



## Perfil epidemiológico dos casos de suicídio na XI Região de Saúde de Pernambuco entre 2011 e 2020

Epidemiological profile of suicide cases in the XI Health Region of Pernambuco between 2011 and 2020

**Eduardo Vasconcelos Florentino**

Farmacêutico, Pós-graduado pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), Recife, PE, Brasil; duhleao@gmail.com; ORCID 0000-0002-4830-1684

**Resumo:** Este trabalho visa descrever as características dos casos de óbitos por suicídio nos municípios que compõem a XI Região de Saúde do estado de Pernambuco, no período entre 2011 e 2020. Trata-se de uma pesquisa documental quantitativa, descritiva e retrospectiva, com dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade publicados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, traçando um perfil epidemiológico através de variáveis sociodemográficas e taxa de mortalidade. Os resultados apontaram que no período estudado ocorreram 165 óbitos por suicídio na microrregião, o que correspondeu a uma taxa média de 7 mortes por 100 mil habitantes, indicando mortalidade acima das médias comparadas. Identificou-se um perfil suicida majoritário do sexo masculino, faixa etária entre 15 e 34 anos, solteiro, raça/cor parda, trabalhador rural, poucos anos de estudo, provocado em domicílio e enforcamento como método mais utilizado. Portanto, infere-se um problema de saúde pública regional com taxas preocupantes. Abre-se a possibilidade de rastreamento e análise da população propensa ao suicídio e combate de suas vulnerabilidades, consequentemente, auxiliando na melhoria da atenção primária e assistência à saúde mental regional.

**Palavras-chave:** Suicídio; Perfil epidemiológico; Mortalidade.

**Abstract:** This study aims to describe the characteristics of cases of death by suicide in the municipalities that make up the XI Health Region of the state of Pernambuco, in the period between 2011 and 2020. This is a quantitative, descriptive and retrospective documentary research, secondary data extracted from the Mortality Information System published by the Department of Informatics of the Unified Health System of the Ministry of Health, tracing an epidemiological profile through sociodemographic variables and mortality rate. The results showed that in the studied period there were 165 deaths by suicide in the micro-region, which corresponded to an average rate of 7 deaths per 100 thousand inhabitants, indicating mortality above the compared averages. A suicidal profile was identified, mostly male, aged between 15 and 34 years old, single, mixed race/color, rural worker, few years of schooling, provoked at home and hanging as the most used method. Therefore, a regional public health problem with worrying rates is inferred. This opens up the possibility of tracking and analyzing the population prone to suicide and combating their vulnerabilities, consequently helping to improve primary care and regional mental health care.

**Keywords:** Suicide; Epidemiological profile; Mortality.

## Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo e um sério problema de saúde pública. Estudos recentes relatam que a cada 40 segundos ocorre um suicídio no mundo, correspondendo a mais de 800.000 óbitos por ano. É a segunda maior causa de morte entre pessoas com 15 e 29 anos, perdendo apenas para os acidentes de trânsito. O quadro é ainda mais alarmante quando é analisada a tentativa de suicídio.

Estima-se que o número de tentativas supere o de suicídios consumados em pelo menos dez vezes e que para cada tentativa documentada existem outras quatro não registradas<sup>1</sup>.

A preocupação com o fenômeno na atualidade é relevante, visto que o Brasil é considerado o oitavo país, em nível mundial, em números absolutos de mortes por suicídio. No ano de 2012, ocorreram quase 12.000 mortes, e esse número alcança uma amplitude maior no que concerne às tentativas de suicídio. Sobrepondo-se a essa estatística, faz-se importante ressaltar que o Brasil tem um problema de subnotificação<sup>2</sup>.

Não obstante, em termos relativos, no Brasil, a taxa de mortalidade ocasionada por suicídios é considerada baixa (4,5 mortes/100 mil habitantes) comparando-se com outras nações, ocupando a 67ª posição na classificação Mundial<sup>3</sup>.

Historicamente, a região Nordeste apresenta as menores taxas de suicídio em relação ao restante do país, com uma média de 2,7 mortes por 100.000 habitantes (3,4 no Norte; 4,7 no Sudeste; 9,3 no Sul e 6 mortes/100 mil habitantes no Centro-Oeste), considerando todos os anos no período entre 1980 e 2006. Entretanto, os maiores aumentos foram vistos justamente na região Nordeste, que experimentou um incremento de 130% nesse período, aqui avaliando o primeiro e último ano do estudo, passando de uma taxa de 2 mortes por 100.000 hab. em 1980 para 4,6 mortes por 100.000 hab. em 2006 (aumentos nas demais regiões, no mesmo período analisado: Norte, 59%; Sudeste, 4%; Sul, 20% e Centro-Oeste, 68%)<sup>4</sup>.

Conforme os levantamentos publicados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o estado de Pernambuco quase dobrou os casos de suicídio em números absolutos nos últimos anos, passando de 291 mortes em 2011 para 443 mortes em 2019<sup>5</sup>.

O suicídio é um fenômeno que teve suas significações transformadas temporalmente, sempre seguindo o contexto cultural e social em que se inseria e segundo os avanços científicos de cada época. Na Antiguidade, por exemplo, era considerado crime de lesa a majestade, já no século

V, com Santo Agostinho, deslocou-se a questão do suicídio para o âmbito religioso, trazendo o preceito de que, se Deus deu a vida, o poder de retirá-la também seria apenas dele<sup>6</sup>.

Posteriormente, ao final do período Medieval, quando houve a separação entre a Coroa e a igreja, o poderio médico definiu a negatividade da morte de si, pois a medicina passou a ocupar um lugar privilegiado na sociedade, transferindo o eixo de discussão do “pecado” para a ideia de patologia e loucura<sup>7</sup>.

A partir desse ponto, começa-se uma tentativa de compreensão considerando a existência do sofrimento psíquico envolvido inerentemente a um contexto social. Surge assim, por exemplo, no século XIX, o sociólogo Émile Durkheim, que evidencia a relação social e externa do indivíduo com o suicídio. Segundo ele, a explicação está na relação entre o indivíduo e os grupos em que estão inseridos, ou seja, quanto mais profunda for a integração entre ambos, menor a probabilidade de autoextermínio<sup>8</sup>.

Atualmente, avalia-se o comportamento suicida na totalidade, ou seja, os fatores que colocam os indivíduos em risco são complexos e interagem entre si, sendo fundamental identificá-los e compreendê-los. Alguns dos principais fatores psiquiátricos ou psicológicos associados são: depressão profunda, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, ansiedade, transtornos de conduta e personalidade, impulsividade e sentimento de falta de esperança. Outros fatores como o uso de álcool e outras drogas, histórico familiar, indicadores biológicos e fatores socioambientais também são associados ao comportamento suicida. Quanto a esses, vale destacar alguns precipitadores como a disponibilidade de meios para o suicídio e o grau de letalidade dos métodos, o local de residência e seu nível de urbanização, a situação de residência ou imigração com um forte componente relacionado a fatores culturais, a afiliação religiosa e seu grau de comprometimento particular, as condições econômicas em períodos de recessão e o desemprego elevado<sup>9</sup>.

Diante do exposto, pela necessidade de um estudo mais detalhado a respeito do comportamento do fenômeno do suicídio de uma parte da população do sertão de Pernambuco, justifica-se investigar qual o perfil das pessoas acometidas por essa problemática, visando através desses dados fomentar subsídios para formulação de novas estratégias, a fim de efetivamente prevenir a prática, estimulando a valorização da vida e, conseqüentemente, reduzindo as taxas de mortalidade.

Por conseguinte, o desenvolvimento desta pesquisa procura identificar o perfil epidemiológico dos casos de óbitos por suicídio na XI Regional de Saúde do estado de Pernambuco no período entre 2011 e 2020.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de carácter documental com base em dados secundários, de abordagem quantitativa do tipo descritiva, em que se realizou uma análise dos dados referentes à mortalidade por suicídio na XI Região de Saúde de Pernambuco, que configura uma conformação organizacional, administrativa e territorial da saúde pública estadual. Criada através do Decreto nº 29.115 de 12 de abril de 2006, com sede no município de Serra Talhada (415 km da capital Recife), composta pelos municípios: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo<sup>10</sup>.

A população de estudo compreendeu todos os casos de suicídio na área correspondente à XI Regional de Saúde de Pernambuco, no período de 2011 a 2020, consoante os municípios de residência dos indivíduos analisados.

Foram incluídos todos os casos notificados de suicídio ocorridos em população residente da XI Regional de Saúde do estado de Pernambuco entre o período de 2011 e 2020, contidos apenas na plataforma Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Foram excluídas do estudo todas as fichas de notificação individual com dados incompletos e registrados fora do contexto do estudo, além dos casos anteriores ao ano de 2011, pois houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas a partir do referido ano<sup>11</sup>.

Os dados utilizados foram coletados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), publicados pelo Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (DATASUS), disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Foi considerada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e, dentro dela, selecionados todos os óbitos cuja causa básica foi classificada como lesão autoprovocada voluntariamente, compreendendo as categorias simbolizadas pelos códigos X60 a X84. No decurso do processo de extração dos dados, para levantamento epidemiológico, foi possível identificar as categorias segundo as variáveis: sexo, idade (população-padrão da Organização Mundial da Saúde), raça/cor, escolaridade, estado civil, método empregado, local da ocorrência e ocupação.

Na fórmula para cálculo da taxa de mortalidade, foram utilizados como fonte de dados populacionais as estimativas anuais elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para calcular as populações do período pós-censitário de 2010.

Para o Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM), ou Taxa de Mortalidade Geral, o cálculo funciona dividindo-se o total de óbitos por motivo de suicídio, em determinado período, pela população residente no mesmo local e período.

Fórmula:  $CGM = (n^{\circ} \text{ de óbitos por suicídio no ano e região}) / (\text{população residente no mesmo local e período}) \times \text{constante}$ .

As vantagens desse indicador são a simplicidade de seu cálculo e a facilidade de obtenção de seus componentes. Permite comparar o nível de saúde de diferentes regiões ao longo do tempo. Normalmente, o coeficiente geral de mortalidade se situa entre 6 e 12 óbitos por 100.000 habitantes. Valores abaixo de 6 podem significar sub-registro de óbitos<sup>12</sup>.

Para padronização dos números do presente estudo, utilizou-se como constante a ser multiplicada o valor de 100.000 mil habitantes por ano. Dessa forma, a leitura da taxa indica que o valor atribuído final é diretamente proporcional ao risco local de mortalidade, ou seja, quanto maior o coeficiente de mortalidade, maior o risco de ocorrência naquela população, sendo válido também o oposto.

Após aquisição dos dados, as variáveis estudadas foram descritas em tabelas que foram organizados junto ao *software* Microsoft Excel 2016®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2016® for Windows®, ferramenta na qual foi analisada a distribuição das variáveis por categorias, dentre elas: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, método utilizado, local da ocorrência e ocupação.

Este estudo foi realizado através de base de dados secundários (SIM), disponibilizados pela XI GERES, mediante carta de anuência prévia da instituição. Assim como parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) aprovado no dia 30 de setembro de 2021 na Plataforma Brasil (CAAE: 51410921.0.0000.5200).

Os resultados foram divulgados na forma de consolidado, não contendo variáveis de identificação pessoal. Por esse motivo, não se fez necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que as fichas já foram coletadas e arquivadas, sendo assim, o sigilo pessoal foi mantido. Ademais, nesse caso, esta prática poderia trazer mais sofrimento para os pacientes e familiares, principalmente para os casos que tiveram como finalização o óbito.

## Resultados

A partir dos dados coletados na plataforma do Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM, entre 2011 e 2020, ocorreram na XI região de saúde de Pernambuco 165 mortes por suicídio, com

variação irregular dos números de casos anualmente, com mínimo de 11 casos em 2014 (7%) e máximo em 2019, com 29 casos (18%), levando-se em consideração a notificação por município de residência (Tabela 1). Ao passo que, nesse mesmo período, estima-se que a população pernambucana da regional tenha aumentado de 225.211 para 241.135, resultando em crescimento de 7,07%<sup>13</sup>.

Quanto ao indicador dos casos de autoextermínio pelo critério sexo dos indivíduos registrados, observa-se que os óbitos, nos dados totalizados por municípios e anos analisados, são majoritariamente masculinos, com 132 casos, correspondendo a 80% das mortes (Tabela 2).

Conforme a faixa etária da população estudada, os suicídios são na maioria de jovens e jovens-adultos, entre 15 e 34 anos, com 71 casos (43%), principalmente entre 25 e 34 anos (22%), seguido de 32% dos casos entre 35 e 54 anos. Destaque também para 13% dos casos acima de 65 anos (21 mortes) (Tabelas 2).

A raça/cor dominante no período determinado é parda com 119 casos (72%), seguido de pessoas brancas com 30 casos (18%) (Tabelas 2).

No somatório por tempo e municípios, o trabalhador rural entra em evidência quanto à ocupação, somando 75 casos (44%) de autoextermínio, considerando os subgrupos trabalhador agropecuário em geral e o trabalhador volante da agricultura; seguido de aposentado/pensionista com 18% e estudantes com 5%. Chama atenção aos 39 casos não informados, ou seja, 24% de subnotificação (Tabelas 2).

Na variável localidade de ocorrência dos casos, a predominância das mortes está nos domicílios dos indivíduos, com pouco mais de 60% dos casos, logo após, os hospitais com 15% dos casos, seguido de “outros” com 15%, e por fim, via pública com 10%. (Tabela 2).

Os números demonstram que os solteiros são maioria com 79 casos (48%), acompanhados pelos casados, 32% das mortes (52), em seguida os casos de união estável com 11% (18) (Tabelas 2).

Contando os anos de estudo dos indivíduos, destaque para quatro a sete anos de estudo, com 61 mortes (34%), seguido de um a três anos, com 34 casos (21%). A quantidade de pessoas sem nenhuma escolaridade também é significativa, 21 casos (13%). No total, ao considerar menos de sete anos de estudo, são 116 suicídios (68%). Já os menores registros estão com doze ou mais anos de escolaridade, 6 casos (4%) (Tabela 2).

Dentre as modalidades, ou seja, métodos utilizados nos suicídios apontados, em quase todos predominou a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e

sufocação. Destaque absoluto para a categoria CID-10 X70 com 111 casos (67%), seguido do CID-10 X68, envolvendo exposição a pesticidas, com 15 casos (9%) (Tabelas 2).

Ao analisar as outras modalidades, separando por alguns grupos, nota-se que todos os registros envolvendo o uso de arma de fogo (CID-10 X72, X73 e X74), no somatório, correspondem a 9% dos casos (14 indivíduos). Quanto ao uso de substâncias que envolvam medicamentos, obtidos por prescrição médica ou não (CID-10 X61 e X64), em geral, correspondem a 7 notificações (4%) (Tabela 2).

As taxas de mortalidade geral por suicídio, ajustadas por período, demonstram variações irregulares, com destaque para o ano de 2019, com taxa de 12,08 mortes (100.000 hab./ano), ou seja, maior risco de morte causadas por suicídio, assim como em 2014, o menor, com 4,69 mortes (100.000 hab./ano). (Tabela 3).

## Discussão

Os dados encontrados ajudam a situar o estado entre os mais acometidos por esse fenômeno no Nordeste, por exemplo, entre 2010 e 2018, Pernambuco ficou em terceiro lugar entre os nove estados nordestinos com 13,65% dos registros (3.125 casos), perdendo apenas para o Ceará com 22,55% (5.161 casos) e Bahia com 19,58% (4.481 casos)<sup>14</sup>.

Para fins de comparação, quanto ao sexo dos indivíduos, estudos locais demonstram na população do estado de Pernambuco uma semelhança quanto a porcentagem dos dados encontrados. Entre 1996 e 2015, em média, 74% dos casos de suicídio no estado foram do sexo masculino<sup>15</sup>.

No Brasil, de forma análoga ao atual estudo, segundo o Ministério da Saúde<sup>16</sup> (2017), os homens morrem mais por suicídio quando comparados às mulheres (proporção de 79% para homens e 21% para mulheres)<sup>17</sup>.

A proporcionalidade da Regional também é bastante parecida com outro estudo, de caráter nacional, mais amplo no período, entre 1996 e 2019, que traz a população masculina atingindo um índice de 78,95% dos óbitos, ficando a parcela feminina com 21,03%<sup>18</sup>.

Há diversas explicações prováveis para as causas pelas quais os homens cometem mais suicídio do que as mulheres, dentre elas, o esgotamento em desempenhar as clássicas funções exercidas pelos homens, principalmente a de constituir-se como provedor econômico da família. Além disso, historicamente, esses são mais sensíveis às mudanças nas condições macroeconômicas do que o gênero feminino<sup>19</sup>.

O aspecto cultural e social local, apresenta um reflexo de uma tradição machista muito forte do homem sertanejo. O aumento das taxas de participação feminina no mercado de trabalho acirra a competitividade entre gêneros no imaginário disseminado. Ao mesmo tempo, a figura masculina não demonstra nenhuma exposição que aponte para uma personificação de fraqueza.

A mulher sertaneja, historicamente, representa submissão ao ambiente da casa e subordinação às lógicas de dominação masculina. Todavia, configuram-se ambivalências nesta dinâmica, dado que as imagens dessa figura feminina se contrapõem: submissão, de um lado; coragem e resistência, de outro. Tal resiliência pode contribuir estatisticamente em menos casos de suicídios consumados<sup>20</sup>.

Atribui-se, também, a menor ocorrência entre as mulheres à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Ademais, reconhecem precocemente sinais de riscos para depressão e transtornos mentais, buscam ajuda em momentos de crise e participam das redes de apoio social. Diferentemente dos homens, que desempenham comportamentos que predisõem ao suicídio, incluindo: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo<sup>21</sup>.

É notável o consumo excessivo de álcool regionalmente, principalmente entre homens jovens e adultos. Estudos demonstram que indivíduos que sofrem dos transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas apresentam 60 a 120 vezes mais probabilidade de cometer o suicídio do que a população abstêmia. Em vários países, a diminuição da ingestão de bebidas que contêm álcool fez despencar as incidências dos eventos de suicídio<sup>22</sup>.

Quanto a faixa etária, apesar de o critério ser um pouco diferenciado, no estado de Pernambuco a maior concentração (>40%) está entre os adultos jovens (20 a 39 anos), entre 1996 e 2015<sup>15</sup>.

No Nordeste, em estudo de 2019, a faixa etária de suicídios, entre 1996 e 2015, predominante foi entre 20 e 29 anos, com 28,4% dos casos, seguido de 30 a 39 anos, com 21,5%<sup>23</sup>.

Outro estudo constatou que a faixa etária no Nordeste que mais cometeu suicídio, no período analisado entre 2006 e 2015, é a de adultos jovens, compreendidos entre os 20 e 39 anos, que somam 43,6%, seguido dos idosos maiores que 70 anos, que correspondem a 27,79% dos óbitos<sup>24</sup>. Quanto aos idosos da Regional, a porcentagem é de 13% dos casos acima de 65 anos (Tabelas 2).

No Brasil, entre 2010 e 2019, houve um incremento dos casos, principalmente entre os adolescentes, faixa etária dos 15 aos 19 anos, passando de 606 para 1022 óbitos por suicídio (aumento de 69%)<sup>25</sup>.

Fica assim posto o padrão dos casos analisados na Regional comparativamente análogo aos registros em estudos diversos em que a população jovem e jovem-adulta é a parcela mais atingida por essa problemática.

Esses resultados levam a crer que essa faixa da população é mais vulnerável ao suicídio, possivelmente por uma pressão social influenciada por fatores socioeconômicos, visto que nessa fase estão no momento de potencial produtividade, simultaneamente, em que há uma inexperiência com relação ao sentimento de frustração. Somado a isso, é historicamente sabido que as possibilidades de inserção no mercado de trabalho são baixas, não só na região, mas em todo estado. Por outro lado, outro destaque encontrado, o sentimento de inutilidade pode ajudar a explicar tantos casos na faixa etária acima de 65 anos.

Comparativamente, em Pernambuco, do ano de 2006 até 2015, assim como na Regional, o perfil raça/cor pardo, correspondeu a maior parcela dos casos, com 79,8% dos registros de suicídio, seguido de 17,3% de brancos notificados<sup>15</sup>.

No Nordeste, entre 2014 e 2018, houve prevalência do suicídio em pessoas denominadas pardas com 9.995 óbitos (73,3%), em seguida as brancas com 2.048 (15%), depois as pretas com 749 (5,5%)<sup>26</sup>.

Pode ser avaliado um comportamento diferenciado nacionalmente, visto que, entre 1996 e 2019, ao avaliar a cor/raça dos indivíduos, metade dos que vieram a óbito eram brancos (50%). Aqueles classificados como pardos e pretos representaram 34,17% e 4,96%, respectivamente<sup>18</sup>.

No perfil nacional do ano de 2019, especificamente, 47,3% das notificações de suicídio no país, foram da raça/cor branca, seguida de 42,4% da raça/cor parda<sup>25</sup>.

Em uma população com grande miscigenação como a brasileira, e não difere em nível local, há de se considerar uma maior necessidade de informações, principalmente na literatura, que indiquem fatores explicativos para esse percentual de raça/cor parda ser tão prevalente nos registros. Fatores como a desigualdade social, a baixa escolaridade, o desemprego e a pobreza podem ter uma maior influência se comparados com esse critério.

No contexto indígena dos suicídios, há uma complexa conjuntura social potencialmente propiciadora para composição dos casos, mesmo sendo 2% do total. Questões relativas ao reassentamento e realocação de terras, falta de pertencimento ao território regional no âmbito organizacional político e social, ou até mesmo, a própria visão da população indígena sobre a morte, são prováveis elementos indutores.

Há dados, apesar de poucos, demonstrando que no Brasil, na distribuição dos registros da ocupação laboral nos suicídios, entre os anos de 2011 e 2013, os trabalhadores na exploração

agropecuária ficaram em primeiro lugar (23,17%) com 3.841 mortes por suicídio, de forma análoga ao presente estudo, seguidos de trabalhadores da indústria extrativa e da construção civil com 2.497 notificações (15,06%). Nesse mesmo estudo, entre 2014 e 2016, as categorias profissionais permaneceram nessa ordem, mas com 20,97% (3.756 casos) e 14,81% (2.652 casos), respectivamente<sup>27</sup>.

O trabalhador do campo ser maioria nos casos registrados, sugere possivelmente que, além dos fatores socioeconômicos locais, o fato de viverem em áreas com bastante uso de pesticidas e estarem em maior risco pela exposição contínua a esses compostos com alta neurotoxicidade, a principal consequência seria uma potencialização do desenvolvimento de quadros depressivos e tentativas de suicídio, já que essa é uma característica conhecida dos efeitos desses produtos. Porém, essa informação necessitaria de uma investigação mais específica.

Quanto aos aposentados/pensionistas que ficaram tão em evidência, pode-se inferir grande probabilidade do sentimento de inutilidade em seu contexto social e familiar, coincidindo, assim, com os muitos casos registrados na faixa etária acima dos 65 anos encontrados no estudo.

Segundo os resultados expostos, entre 1996 e 2019, no território brasileiro, 57% dos registros aconteceram em domicílio, valor esse, bastante semelhante com o perfil regional encontrado na literatura<sup>18</sup>.

Indicando uma certa padronização, os casos de violência autoprovocada notificadas no Sinan, entre os anos de 2010 e 2019, evidenciou-se que a maioria dos casos no Brasil ocorreu na própria residência das vítimas (82%), mesmo sendo um indicador exclusivo para as tentativas<sup>25</sup>.

No estudo realizado por Alves<sup>28</sup> (2021), o fato de o local mais escolhido para a prática do suicídio ser a própria residência, dá-se, provavelmente, pelo fato de o indivíduo sentir-se mais à vontade e pela facilidade em obter os materiais propícios para tentar o autocídio, o que pode ajudar a explicar essa característica também ser preponderante na Regional.

Em Pernambuco, a caracterização epidemiológica, consoante a situação conjugal, evidencia que entre 1996 e 2005, os solteiros correspondiam a 57,4% das notificações, os casados com 36,7%, viúvos com 3,6% e separados judicialmente com 1,5%; entre 2005 e 2015, os solteiros correspondiam a 61% das notificações, os casados com 29,7%, viúvos com 4,5% e separados judicialmente com 3,5% dos casos<sup>15</sup>.

De forma análoga, no Brasil, entre 2006 e 2015, os dados indicam que 50,3% dos casos foram cometidos por solteiros, 28,6% por casados, 6,3% por separados e 4,05% por viúvos. Apontando que os suicídios são menos frequentes em pessoas casadas e aumentam em números expressivos entre os solteiros, viúvos e divorciados<sup>24</sup>.

Em outro estudo, entre os anos de 2014 e 2016 no Brasil, os registros também apontam maioria dos casos solteiros (47,86%), posteriormente os casados (27,88%) e viúvos (4,13%)<sup>26</sup>.

Nesse estudo, assim como nos outros detalhados, pessoas que estão sem um companheiro podem apresentar maior risco de suicídio. Provocando assim uma reflexão sobre esses perfis, que sugerem o provável isolamento social e a ausência de rede de apoio, induzindo uma tendência a apresentar um importante fator de risco.

Assim como os dados demonstraram, em Pernambuco, na média, entre 2001 e 2015, o número de óbitos também foi maior em pessoas com menos de 8 anos de estudo (46,2%). Destaca-se, porém, o elevado percentual de informações ignoradas/não preenchidas nesta variável, chegando a mais de 60% no início da série estudada, fato esse que não ocorreu em tão grande proporção no estudo da Regional, que teve 8% ignorado<sup>29</sup>.

Fato semelhante acontece em nível nacional, pois, entre 2006 e 2015, percebe-se que, 43,78% dos óbitos ocorreram naqueles cujos anos de escolaridade variaram de 0 a 7, seguidos pelos que possuíam 8 a 11 anos de escolaridade (17,78%) e, em sequência, pelos que possuíam mais de 12 anos (7,36%). Uma considerável parcela (31%) também teve esse dado ignorado<sup>24</sup>.

No período entre 1996 e 2019, em estudo mais amplo no Brasil, a especificação da escolaridade foi ignorada na maioria do levantamento (36,65% das perdas). Observou-se um pico no número de mortes naqueles que tinham entre 4 e 7 anos de estudo, ou seja, taxa de 20,28% dos falecimentos. Enquanto os que tinham de 8 a 11 anos de estudo somaram 16,31% dos óbitos, e os indivíduos que tinham entre 1 e 3 anos de estudo contabilizaram 13,30% dos suicídios, ou seja, menos de sete anos, 33,58%<sup>18</sup>.

Apesar de esse ser um fator pouco estudado na literatura, estudos têm indicado associação positiva entre as taxas de suicídio e o baixo nível de escolaridade<sup>24</sup>.

Segundo Teixeira<sup>30</sup> (2003), uma das possíveis explicações para essa correlação é que a escolaridade de um indivíduo pode afetar a sua autoavaliação, influenciando sua interação social e sua autoestima, esta última pode levar a tendências suicidas, principalmente em um contexto socioeconômico pouco desenvolvido sem oportunidade para baixos níveis de formação profissional, tal qual caracteriza o território da Regional em questão.

De forma semelhante, o estudo presente traz similaridades com resultados, como sugeriu Vasconcelos<sup>31</sup> (2016), os quais indicam que quanto maior o grau de escolaridade, menor o valor de ideação, e conseqüentemente, da prática suicida. Sendo que, há algumas prováveis explicações para essa ocorrência, que podem apontar uma explicação possível para esses valores na XI Regional, como o argumento de que os indivíduos com baixos níveis de escolaridade tendem a ter maiores

dificuldades em conseguir melhores trabalhos, com melhores níveis de remuneração, e que lhes possibilite evoluir pessoal e profissionalmente. Ou ainda, que a uma baixa escolaridade estão associados empregos com menor estabilidade financeira e sentimento de insegurança pessoal e familiar. Em contrapartida, pessoas com um nível mais elevado têm acesso a um maior conhecimento de medidas preventivas e de fatores de risco associados às mais diversas questões com que se deparam nas suas vidas quotidianas. E por fim, há evidências de que os baixos índices de escolaridade estão associados a uma maior propensão para o desenvolvimento de desordens de foro psicológico. Em suma, todas as possibilidades referidas exercem um efeito agregador dos fatores de risco frente ao suicídio.

Os resultados sobre os métodos utilizados nos suicídios assemelham-se aos encontrados na literatura, que registram o enforcamento como meio mais utilizado. Por exemplo, em nível estadual, observou-se que no período entre 2001 e 2015, a principal causa também foi de morte por enforcamento/estrangulamento, com um percentual médio de 48,9% dos óbitos, seguido de intoxicação por pesticida (18,3%)<sup>29</sup>.

No Nordeste, em pesquisa semelhante, entre 2010 e 2018, destacam-se igualmente o CID X70, com aproximadamente 67,6% dos casos totais; o autoenvenenamento (CID-10 X60 a X69), que representam 16%; e armas de fogo (CID-10 X72 a X74) com 7% do total<sup>14</sup>.

Outra análise mostra que as causas no Brasil mais prevalentes de suicídio foram, entre 2006 e 2015, em ordem decrescente, por asfixia mecânica (por enforcamento, estrangulamento e sufocação), com 62,5% de todas as mortes, seguida de lesão por arma de fogo (com 7,05%), intoxicação por pesticidas (6,27%), precipitação de lugares elevados (3,78%), intoxicação por medicamentos e substâncias biológicas (1,81%), autolesão por objeto perfurocortante (1,74%) e autointoxicação por sedativos, hipnóticos e antiparkinsonianos (1,67%)<sup>24</sup>.

Em mais um estudo nacional, entre 1996 e 2019, no que tange a *causa mortis*, 60,6% foram por enforcamento, estrangulamento ou sufocação. Seguindo, está o uso de armas de fogo, correspondendo a 12,5% do total de casos. Em posições intermediárias figuram a utilização de pesticidas e outros tipos de produtos químicos (8,82%) e a autoadministração de drogas (4,24%), incluindo medicações ou substâncias biologicamente ativas<sup>18</sup>.

Assim como na literatura levantada, o perfil dos casos da XI Regional comprova a utilização dos meios de enforcamento, estrangulamento e sufocação, possivelmente, por ser um método historicamente utilizado e de fácil acessibilidade ao material necessário para realização do ato. Quanto a segunda modalidade mais frequente; autointoxicação por e exposição, intencional, a

pesticidas, substâncias essas, muito utilizadas como pesticidas na agricultura; pode ser vinculada ao fato da maioria das vítimas atuarem como agricultores, portanto, fácil acesso a essas substâncias.

Comparando-se com as taxas de mortalidade estadual, nacional e global, observa-se ausência de padronização linear descendente ou ascendente, mas, é destacável que apenas o ano de 2019 apresenta uma taxa maior em relação à média mundial, na maioria dos anos do estudo as taxas são superiores à média brasileira e apenas em 2014, a regional na totalidade, teve taxa menor se comparada com o perfil de Pernambuco (Tabela 3).

Segundo os dados encontrados na pesquisa, a média geral da taxa de mortalidade por suicídio da regional é de 7 mortes por 100.000 habitantes nos dez anos analisados, valor superior a um estudo realizado no estado de Pernambuco, entre 1990 e 2015, em que o coeficiente médio de mortalidade por suicídio verificado no estado foi de 4,7 (100.000 hab./ano) e igualmente acima ao observado no Brasil entre 2000 e 2012 (5,7 por 100.000 hab./ano)<sup>15</sup>.

Em outro estudo, a taxa de mortalidade calculada para o ano de 2018 dos estados no Nordeste brasileiro foi de 5,21 para cada 100.000 hab./ano, o que também torna a média da XI Regional de Saúde de Pernambuco relativamente superior ao somatório de todos os estados nordestinos<sup>14</sup>.

Portanto, os dados obtidos através da análise dos coeficientes de mortalidade local demonstraram uma situação de alerta, enquanto os níveis encontrados são superiores aos comparativos feitos com outros estudos, justificando um aprofundamento nos estudos sobre a realidade local, visto que o suicídio resulta de uma complexa interação de fatores de ordem psicológica, genética, cultural, socioambiental e político-econômica.

Na construção do perfil epidemiológico, conforme os dados sociodemográficos, as características mais evidentes para construção do perfil, são: sexo masculino, jovem (entre 15 e 34 anos), solteiro, pele parda, trabalho com atividades de campo (rural), poucos anos de estudo e suicídio provocado em domicílio por enforcamento.

### Considerações finais

A partir dos resultados apontados e discutidos, o presente estudo verificou que o aumento na mortalidade por suicídio na XI Regional de Saúde/PE vem acompanhando o movimento histórico de crescimento ao se relacionar com dados do Brasil e do mundo.

Foi possível verificar a existência de certos padrões que nos permite inferir que provavelmente há influência de fatores externos indutores (sociais e/ou psicossociais) para que

determinados grupos tenham uma maior participação nas taxas de suicídio da região, apesar de não ser o foco da pesquisa esses fatores.

Constatou-se que a oferta na literatura de estudos sobre o tema na região é praticamente inexistente. Junto a isso, o fato do suicídio ser um problema complexo de saúde pública, traz uma necessidade maior de mais estudos para uma melhor leitura de cada realidade local, tanto de caráter epidemiológico, quanto ao aspecto psicossocial, com finalidade de um aprofundamento do diagnóstico da situação por municípios, e conseqüentemente, no perfil regional, além de aprimorar e gerar conhecimento na intenção de orientar programas na elaboração de estratégias de prevenção mais eficientes e novas fontes de intervenções junto à população e aos serviços ofertados para a redução desse desfecho.

Para a elaboração do estudo, dificuldades foram encontradas principalmente quanto a coleta de dados, visto que o acesso a determinadas variáveis não estava disponível em tempo oportuno na plataforma de acesso e alguns dos números não eram compatíveis entre si, quanto a esses, não foram utilizados no estudo.

Finalmente, o conhecimento sobre o histórico e a atual situação dos casos de suicídio da XI Regional de Saúde de Pernambuco, tal como no presente estudo, poderá subsidiar a tomada de decisões por parte dos gestores para implementação e efetivação de políticas públicas voltadas ao tema. Na intenção de fortalecer preventivamente a atenção à saúde destes indivíduos que apresentem propensão ao autoextermínio, além de uma construção de ofertas de serviços em rede, de acordo com cada realidade municipal, voltados ao cuidado integral e equânime no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## Referências

1. Schelb M, Oliveira ML. Suicídio por queimaduras em mulheres no Distrito Federal, Brasil, no período de 2010 a 2015. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2019;34(4):509-16.
2. Stoppa RG, Wanderbroocke AC, Azevêdo AV. Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: revisão sistemática. *Revista Psicologia e Saúde.* 2020;12(4):65-80.
3. Sousa JR, Costa LH. Perfil epidemiológico dos suicídios no Sertão Paraibano. *Rev. Bras. Crimin.* 2021;10(1):7-10.
4. Lovisi GM, Agadir Santos S, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:586-93.
5. Ipea [Internet]. Atlas da violência; [citado 13 jun 2022]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/83>.
6. Gomes ER, Iglesias A, Constantinidis TC. Revisão Integrativa de Produções Científicas da Psicologia Sobre Comportamento Suicida. *Revista Psicologia e Saúde.* 2019;11:35-53.
7. Reis AH, Bezerra JMM, Reis PMS. O Suicídio na Visão do Século XIX e na Contemporaneidade - Desafios aos Paradigmas Médico e Psicológico. *Revista Científica do UniRios.* 2020;:383-397.

8. Assumpção GLS, Oliveira LA, Souza MFS. Depressão e Suicídio: Uma Correlação. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*. 2018;3:312-333.
9. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
10. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco [Internet]. Mapas da Saúde; [citado 13 jun 2022]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude>.
11. Datasus [Internet]. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; [citado 13 jun 2022]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida\\_Sim\\_2011.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf).
12. Especialização em Saúde da Família [Internet]; [citado 13 jun 2022]. Disponível em: [https://univas2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/5698/course/section/393/Cont\\_Impre\\_14-04/Modulo3\\_14-04.pdf](https://univas2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/5698/course/section/393/Cont_Impre_14-04/Modulo3_14-04.pdf).
13. Sidra/IBGE [Internet]. População residente estimada; [citado 13 jun 2022]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>.
14. Dário HA, Raíssa MD, Alexandre CB. Descrição da incidência dos casos de suicídio no nordeste brasileiro no período de 2010 a 2018: um estudo ecológico. *Humana Res*. 2021;1(4):178-92.
15. Beringuel BM, Costa HV, Silva AP, Bonfim CV. Mortalidade por suicídio no estado de Pernambuco, Brasil (1996–2015). *Rev. Bras. Enferm*. 2020;73(Suppl 1).
16. Ministério da Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico*. 2017;48(30):1-14.
17. Lira SC, Bento MI, Santiago BM, Nascimento RP, Fernandes LC, Rabello PM. Perfil das vítimas de suicídio em município da Paraíba/Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2020;24(1).
18. Paixão BT, Santos DA, Silva IC, Morais MM, Camargo M, Gianini MW, Ferreira RL, Miaki RO, Vicentino VM, Lopes BA. Suicídio e lesões autoprovocadas: análise do perfil epidemiológico e prevalência dos casos no Brasil entre 1996 e 2019. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(8):1-11.
19. Fraga WS, Massuquetti A, Godoy MR. Determinantes Socioeconômicos do Suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Revista Econômica*. 2017;18
20. Santana P. Mulheres em movimento: notas sobre saberes feministas dissidentes no Sertão do Pajeú pernambucano. *Revista Interterritórios*. 2018;4:154-170.
21. Parente ACM, et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Pesquisa Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2007;60:377-81.
22. Cordeiro EL, Silva LSR, Mendes EWP, Silva LCL, Duarte VL, Lima ECMP. Suicide attempt and factors associated with standard alcohol use and abuse. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(1):1-10.
23. Júnior AD, Rodrigues LdS, Filho EPM, Costa LDLN, Rêgo AdS, Costa LC & Batista RFL (2019). Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: Qual é a tendência predominante? *Cad. Saúde Colet.*, 27(1), 20–24.
24. Mata KCRd, Daltro MR & Ponde MP (2020). Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Rev. Psicol. Divers. Saúde*, 9(1), 74–87.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021, setembro). *Boletim Epidemiológico* 33. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf).
26. Rodrigues HF, Morais LS & Veloso LC (2020). Epidemiological analysis of suicide in the Northeast Region from Brazil in the period 2014 to 2018. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-14, e659974725.
27. Barreto AAM., & Souza LEPFd (2021). Desemprego e suicídio na população brasileira em um cenário de crise do capitalismo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(12), 5869–5882.
28. Alves APdS, Ferreira RG, Fernandes FECV, Campos MEADL & Melo RAd (2021). Perfil de mortalidade por homicídios e suicídios em homens no sertão de Pernambuco. *Artículo de Investigación*, 39(3), 320–331.
29. Lima PL.DF (2017). Mortalidade por suicídio em Pernambuco no período de 2001 a 2015 [TCC]. Universidade Federal de Pernambuco.
30. Teixeira CMFdS (2003). Tentativa de suicídio na adolescência. *Revista UFG*, 1(6), 36–38.
31. Raposo JV, Soares AR, Silva F, Fernandes MG, Teixeira CM. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia*. 2016;33(2):345-54.

**Tabela 1.** Mortalidade por suicídio em números absolutos das variáveis de acordo com local de residência na XI Regional de PE, entre 2011 e 2020.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total	18	13	16	11	13	17	16	15	29	17	165

Fonte: O autor a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (2021).

**Tabela 2.** Quantidade e percentual de óbitos por suicídio na XI Regional de PE, entre 2011 e 2020.

Variáveis	Número de óbitos	Porcentagem (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	132	80
Feminino	33	20
<b>Faixa Etária</b>		
15-24a	35	21
25-34a	36	22
35-44a	27	16
45-54a	26	16
55-64a	20	12
65-74a	15	9
75 e+	6	4
<b>Raça/Cor</b>		
Parda	119	72
Branca	30	18
Preta	8	5
Indígena	4	2
Não informado	4	2
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	79	48
Casado	52	32
União estável	18	11
Viúvo	9	5
Não Informado	4	2
Ignorado	3	2
<b>Causa</b>		
X61 Drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos	4	2
X64 Outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas	3	2
X65 Autointoxicação por álcool	2	1
X68 Exposição a pesticidas	15	9
X69 Produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	2	1

X70 Enforcamento, estrangulamento e sufocação	111	67
X72 Disparo de arma de fogo de mão	6	4
X73 Disparo de espingarda, carabina, ou arma de maior calibre	1	1
X74 Disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	7	4
X76 Fumaça, fogo e chamas	3	2
X78 Objeto cortante ou penetrante	4	2
X79 Objeto contundente	1	1
X80 Precipitação de um lugar elevado	1	1
X82 Impacto de um veículo a motor	1	1
X84 Meios não especificados	4	2
<b>Local de ocorrência</b>		
Domicílio	101	61
Hospital	24	15
Via pública	16	9
Outros	24	15
<b>Ocupação</b>		
Trabalhador agropecuário em geral	54	33
Trabalhador volante da agricultura	21	13
Aposentado/Pensionista	18	11
Estudante	9	5
Dona de Casa	5	3
Garçom	2	1
Representante comercial autônomo	2	1
Frentista	2	1
Não informada	39	24
Outros	13	8
<b>Escolaridade</b>		
01 a 03	34	21
04 a 07	61	37
08 a 11	29	18
12 e+	6	4
Nenhuma	21	13
Ignorado	14	8

Fonte: O autor a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (2021).

**Tabela 3.** Coeficientes de Mortalidade Geral por suicídio na XI Regional de PE, entre 2011 e 2020.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Geral
XI Regional/PE	7,99	5,73	6,86	4,69	5,51	7,17	6,71	6,28	12,08	7,05	7

Fonte: O autor a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (2021).

**Submissão:** 11/07/2022