

# CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E SOCIODEMOGRÁFICA DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NA X REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

*Data de aceite: 01/08/2023*

### **Thatiana Maria Cabral Ferreira da Silva**

Escola de Saúde Pública de Pernambuco  
(ESSPE)  
Afogados da Ingazeira-PE  
<http://lattes.cnpq.br/3668500646875349>

### **Patrícia Ivanca de Espíndola Gonçalves**

Escola de Saúde de Arcoverde (ESSA)  
Arcoverde-PE  
<http://lattes.cnpq.br/7519926224553028>

### **Dharah Puck Cordeiro Ferreira Bispo**

Universidade Federal de Pernambuco  
(UFPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/3467785170975106>

**RESUMO:** Traçar o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio, entre os anos de 2011 a 2020 na X Região de Saúde de Pernambuco através de um estudo descritivo retrospectivo a partir de dados secundários obtidos a partir das declarações de óbitos registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Como parâmetro, foram utilizadas as causas de óbitos, de acordo com o CID-10, com os códigos de X60.0 a X84.9, correspondente às lesões autoprovocadas intencionalmente. A análise procedeu-se

de forma estatística descritiva e inferencial. Constatou-se que houve 94 óbitos na série temporal, nos quais São José do Egito e Tabira (43,6%) foram os municípios com maior prevalência. Notou-se o predomínio do sexo masculino (86,2%), média de idade de 41,69 anos, raça parda, faixa etária de 20 a 39 anos (34%); solteiro (43,6%), casado (41,5%), vivendo na zona urbana (57,4%), com 4 a 7 anos de estudo (29,8%), tendo como lugar de ocorrência a própria residência (56,4%) e o meio mais empregado, o enforcamento (68,1%) para ambos os sexos. As ocupações mais prevalentes foram trabalhadores agropecuários, produtor agropecuário e aposentado (39,4%). Para prevenir e lidar com o aumento de casos de suicídio na região, é crucial desenvolver um plano que inclua estratégias eficazes, levando em consideração o perfil dos indivíduos em risco. É importante focar na promoção da saúde mental e implementar medidas preventivas e pós-venção em serviços estratégicos, como a atenção primária e os serviços de saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio; Epidemiologia; Saúde Mental

# EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION OF MORTALITY BY SUICIDE IN THE X HEALTH REGION OF THE STATE OF PERNAMBUCO

**ABSTRACT:** To trace the epidemiological profile of mortality by suicide between the years 2011 and 2020 in the X Health Region of Pernambuco through a retrospective descriptive study based on secondary data obtained from death certificates registered in the Mortality Information System. As a parameter, the causes of death were used, according to the CID-10, with codes X60.0 to X84.9, corresponding to intentionally self-harm. The analysis was descriptive and inferential statistics. It was found that there were 94 deaths in the time series, in which São José do Egito and Tabira (43.6%) were the municipalities with the highest prevalence. There was a predominance of males (86.2%), mean age of 41.69 years, of mixed-race, age range of 20 to 39 years (34%); single (43.6%), married (41.5%), living in urban areas (57.4%), with 4 to 7 years of schooling (29.8%), the place of occurrence being their own residence (56.4%), and the most used means, hanging (68.1%) for both genders. The most prevalent occupations were agricultural workers, agricultural producer and retiree (39.4%). To prevent and address the increase in suicide cases in the region, it is crucial to develop a plan that includes effective strategies, taking into account the profile of individuals at risk. It is important to focus on mental health promotion and to implement preventive and postvention measures in strategic services, such as primary care and mental health services.

**KEYWORDS:** Suicide; Epidemiology; Mental Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

O termo suicídio foi usado pela primeira vez no século XVII. Neste contexto, no ano de 1643, o médico inglês Thomas Browne criou o conceito “suicídio” primeiramente em grego, *autófonos*, que posteriormente foi traduzido para o inglês como *suicide* em que diferenciava duas formas de suicídio: uma delas heroica e outra patológica (BERTOLOTE, 2012). O suicídio nessa conjuntura tinha uma vinculação forte com ideias religiosas e teológicas.

No século XVIII em diante, o suicídio passou a ser considerado patológico, vinculado este aos casos de depressão, na maioria das vezes proveniente da presença de humor melancólico, negro no sangue (MINAYO, 2005), assim, nesse período, havia conexões entre suicídio e transtornos mentais.

Com a obra de Durkheim, no século XIX, que afirmou que o suicídio era um evento predominantemente sociológico (BERTOLOTE, 2012), foi a partir desses estudos que o tema suicídio foi perdendo a tutela religiosa em sua definição, apontando-o como um fator social a ser compreendido dentro da dinâmica específica e histórica de cada sociedade. Ainda segundo o autor, apenas entre o fim do século XX e o início do XXI que aconteceu uma consolidação na abordagem do suicídio pela saúde pública.

No Brasil, em especial, apenas em 2005 houve uma mobilização do Ministério da Saúde (MS) para a construção e implementação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, associando o suicídio com fatores sociais. E em 2006 foi divulgado as diretrizes

de orientação do respectivo plano (BOTEGA, 2007). Esse fato trata-se de uma discussão até recente e que precisa na cena contemporânea de fortalecimento e adesão dos atores na real perspectiva de um problema grave que deve ser enfrentado e prevenido.

As taxas relacionadas ao Nordeste indicam crescimento do suicídio, no período de 1996 a 2016, aumento de 160,5%, fato este que segue a tendência brasileira (MARCOLAN; SILVA, 2019). O estado de Pernambuco apresentou de 1997 a 2019, 1753 óbitos por suicídio, com taxa de mortalidade de 3,61% para cada 100 mil habitantes (ARRUDA et al, 2021). Os autores Machados e Santos (2015) ressaltam que a mortalidade por suicídio pode ser maior, visto que há uma subnotificação, resultante do estigma social que favorece a omissão de casos.

O Brasil é um país de vasta extensão territorial e populacional, e ainda que as taxas de suicídio não sejam consideradas altas em contraste às taxas internacionais, são de significativa preocupação (FILHO; ZERBINI, 2016). Então, o suicídio pode ser prevenido através do monitoramento dos fatores de risco, sendo este um grande desafio para toda a sociedade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Problemas associados ao comportamento suicida são fatores gerais como: desigualdade social, desemprego, presença de transtornos mentais (principalmente depressão), dependência em álcool e outras drogas psicoativas, histórico de tentativas anteriores, as vivências sociais, as perdas, e a ausência de apoio social para aqueles em situação de maior vulnerabilidade (SANTOS; BARBOSA, 2017). Ou seja, os fatores de risco podem ser gerais de acordo com os marcadores sociais, contudo, tem os aspectos individuais e singulares de cada indivíduo.

Sabe-se que os elementos que levam ao suicídio são inúmeros, sendo uma série de interações de cunho biológico, psicológico, econômico, ambiental e que atingem populações de todos os níveis sociais e culturais, contudo, há uma maior prevalência de mortes e tentativas em países de baixa e média renda (OMS, 2014). Fica notório que o suicídio, embora seja um ato realizado no contexto da individualidade, tem fortes dimensões sociais, por isso, a extrema relevância do tema e a significância em abordá-lo a partir do viés sociodemográfico e afins, expondo alguns fatores de risco para o comportamento suicida.

Na conjuntura macro situacional, destaca-se que é importante conhecer a distribuição geográfica e temporal dos óbitos por suicídio nos municípios brasileiros (PINTO; ASSIS; PIRES, 2012). Dessa maneira, compreender as particularidades regionais do suicídio, orientará na concepção e implantação de políticas de saúde pública, apoiará os profissionais da rede psicossocial, das vigilâncias em saúde e atenção primária em saúde por meio de intervenções efetivas de prevenção e controle de forma integral.

Sendo assim, o objetivo é caracterizar o perfil epidemiológico e sociodemográfico da mortalidade por suicídio na X Gerência Regional de Saúde (X GERES), do estado de Pernambuco, entre os anos de 2011 e 2020 registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

## 2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva retrospectiva de abordagem quantitativa a partir de dados secundários extraídos do SIM da vigilância epidemiológica da X GERES que agrega informações dos 12 municípios que a compõem, sendo estes: Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparema.

Foi realizada uma análise de todos os casos de óbitos por suicídio ocorridos durante o período de 01 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2020 nos doze municípios pertencentes à X GERES. Para tal, foram coletadas informações a partir das Declarações de Óbito (DO) presentes no SIM. Como parâmetro, foram utilizadas as causas de óbitos por suicídio de acordo com a Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), com os códigos de X60.0 a X84.9, correspondentes às lesões autoprovocadas intencionalmente.

As categorias para caracterização do perfil epidemiológico e sociodemográfico são: 1) município de residência das vítimas e número dos óbitos por anos de ocorrência; 2) variáveis sociodemográficas: sexo, idade, ocupação, escolaridade, estado civil, raça/cor e zona de residência; e 3) características do suicídio, sendo estes o local de ocorrência e os meios utilizados.

Os dados foram coletados de forma individual por DO e assim transcritos para uma planilha no Microsoft Excel. Após essa etapa, foram exportados para o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20, o qual foi utilizado para análise estatística. As variáveis qualitativas foram representadas por meio de frequências absolutas e relativas. A variável quantitativa (idade) foi representada por meio de média, desvio padrão, valor mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi testada por meio do teste de Shapiro Wilk ( $p < 0,05$ ). Para avaliar possíveis associações e diferenças entre grupos foram utilizados o teste qui-quadrado e Mann-Whitney, tendo sido estabelecido o nível de significância de 0,05.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, como também, a Resolução nº 580/2018 que trata dos aspectos éticos nas pesquisas de interesse estratégico para o Sistema de Saúde Único (SUS). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Integração do Sertão (CAE: 50914421.70000.8267).

## 3 | RESULTADOS

Durante o período de dez anos analisado na X Região de Saúde de Pernambuco, um total de 94 óbitos por suicídio foram registrados. A análise do gráfico 1 revela um aumento exponencial nos casos entre os anos de 2011 e 2012, seguido de uma estabilização em

2013. Uma diminuição no número de casos foi observada nos anos de 2014 e 2015, seguida por um aumento de 100% em relação ao ano anterior em 2016. Os anos de 2017 e 2018 apresentaram um número constante de casos, enquanto houve uma diminuição em 2019. No entanto, o ano de 2020 registrou uma ascensão significativa, tornando-se o ano com o maior número de casos de suicídio da série temporal analisada.

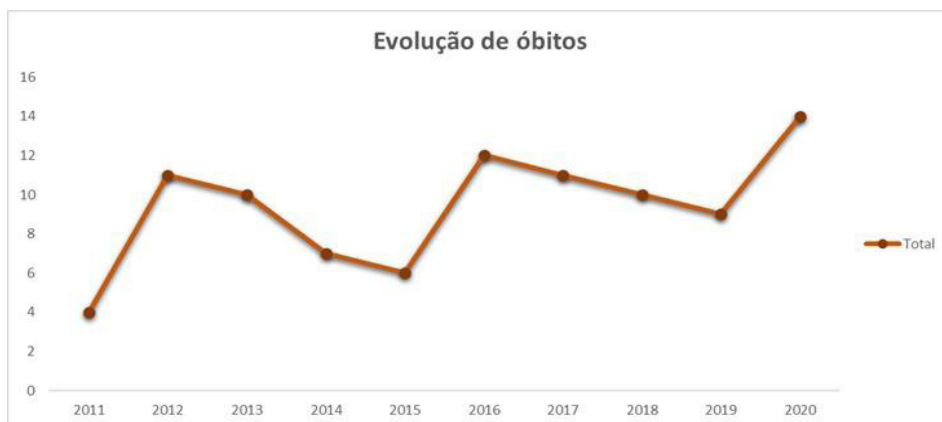


Gráfico 1. Evolução do número de óbitos por suicídio entre janeiro de 2011 a dezembro de 2020 da X GERES.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os municípios que apresentaram o maior índice foram: São José do Egito (24,5%), Tabira (19,1%), Carnaíba (14,9%) e Itapetim (12,8%). Os municípios com menos casos de suicídio são: Quixaba (1,1%), Tuparetama e Santa Terezinha (2.1%). Apenas o município de Ingazeira não apresentou mortalidade por suicídio nos anos analisados.

Em relação ao perfil das vítimas, notou-se o predomínio do sexo masculino (86,2%) com idade média de 41,69 anos, não sendo constatada diferença estatisticamente entre ambos os sexos ( $p=0,788$ ). A idade também foi avaliada por faixas etárias, onde notou-se uma maior concentração de mortes por suicídio no público de 20 a 39 anos (34%), seguido das faixas entre 40 a 59 anos (30,9%), e as acima de 60 anos (13,8%). Em todas as faixas de idade houve predominância para os homens, como pode ser observado abaixo no gráfico 2.

O perfil sociodemográfico mostrou a predominância de indivíduos solteiros (43,6%), seguido de casados (41,5%) e divorciados (9,5%). Vale salientar, que o percentual de mulheres solteiras é maior quando comparado com os homens. Com relação à raça/cor parda destaca-se com um percentual de 70,2% para o grupo total, seguida da branca (27,7%), e da preta (1,1%).

Para a escolaridade constatou-se que a maioria das vítimas tinham de 4 a 7 anos de estudo (29,8%), seguido de 1 a 3 anos (24,5%), e de 8 a 11 anos com (15,9%). A porcentagem de pessoas sem escolaridade foi de 11,8%.

Já o que diz respeito às ocupações, o trabalho agropecuário teve o maior percentual (19,2%), seguido do produtor agropecuário (10,7%) e do aposentado (9,5%). O percentual mais alto foi de ignorabilidade (28,7%), que resulta na inferência do não preenchimento dessa categoria nas DO. Destaca-se que a condição de desempregado não está categorizada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), contudo, é elementar para a compreensão dos fatores de risco do suicídio. Já a zona de residência urbana (57,4%) foi predominante para ambos os sexos.

Em relação ao local de ocorrência do suicídio, bem como sua causa. A maioria dos óbitos ocorreu na residência da vítima (56,4%), seguido de outros locais (22,4%), hospital (11,7%) e vias públicas (9,6%). O enforcamento foi a causa básica de morte mais comum (68,1%), seguido de arma de fogo (10,7%). Não foram encontradas associações significativas entre as categorias e a variável sexo ( $p>0,05$ ).

## 4 | DISCUSSÃO

Compreender globalmente o perfil epidemiológico e sociodemográfico da mortalidade por suicídio é de extrema importância para a população, políticas públicas e profissionais da saúde. Essa compreensão possibilita a identificação de grupos de maior risco, permitindo a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, além de contribuir para a formulação de políticas públicas direcionadas para a saúde mental e bem-estar da população. Também ajuda a fornecer informações relevantes para a capacitação e formação de profissionais da saúde, para que possam identificar sinais de alerta e oferecer suporte adequado a indivíduos em risco de suicídio. Dessa forma, esse estudo buscou caracterizar o perfil epidemiológico e sociodemográfico da mortalidade por suicídio na X Gerência Regional de Saúde, do estado de Pernambuco, entre os anos de 2011 e 2020 registrados no Sistema de Informação de Mortalidade.

Ao analisar o suicídio a partir de suas características epidemiológicas faz-se a compreensão de um fenômeno complexo e movido das particularidades sociais, culturais e locais. Assim sendo, percebe-se que a X Região de Saúde, apresenta baixas taxas de mortalidade por suicídio - em dez anos foram 94 óbitos, sendo o ano de 2016 e o de 2020 com o maior número de casos. Em relação às Regionais do Estado de Pernambuco, num estudo realizado, observou que a X GERES apresentou umas das menores frequências em relação à mortalidade por suicídio, com 64 (2,3%) entre 1996 e 2005 e 83 (2,5%) de 2006 a 2015 (BERINGUEL et al., 2020). Embora, esses dados apontem para menos casos em comparação a outras Regionais, nota-se que o índice de mortes por suicídio na X GERES não tem diminuído.

Tratando do suicídio consumado, alguns estudos indicam possíveis subnotificações decorrente de alterações na causa básica a pedidos da família, preenchimento incorreto da DO (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Segundo Machados e Santos (2015), ressaltam

que a mortalidade por suicídio pode ser maior, visto que há uma subnotificação, resultante do estigma social que favorece a omissão de casos. O que pode inferir que o suicídio ainda é uma realidade ignorada e ocultada da população. Existe também dificuldade, em diferenciar o suicídio consumado, dos envenenamentos, acidentes automobilísticos e outras situações que dissimulem os atos destrutivos (KOVÁCS, 1992). Assim, ratifica-se a necessidade da atenção e treinamento dos profissionais da rede em diagnosticar, notificar e codificar as lesões autoprovocadas.

No que diz respeito ao sexo, há uma predominância de mortes por suicídio em pessoas do sexo masculino em todo o mundo, corroborando com o presente estudo (86,2%). É cientificamente comprovado que os homens possuem mais êxito no suicídio, já o público feminino comete mais tentativas. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2020 na X GERES, 71% dos casos de tentativas de suicídio foram realizados por mulheres, enquanto 29% foram por homens.

Nesta perspectiva, afirmam que o elevado uso/abuso de álcool e outras drogas entre os homens seriam estimulantes para comportamentos impulsivos e violentos em momentos de sofrimento (MÖLLER-LEIMKÜHLER, 2003). Outra questão, é que historicamente os homens foram determinados a cumprir papéis sociais em que os colocam em situações conflitantes como ser o macho-viril que não pode falhar, ser o provedor econômico da família, o que não pode demonstrar sentimentos, nem chorar. Os homens costumam falar menos sobre seus sentimentos e estados emocionais (ZANELLO; BAÉRE, 2020). A cultura patriarcal torna a população masculina, por exemplo, mais sensíveis a problemas de ordem econômica como empobrecimento e desemprego, e conseqüentemente mais expostos à ocorrência de suicídio (OWENS; HORROCKS; HOUSE, 2002). Destaca-se que devido ao machismo, poucos homens buscam os serviços de saúde e de saúde mental, o que poderia representar um fator importante de proteção aos casos de tentativas e suicídios.

Já as mulheres, os estudos inferem que, elas são mais estrategistas para lidar com eventos adversos, muitas vezes, pelo fato das constantes mudanças de papéis que elas passam ao longo do ciclo da vida, além de buscarem apoio profissional mais precocemente quando apresentam transtornos mentais, como depressão, outrossim, contam com maior rede de suporte social quando estão em crise (PARENTE, 2007). Ainda em consonância com a autora, as mulheres frequentam mais espaços religiosos, o que pode tornar-se um fator de proteção contra o suicídio.

Fatores como gênero, cultura, faixa etária, raça/etnia, entre outros, apresentam implicações significativas na epidemiologia do comportamento suicida (MINAYO et al., 2017). Neste estudo, foi constatado que 70,2% das pessoas que cometeram suicídio pertenciam ao grupo étnico pardo. Essa proporção é superior à porcentagem de pardos na população da região Nordeste (62,5%) e do estado de Pernambuco (58,8%) (BRASIL, 2011), o que sugere que a maioria da população na região do Pajeú, especificamente

nas cidades da X GERES, seja composta por pardos. A etnia é um fator importante na epidemiologia do comportamento suicida e pode influenciar as características e agravos de uma determinada doença, bem como sua mortalidade, refletindo a composição demográfica e cultural de cada território.

No Brasil, num estudo de 2006 a 2015 que traçou o perfil epidemiológico por suicídio, constatou-se que 50,2% do total de óbitos foram de pessoas brancas, maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste, enquanto no Nordeste e nas demais regiões do país, a raça/cor parda prevalece, apresentando variações regionais nos indicadores de peculiaridades sociais, econômicas e demográficas (MATA; DALTRO; PONDE, 2020).

Abordar a variável de raça/cor em um perfil epidemiológico pode ser um desafio devido à subnotificação por parte dos profissionais de saúde que podem não considerar sua importância no momento do preenchimento dos dados. No entanto, os dados apresentados nesta análise indicam baixa ignorabilidade dessa variável. Embora a raça/cor seja autodeclarada, nos casos de óbitos por suicídio e outras violências, os profissionais médicos podem atestar essa informação.

Ainda nessa compreensão, para delimitar ainda mais a dimensão epidemiológica do comportamento suicida, o MS pactuou um incentivo financeiro às vigilâncias em saúde de todo país, incluindo o critério raça/cor na ficha de violência interpessoal/autoprovocada como de obrigatório preenchimento pelos municípios para o cumprimento do indicador 15 do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), sendo este definidor de metas, responsabilidades e compromissos no atual cenário.

No que concerne à faixa etária, os resultados da presente pesquisa destacam os adultos-jovem. Uma hipótese para o achado é que seja uma população mais vulnerável às incertezas do mercado de trabalho, ao aumento da competitividade, às imposições do sistema capitalista, e aos altos níveis de ansiedade diante do desemprego (TURECKI et al, 2001). A idade média dos indivíduos que cometem suicídio tem diminuído nos últimos anos no Brasil, ou seja, a população adulto-jovem está sendo a população cuja taxa de suicídio vem aumentando nos últimos 20 anos (PARENTE et al, 2007). Ademais, estudos de Arruda et al (2021), constaram que o suicídio em adultos-jovens se manifestou crescente na Região Nordeste. Dados epidemiológicos avaliados por Botega (2007), apontam a alta incidência de casos atualmente na população jovem.

Tem-se que discutir também acerca de um problema gravíssimo de saúde pública considerado pela OMS, mortes de idosos por suicídio. Constatou-se que na X Regional foram 13,8%, um número preocupante. Segundo Minayo (2010), a mortalidade de idosos por suicídio está relacionada a transtornos mentais, como por exemplo, a depressão. Além do mais, o isolamento, dependência física e mental, mudanças nos papéis antes desempenhados na sociedade, entre outros elementos que lhe conferem situações de reconhecimento de extrema dependência e humilhação (MINAYO, 2015; BOTEGA, 2015).



Quanto ao estado civil das vítimas, Botega (2015) demonstra que os solteiros estão mais vulneráveis ao suicídio por conta do isolamento social que é um dos fatores de risco, mesmo caso seria para viúvos e divorciados, público com números sem tanta significância no estudo. Entretanto, as discussões científicas argumentam que os casados devido ao vínculo familiar, a rede de proteção, a constituição da família, e aos filhos(as) quando possuem, diminuem os riscos para a ocorrência do suicídio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Especificamente o resultado dessa variável há semelhanças com alguns estudos a nível de regiões brasileiras, todavia, apresenta discrepâncias com boa parte da literatura no contexto brasileiro e mundial, haja visto que no presente estudo observou-se que a maioria das vítimas foram qualificadas como casados.

No que tange à escolaridade, a maioria das pessoas que cometeram suicídio apresentava baixa escolaridade. Essa tendência verificada na Região está de acordo com estudos nacionais que identificaram que as vítimas de suicídio no Brasil possuem de 0 a 7 anos de estudo (MATA; DALTRO; PONDE, 2020; OWES; HORROCKS, 2002). De acordo com Teixeira (2004), o nível de escolaridade pode impactar a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, afetando sua capacidade de interação social e autoestima, o que pode ser um fator de risco para comportamento suicida.

Em relação à ocupação das vítimas de suicídio, foi observada uma forte preponderância dos trabalhadores do campo, ligados diretamente à agricultura e agropecuária, seguidos por pessoas aposentadas. Esse resultado está em consonância com as particularidades econômicas da região estudada, em que o comércio e a agricultura de subsistência são dominantes, além dos rendimentos provenientes de empregos públicos, aposentadorias e pensões (MAPA DE SAÚDE, 2020).

Estudos na literatura indicam que as ocupações relacionadas ao campo sofrem instabilidade econômica, condições precárias de trabalho e/ou uso indiscriminado de pesticidas (LOVISI et al, 2009). A exposição constante a agrotóxicos pode desencadear transtornos depressivos disparados por mecanismos neurológicos e/ou endócrinos, o que é preocupante, pois a depressão é um dos principais fatores de risco para o suicídio (NETO; ANDRADE; FELDEN, 2018). Na região do Pajeú, apesar das chuvas irregulares e escassas do semiárido sertanejo, há uma diversa concentração de diversas plantações com uso de agrotóxicos, como plantações de tomate e outras.

A ocupação foi a variável com maior número de dados faltantes, o que é preocupante, uma vez que revela a necessidade de melhor preparação e comprometimento dos profissionais que preenchem as DO.

No que se refere ao local de ocorrência do suicídio, a maioria ocorreu na própria residência da vítima, o que pode indicar um ambiente mais acessível e de maior oportunidade de estar sozinho (LEMOS et al, 2021). No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente dos suicídios (LOVISI et al, 2009). As áreas de moradia concentram-se nas zonas urbanas dos municípios, especialmente em bairros com muitas vulnerabilidades sociais.

O enforcamento foi o meio mais utilizado pelas pessoas que cometeram suicídio, tanto por homens quanto por mulheres (SANTOS, 2010), corroborando com os resultados deste estudo. Em segundo lugar, aparece a utilização de arma de fogo pelo público masculino, e o segundo método mais utilizado pelo público feminino é a autointoxicação. Estudos de Canetto e Sakinofsky (1998) apontam que o uso da arma de fogo, embora acessível a ambos os sexos, é mais aceito pela maioria dos homens do que outros meios, e vice-versa. Além disso, os métodos utilizados para cometer suicídio dependem das particularidades sócio-históricas do local, dos valores sociais, do acesso aos instrumentos e dos diferentes contextos culturais (OMS, 2019).

As políticas públicas em saúde mental têm sido pauta de discussão nos últimos anos, principalmente quando se trata de prevenção e posvenção do suicídio. A Região de Saúde X vem estruturando sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para garantir uma assistência integral e de qualidade às pessoas em sofrimento mental. A RAPS da região é formada por diversos serviços, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de psiquiatria e psicologia, atenção primária em saúde e leitos integrais no Hospital Regional Emília Câmara.

No entanto, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir a efetividade da RAPS e o cuidado com a população mais vulnerável. Uma das limitações diz respeito à falta de informações nas DO sobre o recorte de gênero e orientação sexual, o que dificulta a realização de estudos sobre a prevalência de suicídio na população LGBTQIA+. Outra questão importante é a falta de informações sobre a renda das vítimas, o que impede a descrição econômica e uma análise mais completa dos fatores de risco.

Para garantir uma assistência mais qualificada, é fundamental que a gestão em saúde priorize recursos e estratégias eficazes para a prevenção e posvenção do suicídio. Além disso, é necessário investir na formação contínua dos profissionais e gestores de saúde para garantir um atendimento mais humanizado e livre de preconceitos.

A atuação em saúde mental deve ser vista como um processo constante de amadurecimento de práticas e repensar ações no cotidiano. É importante destacar que o cuidado com a saúde mental do homem ainda é pouco discutido e requer um investimento técnico e profissional maior.

Por fim, é essencial que a RAPS conte com ações intersetoriais que garantam a assistência integral aos grupos mais vulneráveis, minimizando os fatores de risco com serviços especializados. Como defendido por Cassorla (1991), o suicídio é um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo. Por isso, é fundamental que a gestão em saúde atue de forma integrada e comprometida com a promoção da saúde mental da população.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o estudo realizado na X Gerência Regional de Saúde não apresenta altas taxas de mortalidade por suicídio, no entanto, os números mostram ao longo da série temporal que vem mantendo-se uma média ou há significativos aumentos de um ano para outro. Também aponta para a necessidade de investimentos na área da saúde mental, com foco na prevenção e pós-venção do suicídio e promoção da saúde mental. É fundamental a priorização de recursos e um olhar diferenciado para o comportamento suicida, devido à sua complexidade. Para isso, ações intersetoriais devem ser planejadas e implementadas para garantir a assistência integral aos grupos mais vulneráveis, minimizando os fatores de risco com serviços especializados. Além disso, é importante que haja uma formação contínua para os profissionais de saúde, a fim de desconstruir tabus e preconceitos em relação ao suicídio e proporcionar um atendimento mais acolhedor e empático para aqueles que buscam ajuda.

Por fim, a construção de políticas sociais condizentes com a realidade da Região de Saúde deve ser um processo constante de amadurecimento de práticas, com o objetivo de identificar as fragilidades e potencialidades da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse contexto, é necessário um investimento técnico e profissional maior na saúde mental do homem, além de um planejamento com estratégias eficazes atreladas ao perfil aqui levantado. Com essas medidas, espera-se que os números de suicídio na X Gerência Regional de Saúde sejam reduzidos e que a assistência aos usuários em sofrimento psíquico seja mais efetiva e humanizada.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, V.L et al. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(7):2699-2. 2021. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/suicidio-em-adultos-jovens-brasileiros-serie-temporal-de-1997-a-2019/18037?id=18037>. Acesso em: 07 de julho de 2021.

BERINGUEL, B.M et al. Mortalidade por suicídio no Estado de Pernambuco, Brasil (1996-2015). **Rev Bras Enferm**. 2020;73(Suppl 1):e20180270. Disponível em: (PDF) Mortality by suicide in the State of Pernambuco, Brazil (1996-2015) (researchgate.net). Acesso em: 01 de fevereiro de 2022.

BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.

BOTEGA, N.J. Suicídio, saindo da sombra em direção ao plano educacional de prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. (29). 1. p.7-8. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjrbp/a/GJzHmd7kQvGMZMxrnGhWqvt/?lang=pt>. Acesso em: 20 de junho de 2021.

\_\_\_\_\_. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artemed, 2015.

\_\_\_\_\_. Comportamento suicida: epidemiologia. **Revista Psicologia USP**, vol 5. n.3. São Paulo: 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 26 de junho de 2021.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª edição, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html>. Acesso em: 20 de janeiro de 2022.

CANETTO, S.S; SAKINOFISKY, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 28(1), 1-23. DOI: 10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

COSTA, M.F.L.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**. v.12 n.4 Brasília dez. 2003. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000400003](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003). Acesso em: 26 de dezembro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília, 1ª edição, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2022.

FIGUEIREDO, A.E. B. Crise suicida: avaliação e manejo [resenhas]. **Revista: Ciência Coletiva**.21(11):3633-4. 2016.

FILHO, M.C, ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Revista Saúde, Ética & Justiça**. 2016; 21(2):45-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>. Acesso em 01 de julho de 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da população dos municípios brasileiros**. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso: 10 de julho de 2021.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Área geográfica por km2 dos municípios brasileiros. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso: 10 de julho de 2020.

KOVÁCS, M.J. **Comportamentos Autodestrutivos e o Suicídio**. In: KOVÁCS, Maria Júlia (org). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LEMOS, A.M; JORGE, M.S.B; LINARD, C.F.B.M. Perfil do suicídio em um estado do nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 2, e45410212598, 2021.

LOVISI, G. M et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31, 86–93. 2009. DOI: 10.1590/S1516-44462009000600007

MACHADO, D.B; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J bras psiquiatria**. 64(1): 45-54. 2015 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 de julho de 2021.

MAPA DA SAÚDE. **Mapa de Saúde da X Gerência Regional de Saúde**. Afogados Ingazeira: 2020.

MARCOLAN, J.F.; SILVA, D.A. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M**. v.4, n.7, p.31-44. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/9290/7954>. Acesso em: 06 de julho de 2021

MATA, K.C.R; DALTRO, M.R; PONDE, M.P. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicol.Divers Saúde**. Salvador, 2020.

MINAYO, M.C. S. **Suicídio: violência auto-infligida**. In Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M.C.S; CAVALCANTE, F.G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 20:1751-62. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XwzB8qf4cFzkYlM8LHLFPbc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 de janeiro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018**. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2021.

MOLLER-LEIMKUHLER, A.M. The gender gap in suicide and premature death or: why are mens o vulnerable? **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. 253: 1-8. 2003.

NETO, M.G.F; ANDRADE, R.D; FELDEN, É.P.G. Trabalho na agricultura: possível associação entre intoxicação por agrotóxicos e depressão. **Revista Perspect.Ci e Saúde**. 3(1):69-82.2018. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/192>. Acesso em: 01 de março de 2022.

OWENS, D; HORROCKS, J; HOUSE, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. **The British Journal of Psychiatry**, 181(3), 193-199. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12204922>. doi: 10.1192/bjpp.181.3.193. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

PARENTE, A.C.M, et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60(4), 377-381. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400003&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400003&script=sci_abstract&lng=pt). doi: 10.1590/S0034-7167200700040000. Acesso em: 05 de janeiro de 2022.

PINTO, I.W, ASSIS, S.G, PIRES, T.O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Revista Ciênc Saúde Coletiva**. 17(8):1963-72. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800007&lng=en). Acesso em: 04 de fevereiro de 2022.

SANTOS, J. Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos. **[Dissertação de mestrado]**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

SANTOS, E.G.O, BARBOSA, I.R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Cad Saúde Coletiva**. 2017; 25(3):371-8. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030015>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

SÉRVIO, S.M.T; CAVALCANTE, A.C.S. Retratos de autópsias psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. **Revista: Psicol Ciênc Prof.** 2013;33(Nesp):164-75.

TEIXEIRA, C. M. F. S. Tentativa de suicídio na adolescência. **Revista UFG, 6(1)**. Goiás, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/49466>. Acesso em: 06 de janeiro de 2022.

TURECKI, G et al. TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. **Molecular psychiatry**, 6(1), 98-102. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11244493>. doi: 10.1038/sj.mp.4000816. Acesso em: 02 de fevereiro de 2022.

ZANELLO, V; BAÉRE, F. Suicídio e Masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. **Revista Psi.Estud.** v.25, e 44147. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/LzMM7YDThptPXCKJkpKnWkn/?lang=pt>. Acesso em: 05 de janeiro de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide**: a global imperative. Geneve: WHO; 2014. Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf). Acesso em: 08 de julho de 2021.

\_\_\_\_\_. **Suicide in the world**: global health estimates 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>. Acesso em: 08 de julho de 2021.