

DOI: 10.35621/23587490.v11.n1.p866-881

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO ALTO SERTÃO PARAIBANO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SUICIDE IN THE ALTO SERTÃO OF PARAÍBA

Maria Zilda Melo Regis¹

RESUMO: **Introdução:** As taxas de suicídio estão aumentando no mundo, configurando um problema em saúde pública. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil das vítimas de suicídio na 9ª Região de Saúde da Paraíba, no período de 2009 a 2019. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo ecológico de série temporal com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e analisados segundo variáveis como sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, método utilizado e local de ocorrência. Utilizou-se o modelo de regressão linear simples para verificar a tendência dos óbitos no referido período. **Resultados:** No período estudado ocorreram 125 óbitos na 9ª Região de Saúde da Paraíba, correspondendo a uma taxa média de 6,5 mortes por 100 mil habitantes. O predomínio das mortes ocorreu nos indivíduos do sexo masculino, de cor parda, na faixa etária de 40-49 anos e casados. O método mais utilizado foi o enforcamento, seguido do uso de armas de fogo. Observou-se tendência crescente das taxas de mortalidade por suicídio. **Conclusão:** Nesse contexto, revela-se a necessidade de abordar esse problema multifatorial com ferramentas e operadores de cuidado, rastreio, acolhimento e condutas efetivas para minorar vicissitudes ligadas ao suicídio e suas consequências.

Palavras-chave: Suicídio. Saúde Mental. Epidemiologia. Mortalidade.

ABSTRACT: **Introduction:** The suicide rates are increasing in the world, representing a public health problem. **Objective:** The objective of this study was to characterize the profile of suicide victims in the 9th Health Region of Paraíba, in the period from 2009 to 2019. **Method:** This is an ecological time series study with a quantitative approach. The data were obtained from the Mortality Information System (SIM) of the Informatics Department of the Unified Health System (DATASUS) and analyzed according to

¹ Médica Residente de Medicina de Família e Comunidade pela UFCG-HUJB. E-mail: m.zilda_melo@hotmail.com.

variables such as sex, age, marital status, education, race, method used and place of occurrence. The simple linear regression model was used to verify the trend of deaths in that period. **Results:** During the study period, 125 deaths occurred in the 9th Health Region of Paraíba, corresponding to an average rate of 6.5 deaths per 100 thousand inhabitants. The predominance of deaths occurred in male individuals, brown in color, aged 40–49 years and married. The most used method was hanging, followed by firearms. There was an increasing trend in mortality rates due to suicide. **Conclusion:** In this context, it is necessary to address this multifactorial problem with tools and operators of care, screening, reception and effective conducts to alleviate vicissitudes related to suicide and its consequences.

Keywords: Suicide. Mental health. Epidemiology. Mortality.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um grave problema de saúde pública, multidimensional, e que é resultante de uma complexa interação de variantes ambientais, sociais, fisiológicas e genéticas. O processo do suicídio resulta do enfraquecimento de determinantes importantes, tais como: econômicos, culturais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, habitacionais, demográficos, de renda, afetivos e psicológicos. É um conjunto multifatorial que nos anuncia ser uma questão complexa (Morin, 2014), jamais resumida unicamente nas relações de causalidade psiquiátrica ou psicológica (Patel; Gonsalves, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), 800 mil pessoas tiram a própria vida todos os anos, configurando a segunda principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos para ambos os sexos, depois, apenas, das mortes por acidentes nas estradas.

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio se encontra em 5,7/100 mil habitantes. Vale ressaltar que o risco de morte para o sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.) (Brasil, 2017).

Dantas *et al.* (2018) afirmam que são poucos os estudos brasileiros que abordam o comportamento regional do suicídio. Essas informações são úteis a partir do momento em que podem ser utilizadas para justificar ações dos serviços de saúde como estratégias para enfrentamento do suicídio.

As altas taxas de suicídio no mundo vêm provocando a inquietação de vários países. Essa preocupação se traduz no desenvolvimento de planos de ação e estratégias de enfrentamento e prevenção, através de políticas ou programas, considerando os fatores socioculturais, econômicos e políticos. Os números relacionados ao fenômeno do suicídio poderiam ser ainda mais expressivos se consideradas as subnotificações de casos envolvendo esse fenômeno, que deixam de ser analisados e processados ficando de fora dos dados estatísticos.

No *ranking* das causas de mortalidade mundial, o suicídio ocupa o segundo lugar entre as dez principais causas de morte entre jovens. No tocante às tentativas de suicídio, não há uma quantificação adequada em termos mundiais. Em diversos países o registro dessas ocorrências é deficitário pela ausência de programas ou sistemas de monitoramento (Oliveira; Bezerra Filho; Gonçalves-Feitosa, 2014).

Diante do contexto apresentado, questiona-se: qual o panorama epidemiológico do suicídio nos municípios da 9ª Região de Saúde da Paraíba?

O desejo de explorar essa temática se deu a partir de estudos e reflexões desenvolvidas ao longo da graduação em medicina e da residência médica de medicina de família e comunidade, somada à participação e organização de eventos relacionados ao “Setembro Amarelo”. A experiência oferecida por esses cenários fez surgir a inquietação de compreender o perfil epidemiológico dos casos de suicídio ocorridos nos municípios da 9ª Região de Saúde da Paraíba.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo ecológico de série temporal com abordagem quantitativa. Utilizaram-se dados secundários obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A população deste estudo foi composta por todos os registros de mortes por lesão autoprovocada intencionalmente na 9ª Região de Saúde da Paraíba no SIM/DATASUS, no período de 2009 a 2019. Os critérios de inclusão correspondem a todos os óbitos de indivíduos acima de 10 anos, que constavam nas categorias entre X60 e X84 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Brasil, 2008). Foram excluídas as mortes que não se compreendem nessas categorias.

Foram utilizadas as fontes oficiais de informações acerca do perfil dos casos de suicídio no alto sertão paraibano, a partir dos dados obtidos do SIM, disponíveis de forma *on-line* na plataforma do DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br/>) (Brasil, 2021). Os dados foram coletados a partir de um roteiro estruturado pré-estabelecido.

Foi realizado o levantamento de dados sobre o suicídio na 9ª Região de Saúde da Paraíba, de 2009 a 2019, os quais foram analisados segundo as variáveis: sexo, idade, estado civil, raça, método utilizado, escolaridade e local de ocorrência. Utilizou-se o modelo de regressão linear simples, para verificar a tendência dos óbitos no referido período.

Optou-se por excluir as mortes que não tinham como causa as lesões autoprovocadas intencionalmente. A partir disso, a pesquisa foi realizada, de modo que a coleta foi executada entre os meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021, utilizando os dados dos anos de 2009 a 2019. Foram incluídos no estudo as informações devidamente registradas no SIM de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente.

No que tange aos dados sociodemográficos, realizou-se a sistematização da seguinte forma: faixas etárias em anos completos, descritas conforme o esquema disponibilizado no DATASUS e agrupadas como segue: 10 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 ou mais. As cores/raças foram agrupadas da seguinte forma: branca, preta, amarela e parda. O estado civil foi organizado nos grupos: solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro e ignorado. O local de ocorrência foi organizado em: hospital, domicílio, via pública, outro e ignorado. A escolaridade foi dividida nos seguintes grupos: nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos e mais e ignorado.

No que se refere aos dados sobre o tipo de suicídio, utilizou-se as seguintes categorias, conforme disponibilizado no DATASUS: intoxicação por medicamentos, intoxicação voluntária por álcool, intoxicação por solvente orgânico ou vapor de hidrocarboneto halogenado, intoxicação por pesticidas, intoxicação por outros produtos químicos não especificados, enforcamento ou estrangulamento ou sufocamento, lesão por arma de fogo de mão, lesão por arma de fogo não especificada, lesão por fumaça, fogo e chamas, lesão autoprovocada por outros meios não especificados.

Para organização, sistematização e processamento dos dados, utilizou-se o Microsoft Excel para elaboração de gráficos contendo o valor absoluto e percentual das variáveis; em seguida, os dados foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

Além disso, calcularam-se as taxas anuais de mortalidade por suicídio segundo o sexo, dos anos de 2009 a 2019, utilizando a população estimada de cada ano. Essa medida epidemiológica foi apresentada mostrando o número de óbitos a cada 100.000 habitantes, para que houvesse uma melhor comparação com dados mundiais, nacionais e de outras microrregiões do país. Por fim, foram feitas equações de tendência linear para as taxas de mortalidade por suicídio, no intuito de analisar a tendência temporal dos coeficientes no período estudado.

Utilizaram-se as categorias diagnósticas compreendidas entre X60 e X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) conforme CID-10, conforme disponibilizado na plataforma do DATASUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados oficiais mais recentes encontrados no DATASUS acerca do perfil epidemiológico dos casos de suicídio da 9ª Região de Saúde da Paraíba, a presente seção constatou um total de 13.012 óbitos no período de 2009 a 2019, sendo 1.143 por causas externas (acidentes e mortes violentas) e 125 por suicídio. As mortes por suicídio correspondem a 11% das mortes por causas externas e 0,96% da mortalidade geral (Brasil, 2021).

Além disso, evidenciou-se que as mortes de indivíduos do sexo masculino se configuraram como a maioria dos suicídios, correspondendo a 106 (84%), dos 125 casos (Brasil, 2021).

Os homens são as principais vítimas de suicídio. Tais informações corroboram pesquisas anteriores com foco no gênero ou na prevalência de homens vítimas de suicídio (Who, 2019; Opas, 2020; Ribeiro *et al.*, 2016). Outro estudo realizado no sertão da Paraíba, no período de 2013 a 2017, evidenciou uma maior incidência de mortes voluntárias em indivíduos do sexo masculino, jovens, utilizando o enforcamento como método de escolha e com maior ocorrência na zona urbana (Sousa; Costa, 2021).

Apontamos que a menor prevalência de suicídio em mulheres, deve-se, também, ao baixo consumo de álcool e drogas; à dedicação à religião e às atitudes mais acolhedoras em meio a conflitos. Além disso, as mulheres têm a capacidade de reconhecer mais precocemente as situações de sofrimento mental e buscar auxílio na resolução dessas questões (Silva, 2018).

Quanto à faixa etária, foi evidenciado que o maior número de óbitos ocorreu no grupo etário de 40-49 anos, seguido da faixa etária de 30 a 39 anos, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição numérica de mortes por suicídio em homens e mulheres divididas em faixas etárias - 9ª Região de Saúde da Paraíba nos anos de 2009-2019.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
10 a 14 anos	1	0	1
15 a 19 anos	4	2	6
20 a 29 anos	14	3	17
30 a 39 anos	22	0	22
40 a 49 anos	21	6	27
50 a 59 anos	15	2	17
60 a 69 anos	11	4	15
70 a 79 anos	9	2	11
80 anos e mais	9	0	9
TOTAL	106	19	125

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade /Datusus/Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

Rodrigues, Moraes e Veloso (2020), ao realizarem uma análise epidemiológica do suicídio no Nordeste brasileiro dos anos de 2014 a 2018, evidenciaram uma predominância dos indivíduos de 30 a 39 anos, ressaltando-se um incremento significativo nas idades de 15 a 19 anos; além disso, ainda conforme a faixa etária, a Tabela 1 demonstra uma prevalência de mortes por suicídio entre as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos.

No estudo de Mata, Daltro e Ponde (2020), realizado no Brasil durante o período de 2006 a 2015, a faixa etária predominante foi a de 20 a 39 anos ou maiores de 60 anos, divergindo, pois, dos resultados do presente estudo. Os resultados do

trabalho desenvolvido pelos pesquisadores Franck *et al.* (2020), discrepam dos dados desta pesquisa, ao evidenciarem que a faixa etária mais prevalente entre as vítimas do sexo masculino foi a de 50-54 anos e, no feminino, a de 50-59 anos.

No que tange ao estado civil, de acordo com o Gráfico 1, foi percebido que tanto em homens quanto em mulheres os óbitos nas pessoas casadas foram mais prevalentes, correspondendo a 46 pessoas (37% dos casos), coincidindo com os resultados da pesquisa de Vidal *et al.* (2013), na qual ser do sexo masculino e casado se associou com maior risco de morte. Almeida *et al.* (2020) também constataram uma predominância entre os pacientes casados (62,5%).

Tabela 2 - Distribuição numérica de mortes por suicídio em homens e mulheres divididas por estado civil - 9ª Região de Saúde da Paraíba nos anos de 2009-2019.

Estado Civil	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Ignorado
Homens	33	39	6	5	22
Mulheres	6	7	1	0	4

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/Datasus/Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

No que se refere à raça, as pessoas pardas tiveram maior número de mortes; do total em ambos os sexos, 80 equivalem a 64% das mortes, seguido por um número de 37 (29,6%) pessoas brancas, 7 (5,6%) pessoas de cor preta e 1 (0,8%) cuja raça foi ignorada. O maior número de mortes na população parda desta pesquisa se assemelha com o trabalho de Baére e Zanello (2018), no qual foi encontrado na população parda um maior número de vítimas por suicídio, correspondendo a 56% dos homens e 52% das mulheres da sua amostra.

Esses resultados possivelmente sofrem influência da composição étnico-racial da região. O que se pode perceber em um estudo em nível nacional como o de Palma *et al.* (2020), no qual houve uma alta taxa de mortalidade entre indígenas, em 2001 e 2014, no cluster Alto Solimões, além de uma alta taxa de mortalidade de negros nos clusters Cerrado, Centro-Oeste e Semiárido nordestino, em 2014.

Buscando avaliar os suicídios segundo a escolaridade, a amostra do estudo foi prejudicada, visto que 63% dos casos tiveram essa variável ignorada no ato do

preenchimento, evidenciando, pois, a necessidade de aprimorar o preenchimento das fichas de notificação.

Apesar disso, vale citar o relato de Durkheim (2011) em sua obra, no qual ele explica que um nível educacional elevado e a fraca religiosidade estão relacionados a um maior risco de suicídio por encerrar na pessoa uma sensação de independência. Denney *et al.* (2009) *apud* Vasconcelos-Raposo *et al.* (2016) afirmam que as pessoas com um nível de escolaridade mais elevado têm acesso a mais conhecimento de medidas preventivas em saúde mental e de fatores de risco para o sofrimento mental associados à vida cotidiana, funcionando como fatores de proteção.

A distribuição dos casos de suicídio, de acordo com o método utilizado, é apontada na Tabela 2. Em ambos os sexos, o enforcamento foi responsável por 89 (71%) mortes, seguido do uso de armas de fogo, que correspondeu a 10 (8%) mortes. Houve o predomínio desse método em homens, correspondendo a 73 (72%). Tais informações encontram ressonância em estudos e pesquisas anteriores sobre suicídio em outros contextos brasileiros (Coelho; Benito, 2020; Lopes, 2020; Abreu, 2020).

O uso do enforcamento também foi mapeado em estudo anterior, por Cantão e Botti (2014), cujo método esteve em 59% dos suicídios da amostra. Os estudos concordam também com a predominância masculina na ocorrência dos suicídios, correspondendo a uma proporção de 4:1, entre homens e mulheres, enquanto que neste trabalho foi encontrada uma proporção de, aproximadamente, 5:1.

A alta prevalência dos enforcamentos é justificada pela possibilidade de o enforcamento provocar lesões fatais rapidamente, diferente do que acontece com as lesões por envenenamento, que permitem o traslado ao hospital e uma possível reversão do dano à saúde (Yanes, 2021).

Somado a isso, tem o fato de os homens buscarem meios de autoagressão com maior potencial de letalidade, como é o caso do enforcamento e das armas de fogo (Nunes, 2018). Isso se concretiza nos dados desta pesquisa, na qual nenhuma mulher contemplada utilizou esse método.

Evidencia-se que 78 pessoas utilizaram o próprio domicílio para a realização do suicídio, o que corresponde a 62,4% dos casos, 14 (11,2%) indivíduos utilizaram o hospital e 7, a via pública (5,6%) Vale ressaltar que a amostra esteve prejudicada, uma vez que 20,8% dos casos foram classificados como ignorados ou outros.

Tabela 3 - Distribuição numérica de mortes por suicídio segundo o método empregado - 9ª Região de Saúde da Paraíba nos anos de 2009-2019.

Método	Masculino	Feminino	Total
Drogas	1	2	3
Álcool	1	0	1
Solvente orgânico	1	0	1
Pesticidas	5	1	6
Produto químico NE	1	1	2
Enforcamento/estrangulamento/sufocamento	76	13	89
Arma de fogo de mão	5	0	5
Outra arma de fogo NE	5	0	5
Fumaça/fogo e chamas	0	2	2
Meios NE	2	0	2
TOTAL	106	19	125

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/Datasus/Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

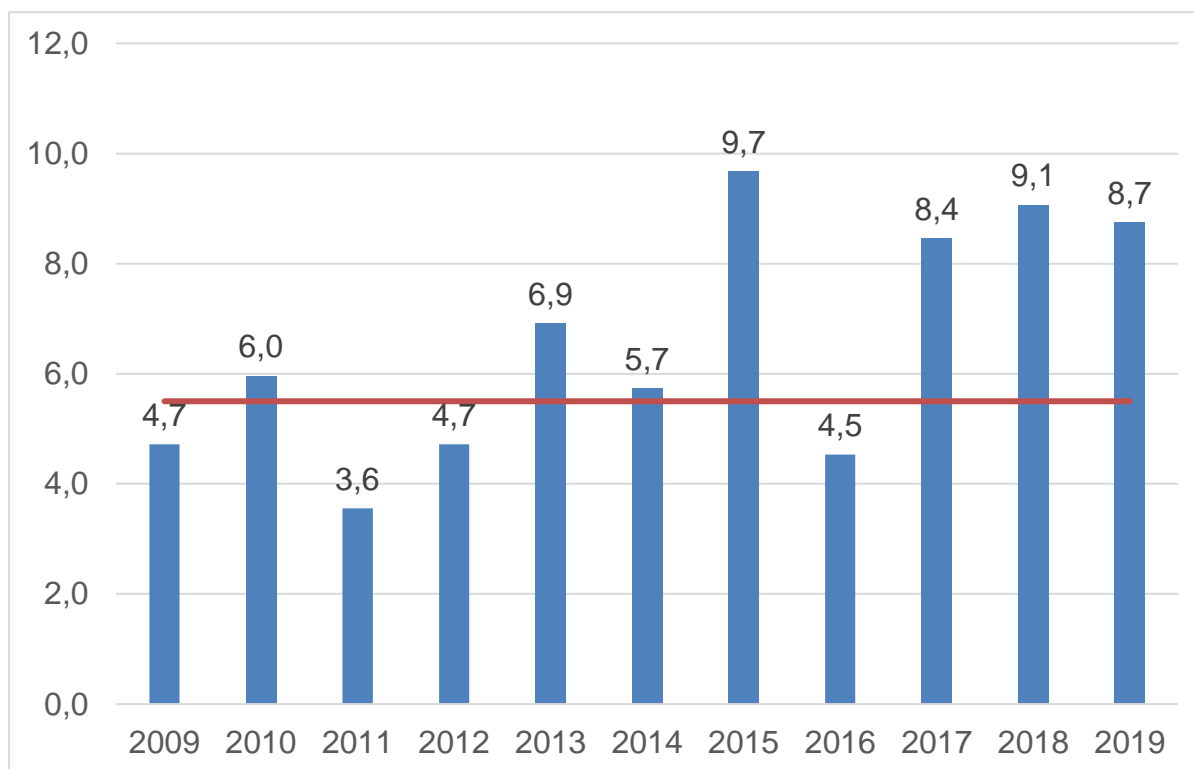
Um estudo realizado por Souza *et al.* (2011), no município do interior da Bahia, evidenciou que o local mais utilizado foi o domicílio, com 83,33% dos casos, corroborando com os achados do presente estudo.

Em revisão sobre fatores de risco de suicídio em homens e mulheres, Vieira *et al.* (2021) nos alertam para diversos fatores e determinantes ligados direta ou indiretamente à prática do suicídio nas pessoas. Dentre vários fatores eles destacam a dependência química, o abuso sexual na infância, histórico familiar de transtornos mentais, comorbidades psiquiátricas, situação econômica não ativa, depressão, crises relacionais e no casamento, ideação suicida, dificuldade em inserção no trabalho, problemas financeiros, dependência financeira, baixa escolaridade, desemprego, falta de suporte familiar, superproteção dos filhos, déficits de informação sobre prevenção e promoção de saúde com foco no tema, isolamento social, condições clínicas incapacitantes, presença do vírus HIV e uso de drogas (lícitas ou ilícitas).

Os dados apresentados no Gráfico 1 demonstram os coeficientes anuais de mortalidade por suicídio, que variaram de 3,6 em 2011, a 9,7 mortes por 100 mil habitantes, em 2015. O coeficiente médio de mortalidade foi de 6,5. Entre os homens,

o coeficiente médio de mortalidade foi de 5,5 óbitos por 100 mil, variando de 2,9 a 8,5; entre as mulheres, o coeficiente foi de 1 por 100 mil habitantes, com variação de 0,0 a 1,8, indicando uma razão homem/mulher de 5,5:1.

Gráfico 1 - Taxas de mortalidade anual por suicídio na 9ª Região de Saúde da Paraíba comparada com a taxa de mortalidade nacional média por suicídio de 2011-2015.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/Datasus/Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

Resultados semelhantes foram obtidos por Vidal *et al.* (2014) com a população da macrorregião de Barbacena (MG) e por Cicogna, Hillesheim e Hallal (2019) com a população de adolescentes de 2000 a 2015, nos quais observaram uma tendência crescente para a população masculina.

A Tabela 4 apresenta a tendência linear para os coeficientes de mortalidade por suicídio em ambos os sexos na série histórica. O coeficiente de determinação (R^2), mesmo não sendo elevado, indicou tendência crescente e estatisticamente significativa para o sexo masculino e para a taxa global de suicídio na região analisada.

Para o sexo feminino foi observada uma tendência decrescente, que não se mostrou com significância.

Tabela 4 - Equações de tendência linear para taxas de mortalidade por suicídio, 9ª Região de Saúde da Paraíba, 2009-2019.

Sexo	Modelo	R ²	Valor ρ	Tendência
Masculino	$y = 0,897x - 1796,9$	0,53	0,018	Crescente
Feminino	$y = -0,0182x + 38,327$	0,002	0,892	Decrescente
TOTAL	$y = 0,8788x - 1758,6$	0,48	0,028	Crescente

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em 2017, o Ministério da Saúde (MS) registrou um Boletim Epidemiológico utilizando as mortes por suicídio dos anos de 2011 a 2015. A partir desse boletim foi possível obter um coeficiente médio geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O coeficiente médio observado na 9ª Região de Saúde da Paraíba, no período do estudo, foi superior ao observado no Brasil, tendo um coeficiente de 6,5/100 mil/hab. Em contrapartida, o risco de suicídio no sexo masculino em nível nacional foi de 8,7/100 mil hab., sendo que o coeficiente masculino médio obtido no presente estudo foi de 5,5/100mil hab.

Assim conforme o boletim nacional, o risco aumentou ao longo do período, passando de 3,5 para 7,6/100 mil hab. no sexo masculino, enquanto que para o sexo feminino o risco se manteve em 1,2/100 mil hab. (Brasil, 2017).

A forma que Vidal *et al.* (2014) encontraram para caracterizar o coeficiente de mortalidade por suicídio foi a classificação de Diekstra e Gulbinat (1993), também utilizada pela OMS, na qual classificam esse parâmetro como baixo, médio, alto e muito alto quando são, respectivamente, menores que 5 óbitos/100 mil habitantes, entre 5 e menos de 15 óbitos/100 mil habitantes, entre 15 e menos de 30 óbitos/100 mil habitantes e de 30 ou mais óbitos/100 mil habitantes.

Segundo esses critérios, a taxa de mortalidade por suicídio da 9ª Região de Saúde da Paraíba é caracterizada como média, assim como, a da macrorregião de Barbacena no período compreendido entre 1997 e 2012 (Vidal *et al.*, 2014).

É válido destacar que o coeficiente nacional de mortalidade por suicídio comporta realidades muito diferentes dentro do Brasil. Contudo, a maioria dos estudos epidemiológicos chegou a conclusões semelhantes, que são as elevadas taxas de suicídios em homens, idosos e indígenas. Além disso, destacaram que as cidades de pequeno e médio porte populacional em destaque, como situações de maior risco (Marín-León *et al.*, 2012; Minayo; Meneghel; Cavalcante, 2012).

A partir da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a qual define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública e a Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020, a tentativa de suicídio é considerada como doença de notificação compulsória, sendo sua notificação realizada em até 24 horas para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Contudo, ainda existe uma insuficiência de assistência dos serviços de saúde em muitas regiões do país -, considerando a estimativa de que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue a esses serviços (Botega, 2014 *apud* Greff *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados aqui apresentados, infere-se que o número de notificações por suicídio apresentou um aumento considerável de 2009 a 2019. No entanto, acredita-se que o número seja ainda maior, uma vez que existe a subnotificação dos casos, o que reflete na necessidade de uma maior atenção pelos profissionais no momento do preenchimento da declaração de óbito, pois a incompletude desse documento pode interferir no desenvolvimento de estudos epidemiológicos locais, sendo estes de suma importância na instauração de políticas públicas capazes de direcionar suas ações à realidade local.

De acordo com os dados observados, evidencia-se um predomínio de casos de suicídios nos indivíduos do sexo masculino, de cor parda, casados, com a faixa etária de 40 a 49 anos. Quanto ao método mais utilizado foi o enforcamento, seguido

do uso de armas de fogo. Observou-se tendência crescente dos coeficientes de mortalidade por suicídio geral e entre os homens.

Além disso, os dados apresentados neste trabalho e na literatura reforçam que o suicídio vem apresentando números preocupantes quanto à sua prevalência, sendo considerado um problema de saúde pública e podendo estar associado a vários fatores. Assim, a prevenção contra o suicídio é uma discussão que envolve diversos fatores, como o acolhimento multiprofissional do paciente e de sua família nas portas de entrada do SUS.

Estudos que lidam com o suicídio nos acionam reflexões, discussões, fundamentações e inquietações que excedem a simples leitura desse fenômeno. Não há caminhos fáceis para operacionalizar ações resolutas de prevenção de agravos e promoção à saúde das pessoas envolvidas com este acontecimento. Os desafios estão postos e isso anuncia uma Medicina mais do que técnica, que demandará iniciativas e implicações em estratégias dirigidas ao fortalecimento de autocuidado em saúde e saúde mental, bem como ativação de meios para o enfraquecimento dos fatores de riscos que levam as pessoas a passarem ao ato contra si mesmas.

Por fim, espera-se que este estudo contribua para o reconhecimento das manifestações e na criação de estratégias de enfrentamento ao suicídio. Sugere-se que novos estudos abordando a temática sejam desenvolvidos, a fim de dimensionar esse problema na Paraíba, bem como no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, R. L. C. **Análise epidemiológica das tentativas de suicídio no HGEF entre os meses de abril de 2016 a abril de 2019**. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Formação de Oficiais Médicos do Serviço de Saúde) - Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2020.

ALMEIDA, T. K. P. *et al.* Prevalência da tentativa de suicídio e os fatores associados em pacientes com transtorno psíquico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 51-55, 2020.

BAÉRE, F.; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 168-178, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Brasília: Edusp, 2008. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Suicídio**. Saber, agir e prevenir, v. 40, n. 38, 2017.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais-1997-2011. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 3, p. 1262-1267, 2014.

CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. L. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019.

COELHO, H. T.; BENITO, L. A. O. Suicídio de idosos no Brasil: 1996-2017. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, n. 3, p. 405-418, 2020.

DANTAS, A. P. *et al.* Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 12-18, 2018.

DENNEY, J. T. *et al.* Adult suicide mortality in the United States: marital status, family size, socioeconomic status, and differences by sex. **Social science quarterly**, v. 90, n. 5, p. 1167-1185, 2009.

DIEKSTRA, R. F.; GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. **World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales**, v. 46, n. 1, p. 52-68, 1993.

DURKHEIM, É. **O suicídio**: Estudo de sociologia (1987). Tradução de Monica Stahel. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2011.

FRANCK, M. C. *et al.* Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019512, 2020.

GREFF, A. P. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 24 p. Cartilha.

LOPES, G. C. L. **Um estudo sobre a automutilação e ideação suicida em discentes do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba - Campus Cabedelo**. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional e Tecnológica) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, João Pessoa, 2020.

MARÍN-LEÓN, L. *et al.* Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 32, p. 351-359, 2012.

MATA, K. da; DALTRO, M. R.; PONDE, M. P. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 74-87, 2020.

MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2665-2674, 2012.

MORIN, E. *et al.* **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

NUNES, A. M. Suicídio em Portugal: um retrato do país. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 25-33, 2018.

OLIVEIRA, M. I.; BEZERRA FILHO, J. G.; GONÇALVES-FEITOSA, R. F. Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 16, p. 683-696, 2014.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. **Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, afirma OMS**. 2020.

PALMA, D. C. A. *et al.* Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00092819, 2020.

PATEL, V.; GONSALVES, P. P. Suicide prevention: Putting the person at the center. **PLoS medicine**, v. 16, n. 9, 2019.

RIBEIRO, D. B. *et al.* Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016.

RODRIGUES, H. D. F.; MORAIS, L. D. S.; VELOSO, L. C. Análise epidemiológica do suicídio na Região Nordeste do Brasil no período de 2014 a 2018. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e659974725-e659974725, 2020.

SILVA, R. M. Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 755-762, 2018.

SOUSA, J. R.; COSTA, L. H. M. Perfil epidemiológico dos suicídios no Sertão Paraibano. **Revista Brasileira de Criminalística**, v. 10, n. 1, p. 7-10, 2021.

SOUZA, V. S. *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. *et al.* Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 2, p. 345-354, 2016.

VIDAL, C. E. L. *et al.* Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 158-164, 2014.

VIDAL, C. E. L. *et al.* Tentativas de suicidio: factores pronósticos y estimativa del exceso de mortalidad. **Cadernos de saúde publica**, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

VIEIRA, M. T. *et al.* Fatores de risco de suicídio em homens e mulheres: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6475-6484, 2021.

WHO - World Health Organization. **Suicide in the world: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2019.

YANES, C. Y. **Fatores sociodemográficos associados ao suicídio por enforcamento no estado de Santa Catarina-Brasil**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.