CONHECER PARA FISCALIZAR

Setembro Amarelo: Um panorama sobre a saúde mental nas microrregiões do estado de Minas Gerais

SETEMBRO 2025

Coordenadoria de Fiscalização Integrada e Inteligência em Orçamento e Políticas Públicas - CFIOP/SURICATO

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental, pilar importante para o bem-estar individual e social, tem sido pauta de crescente importância na agenda de políticas públicas, impulsionada por campanhas como o "**Setembro Amarelo**". O tema é relevante, pois reside na urgência de abordar o suicídio, que é uma das principais causas de morte evitáveis. A campanha visa reduzir o estigma associado às questões de saúde mental, educar a população sobre os sinais de alerta e promover o acesso a recursos de apoio.

A conscientização e a educação são fundamentais para criar uma sociedade mais acolhedora e preparada para lidar com essas questões, contribuindo para a diminuição das taxas de suicídio. Nesse sentido, o papel do Estado é fundamental para garantir a implementação de políticas públicas efetivas, assegurar o acesso a serviços de saúde mental e fomentar ações de prevenção e apoio à população.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde Mental pode ser considerada um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade[1].

Por sua vez, a temática desse relatório se encontra alinhada com 02 (dois) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), a saber:

Quadro 001 – Relação de ODS/ONU correlacionados com o estudo.

ODS	Descrição
ODS 3: Saúde e Bem-Estar	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.
ODS 10: Redução das desigualdades	Reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

Os órgãos de controle, como os Tribunais de Contas, podem desempenhar papel crucial na prevenção do suicídio ao avaliar e monitorar a eficácia das políticas públicas relacionadas à saúde mental. Por meio da análise de indicadores e da fiscalização das ações governamentais, esses órgãos garantem que as iniciativas de prevenção sejam implementadas de forma adequada e eficiente, assegurando que recursos financeiros sejam direcionados para ações dessa natureza. A colaboração entre diferentes setores da sociedade é essencial para fortalecer as estratégias de prevenção e promover uma cultura de valorização da vida.

Destaca-se que este Relatório Temático, previsto na Resolução nº 04/2025 (art. 50, VII), não constitui uma ação de fiscalização específica, nem gera obrigação de manifestação dos jurisdicionados. Seu objetivo é fomentar transparência e acesso à informação qualificada, contribuindo para uma melhor tomada de decisão. Por ser elaborado com dados públicos e compreendido como tipo de Relatório de Conhecimento (Resolução nº 09/2020), sua divulgação externa passa por fluxo internos de autorização.

Esse trabalho, ao reunir informações relacionadas ao assunto, como taxa de suicídios no estado de Minas Gerais, orçamento destinado a ações de prevenção ao suicídio, quantidade de profissionais de saúde mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) presentes no Estado, entre outros, busca fornecer uma visão abrangente sobre os desafios e oportunidades enfrentados acerca desta temática.

[1] Mais informações estão disponíveis no site do Ministério da Saúde (https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental).

1.1. A ORIGEM DO "SETEMBRO AMARELO"

Em 1994, um jovem dos Estados Unidos, chamado Mike Emme, de apenas 17 anos, cometeu suicídio em seu Mustang amarelo. No funeral, seus amigos distribuíram cartões com fitas amarelas e mensagens de apoio, iniciando um movimento de conscientização que se espalhou por todo o mundo.

Inspirado por essa história, o "Setembro Amarelo" é uma campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio, promovida pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). A campanha busca mobilizar a sociedade para discutir a importância da saúde mental e oferecer apoio a pessoas em situação de vulnerabilidade. Desde a sua criação, o "Setembro Amarelo" tem se consolidado como movimento essencial para a promoção da vida e a prevenção do suicídio no Brasil, incluindo ações de conscientização promovidas por órgãos de controle externo, a exemplo do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG)[2], Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP)[3] e Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCEGO)[4].

1.2. LEGISLAÇÃO E DEMAIS NORMAS REGULAMENTADORAS

O "Setembro Amarelo" encontra respaldo na Constituição Federal de 1988, visto que o direito à vida, garantido pelo Artigo 5º, inciso III, assegura a existência digna e livre de sofrimento. Além disso, o Artigo 196 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, promovendo políticas sociais e econômicas para reduzir riscos e garantir acesso universal à saúde. Por sua vez, o Artigo 6º define que são direitos sociais, dentre outros, a saúde, a segurança e a assistência aos desamparados. Esses princípios constitucionais fundamentam as ações de saúde mental e prevenção do suicídio, alinhando-se aos objetivos dessa campanha.

A seguir, é feito um resumo dos principais instrumentos legais que orientam as políticas públicas relacionadas ao "Setembro Amarelo":

Lei n. 10.216/2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Prioriza o tratamento em serviços comunitários de saúde mental (como os CAPS) em detrimento da internação hospitalar de longa permanência (art. 2º, IX, e art. 4º).

Lei n. 13.819/2019

Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. É a lei federal mais específica e direta sobre o tema da prevenção ao suicídio. Dispõe sobre a notificação compulsória de casos de violência autoprovocada (art. 6º), a disponibilização de serviços de atendimento à saúde mental (art. 4º), entre outros assuntos relevantes ao tema.

[2] Disponível em: https://eeventos.tce.mg.gov.br/amarelo. Acesso em: 14 ago. 2025.

[3] Disponível em: https://tce.sp.gov.br/6524-palestra-abordara-prevencao-e-enfrentamento-transtornos-emocionais. Acesso em: 14 ago. 2025.

[4] Disponível em: https://portal.tce.go.gov.br/-/tce-go-promove-acoes-referentes-ao-setembro-amarelo. Acesso em: 14 ago. 2025.

Lei n. 13.968/2019

Altera o Código Penal (art. 122) para modificar o crime de incitação ao suicídio e à automutilação. Endurece as penas para quem induz ou instiga alguém ao suicídio ou à automutilação, especialmente quando a vítima é menor de idade ou se deu por motivo egoístico, torpe ou fútil.

Decreto Federal nº 10.225/2020

Cria o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (CGPNPAS), responsável por implementar e coordenar as ações da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

A promoção de ações ligadas à prevenção de suicídios é, portanto, amparada por um conjunto de leis e normativos que visam conscientizar a sociedade, de maneira geral, sobre a importância do tema.

Ainda, é importante mencionar estudo global realizado pela Sapien Labs, denominado *"The Mental State of the World in 2023 - A Perspective on Internet-Enabled Populations: A Publication of the Global Mind Project"*[5], publicado em 04/03/2024. Esse relatório apresenta um índice chamado *MHK Score* (*Mental Health Quotient*), que é o índice usado pelo *Global Mind Project* para medir o bem-estar mental. De acordo com os resultados apresentados, o Brasil se encontra entre as 3 (três) menores pontuações no *MHK*, ao lado de África do Sul e Reino Unido.

2. TAXAS DE SUICÍDIO EM MINAS GERAIS

De acordo com Dada (2023), para elaborar estratégias de prevenção do suicídio, como a alocação de recursos para políticas voltadas para grupos de maior vulnerabilidade, é importante a identificação de aspectos como: os fatores que possam estar associados ao aumento das taxas de suicídio, as subpopulações que apresentam risco elevado de aumento dessas taxas e uma análise da variação temporal e espacial do comportamento do suicídio nas áreas urbanas do Brasil.

Com base nessas premissas, este tópico apresenta um panorama das taxas de suicídio em Minas Gerais, bem como análise espaço-temporal para detectar *clusters* de suicídios que se repetem em determinadas áreas geográficas do estado ao longo do tempo.

É importante destacar, desde já, que a análise das taxas de suicídio entre os municípios se mostrou inviável em virtude da grande quantidade de municípios com população pequena no estado de Minas Gerais. Nesses municípios, a ocorrência de um único caso pode gerar taxas proporcionalmente muito elevadas, o que não necessariamente reflete um padrão consolidado, mas sim a alta volatilidade estatística decorrente do tamanho populacional reduzido. De modo a mitigar esse efeito, optou-se por trabalhar com as 66 microrregiões do Estado.

Assim, mediante avaliação criteriosa dos dados relacionados à quantidade de suicídios fornecidos pelo DATASUS, objetiva-se fornecer uma visão estatística relacionada ao tema, destacando tendências e

[5] Disponível em <https://sapienlabs.org/wp-content/uploads/2024/03/4th-Annual-Mental-State-of-the-World-Report.pdf.>

variações entre os anos de 2018 e 2023. As populações consideradas para os cálculos das taxas são estimativas do IBGE para 2018 e 2023, no caso de Minas Gerais, e estimativas da FJP, no caso dos municípios/microrregiões. As padronizações foram feitas considerando a população brasileira do Censo 2022. No DATASUS, foram buscados dados de mortalidade pela **CID-10**, por local de residência, no grupo "Lesões autoprovocadas intencionalmente".

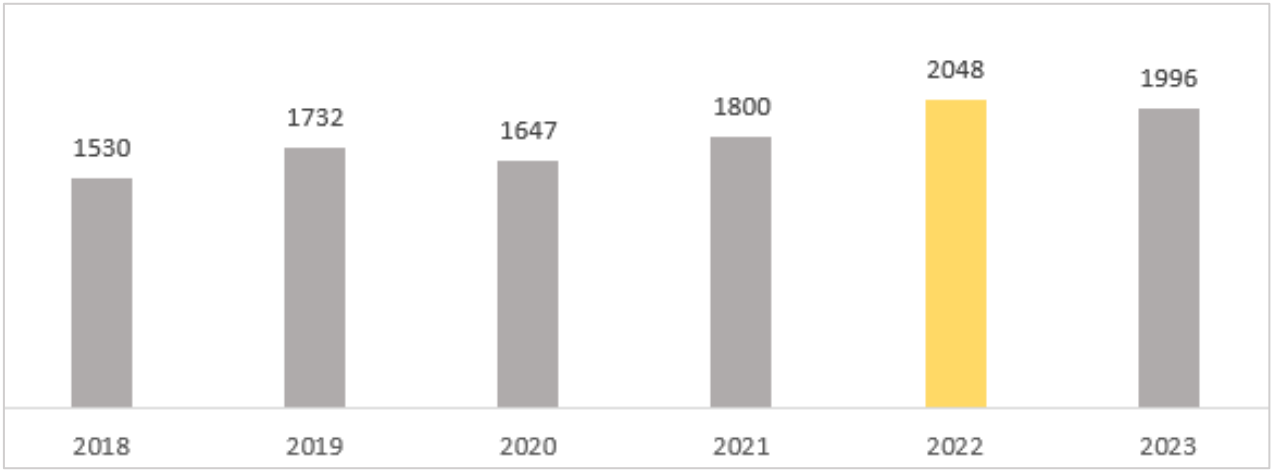
2.1. NÚMEROS ABSOLUTOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

A análise das taxas de suicídio em todo o estado é um importante ponto inicial a ser considerado para compreender a eficácia das políticas públicas de prevenção e identificar possíveis locais que podem necessitar de maior intervenção por parte dos gestores públicos.

Entre os anos de 2018 e 2023 e segundo o DATASUS, foram registradas o total de 69.682 mortes por suicídio entre os homens e de 19.354 entre as mulheres, em números absolutos, em todo o Brasil.

O Gráfico 001 a seguir apresenta a evolução do número total de mortes por suicídio somente no estado de Minas Gerais entre os anos de 2018 e 2023.

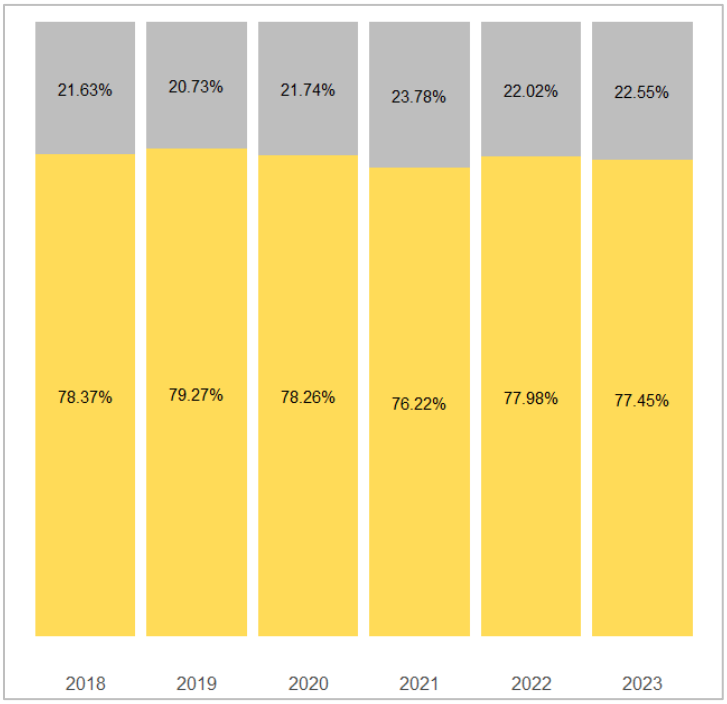
Gráfico 001 – Evolução no número total de mortes por suicídio no estado de Minas Gerais, entre 2018 a 2023.



Fonte: DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Nota-se, de acordo com o Gráfico 001, um aumento no quantitativo total de mortes por suicídio entre 2018 e 2022. Cabe ressaltar que foi registrado, em 2022, o maior valor da série histórica: 2.048 registros de óbito. Não se afasta a possibilidade de que esse volume tenha sido impactado pela pandemia de COVID-19 e seus reflexos, como: aumento na taxa de desemprego; redução no acesso a serviços de saúde mental; mudanças nas relações familiares; aumento da inflação; entre outros. No ano de 2023, no entanto, houve pequena redução, de 2,54%, período que coincide com o final do estado de emergência devido à pandemia.

Gráfico 002 - Percentual de óbitos **masculinos** e **femininos** decorrentes de suicídio em Minas Gerais, entre 2018 e 2023.



Fonte: DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Os dados apresentados no Gráfico 002 revelam consistentemente que o **percentual de óbitos por suicídio foi superior entre indivíduos do gênero masculino** em comparação ao feminino, em todos os anos da série temporal analisada. A maior discrepância foi verificada em 2019, quando 79,27% das mortes por suicídio foram atribuídas a homens. Destaca-se que, conforme dados do CENSO 2022, a população mineira é composta majoritariamente por mulheres (51,2%) do que por homens (48,8%).

Esses percentuais, no entanto, não refletem diretamente um risco, assim como a variação dos números absolutos de suicídios. Nesse contexto, o risco é melhor representado pelas taxas de suicídio, abordadas no próximo tópico.

2.2. TAXAS DE SUICÍDIO NO ESTADO

Os dados sobre suicídio são majoritariamente expressos em uma taxa por 100 mil habitantes. Porém, existem 3 (três) formas para o cálculo dessa taxa[6]. No presente trabalho, optou-se pelo uso da padronização direta/taxa ajustada por idade, conforme indicação da OMS.

A padronização por faixa etária é uma técnica estatística fundamental em epidemiologia e demografia para comparar taxas de eventos (como mortalidade, incidência de doenças ou suicídio) entre diferentes populações ou na mesma população ao longo do tempo, eliminando o efeito das diferenças na estrutura etária. Ela ajusta as taxas de forma que a comparação seja feita como se as populações tivessem a **mesma estrutura etária**. Isso permite que se compare o padrão de mortalidade/incidência, removendo o viés causado pela demografia.

[6] Taxa ajustada por idade; taxa ajustada por idade e sexo; suavização bayesiana (DADA, 2023).

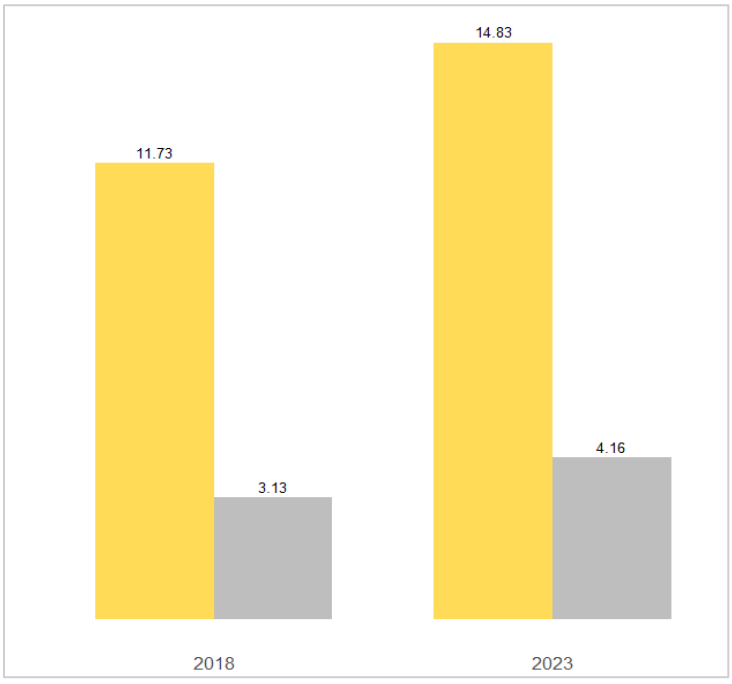
A padronização direta envolve as seguintes etapas:

- ✓ Calcular as taxas específicas por idade;
- ✓ Escolher uma população padrão[7];
- ✓ Calcular os eventos esperados;
- ✓ Somar os eventos esperados e a população padrão;
- ✓ Calcular a taxa padronizada.

Ao fazer a padronização, tem-se que, em **2018**, a taxa de suicídios em Minas Gerais era de **7,37 por 100 mil habitantes**. Já em **2023**, esse número saltou para **9,23 suicídios por 100 mil habitantes**. Ou seja, houve um **aumento real de cerca de 25%** na taxa. A título de comparação, em todo o Brasil a taxa de suicídio foi de 6,32 em 2018 e 8,05 em 2023, representando um aumento real de cerca de 27%.

Foram calculadas também as taxas específicas de suicídio por 100 mil habitantes para cada gênero, conforme o Gráfico 003 a seguir. Essa análise indica que, mesmo após o ajuste, a taxa entre homens foi quase 4 (quatro) vezes maior do que entre pessoas do gênero feminino, tanto em 2018 quanto em 2023.

Gráfico 003 – Taxas específicas de suicídios **masculinos** e **femininos** em 2018 e 2023.



Fonte: DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Alinhado a evidências empíricas[8] e à própria percepção social de que as mulheres são mais abertas à expressão emocional, os dados analisados sugerem que os homens podem estar enfrentando doenças

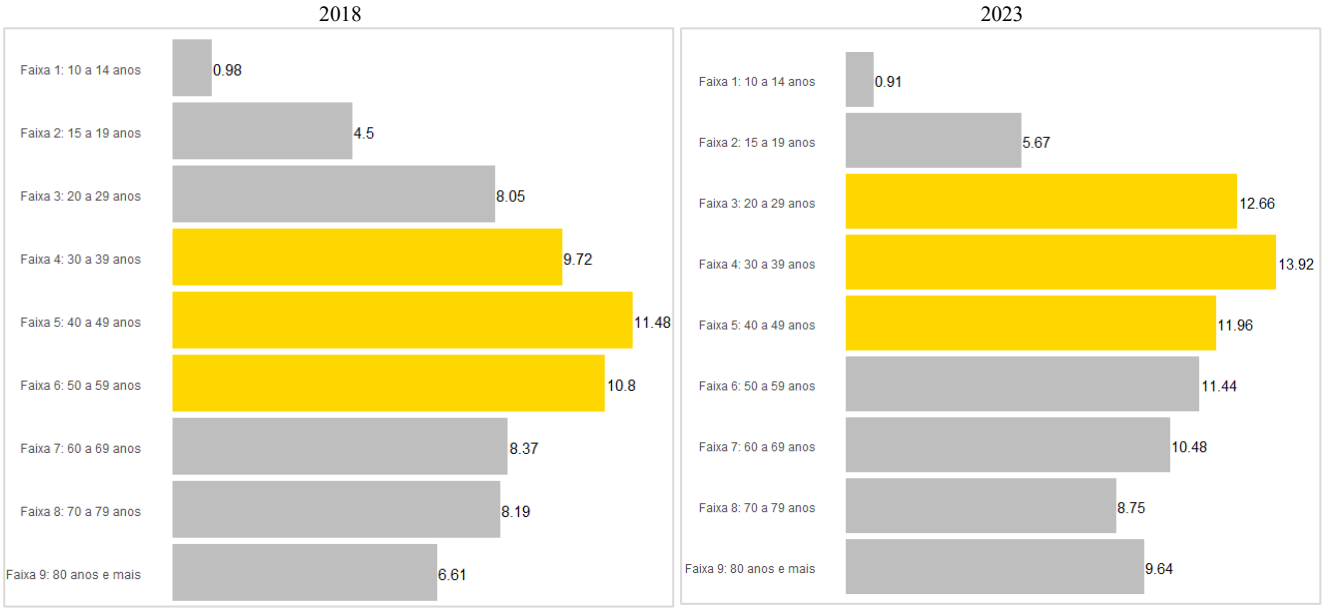
[7] A população padrão aqui considerada foi a do Censo 2022 do Brasil.

[8] Ver, por exemplo: "Diferenças entre homens e mulheres na forma de lidar com as emoções". VH Terapias. Disponível em: https://www.vhterapias.com.br/post/diferenças-entre-homens-e-mulheres-na-forma-de-lidar-com-as-emoções. Acesso em: 14 ago. 2025; "Estudo sugere que mulheres são mais empáticas que homens". Correio Braziliense. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/ciencia-e-saude/2022/12/5061860-estudo-sugere-que-mulheres-sao-mais-empaticas-que-homens.html. Acesso em: 14 ago. 2025; "Trabalho emocional e gênero: um estudo em um supermercado do estado de Minas Gerais". Revista Farol. Disponível em: https://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/3811. Acesso em: 14 ago. 2025.

mentais de forma silenciosa. Tal fenômeno é frequentemente impulsionado por expectativas sociais que os pressionam a demonstrar força, independência e resiliência emocional, resultando na repressão de sentimentos e na relutância em buscar ajuda profissional diante de problemas psicológicos. Adicionalmente, registra-se maior predisposição ao abuso de álcool e drogas, bem como maior exposição à violência (MELO et al., 2024), fatores que podem exacerbar o sofrimento psíquico e, consequentemente, elevar o risco de suicídio.

Na sequência, o Gráfico 004 apresenta as taxas de suicídio por **faixa etária** em 2018 e 2023.

Gráfico 004 - Taxas específicas de suicídios por faixa etária em Minas Gerais em 2018 e 2023 (por 100 mil habitantes)



Fonte: DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Com base no Gráfico 004, observa-se que, em **2018**, a maior concentração de suicídios ficou na **Faixa 5: 40 a 49 anos** (11,48 por 100 mil habitantes). As Faixas 4 e 6, circunvizinhos à Faixa 5, também apresentaram valores significativos, quais sejam, 9,72 e 10,8 óbitos por 100 mil habitantes. Portanto, nota-se maior concentração nas idades entre 30 e 59 anos, frequentemente conhecida como **adultos de meia-idade**. Esta faixa etária abrange, geralmente, indivíduos que estão em uma fase intermediária da vida, caracterizada por responsabilidades familiares e profissionais significativas.

Por outro lado, é possível observar que, em **2023**, a maior concentração de suicídios ficou na **Faixa 4**, **correspondente a 30 a 39 anos** (13,92 óbitos por 100 mil habitantes), seguida pela Faixa 3, de 20 a 29 anos (12,66 óbitos por 100 mil habitantes). Esta evidência sublinha uma tendência preocupante de **risco elevado entre a população adulta jovem**, fase da vida caracterizada por desafios psicossociais intensos, tais como pressões profissionais, econômicas e sociais, além de transições significativas no desenvolvimento pessoal, como o início de carreira, a formação familiar e o estabelecimento da identidade individual.

O aumento da taxa de suicídios entre indivíduos com 80 anos ou mais, que passou de 6,61 em 2018 para 9,64 por 100 mil habitantes em 2023, sendo essa a terceira maior variação do período, revela preocupações significativas sobre a saúde mental e o bem-estar da **população idosa**. Esse dado sinaliza que fatores como isolamento social, perda de autonomia, doenças crônicas e luto desempenham papéis cruciais no aumento do risco de suicídio nessa faixa etária. Além disso, sentimentos de desvalorização

pessoal e a falta de suporte emocional adequado podem agravar o quadro. É essencial que políticas públicas e programas de saúde mental sejam direcionados para oferecer suporte psicológico, promover a integração social e garantir cuidados de saúde adequados para os idosos, visando a redução desses índices.

Todavia, outro dado merece atenção, qual seja, a existência de uma taxa de suicídios na faixa etária entre 10 e 14 anos (Faixa 1), tanto no ano de 2018 (0,98 óbitos por 100 mil habitantes), quanto no ano de 2023 (0,91 óbitos por 100 mil habitantes). Por serem **adolescentes**, ainda em idade escolar, é essencial que pais, educadores e profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de alerta e busquem promover um ambiente de apoio e compreensão[9]. Diversos fatores podem estar contribuindo para esse fenômeno, incluindo o *bullying* escolar, a pressão acadêmica, problemas familiares, os impactos negativos das redes sociais, entre outros.

2.3. TAXAS DE SUICÍDIO POR MICRORREGIÕES

O Quadro 002 a seguir apresenta as taxas de suicídio padronizadas por faixa etária em 2023 por microrregião, mencionando as seis microrregiões com as maiores e menores taxas.

Quadro 002 - Taxa de suicídios por 100 mil habitantes nas microrregiões mineiras, em 2023.

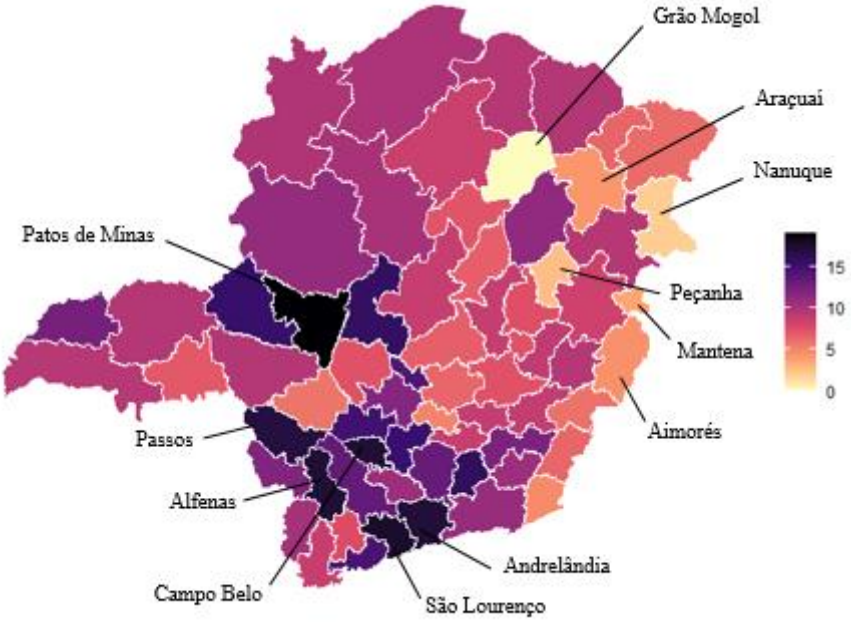
Maiores Taxas de Suicídios		Menores Taxas de Suicídios	
Microrregião	**Taxa – Por 100 mil hab.**	**Microrregião**	**Taxa – Por 100 mil hab.**
Patos de Minas	19,00	Aimorés	4,44
São Lourenço	17,60	Araçuaí	4,23
Campo Belo	17,19	Mantena	3,54
Alfenas	17,16	Peçanha	2,56
Andrelândia	17,10	Nanuque	1,92
Passos	16,83	Grão Mogol	0,00

Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Percebe-se que Patos de Minas foi a microrregião que apresentou os dados mais alarmantes, com 19,00 óbitos por 100 mil habitantes. São Lourenço e Campo Belo também apresentaram altas taxas de suicídio, 17,60 e 17,19, respectivamente. Grão Mogol não registrou mortes por suicídio em 2023, o que o colocou como último na lista. As taxas das microrregiões, em geral, estão representadas no mapa a seguir.

[9] https://brasil.un.org/pt-br/132195-uma-em-cada-cem-mortes-ocorre-por-suic%C3%ADdio-revelam-estat%C3%ADsticas-da-oms

Figura 001 - Taxa de suicídio nas microrregiões mineiras, em 2023.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Adicionalmente, verifica-se que as microrregiões com piores desempenhos, com taxas de suicídio acima de 16, estão indicadas na cor preta (mais escura), concentradas nas regiões sul e oeste do estado (Patos de Minas, São Lourenço, Campo Belo, Alfenas, Andrelândia e Passos). Por outro lado, as regiões norte e nordeste apresentam cores mais amenas, inclusive Grão Mogol, de cor bege claro, indicando que suas taxas de mortalidade são menores. Esta análise permite auxiliar na identificação de padrões regionais e no direcionamento de políticas públicas mais eficazes para a prevenção do suicídio em cada uma dessas áreas.

2.4. ANÁLISE DE RISCO ESPAÇO-TEMPORAL NAS MICRORREGIÕES

O agrupamento espaço-temporal é uma ferramenta poderosa que permite identificar padrões, aglomerados ou *clusters* de eventos (neste caso, suicídios) que se repetem em determinadas áreas geográficas ao longo do tempo. Em vez de ver cada suicídio como um ponto isolado, consegue-se identificar "bolhas" no mapa que indicam onde e quando os suicídios ocorreram com maior frequência do que o esperado.

Para tal análise, utilizou-se o *SaTScan*, um *software* que implementa o método de Kulldorff (2001). Este método funciona varrendo o mapa com janelas circulares de diferentes tamanhos e tempos. Para cada janela, ele compara o número observado de suicídios dentro daquela área e período com o número que seria esperado se os suicídios ocorressem aleatoriamente em todo o estado. Se o número observado for significativamente maior que o esperado, o *SaTScan* identifica essa área e período como um aglomerado estatisticamente significativo.

O *SaTScan* utiliza a estatística de varredura para identificar esses aglomerados, avaliando a significância estatística de cada *cluster* potencial. Isso significa que ele ajuda a diferenciar entre variações aleatórias e padrões genuínos de ocorrência de suicídios. Em termos mais técnicos, para a contagem de eventos

como suicídios, geralmente se assume uma distribuição de probabilidade (Poisson ou binomial), e o *SaTScan* calcula a razão de verossimilhança para determinar a significância de cada *cluster*.

No presente trabalho, os resultados da análise com o *SaTScan* revelam as áreas (aglomerados espaciais) e os períodos (aglomerados temporais) onde a incidência de suicídios nas microrregiões de Minas Gerais, **entre 2018 e 2023, foi significativamente mais alta do que o esperado**. Cada aglomerado identificado pelo *SaTScan* vem acompanhado de um *valor-p*. Este valor nos diz a probabilidade de que aquele aglomerado tenha ocorrido por puro acaso. Quanto menor o *valor-p* (geralmente usa-se um corte de 0,05, ou 5%), maior a certeza de que o aglomerado é genuíno e não apenas uma variação aleatória. Um *valor-p* muito baixo (ex.: < 0,001) indica um *cluster* altamente significativo.

O *SaTScan* também fornece a razão de risco relativo (RR) para cada *cluster*. Este é um indicador crucial. Um RR maior que 1 sugere que a população dentro do *cluster* tem um risco maior de cometer suicídio do que a população fora do *cluster*. Por exemplo, um RR de 2,5 significa que a taxa de suicídios dentro do aglomerado é 2,5 vezes maior do que a taxa esperada para o restante do estado.

A análise pode revelar se os aglomerados são persistentes (presentes ao longo de vários anos) ou transitórios (aparecem e desaparecem em curtos períodos). Pode-se identificar se há uma expansão ou retração dos aglomerados ao longo do tempo, indicando uma mudança na dinâmica da ocorrência de suicídios. A sobreposição de aglomerados em diferentes anos pode sugerir fatores de risco subjacentes que permanecem ativos nessas áreas.

A identificação desses aglomerados é fundamental para o direcionamento de intervenções e políticas públicas de prevenção ao suicídio. Ao conhecer as áreas e os períodos de maior risco, os gestores podem planejar ações mais eficazes, como campanhas de conscientização direcionadas, fortalecimento da rede de saúde mental (CAPS, equipes de saúde da família), capacitação de profissionais e implementação de programas de apoio psicossocial específicos para as comunidades afetadas. A análise também serve como ponto de partida para novas pesquisas. Uma vez que os *clusters* são identificados, é crucial investigar os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e de saúde que podem estar contribuindo para essa concentração de suicídios nessas áreas e períodos específicos.

Em resumo, a análise espaço-temporal de suicídios com o *SaTScan* permite visualizar onde e quando o problema do suicídio é mais premente, fornecendo informações cruciais para o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais eficientes e focadas.

Para essa análise, como suicídios são eventos relativamente raros em nível municipal, especialmente em municípios pequenos, verificou-se os dados a partir das microrregiões mineiras. Pequenos municípios isolados podem apresentar taxas muito voláteis devido a pouquíssimos casos, o que pode levar a *clusters* espúrios ou mascarar padrões reais. Ao agrupar municípios em microrregiões, aumenta-se o número total de casos por unidade espacial, o que melhora a estabilidade das taxas e a robustez da análise estatística no *SaTScan*, ajudando a "suavizar" essas flutuações e revelar padrões mais consistentes.

Com base nas boas práticas em Epidemiologia e Demografia, e levando em consideração que o evento em estudo varia consideravelmente a depender do sexo e da faixa etária, optou-se por realizar a análise espaço-temporal de forma segregada, conforme será apresentado nos subtópicos seguintes.

2.4.1 Faixas etárias: 0 a 9 anos e 10 a 14 anos

Homens e Mulheres: Nenhum *cluster* significativo detectado.

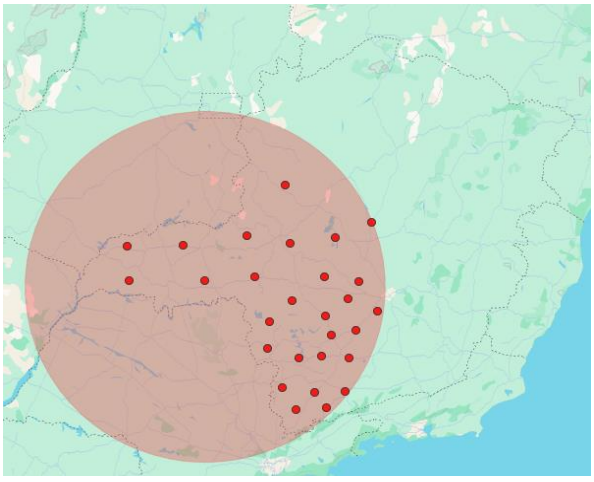
A ausência de *clusters* significativos indica que, para essas faixas etárias, os eventos de suicídio (que já são mais raros nessa população) não apresentaram uma concentração estatisticamente relevante em termos de espaço e tempo nas microrregiões de Minas Gerais. Isso sugere que os casos, quando ocorrem, tendem a estar **distribuídos de forma mais aleatória ou esporádica**, sem a formação de "bolhas" geográficas ou temporais de risco elevado.

Do ponto de vista das políticas públicas, a ausência de *clusters* não diminui a importância da **prevenção**, mas sugere que as intervenções para essas faixas etárias devam ser **predominantemente universais e contínuas**, em vez de geograficamente focalizadas. Isso implica fortalecer a promoção da saúde mental em ambientes como escolas, famílias e comunidades, capacitando educadores e cuidadores para identificar sinais de sofrimento psíquico precoce e oferecer apoio generalizado a todas as crianças e adolescentes.

2.4.2 Faixa etária de 15 a 19 anos

Homens: Um *cluster* significativo de suicídios em adolescentes e jovens adultos foi identificado na porção oeste/central de Minas Gerais, com duração de 2019 a 2021.

Quadro 003 – Agrupamentos espaço-temporais para homens de 15 a 19 anos.

	Microrregiões	Bom Despacho, Itaguara, Divinópolis, Curvelo, Três Marias, Pará de Minas, Oliveira, Paracatu, Ituiutaba, Formiga, Frutal, Campo Belo, Uberaba, Itajubá, Alfenas, Lavras, Passos, São Lourenço, Poços de Caldas, Santa Rita do Sapucaí, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Uberlândia, Varginha, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Piumhi.
	Período	2019 a 2021
	Risco Relativo (RR)	1,83

Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

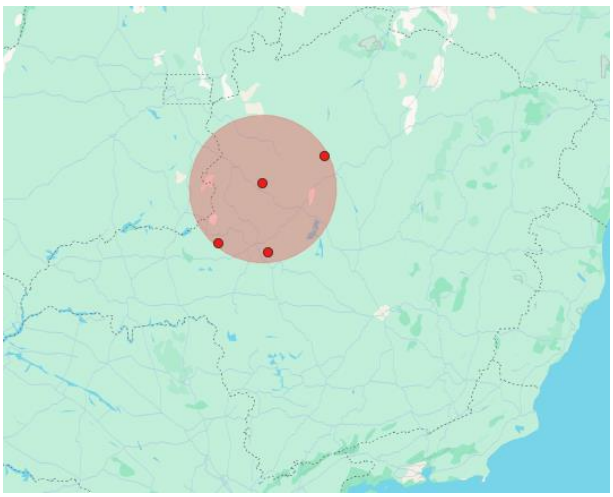
A análise do *cluster* de suicídios em **homens** de 15 a 19 anos, que ocorreu entre 2019 e 2021, serve como **oportunidade de aprendizado** crucial para o planejamento de políticas públicas. A detecção deste aglomerado, com um Risco Relativo (RR) de 1,83, indica que a população masculina jovem nas microrregiões abrangidas – Bom Despacho, Divinópolis, Pará de Minas, Uberaba, Patos de Minas, Poços de Caldas, entre outras – apresentou risco de suicídio quase duas vezes maior do que o esperado. Este dado é alarmante, pois incide sobre fase crucial de desenvolvimento, transições e formação de identidade.

O *cluster* abrange vasta porção oeste/central de Minas Gerais, indicando que o problema não foi isolado, mas sim um fenômeno regional disseminado. Isso sugere a existência de fatores de risco comuns ou lacunas sistêmicas na atenção à saúde mental que afetaram a juventude masculina nessas localidades.

Compreender as causas por trás deste *cluster* é essencial para a elaboração de estratégias de prevenção mais eficazes hoje. As estratégias podem ser direcionadas a ambientes frequentados por adolescentes e jovens, como escolas, universidades, centros comunitários e plataformas digitais. Deve-se envolver não apenas a saúde, mas também a educação, assistência social, cultura e esporte. É crucial abordar fatores como pressões acadêmicas e sociais, *bullying* (incluindo *cyberbullying*), uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) e a dificuldade de expressão emocional masculina.

Mulheres: Um *cluster* **altamente significativo** e com o maior RR de todas as análises para mulheres foi identificado no Norte/Nordeste de Minas Gerais, abrangendo o período recente de 2021 a 2023.

Quadro 004 – Agrupamentos espaço-temporais para mulheres de 15 a 19 anos.

	Microrregiões	Paracatu, Pirapora, Patos de Minas, Patrocínio
	Período	2021 a 2023
	Risco Relativo (RR)	5,35

Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

A detecção deste *cluster* com um RR de **5,35** que prevaleceu até o último ano do período de análise é um dado de extrema gravidade e urgência. Significa que as adolescentes e jovens adultas do sexo feminino residentes nas microrregiões de Paracatu, Pirapora, Patos de Minas e Patrocínio apresentaram uma taxa de suicídio mais de **cinco vezes** maior do que a esperada para o restante do estado. Este valor é notavelmente superior ao RR observado para homens na mesma faixa etária (1,83), indicando situação de **alerta máximo** para esta população específica.

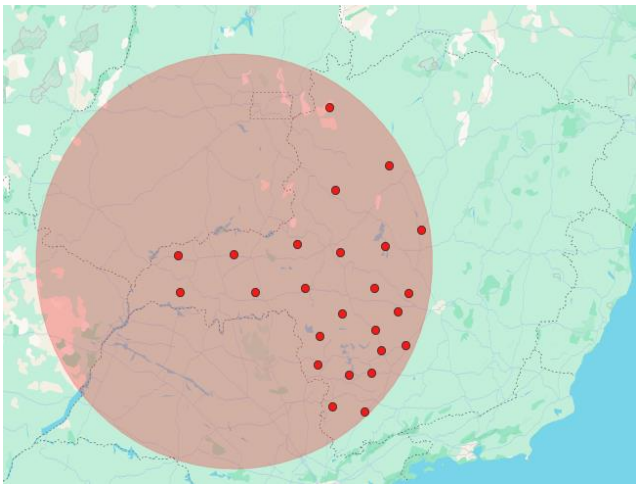
A alta concentração de risco em um grupo tão específico (mulheres adolescentes) exige que as intervenções de prevenção do suicídio nessas microrregiões sejam altamente sensíveis às particularidades do universo feminino na adolescência. As ações devem abordar fatores de risco prevalentes nesse grupo, como questões de imagem corporal, pressões sociais, relacionamentos abusivos, violência de gênero (física, psicológica, sexual), *bullying* e *cyberbullying*, e a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão.

O *cluster* feminino, embora com um RR muito elevado, é mais geograficamente delimitado (quatro microrregiões) em comparação com o *cluster* masculino. Essa concentração permite um direcionamento mais preciso e eficiente dos recursos e das estratégias de intervenção, otimizando a alocação de esforços para as áreas de maior necessidade.

2.4.3 Faixa etária de 20 a 29 anos

Homens: Um *cluster* muito forte e amplo foi identificado na porção centro-oeste de MG, abrangendo o período mais recente (2021-2023).

Quadro 005 – Agrupamentos espaço-temporais para homens de 20 a 29 anos.

	Microrregiões	Bom Despacho, Divinópolis, Curvelo, Três Marias, Pará de Minas, Oliveira, Unaí, Paracatu, Pirapora, Ituiutaba, Formiga, Frutal, Campo Belo, Uberaba, Alfenas, Passos, Poços de Caldas, Santa Rita do Sapucaí, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Uberlândia, Varginha, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2021 a 2023
	Risco Relativo (RR)	1,65

Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Este *cluster*, que abrange extensa área geográfica e se sobrepõe significativamente ao *cluster* anteriormente identificado para homens de 15 a 19 anos, sugere um **padrão de risco de suicídio persistente e abrangente** para a população masculina jovem em Minas Gerais. O RR de 1,65 indica que, nessas microrregiões, o risco para homens de 20 a 29 anos é 65% maior do que o esperado. Isso aponta para fatores de risco sistêmicos que afetam essa população em fases cruciais da vida adulta.

Esta faixa etária (20 a 29 anos) de jovens adultos é marcada por significativas pressões de transição, incluindo o ingresso definitivo no mercado de trabalho, a busca por estabilidade financeira, a formação de relacionamentos duradouros e a consolidação da identidade adulta. Fatores como desemprego, endividamento, frustrações profissionais e sociais, associados à relutância masculina em buscar ajuda para problemas de saúde mental, podem ser determinantes cruciais para o sofrimento psíquico e o consequente risco de suicídio.

A recorrência de *clusters* de alto risco para homens jovens exige que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) esteja apta a identificar e acolher as necessidades específicas dessa faixa etária. Isso implica na **capacitação de profissionais de saúde**, não apenas nos CAPS e na atenção primária, mas também em serviços de urgência e emergência, para o manejo de crises e o acompanhamento de jovens adultos em sofrimento psíquico.

Mulheres: Nenhum *cluster* significativo detectado.

Para as mulheres, mantém-se o padrão de ocorrência disperso ou de baixa concentração. Embora casos de suicídio possam ocorrer nessa faixa etária, eles **não se manifestam em concentrações espaço-temporais estatisticamente elevadas** nas microrregiões de Minas Gerais durante o período analisado. Isso sugere que os eventos, se presentes, tendem a estar distribuídos de forma mais dispersa ou em taxas que não superam significativamente o esperado de forma agrupada.

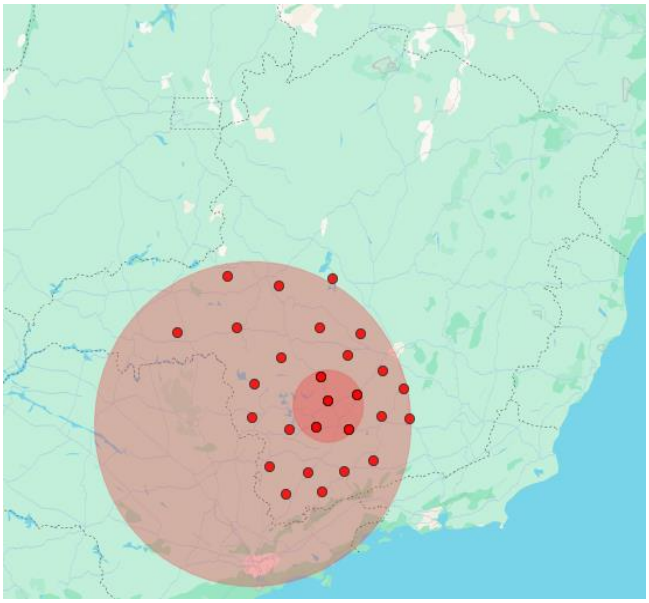
Ressalta-se que é notável o **contraste** com o cluster identificado para **mulheres de 15 a 19 anos**, que apresentou um RR extremamente alto (5,35) e uma localização geográfica específica. A ausência de um *cluster* similar para a faixa etária imediatamente posterior (20-29 anos) sugere que os fatores que levam a uma concentração de risco tão elevada podem ser mais específicos da adolescência, ou que a dinâmica

do suicídio para mulheres adultas jovens se comporta de maneira diferente, não formando aglomerados geográficos detectáveis pela metodologia do *SaTScan*.

2.4.4 Faixa etária de 30 a 39 anos

Homens: Foram identificados 2 (dois) *clusters* significativos para homens de 30 a 39 anos, sendo um mais antigo (2018-2019) com RR de 2,07 em área mais concentrada (*cluster 1*) e outro mais recente (2021-2023) com RR de 1,61 em área muito mais ampla (*cluster 2*).

Quadro 006 – Agrupamentos espaço-temporais para homens de 30 a 39 anos.

	**Microrregiões *cluster* 1**	Oliveira, Formiga, Campo Belo, Lavras, Varginha
	Período	2018 a 2019
	Risco Relativo (RR)	2,07
	Microrregiões *cluster* 2	Bom Despacho, Itaguara, Barbacena, Divinópolis, Conselheiro Lafaiete, Três Marias, São João Del Rei, Pará de Minas, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Uberaba, Itajubá, Alfenas, Lavras, Andrelândia, Passos, São Lourenço, Poços de Caldas, Santa Rita do Sapucaí, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Varginha, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2021 a 2023
	Risco Relativo (RR)	1,61

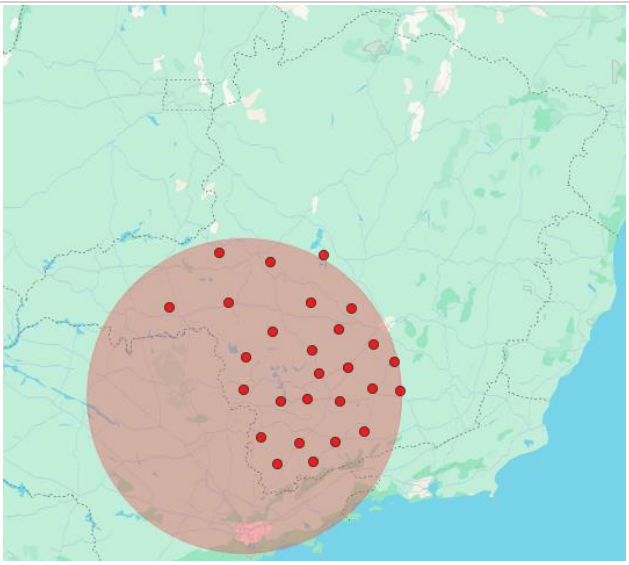
Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

De pronto, observa-se que há um **padrão de vulnerabilidade contínuo e disseminado** em homens de idade adulta ativa. Isso sugere que os fatores de risco para suicídio nessa faixa etária são persistentes e se manifestam de diferentes formas ao longo do tempo e do espaço.

O *Cluster 1* (2018-2019), com RR de 2,07, apresenta risco mais intenso em área mais delimitada (Oliveira, Formiga, Campo Belo, Lavras, Varginha). Posteriormente, o *Cluster 2* (2021-2023), embora com um RR ligeiramente menor (1,61), abrange **área geográfica significativamente maior e mais heterogênea**. Essa transição pode indicar que o risco, antes mais concentrado em algumas microrregiões, **se expandiu ou se diluiu por uma área mais vasta** do estado, atingindo microrregiões importantes como Barbacena, Divinópolis, Uberaba, Patos de Minas, Uberlândia e Pouso Alegre.

Mulheres: Um *cluster* significativo de suicídios em mulheres na faixa de 30 a 39 anos foi identificado na porção centro-sudoeste do estado, abrangendo o período de 2022 a 2023.

Quadro 007 – Agrupamentos espaço-temporais para mulheres de 30 a 39 anos.

	Microrregiões	Bom Despacho, Itaguara, Barbacena, Divinópolis, Conselheiro Lafaiete, Três Marias, São João Del Rei, Pará de Minas, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Uberaba, Itajubá, Alfenas, Lavras, Andrelândia, Passos, São Lourenço, Poços de Caldas, Santa Rita do Sapucaí, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Varginha, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2022 a 2023
	Risco Relativo (RR)	2,07

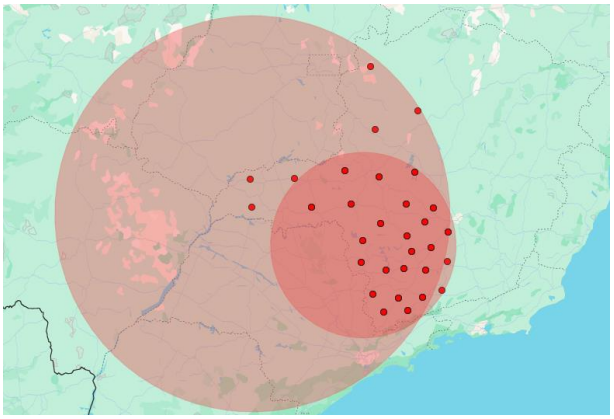
Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

A detecção deste *cluster* com um **Risco Relativo (RR) de 2,07** indica que a taxa de suicídio para essa população das microrregiões abrangidas (que incluem vasta porção do estado, como Barbacena, Divinópolis, Uberaba, Patos de Minas, Uberlândia, entre outras) foi mais do que o dobro da esperada para o restante de Minas Gerais. Isso demonstra um **risco significativo e generalizado** de suicídio para mulheres nessa importante fase da vida adulta. Ainda, este cluster está localizado em área muito semelhante à dos homens da mesma faixa etária.

2.4.5 Faixa etária de 40 a 49 anos

Homens: Foram identificados 2 (dois) *clusters* significativos para homens de 40 a 49 anos, sendo um mais antigo (2018-2019) com RR de 1,50 em área mais ampla (*cluster 1*) e outro mais recente (2021-2023) com RR de 1,61 em área mais concentrada (*cluster 2*).

Quadro 008 – Agrupamentos espaço-temporais para homens de 40 a 49 anos.

	Microrregiões *cluster* 1	Bom Despacho, Itaguara, Divinópolis, Três Marias, Pará de Minas, Oliveira, Unaí, Paracatu, Pirapora, Ituiutaba, Formiga, Frutal, Campo Belo, Uberaba, Itajubá, Alfenas, Lavras, Passos, São Lourenço, Poços de Caldas, Santa Rita do Sapucaí, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Uberlândia, Varginha, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2018 a 2019
	Risco Relativo (RR)	1,50
	Microrregiões *cluster* 2	Bom Despacho, Itaguara, Divinópolis, Três Marias, São João Del Rei, Pará de Minas, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Uberaba, Itajubá, Alfenas, Lavras, Andrelândia, Passos, São Lourenço, Poços de Caldas, Santa Rita do Sapucaí, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio,

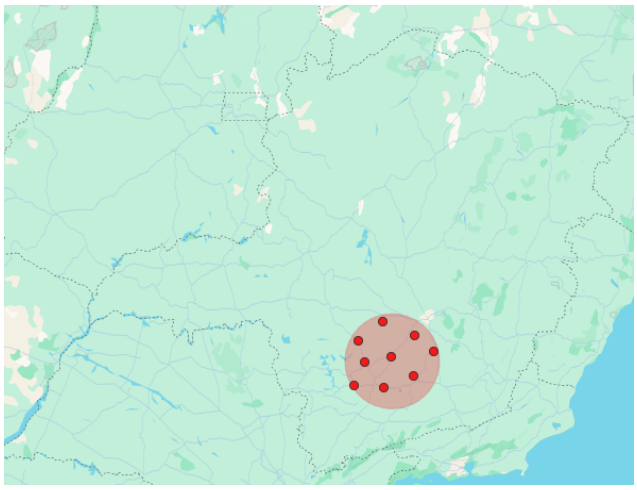
		Varginha, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2021 a 2023
	Risco Relativo (RR)	1,60

Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

A detecção de dois *clusters* significativos para homens de 40 a 49 anos é um achado crítico. O fato de ambos os *clusters* abrangerem **praticamente as mesmas extensas microrregiões** (incluindo Bom Despacho, Divinópolis, Uberaba, Patos de Minas, Uberlândia, e muitas outras) indica **persistência do risco elevado e disseminação crônica** do problema do suicídio para homens nessa faixa etária em uma vasta porção do estado.

Mulheres: Um *cluster* significativo de suicídios em mulheres na faixa de 40 a 49 anos foi identificado na porção centro-sul do estado, abrangendo o período de 2018 a 2019.

Quadro 009 – Agrupamentos espaço-temporais para mulheres de 40 a 49 anos.

	Microrregiões	Itaguara, Divinópolis, Conselheiro Lafaiete, São João Del Rei, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Lavras, Varginha
	Período	2018 a 2019
	Risco Relativo (RR)	2,25

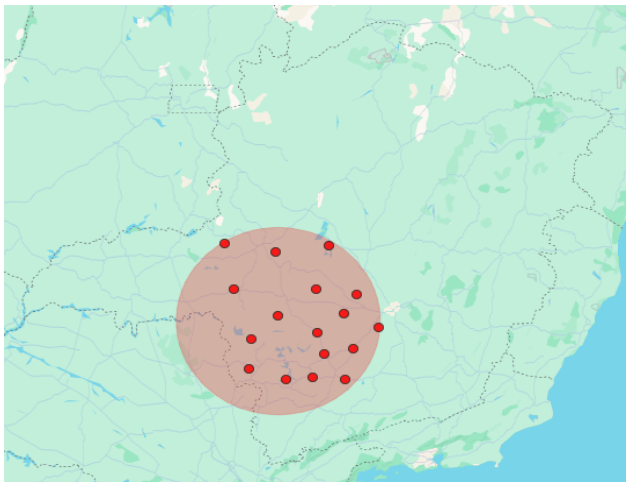
Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

A detecção deste *cluster* com um RR de **2,25** demonstra uma concentração de risco extremamente significativa. Nas microrregiões de Itaguara, Divinópolis, Conselheiro Lafaiete, São João Del Rei, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Lavras e Varginha, a taxa de suicídio para essa população foi mais do que o dobro da esperada, indicando **vulnerabilidade acentuada** e localizada.

2.4.6 Faixa etária de 50 a 59 anos

Homens: Um *cluster* significativo de suicídios em homens na faixa de 50 a 59 anos foi identificado na porção centro-oeste do estado, abrangendo o período de 2019 a 2021.

Quadro 010 – Agrupamentos espaço-temporais para homens de 50 a 59 anos.

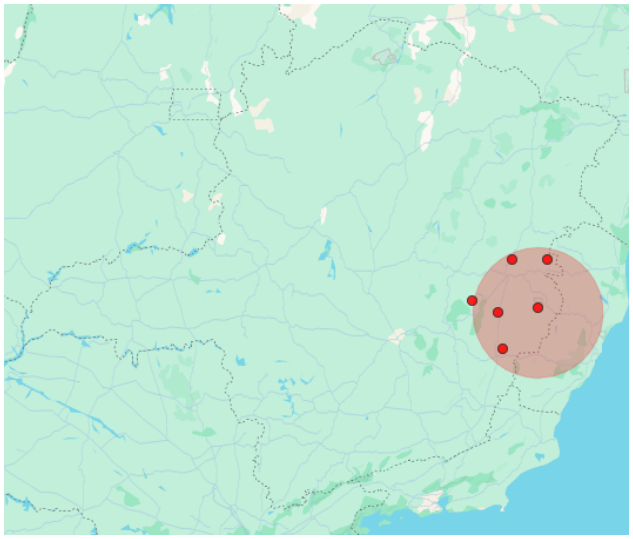
	Microrregiões	Bom Despacho, Itaguara, Divinópolis, Três Marias, Pará de Minas, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Alfenas, Lavras, Passos, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Varginha, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2019 a 2021
	Risco Relativo (RR)	1,87

Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

A detecção deste *cluster* com um Risco Relativo (RR) de 1,87 indica que a taxa de suicídio para essa população das microrregiões abrangidas (que incluem uma vasta porção do estado, como Bom Despacho, Divinópolis, Uberaba, Patos de Minas, Uberlândia, entre outras) foi 87% maior do que a esperada para o restante de Minas Gerais. Este achado reforça o padrão de vulnerabilidade masculina ao suicídio em diferentes fases da vida adulta, de forma geograficamente ampla.

Mulheres: Um *cluster* significativo de suicídios em mulheres na faixa de 50 a 59 anos foi identificado na porção leste do estado, abrangendo o período de 2021 a 2022.

Quadro 011 – Agrupamentos espaço-temporais para mulheres de 50 a 59 anos.

	Microrregiões	Governador Valadares, Caratinga, Manhuaçu, Aimorés, Ipatinga, Mantena
	Período	2021 a 2022
	Risco Relativo (RR)	2,58

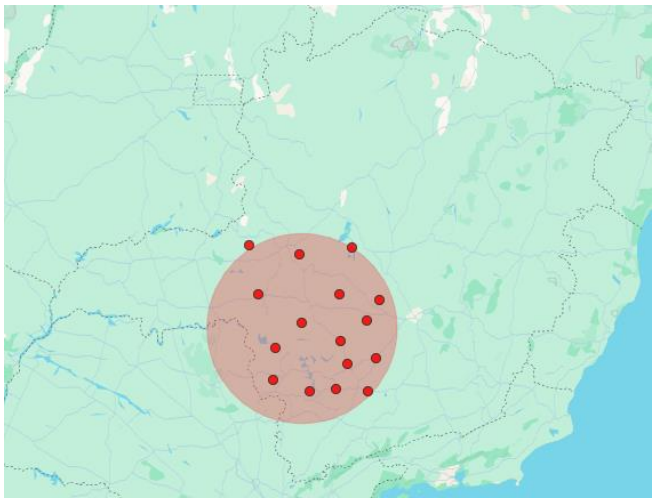
Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

A detecção deste *cluster* com um Risco Relativo (RR) de 2,58 é achado de gravidade relevante. Significa que, nas microrregiões de Governador Valadares, Caratinga, Manhuaçu, Aimorés, Ipatinga e Mantena, a taxa de suicídio para essa população foi mais do que o dobro e meia da esperada para o restante do estado. Este valor, um dos mais altos RRs observados, aponta para **vulnerabilidade crítica** e concentrada nessa região e faixa etária.

2.4.7 Faixa etária de 60 a 69 anos

Homens: Um *cluster* significativo de suicídios em homens na faixa de 60 a 69 anos foi identificado na porção centro-oeste do estado, abrangendo o período de 2021 a 2023.

Quadro 012 – Agrupamentos espaço-temporais para homens de 60 a 69 anos

	Microrregiões	Bom Despacho, Divinópolis, Três Marias, Pará de Minas, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Alfenas, Lavras, Passos, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Varginha, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2021 a 2023
	Risco Relativo (RR)	2,10

Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

A detecção deste *cluster* com um **Risco Relativo (RR) de 2,10** indica que a taxa de suicídio para essa população nas microrregiões abrangidas (incluindo Bom Despacho, Divinópolis, Pará de Minas, Oliveira, Formiga, Campo Belo, Alfenas, Lavras, Passos, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Varginha, São Sebastião do Paraíso e Piumhi) foi mais do que o dobro da esperada para o restante de Minas Gerais. Este achado reforça um **padrão de vulnerabilidade masculina contínua (**semelhante ao do *cluster* de 50 a 59 anos) **e geograficamente ampla** ao suicídio em diferentes fases da vida adulta, estendendo-se à terceira idade.

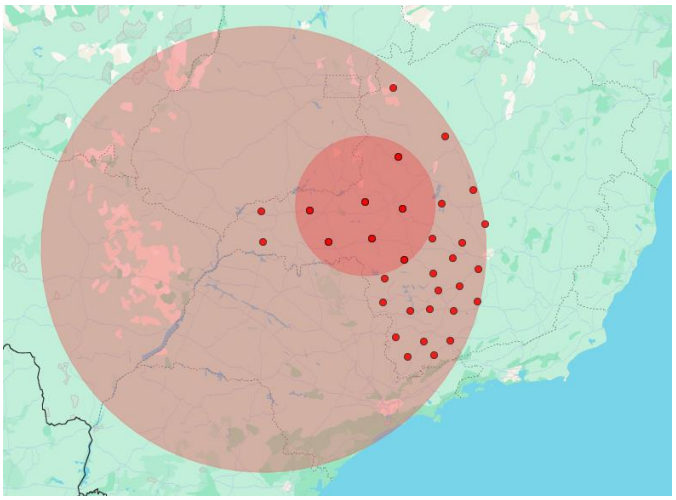
Mulheres: Nenhum *cluster* significativo detectado.

A não detecção de *clusters* significativos para mulheres entre 60 e 69 anos indica que, para este grupo demográfico, os casos de suicídio, quando ocorrem, tendem a estar **distribuídos de forma mais aleatória ou esporádica** pelas microrregiões de Minas Gerais, sem a formação de concentrações estatisticamente elevadas em áreas ou períodos específicos.

2.4.8 Faixa etária de 70 a 79 anos

Homens: Foram identificados 2 (dois) *clusters* significativos para homens de 70 a 79 anos, sendo um mais antigo (2019) com RR de 2,92 em área mais concentrada (*cluster 1*) e outro mais recente (2021-2023) com RR de 1,73 em área mais ampla (*cluster 2*).

Quadro 013 – Agrupamentos espaço-temporais para homens de 70 a 79 anos

	Microrregiões *cluster* 1	Paracatu, Uberaba, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Uberlândia, Piumhi
	Período	2019
	Risco Relativo (RR)	2,92
	Microrregiões *cluster* 2	Bom Despacho, Sete Lagoas, Itaguara, Divinópolis, Curvelo, Três Marias, São João Del Rei, Pará de Minas, Oliveira, Unaí, Paracatu, Pirapora, Ituiutaba, Formiga, Frutal, Campo Belo, Uberaba, Itajubá, Alfenas, Lavras, Passos, São Lourenço, Poços de Caldas, Santa Rita do Sapucaí, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Uberlândia, Varginha, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Piumhi
	Período	2021 a 2023
	Risco Relativo (RR)	1,73

Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

O *Cluster 1*, identificado em 2019, nas microrregiões de Paracatu, Uberaba, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Uberlândia e Piumhi, apresentou um **Risco Relativo (RR) de 2,92**. Este é um dos maiores RRs observados, indicando que a taxa de suicídio nessa área específica foi quase 3 (três) vezes maior que a esperada. Embora pontual no tempo (um ano), sua intensidade é um forte alerta.

O *Cluster 2,* abrangendo período mais recente (2021 a 2023) e área geográfica muito mais ampla (incluindo Bom Despacho, Divinópolis, Sete Lagoas, Curvelo, e muitas outras microrregiões em grande parte de Minas Gerais), demonstrou um **RR de 1,73**. Isso sugere persistência do risco elevado de forma mais generalizada. É uma área similar às encontradas para outros grupos etários adultos.

Mulheres: Nenhum *cluster* significativo detectado.

A não detecção de *clusters* significativos para mulheres entre 70 e 79 anos indica que, para este grupo demográfico, os eventos de suicídio, quando ocorrem, tendem a estar distribuídos de forma mais aleatória ou esporádica pelas microrregiões de Minas Gerais, sem a formação de concentrações estatisticamente elevadas em áreas ou períodos específicos.

2.4.9 Faixa etária acima de 80 anos

Homens e Mulheres: Nenhum *cluster* significativo detectado.

A não detecção de *clusters* significativos para pessoas acima de 80 anos (ambos os sexos) indica que, para este grupo demográfico, os casos de suicídio, quando ocorrem, tendem a estar **distribuídos de** forma mais aleatória ou esporádica pelas microrregiões de Minas Gerais. Não foram identificadas concentrações estatisticamente elevadas em áreas ou períodos específicos que se destaquem do padrão geral.

É fundamental ressaltar que, embora não tenha sido detectado um *cluster*, a população muito idosa (acima de 80 anos), por sua própria condição, figura entre as faixas etárias de maior vulnerabilidade ao suicídio. Fatores como o declínio funcional, múltiplas doenças crônicas, perda de autonomia, isolamento social ou luto (pela perda de cônjuges, amigos e rede de apoio) podem ser significantes estressores, aumentando o risco individual. A ausência de um *cluster* não significa ausência de casos ou de risco.

Mesmo sem um aglomerado espaço temporal, as políticas de saúde pública devem garantir que a atenção primária, os serviços de geriatria e gerontologia, e as redes de assistência social estejam capacitados para identificar e intervir proativamente em situações de risco para essa população. Ações que combatam a solidão, promovam a dignidade e o bem-estar dos idosos são cruciais, independentemente da formação de *clusters*.

2.4.9 Síntese da Análise de Risco Espaço-Temporal

Os **homens** nas faixas etárias de 20 a 69 anos consistentemente apresentam *clusters* significativos, com destaque para a faixa de 60 a 69 anos, que possui elevado Risco Relativo (2,10) em um *cluster* grande e recente (2021-2023). A faixa masculina de 70 a 79 anos também mostrou um RR extremamente alto (2,92) em um *cluster* pontual (2019). A taxa anual de casos nos *clusters* masculinos é significativamente mais alta do que a taxa masculina geral para cada faixa etária, indicando que o problema está concentrado nessas "bolhas" espaço-temporais.

Há clara emergência de *clusters* amplos e altamente significativos nos anos mais recentes (2021-2023) para a maioria das faixas etárias de **homens adultos** (15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 60-69, 70-79). Isso sugere que fatores relacionados ao período pós-pandemia ou outros eventos socioeconômicos recentes podem estar impactando fortemente a saúde mental masculina nessas regiões.

Ao observar as microrregiões de localização dos *clusters* masculinos mais proeminentes, nota-se forte sobreposição geográfica. A grande maioria das microrregiões que compõem os *clusters* para **homens** 20-29, 30-39, 40-49, 70-79 e até o c*luster* na faixa de 15-19 anos são os mesmos ou se sobrepõem amplamente. Esses *clusters* amplos e recentes (2021-2023) abrangem vasta área no **centro-oeste/noroeste de Minas Gerais, sugerindo que esta é uma macrorregião de alta vulnerabilidade para suicídios masculinos em diversas idades**.

Um *cluster* pontual (limitado no tempo e/ou espaço) com alto risco relativo pode sinalizar um evento específico ou um conjunto de fatores de risco que se manifestaram de forma aguda e intensa em determinada localidade. **Os *clusters* masculinos que abrangem múltiplos anos e/ou se repetem em diferentes faixas etárias nas mesmas áreas (como o grande *cluster* de 2021-2023 que aparece em quase todas as faixas etárias adultas) indicam problemas sistêmicos e/ou fatores de risco crônicos**. Ações voltadas para esses *clusters* teriam impacto mais amplo e sustentável.

Já as **mulheres** apresentam um **número total de casos de suicídio e taxas anuais médias por 100.000 habitantes significativamente menores em todas as faixas etárias em comparação aos homens**. Além disso, menos faixas etárias femininas apresentaram *clusters* estatisticamente significativos em comparação aos homens. Para mulheres, não houve *clusters* detectados para as faixas de 0-9, 10-14, 20-29, 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais.

Os *clusters* **femininos** tendem a ser **geograficamente menores e mais pontuais no tempo**, com exceção do *cluster* de 30 a 39 anos.

A maioria dos *clusters* significativos para mulheres (15-19, 30-39, 50-59 anos) ocorreu nos anos mais recentes (2021-2023), semelhante ao padrão observado nos homens. Isso sugere que a pandemia de COVID-19 e seus impactos socioeconômicos podem ter afetado a saúde mental feminina nessas regiões.

Dada a altíssima taxa e RR do *cluster* de 15 a 19 anos (5,35), a prevenção ao suicídio em mulheres deve ter foco urgente e direcionado para adolescentes, especialmente nas microrregiões identificadas. Intervenções em escolas, redes de apoio psicossocial e campanhas de conscientização são cruciais.

A clara diferença nos padrões de *clusters* entre homens e mulheres reforça a necessidade de entender os fatores de risco específicos para cada grupo. Por exemplo, enquanto para homens, o desemprego ou questões ligadas à masculinidade podem ser relevantes, para mulheres, fatores como violência doméstica, sobrecarga de papéis, transtornos alimentares ou de imagem corporal podem ser mais proeminentes.

3. DOS RECURSOS ATRELADOS AO "SETEMBRO AMARELO" EM MINAS GERAIS

Este tópico visa analisar criticamente a evolução das despesas municipais atreladas à temática do "Setembro Amarelo", a expansão e distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por regiões e a disponibilidade de profissionais de saúde mental. A análise integrada desses elementos fornecerá subsídios para uma avaliação robusta da efetividade e da capilaridade das ações em Minas Gerais relacionadas ao tema, sob a ótica do controle externo.

3.1. EVOLUÇÃO DAS DESPESAS

No que se refere às despesas, cabe inicialmente destacar que não existe marcador contábil específico que permita identificar, de forma taxativa, quais gastos estão diretamente relacionados ao movimento "Setembro Amarelo".

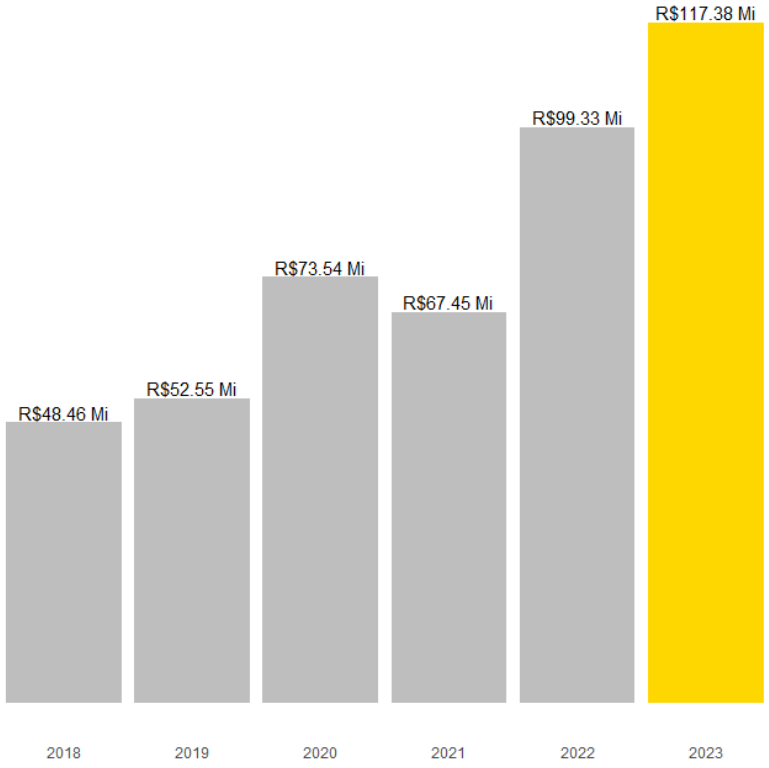
Diante dessa limitação, e com a premissa de identificar despesas com potencial vínculo temático com o "Setembro Amarelo", foram realizadas consultas ao banco de dados do Sistema Informatizado de Contas dos Municípios (SICOM), considerando o período de 2018 a 2023. A pesquisa utilizou como critério o histórico dos empenhos, por meio da identificação de uma das seguintes palavras-chave (e suas variações): "Setembro Amarelo", "Suicídio", "Depressão", "Ansiedade", "Saúde Mental", "Transtornos Mentais", "Apoio Emocional" e "Valorização da Vida". Desse modo, buscou-se garantir que somente os valores relacionados a esta temática fossem incluídos na análise.

Importa destacar que os dados disponibilizados no SICOM são autodeclarados pelos próprios gestores municipais, o que não afasta a possibilidade de inconsistências - ainda que exista obrigação legal quanto à correta classificação da despesa e à descrição completa do empenho.

Em complemento, registra-se que os valores obtidos por meio desse processo de extração e tratamento foram atualizados pelo IPCA - IBGE.

De acordo com o Gráfico 005 a seguir, notou-se **evolução significativa** no valor total empenhado entre 2018 e 2023. No primeiro ano da série, os empenhos somaram aproximadamente R$ 48,5 milhões, ao passo que em 2023 já totalizavam mais de R$ 117 milhões. Ou seja, um aumento de 142%. O ano de 2021 apresentou **queda** nos gastos, com apenas R$ 67,5 milhões empenhados, possivelmente devido aos impactos da pandemia de COVID-19 nas finanças municipais e nas prioridades de saúde pública. O maior salto ocorreu entre 2021 e 2022, quando passou de R$ 67,5 milhões para R$ 99,3 milhões.

Gráfico 005 – Evolução do valor total de empenhos entre os anos de 2018 e 2023, com gastos relacionados ao "Setembro Amarelo".



Fonte: SICOM (extração realizada em 16/06/2025).

A pandemia pela COVID-19, que teve seu início em 2020 e terminou oficialmente em maio de 2023, pode ter contribuído para o aumento nos gastos relacionados ao "Setembro Amarelo", devido à maior preocupação dos municípios mineiros com a saúde mental da população.

Ainda, verifica-se tendência geral de aumento nos gastos relacionados à temática ao longo dos anos, o que pode indicar um crescente compromisso dos municípios com a prevenção de suicídios e atenção à saúde mental.

3.1.1 EMPENHOS POR MICRORREGIÃO

No Quadro 014, apresenta-se um recorte dos valores totais empenhados pelos municípios de Minas Gerais relacionados ao "Setembro Amarelo" em 2023, por **microrregião** (dados do SICOM). Destaca-se por oportuno que todas as 66 microrregiões registraram empenhos.

Quadro 014 – Microrregiões com os 10 maiores e menores valores totais empenhados, relacionados a gastos com "Setembro Amarelo", em 2023.

Microrregião (Maiores)	Valor Total Empenhado	Microrregião (Menores)	Valor Total Empenhado
Belo Horizonte	R$ 27.571.529,58	Bocaiúva	R$ 2.632,41
Barbacena	R$ 16.203.205,50	Grão Mogol	R$ 18.869,50
São João Del Rei	R$ 5.742.778,50	Pirapora	R$ 28.187,05
Curvelo	R$ 5.504.312,72	Santa Rita do Sapucaí	R$ 36.395,06
Muriaé	R$ 4.683.754,65	Araçuaí	R$ 44.525,38
São Lourenço	R$ 4.326.577,92	Formiga	R$ 53.322,60
Passos	R$ 4.115.484,67	Janaúba	R$ 58.086,32
Manhuaçu	R$ 4.013.072,39	Mantena	R$ 70.956,55
Capelinha	R$ 3.853.183,92	Governador Valadares	R$ 73.883,02
Uberlândia	R$ 2.862.463,81	Ouro Preto	R$ 86.699,57

Fonte: SICOM (extração realizada em 16/06/2025).

A fim de tornar a análise mais equilibrada, apresenta-se no Quadro 015 as microrregiões com os maiores e menores valores *per capita* empenhados em 2023, relacionados ao "Setembro Amarelo".

Quadro 015– Microrregiões com os 10 maiores e menores valores *per capita* empenhados, relacionados a gastos com "Setembro Amarelo", em 2023.

Microrregião (Maiores)	Valor *per capita* empenhado	Microrregião (Menores)	Valor *per capita* empenhado
Barbacena	R$ 70,93	Bocaiúva	R$ 0,04
Curvelo	R$ 34,86	Pirapora	R$ 0,18
São João Del Rei	R$ 28,98	Governador Valadares	R$ 0,18
Capelinha	R$ 20,35	Janaúba	R$ 0,23
São Lourenço	R$ 19,75	Santa Rita do Sapucaí	R$ 0,24
Passos	R$ 17,06	Araçuaí	R$ 0,30
Diamantina	R$ 17,04	Formiga	R$ 0,32
Muriaé	R$ 16,23	Ouro Preto	R$ 0,43
Andrelândia	R$ 15,22	São Sebastião do Paraíso	R$ 0,48
Manhuaçu	R$ 13,12	Grão Mogol	R$ 0,49

Fonte: SICOM (extração realizada em 16/06/2025).

É interessante destacar que a microrregião de Grão Mogol figura entre os menores valores *per capita* empenhados, mas também entre as menores taxas de suicídio. Por outro lado, as microrregiões de São Lourenço, Passos e Andrelândia apresentam altos valores *per capita* empenhados e também altas taxas de suicídio. Essa situação sugere que a qualidade do gasto pode ser um fator mais decisivo para a obtenção de bons resultados nas políticas de combate ao suicídio, ou ainda que os resultados decorrentes dos dispêndios públicos não são imediatos.

Por fim, quanto aos **municípios** mineiros, vale mencionar que **apenas 548 apresentaram algum valor empenhado, relativamente ao "Setembro Amarelo"**, do total de 853. Ou seja, somente **64,2%** apresentaram alguma menção ao tema, nos termos dos filtros já apresentados, ao passo que 35,8% dos municípios não fizeram registro algum.

3.2. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

A presença dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no território mineiro é um dos principais indicadores da estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental (Lei n. 10.216/2001). Esses serviços são estratégicos para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, incluindo aquelas em situação de crise e com histórico de tentativas de suicídio. A sua distribuição no território impacta diretamente a capacidade de resposta das políticas públicas de saúde mental, especialmente em regiões mais vulneráveis.

Neste ponto, apresenta-se panorama quantitativo da presença dos CAPS em Minas Gerais, com recorte por microrregião e município, a partir de dados do DATASUS. A análise permite identificar desigualdades territoriais na oferta desse serviço essencial, contribuindo para a avaliação da cobertura e equidade da RAPS no estado. Essa leitura territorializada é importante para orientar o planejamento, o financiamento e o monitoramento das ações voltadas à prevenção do suicídio e à promoção da saúde mental.

O Quadro 016 a seguir detalha as modalidades de CAPS existentes, de acordo com os dados disponíveis no site do Ministério da Saúde[10].

Quadro 016 – Modalidades de CAPS de acordo com o Ministério da Saúde.

Modalidades de CAPS	Descrição
CAPS I	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados as necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população **acima de 15 mil habitantes**.
CAPS II	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população **acima de 70 mil habitantes**.
CAPS III	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população **acima de 150 mil habitantes**.
CAPS i Infanto/Juvenil	Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população **acima de 70 mil habitantes**.

[10] https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps

Modalidades de CAPS	Descrição
CAPS AD Álcool e Drogas	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população **acima de 70 mil habitantes**.
CAPS AD Álcool e Drogas III - Municipal	Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população **acima de 150 mil habitantes**.
CAPS AD Álcool e Drogas III - Regional	

Fonte: Ministério da Saúde, 2025.

O Quadro 017 apresenta as características de cada tipo de CAPS – desde os de menor porte (CAPS I) até os de funcionamento 24 horas (CAPS III e CAPS AD III), bem como aqueles dedicados a populações específicas como crianças e adolescentes (CAPS i) ou usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD). Também especifica a população mínima recomendada para a implantação de cada modalidade.

Quadro 017 – Quantidade de unidades de CAPS no estado de Minas Gerais em 2023.

Modalidade de CAPS	Quantidade
CAPS I	220
CAPS II	76
CAPS III	22
CAPS i Infanto/Juvenil	55
CAPS Álcool e Drogas	51
CAPS Álcool e Drogas III - Municipal	13
CAPS Álcool e Drogas III - Regional	3
CAPS AD IV[11]	1
TOTAL	**441**

Fonte: elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 13/06/2025).

Cabe ressaltar que todas as 66 microrregiões possuíam pelo menos 1 (um) CAPS (independentemente da modalidade) na data da extração, referente ao ano de 2023. O total de CAPS no Estado era de 441, conforme Quadro 017. Relativamente aos municípios, 291 (34,11% do total de municípios) tinham ao menos 1 (um) CAPS. De acordo com dados do DATASUS, o município de Belo Horizonte lidera o ranking, com 16 CAPS. Para as próximas análises, os CAPS AD e Infanto/Juvenil não serão considerados, dando ênfase aos CAPS I, II e III, com foco no público em geral.

Quadro 018 – Microrregiões com os 5 (cinco) maiores e menores percentuais de municípios com CAPS I, II e III, em 2023.

Microrregião	Quant. Municípios	Quant. Municípios com CAPS	% de Municípios com CAPS	População da microrregião	População por CAPS (em milhares)
Pedra Azul	5	4	**80%**	81.186	16
Belo Horizonte	24	18	**75%**	5.224.723	153
Ouro Preto	4	3	**75%**	199.587	66
Araçuaí	8	5	**62%**	146.426	29
Três Marias	7	4	**57%**	102.301	25
Diamantina	8	1	**12%**	86.285	86

[11] Não há menção à essa classificação no site do Ministério da Saúde (https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps)

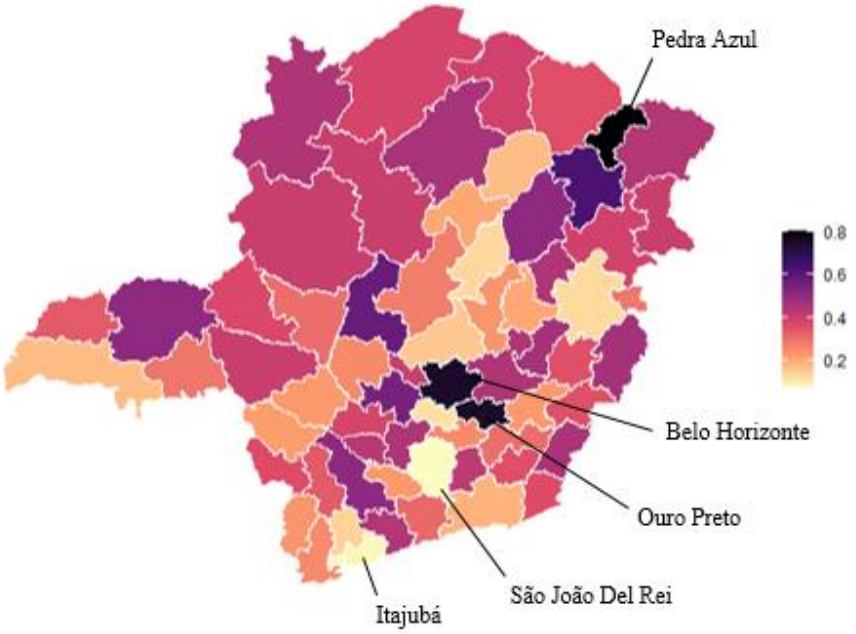
Microrregião	Quant. Municípios	Quant. Municípios com CAPS	% de Municípios com CAPS	População da microrregião	População por CAPS (em milhares)
Governador Valadares	25	3	**12%**	412.915	137
Itaguara	9	1	**11%**	72.158	72
Itajubá	13	1	**8%**	200.128	100
São João Del Rei	15	1	**7%**	198.185	198

Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 23/06/2025).

O Quadro 018 apresenta os 5 (cinco) maiores e menores percentuais de municípios com pelo menos 1 (um) CAPS, por microrregião de Minas Gerais. Aquelas com maior percentual de CAPS são: Pedra Azul (80%); Belo Horizonte (75%); Ouro Preto (75%); Araçuaí (62%) e Três Marias (57%). Ou seja, estes dados significam que 80% dos municípios localizados na microrregião Pedra Azul, por exemplo, possuem pelo menos 1 (um) CAPS. Na parte inferior do quadro estão apresentadas as 5 (cinco) microrregiões com os piores resultados: Diamantina (12%); Governador Valadares (12%); Itaguara (11%); Itajubá (8%) e São João Del Rei (07%).

O mapa abaixo (Figura 002) demonstra a distribuição dos CAPS pelas microrregiões mineiras. Aquelas com maior percentual de CAPS presentes nos municípios situados na sua região (no caso, próximo a 0,8, ou 80%) estão indicadas na cor preta (mais escura), quais sejam: Pedra Azul; Belo Horizonte e Ouro Preto. Por outro lado, as áreas que apresentam cores mais amenas, como São João Del Rei e Itajubá, de cor bege claro, indicam quantidade reduzida de CAPS em seus territórios.

Figura 002 - Percentual de municípios que possuem pelo menos um CAPS (I, II ou III), por microrregião.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS (extração realizada em 23/06/2025).

A análise dos dados revela distribuição heterogênea dos CAPS entre as microrregiões de Minas Gerais. Isso significa que a disponibilidade de serviços de atenção psicossocial especializada varia significativamente no território estadual, podendo gerar disparidades no acesso à saúde mental para a população.

Há microrregiões que apresentam percentual de CAPS muito baixo, como Itajubá e São João Del Rei, indicando a existência de "vazios assistenciais" ou cobertura precária de serviços especializados em saúde mental. Essa ausência de estrutura pode deixar populações desassistidas ou dependentes de deslocamentos longos para acesso a tratamento.

As microrregiões de Pedra Azul (80%), Belo Horizonte (75%) e Ouro Preto (75%) destacam-se com os maiores percentuais de municípios com CAPS, indicando maior cobertura e, presumivelmente, melhor acesso a serviços de atenção psicossocial nessas áreas. Belo Horizonte, por ser a microrregião onde a capital está localizada, apresenta alta quantidade de municípios com CAPS e é visivelmente mais escura no mapa da Figura 002, corroborando sua alta concentração de CAPS.

Em contrapartida, microrregiões como Itajubá (8%) e São João Del Rei (7%) exibem os menores percentuais de municípios com CAPS, o que sugere graves lacunas assistenciais e dificuldade de acesso à saúde mental especializada para suas populações. Essas regiões são visivelmente mais claras no mapa da Figura 002, indicando baixa ou nenhuma cobertura.

Ao comparar a distribuição de CAPS com as taxas de suicídio (Quadro 002 e Figura 001, tópico 2), observa-se que algumas microrregiões com baixa cobertura de CAPS estão entre as que apresentam altas taxas de suicídio. Por exemplo, Itajubá e São João Del Rei, que possuem os menores percentuais de municípios com CAPS, estão localizadas em áreas que aparecem com coloração mais escura (maiores taxas) no mapa da Figura 001. Isso sugere uma correlação inversa preocupante: onde há menor presença de serviços de saúde mental, o problema do suicídio parece ser mais acentuado.

Inversamente, microrregiões com alta concentração de CAPS, como Belo Horizonte, não figuram entre as de maiores taxas de suicídio, o que poderia indicar que a maior disponibilidade de serviços contribui para a mitigação do problema, embora essa correlação precise de estudos mais aprofundados para confirmação causal.

A identificação de microrregiões com cobertura crítica de CAPS (como Itajubá, São João Del Rei, Itaguara, Diamantina e Governador Valadares) em contraste com aquelas com maior percentual, destaca a urgência de replanejamento da RAPS em Minas Gerais. A alocação de novos CAPS ou o fortalecimento dos existentes deve ser guiado por critérios epidemiológicos (taxas de suicídio e *clusters* de risco) e pela densidade populacional, visando à equidade e à efetividade na prevenção do suicídio.

3.3. PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

No âmbito da análise da força de trabalho em saúde mental, este tópico detalha a disponibilidade de profissionais-chave no Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais. Com base na extração de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes a dezembro de 2023, foi realizada uma quantificação dos médicos psiquiatras e dos psicólogos atuantes no SUS.

Para padronização e comparabilidade, as cargas horárias semanais desses profissionais foram somadas por município e, subsequentemente, divididas por 40 horas, resultando em número equivalente de profissionais com dedicação integral (40 horas semanais). Essa métrica foi então utilizada para o cálculo da taxa de profissionais por 100 mil habitantes, oferecendo uma visão quantitativa da oferta de

psiquiatras e psicólogos (incluindo psicólogo clínico, neuropsicólogo, psicanalista, psicólogo social) para a população mineira, atendendo pelo SUS.

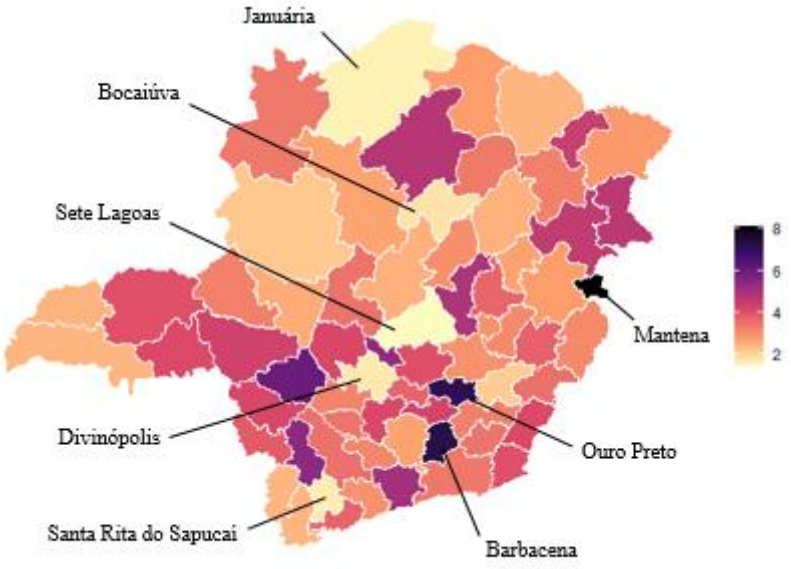
Quadro 019 – Microrregiões com as 5 (cinco) maiores e menores taxas de médicos psiquiatras (considerando um profissional padrão de 40h) por 100 mil habitantes, em 2023.

Microrregião	Carga Horária SUS (Amb. + Hosp.)	Psiquiatras Equivalentes	População	Taxa de Psiquiatras
Mantena	200	5,0	61.860	8,08
Barbacena	661	16,5	228.427	7,23
Ouro Preto	564	14,1	199.587	7,06
Piumhi	210	5,3	87.937	5,97
Alfenas	515	12,9	239.823	5,37
Bocaiúva	50	1,3	71.253	1,75
Divinópolis	391	9,8	585.891	1,67
Santa Rita do Sapucaí	98	2,5	149.975	1,63
Januária	174	4,4	282.381	1,54
Sete Lagoas	242	6,1	436.385	1,39

Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES/DATASUS (extração realizada em 23/06/2025).

A análise do Quadro 019 evidencia acentuada disparidade na distribuição de psiquiatras equivalentes por 100 mil habitantes no SUS no estado de Minas Gerais. Microrregiões como Mantena, Barbacena e Ouro Preto demonstram uma concentração significativamente maior de psiquiatras, superando 7 profissionais por 100 mil habitantes. Em contraste, microrregiões como Sete Lagoas, Januária, Santa Rita do Sapucaí, Divinópolis e Bocaiúva apresentam taxas abaixo de 2,00 psiquiatras por 100 mil habitantes. Essa concentração desigual indica que o acesso à atenção psiquiátrica especializada é um privilégio geográfico, criando vastos vazios assistenciais em grande parte do estado e comprometendo a capacidade de diagnóstico e tratamento de transtornos mentais mais graves na rede pública. A Figura 003 demonstra melhor a concentração desses profissionais em todo o estado (lembrando que quanto mais escura a cor apresentada, maior a taxa de psiquiatras).

Figura 003 - Taxa de psiquiatras (considerando um profissional padrão de 40h) por 100 mil habitantes, em 2023.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES (extração realizada em 23/06/2025).

As microrregiões identificadas com *clusters* de suicídio de alto Risco Relativo (RR) (por exemplo Paracatu, Pirapora, Patos de Minas, Patrocínio para mulheres de 15 a 19 anos com RR de 5,35; e Itaguara, Divinópolis, São João Del Rei, etc., para homens de 60 a 69 anos com RR de 2,10 ou homens de 70 a 79 anos com RR de 2,92 em Paracatu, Uberaba, Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Uberlândia, Piumhi) frequentemente coincidem com as áreas que apresentam baixa ou mínima cobertura de CAPS e, conforme o Quadro 019 de psiquiatras, também com **taxas insuficientes de profissionais especializados** (como Divinópolis, Santa Rita do Sapucaí, Sete Lagoas entre as com menos psiquiatras). Essa sobreposição de fatores (alto risco epidemiológico, baixa infraestrutura de serviços e escassez de recursos humanos qualificados) cria um cenário de extrema vulnerabilidade e ineficácia na resposta do Estado às demandas de saúde mental dos habitantes dessas regiões.

O Quadro 020 a seguir apresenta as 5 (cinco) melhores microrregiões mineiras e as 5 (cinco) piores, tendo agora como base as taxas de psicólogos.

Quadro 020 – Microrregiões com as 5 (cinco) maiores e menores taxas de psicólogos (considerando um profissional padrão de 40h) por 100 mil habitantes, em 2023.

Microrregião	Carga Horária SUS (Amb. + Hosp.)	Psicólogos Equivalentes	População	Taxa de Psicólogos
Piumhi	1.639	41,0	87.937	46,60
Andrelândia	1.345	33,6	75.786	44,37
Barbacena	3.903	97,6	228.427	42,72
Salinas	3.458	86,5	217.018	39,84
Mantena	950	23,8	61.860	38,39
Ipatinga	4475	111,9	549.635	20,35
Belo Horizonte	42.120	1053,0	5.224.723	20,15
Divinópolis	4.682	117,1	585.891	19,98
Pouso Alegre	3.169	79,2	409.407	19,35
Juiz de Fora	5.583	139,6	780.719	17,88

Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES/DATASUS (extração realizada em 23/06/2025).

O Quadro 020 revela disparidade significativa na distribuição de psicólogos equivalentes por 100 mil habitantes no SUS em Minas Gerais, assim como foi observado para os médicos psiquiatras. Embora as taxas para psicólogos sejam numericamente mais altas em comparação com as de psiquiatras, ainda se observa concentração em algumas microrregiões como Piumhi, Andrelândia e Barbacena, que apresentam as maiores proporções de psicólogos. Em contrapartida, microrregiões como Juiz de Fora, Pouso Alegre, Divinópolis, Belo Horizonte e Ipatinga registram as menores taxas de psicólogos.

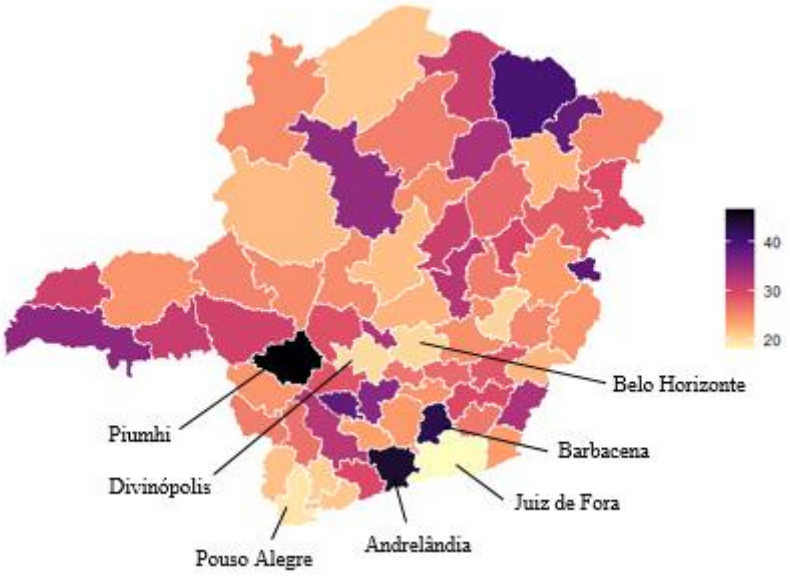
Cabe ressaltar que 3 (três) microrregiões aparecem entre as 5 (cinco) com melhores indicadores, tanto no quantitativo de psiquiatras quanto no de psicólogos, o que pode indicar que são regiões com maior priorização das políticas de saúde mental por parte da gestão local: Barbacena, Mantena e Piumhi. Por outro lado, a microrregião de Divinópolis figura no *rol* das piores taxas, tanto para psiquiatras quanto para psicólogos, o que pode denotar menor atenção por parte dos gestores.

É notável que mesmo microrregiões com grandes populações ou centros urbanos significativos, como Belo Horizonte e Juiz de Fora, figurem entre as com as menores taxas de psicólogos, o que pode indicar que, apesar do número absoluto de profissionais ser maior, a oferta *per capita* não acompanha a

demanda, limitando o acesso a serviços de psicoterapia, avaliação e apoio psicossocial essenciais para a saúde mental da população.

A Figura 004 ilustra de maneira mais clara como estão distribuídos os **psicólogos** nas microrregiões mineiras.

Figura 004 - Taxa de psicólogos (considerando um profissional padrão de 40h) por 100 mil habitantes.



Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES (extração realizada em 23/06/2025).

Embora algumas microrregiões se destaquem pela alta taxa de psiquiatras (Mantena, Barbacena) e psicólogos (Piumhi, Andrelândia), há **clara discrepância na distribuição geral de ambos os profissionais** em relação à população e, crucialmente, aos ***clusters* de suicídio de alto risco**. Microrregiões como Divinópolis, que aparece com baixas taxas tanto de psiquiatras quanto de psicólogos, estão frequentemente presente em agrupamentos de risco de suicídio para diversas faixas etárias e sexos (como homens de 20 a 29 anos, mulheres de 30 a 39 anos, homens de 40 a 49 anos). Isso demonstra que as áreas de maior necessidade epidemiológica podem não estar sendo adequadamente supridas em termos de recursos humanos especializados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Relatórios Temáticos elaborados pela Diretoria de Fiscalização Integrada e Inteligência – SURICATO se inserem na missão institucional de produzir e difundir conhecimentos estratégicos, conforme previsto nas Resoluções nº 09/2020 e nº 04/2025. Com base em dados públicos e metodologias analíticas, esses produtos visam contribuir com a sociedade e os gestores públicos na compreensão qualificada de políticas públicas complexas, sem se configurarem como ações de fiscalização ou gerarem demandas aos jurisdicionados.

Especificamente neste trabalho, a análise espaço-temporal dos suicídios em Minas Gerais, aliada à avaliação da infraestrutura e do investimento em saúde mental, revela cenário de alta complexidade e

urgência. A detecção de agrupamentos de risco em microrregiões específicas e em faixas etárias e de sexo bem definidas não é um fenômeno isolado, mas sim um reflexo provável de lacunas sistêmicas na atenção à saúde mental no estado.

Esse estudo sinaliza para uma clara e preocupante desconexão entre as necessidades epidemiológicas e a alocação de recursos. A tendência de aumento nos gastos com a temática do Setembro Amarelo, embora positiva em termos de visibilidade, vai de encontro ao fato de que microrregiões com altas taxas de suicídio figuram entre aquelas com maiores valores *per capita* empenhos em 2023 (ligados ao tema). Da mesma forma, a distribuição heterogênea de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), psiquiatras e psicólogos no Sistema Único de Saúde (SUS) não apenas demonstra uma desigualdade no acesso, mas também coincide de forma crítica com as microrregiões que apresentam as mais altas taxas de suicídio.

Essa sobreposição de vulnerabilidades – demográfica, geográfica e de infraestrutura – sugere que a falta de acesso a profissionais e serviços especializados é fator que pode estar agravando e perpetuando os *clusters* de suicídio identificados. As ações de prevenção não podem se limitar a campanhas pontuais; elas exigem abordagem estrutural e estratégica que garanta uma rede de cuidado robusta e acessível a todos.

Portanto, este relatório aponta para a necessidade de que as políticas públicas de saúde mental em Minas Gerais sejam:

- **Orientadas por Dados:** A alocação de recursos e a expansão de serviços devem ser guiadas por evidências científicas, priorizando as microrregiões e os grupos demográficos que, comprovadamente, estão em maior risco.
- **Equitativas:** É fundamental corrigir a disparidade na distribuição de recursos financeiros e de profissionais qualificados, garantindo que as microrregiões mais vulneráveis recebam o suporte necessário.
- **Integrais:** A prevenção do suicídio deve ser vista como uma responsabilidade que vai além da saúde, envolvendo a educação, a assistência social e outros setores para criar rede de apoio completa e sensível às particularidades de cada grupo.

Em suma, a luta contra o suicídio exige mudança de paradigma: de abordagem reativa e genérica para estratégia proativa, focada, equitativa e baseada em dados. Essa transformação de paradigma tem potencial para converter os alertas de risco identificados neste estudo em ações efetivas que promovam a vida e a saúde mental em todo o estado.

5. REFERÊNCIAS

CNES. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/. Acesso em: jul. 2025.

DADA, Sheila Genesine. **Data mining espaço-temporal dos suicídios nas cidades brasileiras.** 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

DATASUS. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acesso em: jul. 2025.

DE MELO, Iasser Jorge Wenischenck Tavares *et al*. SUICÍDIOS EM MINAS GERAIS: Associação de gênero e o tempo de estudo. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 10, n. 1, p. 444-456, 2024.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Estudos populacionais**. Disponível em: https://fjp.mg.gov.br/estudos-populacionais/. Acesso em: jul. 2025.

IBGE. **Censo Demográfico 2022.** Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em: jul. 2025.

KULLDORFF, Martin. Prospective time periodic geographical disease surveillance using a scan statistic. **Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)**, v. 164, n. 1, p. 61-72, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental. Acesso em: jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide prevention**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1. Acesso em: jul. 2025.

SAPIEN LABS. The mental state of the world in 2023. Disponível em: https://sapienlabs.org/wp-content/uploads/2024/03/4th-Annual-Mental-State-of-the-World-Report.pdf. Acesso em: ago. 2025.

SATSCAN. Disponível em: https://www.satscan.org/. Acesso em: jul. 2025.