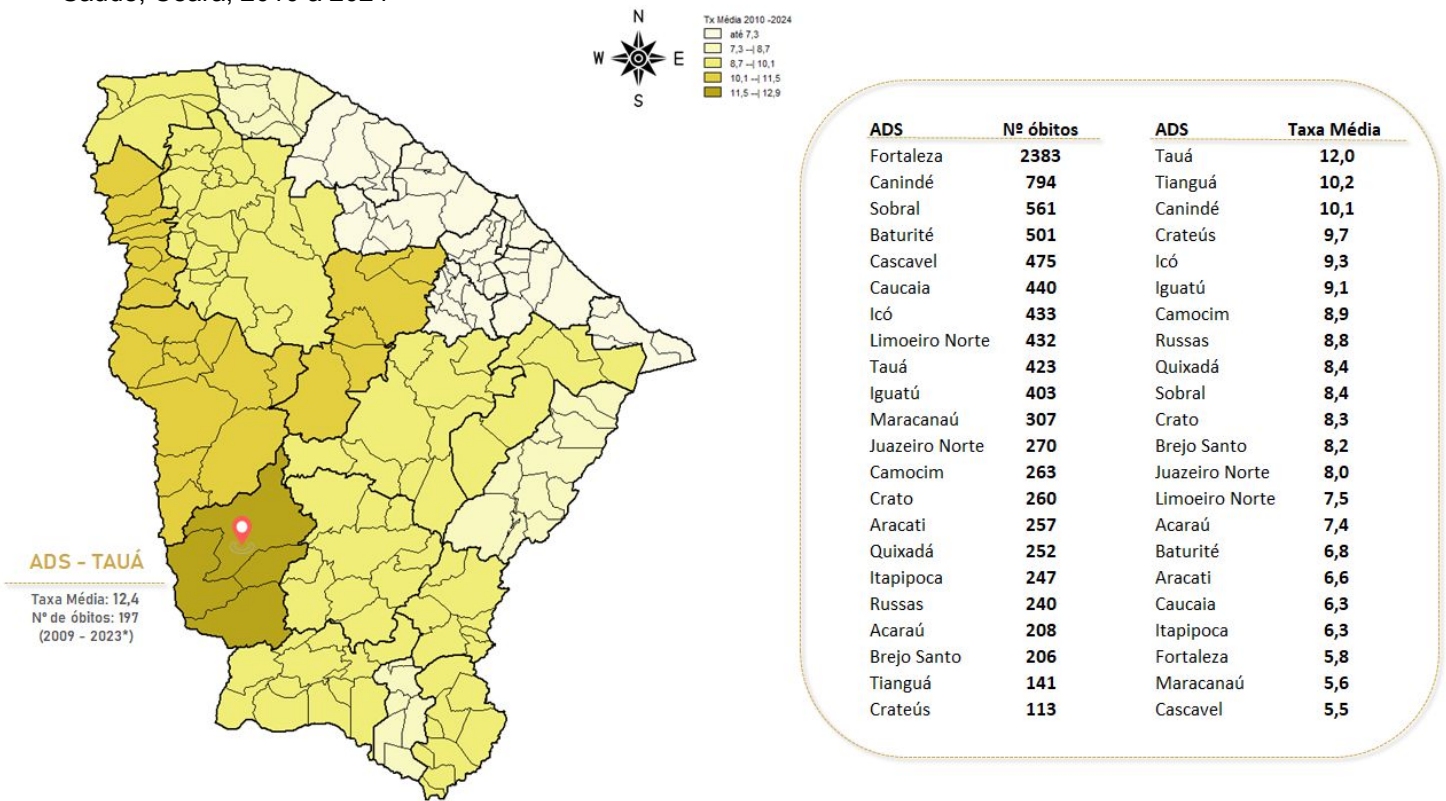
A ADS de Fortaleza concentrou o maior número absoluto de óbitos, com 2.383 casos, reflexo de sua alta densidade populacional e de determinantes urbanos complexos. No entanto, sua taxa média de 5,8 por 100 mil habitantes foi uma das mais baixas do estado, indicando que o volume elevado de mortes está mais relacionado ao tamanho da população do que a um risco proporcionalmente maior. Outras ADS com números absolutos expressivos foram Canindé (794 óbitos), Sobral (561), Baturité (501) e Caucaia (460), que também configuram áreas de alta carga social e sanitária.

Por outro lado, quando se observam as taxas médias, emergem regiões críticas de maior vulnerabilidade. A ADS de Tauá apresentou a maior taxa do estado, com 12,4 por 100 mil habitantes, seguida de Tianguá (10,2), Canindé (10,1) e Crateús (9,7), todas acima de 9,0 por 100 mil. Essas áreas, predominantemente interioranas, evidenciam condições de risco associadas ao isolamento geográfico, ao uso disseminado de pesticidas e à menor oferta de serviços especializados de saúde mental. Outras ADS relevantes incluem Iguatu (9,1) e Icó (8,9), reforçando a concentração de taxas elevadas no eixo Centro-Sul do estado.

Na direção oposta, destacam-se ADS com as menores taxas médias, como Cascavel (5,5), Maracanaú (5,6) e Fortaleza (5,8), todas abaixo da média estadual. Ainda assim, Maracanaú e Fortaleza apresentam número absoluto elevado de óbitos, o que amplia a pressão sobre os serviços de saúde e reforça a necessidade de ações de grande escala em ambientes urbanos.

Em síntese, o panorama aponta para dois padrões distintos: áreas urbanas e densamente povoadas, que apresentam maior número absoluto de casos, mas taxas proporcionalmente menores, e áreas interioranas, com taxas de mortalidade muito mais altas, ainda que em populações menores. Esse contraste reforça que a prevenção do suicídio no Ceará deve adotar uma abordagem territorializada e multissetorial, capaz de responder às especificidades de cada contexto regional.

Figura 7. Distribuição acumulada e taxa média da mortalidade por Suicídio, segundo Área Descentralizada de Saúde, Ceará, 2010 a 2024*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*

SUICÍDIO NO CEARÁ: MUNICÍPIOS

A análise das taxas de mortalidade por suicídio no Ceará, segundo o porte populacional municipal, mostra diferenças consistentes entre 2010 e 2024.

Nos municípios >100 mil hab. (n=9), as taxas são as mais baixas entre os estratos, com mínimo em 2020 (4,4) e elevação recente para 8,9 em 2023 e 8,2 em 2024, indicando agravamento nos grandes centros.

Nos municípios de 50–100 mil hab. (n=24), observaram-se oscilações com retomada a partir de 2017; o pico foi em 2022 (9,7), mantendo 8,7 em 2024, acima da média estadual.

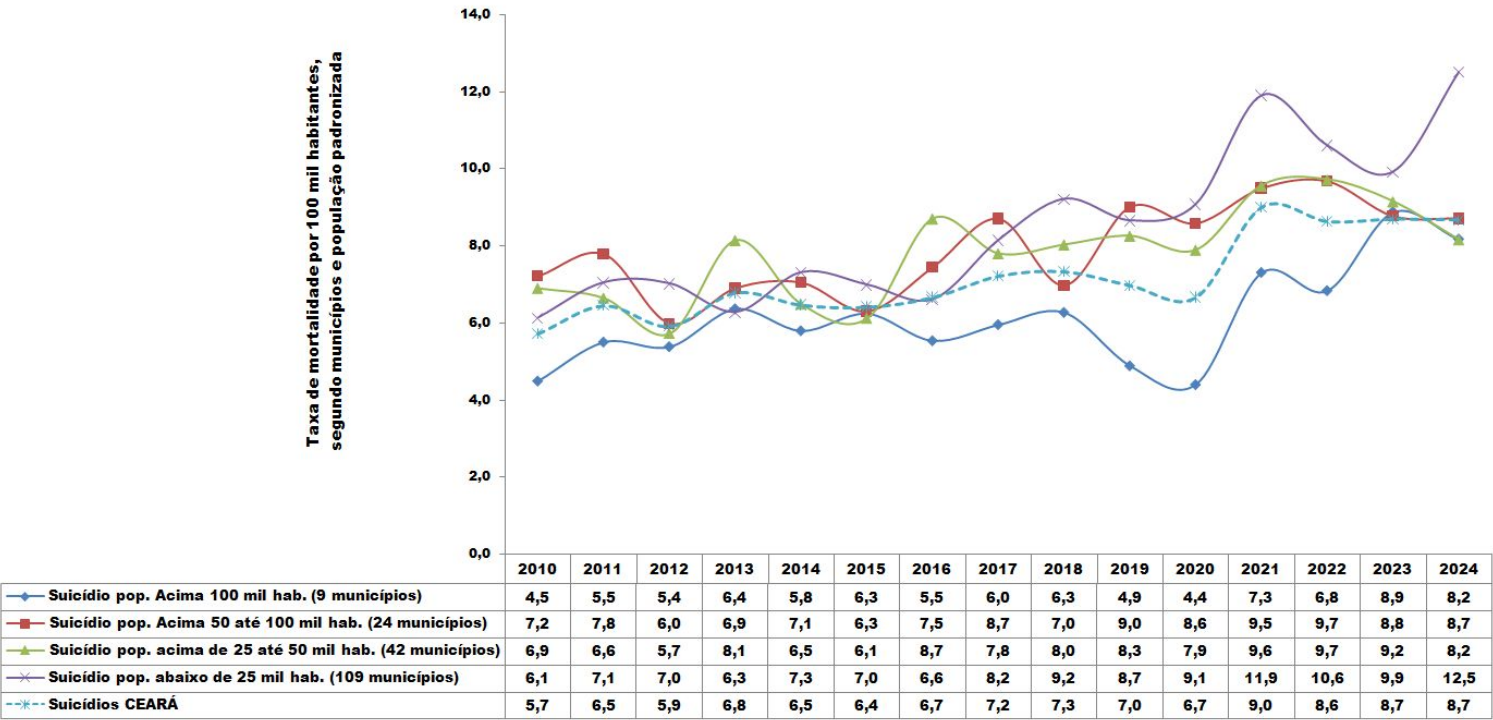
Nos municípios de 25–50 mil hab. (n=42), o comportamento é crítico porém abaixo dos menores municípios: taxas cresceram após 2016, com valores elevados em 2021 (9,6) e 2022 (9,7), recuando para 8,2 em 2024.

Nos municípios <25 mil hab. (n=109), as taxas são as mais altas da série, com pico em 2021 (11,9) e novo máximo em 2024 (12,5), evidenciando maior risco proporcional nos pequenos municípios.

Média estadual: o Ceará registrou 8,7/100 mil em 2024; o valor de 2021 (9,0/100 mil) é o mais alto da série.

Em síntese, os menores municípios concentram os maiores coeficientes, enquanto os maiores exibem incremento recente que exige atenção. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias diferenciadas por porte municipal, equilibrando o alto risco proporcional nos pequenos e o grande impacto absoluto nos grandes centros.

Figura 8. Coeficiente de mortalidade por Suicídio, segundo municípios e população padronizada, Ceará, 2010 a 2024*



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 05/08/2025*

RECOMENDAÇÕES

1. Fortalecimento da Prevenção e da Intervenção em Saúde Mental

A análise evidenciou maior concentração de suicídios em adultos jovens (20–39 anos) e adultos de meia-idade (40–59 anos), além de crescimento progressivo entre idosos (≥ 60 anos). Assim, torna-se essencial o desenvolvimento de programas contínuos de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio em escolas, comunidades, serviços de saúde e ambientes de trabalho.

Implementação prática:

- Integrar ações entre saúde, educação e assistência social, priorizando intervenções precoces entre adolescentes e jovens adultos.
- Criar protocolos de identificação precoce de sinais de risco e capacitar profissionais da atenção básica, CAPSi e CAPS-AD.
- Monitorar o impacto das ações por meio de indicadores de saúde mental e taxa de mortalidade por faixa etária.

2. Abordagem Sensível às Questões de Gênero

Os dados apontam que homens representaram mais de 80% dos óbitos, mas observa-se tendência proporcional de aumento entre mulheres a partir de 2016. É necessário que as políticas de prevenção considerem as especificidades de gênero, contemplando diferentes contextos de vulnerabilidade.

Implementação prática:

- Desenvolver campanhas específicas voltadas para homens, com foco em enfrentamento do estigma, autocuidado e busca de apoio psicológico.
- Implementar grupos de apoio para mulheres em situação de vulnerabilidade psicossocial, incluindo vítimas de violência, com integração entre saúde e rede de proteção social.
- Utilizar estratégias de comunicação diferenciadas por gênero, com mídias sociais, rádio e TV como canais de alcance populacional.

RECOMENDAÇÕES

3. Restrição ao Acesso a Meios Letais

O enforcamento foi responsável por 75,2% dos suicídios no Ceará entre 2010 e 2024, seguido pela autointoxicação com pesticidas e medicamentos. Esse perfil reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à restrição de meios letais, em especial em áreas rurais.

Implementação prática:

- Criar mecanismos de fiscalização rigorosa da comercialização de pesticidas, com registro obrigatório de vendas e controle por licenciamento.
- Incentivar programas de troca de pesticidas tóxicos por alternativas menos nocivas, em parceria com órgãos de agricultura e meio ambiente.
- Promover campanhas de conscientização comunitária sobre os riscos de armazenar produtos químicos em domicílios e estimular o uso seguro de medicamentos.

4. Territorialização das Estratégias

A análise regional identificou maiores taxas de suicídio no Sertão Central (9,7/100 mil), Região Norte (8,7/100 mil) e Cariri (8,4/100 mil), enquanto Fortaleza, embora com menor coeficiente (5,8/100 mil), concentrou o maior número absoluto de óbitos (4.092). Isso reforça a necessidade de estratégias adaptadas ao território.

Implementação prática:

- Priorizar o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas regiões de maior risco, com ampliação da cobertura de CAPS e CAPSi.
- Desenvolver planos regionais de prevenção ao suicídio, considerando características locais, como isolamento geográfico, desigualdades sociais e disponibilidade de meios letais.
- Integrar a vigilância epidemiológica aos comitês regionais intersetoriais, para monitorar continuamente os indicadores e orientar ações baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

1. **Organização Mundial da Saúde (OMS).** *World Health Organization. Global Health Estimates: Leading causes of death.* Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>. Acesso em: 26 ago. 2025.
2. **Ministério da Saúde (Brasil).** *Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).* Departamento de Informática do SUS – DATASUS, 2023. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 26 ago. 2025.
3. **Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).** *Boletim Epidemiológico de Mortalidade por Suicídio no Ceará: 2010–2024.* Fortaleza: SESA, 2025.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE