



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

**FELIPE ANAISSI OLIVEIRA DA SILVA
HELTON CORREA ALVES**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA

**ALTAMIRA
2021**

FELIPE ANAISSI OLIVEIRA DA SILVA

HELTON CORREA ALVES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA/PA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus de Altamira.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Valois Laurentino

ALTAMIRA
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará**

Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A474p Alves, Helton Correa.
Perfil epidemiológico do suicídio no município de Altamira / Helton
Correa Alves, Felipe Anaissi Oliveira da Silva . — 2021.
51 f. : il.

Orientador(a): Prof. Dr. Rogério Valois Laurentino
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do
Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de Medicina, Altamira,
2021.

1. suicídio; saúde pública; epidemiologia. I. Título.

CDD 614.4

FELIPE ANAISSI OLIVEIRA DA SILVA
HELTON CORREA ALVES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA/PA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus de Altamira.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Valois Laurentino

APROVADO EM: ____/____/____

CONCEITO: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rogério Valois Laurentino
Orientador – UFPA

Prof. MSc. Ciro Francisco Moura de Assis Neto
Examinador Interno – UFPA

Prof. Esp. Érika Fernandes Costa Pellegrino
Examinador Interno – UFPA

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais Maria Lúcia e Joelson, a minha avó Eurides Correa (in memoriam), a meus irmãos Andréa, Márcio, Magno e Heitor, e aos meus sobrinhos, Enzo, Thyago, Lucas e Thaemy.

AGRADECIMENTOS

Àquele que me deu força, determinação e coragem para suportar essa longa jornada de estudo, Obrigado Senhor!

Ao professor Osvaldo C. Damasceno que contribuiu com a minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. Rogério Valois Laurentino que aceitou ser meu orientador e sempre se disponibilizou para ajudar no direcionamento da pesquisa e construção do presente trabalho.

A morte do suicida é diferente. Pois ela não é coisa que venha de fora, mas gesto que nasce de dentro. O seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio do seu ser. No corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é aquele mesmo, um corpo sem vida.

(Rubem Alves 1991, p. 12)

RESUMO

Introdução: O suicídio caracteriza-se como um ato deliberado pelo próprio indivíduo, com a intenção de realizar o autoextermínio. É um dos temas mais antigos relacionados à saúde, relatado em textos religiosos e em mitologias de povos antigos. Representa um conteúdo complexo, estudado por diversas áreas do conhecimento. Tem grande relevância por ser um problema de saúde pública a nível mundial. **Objetivos:** O objetivo do estudo é caracterizar, por meio da análise de dados secundários, os casos de suicídio no município de Altamira- Pará, no período de 2015 a 2020, bem como identificar fatores de risco, principais métodos utilizados no suicídio e investigar possíveis associações entre a casuística de suicídios e o perfil epidemiológico da população alvo. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo observacional, descritiva, com abordagem quantitativa. O grupo estudado foi composto pelas vítimas de suicídio residentes no município de Altamira que foram notificadas. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizadas informações do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), da Secretária de Saúde do estado do Pará (SESPA) e do Instituto médico Legal (IML) do município de Altamira. Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados, usando a plataforma Excel. As frequências das variáveis foram calculadas como razões matemáticas simples e expressas sob a forma de números percentuais. Realizou-se análises estatísticas com o auxílio do programa BioEstat 5.0, as relações de associação dos grupos categóricos foram feitas por meio dos testes qui-quadrado ou teste exato de Fisher; e as análises de correlação foram realizadas por meio de testes de regressão logística; teste de Mann-Whitney ou teste ANOVA, sendo os resultados considerados significantes com a obtenção de $p < 0,05$. **Resultados:** Os dados fornecidos pelo IML entre os anos de 2015 a 2020 registraram 79 casos de suicídio no município de Altamira, desses 22 casos foram do sexo feminino e 57 do sexo masculino. Os dados da SESPA para esse mesmo período registraram 49 casos sendo 19 do sexo feminino e 30 do sexo masculino. Os dados do SIM contabilizaram 47 casos sendo 18 do sexo feminino e 30 do sexo masculino. A idade mínima dos casos de suicídio foi 10 anos, a máxima 78 anos e a média 32 anos. Aproximadamente, 94% dos casos de suicídio foram por enforcamento, 70% dos casos se concentraram entre os solteiros, cerca de 60% foram da raça parda, 42% estudaram de 8 a 11 anos e 32% de 4 a 7 anos de estudo. A análise de associação de variáveis categóricas idade ($p= 0,6441$), raça ($p = 0,4858$), estado civil ($p= 0,844$), escolaridade ($p=0,2237$) e gênero ($p=0,8746$) com o modo de suicídio não apresentou resultados estatisticamente significativos. A análise dos dados de suicídio mostrou que a tendência de aumento na frequência de suicídio no município de Altamira com valor de $p= 0,004$ e $R^2 = 0,8619$. **Conclusão:** Observou-se que a morte por suicídio continua crescendo no país e Altamira acompanha essa tendência. Há uma carência de programas governamentais que trabalhem efetivamente na prevenção do suicídio.

Palavras-chave: suicídio; saúde pública; epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: Suicide is characterized as a deliberated act by the individual himself, with the intention of carrying out self-extermination. It is one of the oldest themes related to health, reported in religious texts and in mythologies of ancient peoples. It represents a complex content, studied by several areas of knowledge. It has great relevance because it is a public health problem worldwide, which has high rates in Brazil; and growing trend in the northern region, with emphasis on Altamira. **Objectives:** The objective of the study is to characterize, through the analysis of secondary data, suicide cases in the city of Altamira-Pará, in the period from 2015 to 2020, as well as to identify risk factors and main methods used in suicide; to investigate possible associations between the casuistry of suicides and the epidemiological profile of the target population. **Methodology:** This is an observational, descriptive research, with a qualitative and quantitative approach. The group submitted to the study will consist of suicide victims living in the municipality of Altamira or adjacent municipalities who were notified through the Mortality Information System and / or the municipal Legal Medical Institute. As data collection instruments, information from the Mortality Information System (SIM), from the State Health Secretary of Pará (SESPA) and from the Legal Medical Institute (IML) of the municipality of Altamira will be used. The data obtained will be stored in a database, using the Excel platform. The frequencies of the variables will be calculated as simple mathematical ratios and expressed as percentage numbers. Analyzes will be performed based on the chi-square tests; Fisher's exact test; logistic regression test; two-tailed Mann-Whitney test; one-tailed ANOVA test and the Kruskal-Wallis test. The data will be analyzed and the calculations will be made with the aid of the BioEstat 5.0 program. **Results:** The data provided by the IML between the years 2015 to 2020 were registered 79 cases of suicide in the city of Altamira, of these 22 cases were female and 57 male. Regarding SESPA data for the same period, 49 cases were registered, 19 females and 30 males. SIM data for the years 2015 to 2020 accounted for 47 cases, 18 females and 30 males. The minimum age of suicide cases was 10 years, the maximum 78 years and the average 32 years. Approximately 94% of the suicide cases were by hanging, 70% of the cases were concentrated among singles, around 60% were of the brown race, 42% studied from 8 to 11 years and 32% from 4 to 7 years of study. The analysis of association of categorical variables age ($p=0.06441$), race ($p=0.4858$), marital status ($p=0.844$), education ($p=0.2237$) and gender ($p=0.8746$) with the suicide mode did not show statistically significant results. The analysis of suicide data according to IML showed that the tendency for an increase in the frequency of suicide in the municipality of Altamira is statistically significant, with $p\text{-value} = 0.004$ and $R^2 = 0.8619$. **Conclusion:** It was observed that death by suicide continues to grow in the country and Altamira follows this trend. There is a lack of government programs that work effectively in suicide prevention.

Keywords: suicide; public health; epidemiology

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	HISTÓRICO E DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO	9
1.2	SUICÍDIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	11
1.3	SUICÍDIO E TRANSTORNOS DO HUMOR	12
1.4	PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO SUICÍDIO	Error!
	Bookmark not defined.	
1.5	ASPECTOS DA EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO....	Error! Bookmark not defined.5
1.5.1	No mundo.....	Error! Bookmark not defined.5
1.5.2	No Brasil.....	16
1.5.3	Na região Norte.....	Error! Bookmark not defined.
1.6	OBJETIVOS.....	Err
	or! Bookmark not defined.	
1.6.1	Objetivo Geral	Error! Bookmark not defined.
1.6.2	Objetivos específicos.....	Error! Bookmark not defined.
2	MATERIAL E MÉTODOS.....	19
2.1	TIPO DE ESTUDO	19
2.2	POPULAÇÃO ALVO E LOCAL DE ESTUDO.....	19
2.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	19
2.4	ANÁLISE DE DADOS	19
2.5	ASPECTOS ÉTICOS	20
3	RESULTADOS.....	21
3.1	IML.....	21
3.1.1	Relação entre o modo de suicídio e sexo.....	23
3.1.2	Faixa etária e suicídio.....	23
3.1.3	Faixa etária e modo de suicídio.....	23
3.1.4	Análise descritiva.....	23
3.1.5	Tendência de suicídio no município de Altamira.....	23
3.2	SESPA.....	25
3.3	SIM.....	27
3.3.1	Análise estatística.....	31
3.4	DIVERGÊNCIAS ENTRE OS RESULTADOS.....	31
4	DISCUSSÃO.....	33
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRICO E DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO

Sabe-se que o suicídio, segundo Berlote (2017), é de conhecimento da humanidade desde seus princípios, isso pode ser comprovado pelos registros que se tem em quase todos os antigos livros sagrados (a Bíblia, o *Mahabharata*, o *Gilgamesh* etc.) e classicamente as mitologias da maioria dos povos antigos possuem relatos de suicídio. Esses textos mesmo que diretamente não verbalizaram um termo para indicar a morte autoinfligida, acredita-se, no entanto, que esse comportamento muitas vezes foi apresentado de maneira heroica, cometido por um deus, por um ser mítico, para salvar seu povo ou para se safar de uma situação sem saída.

Em meados do século XVII em diante, de acordo com Berlote (2017), o suicídio já começava a ser visto como um sério problema sendo comparado a uma patologia que acometia a sociedade. Segundo Ribeiro (2018), o reconhecimento do suicídio como fenômeno social vem desde o século XVIII considerando um cenário em que engloba aspectos históricos, sociológicos, econômicos e filosóficos. A partir do século XIX, psiquiatras renomados como Philippe Pinel, Esquirol e Sigmund Freud descreveram que o suicídio era ocasionado por algum transtorno mental fazendo parte, assim, do domínio da psicopatologia. No final do século XIX, Émile Durkheim propôs que o suicídio era um fenômeno predominantemente sociológico e isso posteriormente foi reafirmado por Marx (BERLOTE, 2017).

Atualmente, a Organização mundial da saúde enquadra o suicídio como um grave problema de saúde pública que atinge todos os países. Nesse contexto os países foram orientados que quando ocorrer um óbito por suicídio não se use a expressão “cometeu suicídio”, pois isso de certa forma acaba sendo visto como uma ação criminosa, portanto, é preferível o uso da expressão “morreu por suicídio” (OMS, 2019).

Em se tratando do conceito de suicídio, o termo suicídio, teve origem no latim “*accidere*”, que provém do verbo transitivo *occido-cidi-cisum* que se traduz em termos como: cortar, esmigalhar, dividir em muitas partes, ferir mortalmente. O suicídio é definido como um ato deliberado efetuado pelo próprio indivíduo, que tem como objetivo final a morte, de causa multifatorial sendo considerado um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com o propósito de provocar a morte ou com a expectativa desse desfecho (KALINA E KOVADLOFF, 1981).

Para a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), o suicídio é definido como um ato executado pelo próprio indivíduo que tem como intenção provocar a morte, dando fim a um

sofrimento que perturba a mente, inclui-se também nesse contexto o que rotineiramente é observado como comportamento suicida, o qual envolve os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio.

O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: I. Ameaças de suicídio que compreende alguns comportamentos indicativos de que a pessoa tem a possibilidade de suicídio, como por exemplo, os suicidas podem verbalizar que não ficarão por muito tempo nesse plano terrestre, começam a se desfazer de objetos preferidos ou revisar testamento; II Tentativas de suicídio que se refere a qualquer ação cometida pela pessoa que se não for interrompida culminará com a morte; III. Suicídio que ocorre após os sinais de advertências serem despercebidos ou ignorados. Geralmente as pessoas que tentam o suicídio não querem provocar sua morte, no entanto isso acaba acontecendo quando os sinais não são descobertos a tempo (STUART E LARAIA 2002).

De acordo com Werlang (2013), o comportamento suicida engloba uma situação de pessoas que ameaçam tirar sua vida, mas não logram efetivação. Pode-se dizer que o comportamento suicida é uma tragédia pessoal e familiar. É difícil entender o que levou um determinado indivíduo decidir cometer suicídio, enquanto outras pessoas na mesma situação não o fazem. Considerando as experiências clínicas e experiências baseadas em pesquisas há grande complexidade para compreender o comportamento suicida, são um conjunto de fatores que ajudam a compreender a situação de vida e o sofrimento que essa pessoa carrega.

Portanto, o suicídio é uma manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, uma saída para livrar-se da dor de existir. Por essa razão considera-se o suicídio uma carta na manga, isto é, aquilo de que o sujeito pode dispor quando a vida lhe parecer insuportável (RIGO, 2013). Ainda segundo Rigo (2013), o suicídio é impregnado de tabus religiosos e morais, diante disso é preciso enfrentar não apenas os obstáculos clínicos com o paciente, mas também terá de lidar com o desconhecimento do fenômeno e o despreparo emocional tanto dos familiares quanto da equipe de saúde.

Dessa maneira, é crucial falar sobre suicídio e estudar o tema, pois por se tratar de um grave problema de saúde pública é necessário a busca constante de estratégias em nível de Atenção Primária a Saúde com intuito de prevenir eventos trágicos como a morte por suicídio. Os suicídios são evitáveis e existem medidas que podem ser tomadas entre a população, grupos populacionais e indivíduos para prevenir o suicídio e as tentativas de suicídio (OMS, 2019).

1.2 SUICÍDIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase em que surgem os momentos de tomadas de decisões sobre direções concretas importantes na vida, por exemplo, escola, situação de vida, grupo de pares, etc. Além disso, é inevitável o enfrentamento de novos desafios no que diz respeito à construção de sua própria identidade, desenvolver a autoestima, adquirir cada vez mais independência, responsabilidade, construir novos relacionamentos íntimos (BILSEN, 2018).

Desse modo, conforme Xavier (2015), os adolescentes ficam sujeitos a processos psicológicos e físicos contínuos e mutáveis. Muitas vezes suas expectativas elevadas são confrontadas por parentes, pela sociedade ou por colegas. Essa situação de alguma forma acaba gerando impressão de desamparo, insegurança, estresse e uma sensação de perda de controle.

Segundo Bilsen (2018), os jovens por sua natureza são vulneráveis a problemas de saúde mental, especialmente na adolescência, por estarem passando por mudanças e transições de um estado para outro, em vários domínios ao mesmo tempo e isso pode ser, provavelmente, considerado como um fator predisponente para o ato do suicídio.

Em relação aos jovens adultos, Sobrinho e Campos (2016), confirmam a existência de uma forte associação entre depressão e suicídio, ressaltando que o início da vida adulta pode ser considerado um momento de crise, como consequência das alterações vivenciadas e pela importância de assumir novas tarefas e novas responsabilidades, sendo assim é imprescindível que nesse grupo seja observado sinais que podem culminar com o suicídio. É importante ressaltar que, a ideação suicida, que são os pensamentos sobre desejar tirar a própria vida, é um indicador de fundamental importância em relação ao risco de suicídio. Ao analisar crianças, é perceptível que a ideação é menos comum, podendo ter a ausência do planejamento de executar a própria morte (SILVA, 2019).

Na adolescência, existem particularidades que aumentam o risco de suicídio: transtornos biopsicossociais; comportamento depressivo e impulsivo; recrudescimento de distúrbios mentais; isolamento social; consumo de bebidas alcoólicas, etc. (BAHIA *et al*, 2020). Além desses, também representam fatores de risco para o suicídio jogos de asfixia, conflitos com colegas, término de relacionamentos amorosos; bullying; mau desempenho escolar; estrutura familiar enfraquecida, entre outros (SILVA, 2019).

Como importante fator de risco, que merece destaque, para o suicídio de crianças e adolescentes é o conflito familiar entre pai e mãe, o qual é mais frequente quando comparado ao risco em adultos. (LEMOS; SALLES, 2015).

Nos casos de suicídio entre crianças e adolescentes, o Estado do Pará ocupa a segunda posição na região Norte, permanecendo atrás somente do Estado Amazonense. No Pará, a incidência de suicídios na mesma faixa etária é maior em Belém. Ainda nessa faixa etária, os casos mais prevalentes de suicídio no Pará situam-se entre o sexo masculino; entre jovens de cor parda (BATISTA; ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2016).

Em relação aos métodos utilizados para o ato do suicídio a forma mais prevalente, entre os meninos, foi o enforcamento (80% do total dos casos). No caso das meninas, os mais comuns foram a intoxicação por uso de medicamentos, afogamento e uso de objetos cortantes. Também foram relatadas: lesões intencionais por disparo de arma de fogo; precipitação por lugar elevado; impacto de veículo motorizado; permanência diante de objeto em movimento, etc. (BATISTA *et al*, 2016).

1.3 SUICÍDIO E TRANSTORNOS DO HUMOR

Os transtornos de humor são um resultado da relação entre fatores biológicos e ambientais. Uma pesquisa demonstrou correlação positiva entre eventos vitais estressores e ocorrências de alterações de humor em indivíduos com depressão, distímia e transtorno bipolar. Esses transtornos de humor refletem elevada prevalência em indivíduos acima de 18 anos, sendo mais comuns o transtorno de humor e a depressão (JANSEN *et al*, 2014).

Acredita-se existir grande relação entre a conduta suicida e os transtornos psiquiátricos (VASCONCELOS; LÔBO; NETO, 2015). Os transtornos mentais que estão mais relacionados com o autoextermínio são: depressão; transtorno de humor bipolar; esquizofrenia; alcoolismo e outras drogas psicoativas, entre outros (BOTEGA, 2014). Ramôa *et al* (2017), também enfatiza que os principais diagnósticos psiquiátricos associados ao suicídio são as perturbações do humor – tendo como destaque a depressão; a esquizofrenia; o uso de substâncias de abuso e os distúrbios de personalidade.

AMARAL *et al* (2020), defende que a depressão está entre os principais fatores de risco envolvidos com o suicídio. Sabe-se que existem dificuldades para o diagnóstico médico da depressão, tendo em vista que somente 34% dos indivíduos depressivos buscam ajuda

especializada. Além disso, deve haver uma atenção para outras doenças que podem aumentar o risco para o suicídio, como o déficit de atenção com hiperatividade e o transtorno comportamental, os quais estão inseridos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Comparado ao adulto, o adolescente apresenta maior prevalência de sofrimentos psíquicos relacionados à depressão, a qual é vista como a situação clínica mais relacionada com o suicídio. Entre as razões que dificultam a conduta médica para a solução dessa condição psiquiátrica que envolve a depressão e o suicídio estão o baixo suporte familiar e a fragilidade atual das redes de apoio à saúde mental (ROSSI *et al*, 2019).

Em um estudo realizado com 954 pacientes, os quais foram acompanhados durante o período de 10 anos, foram registrados 32 casos de suicídios, os quais estavam fortemente correlacionados com os sintomas de ansiedade. No caso dos pacientes com a associação entre transtorno bipolar e ansiedade, 62% alegaram ter cometido a tentativa de suicídio (VASCONCELOS; LÔBO; NETO, 2015).

Ao avaliar os transtornos de ansiedade generalizada (TAG), os quais apresentam elevada correlação com transtornos de humor, foi observado que o risco de suicídio nessa população é de 54,8% - o que corresponde a um risco quatro vezes superior de autoextermínio, quando comparado a indivíduos sem TAG. Quando existe uma associação entre o transtorno de ansiedade generalizada e a depressão/distímia, o risco de suicídio torna-se seis vezes superior, quando comparado à população que não apresenta a correlação entre esses distúrbios psiquiátricos (VASCONCELOS; LÔBO; NETO, 2015).

Dessa maneira, consoante a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), os suicidas estão passando quase invariavelmente por uma doença mental que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere em seu livre arbítrio. Logo, a prevenção e o tratamento eficaz da doença mental tem sido visto como um dos pilares mais importante para evitar o suicídio, nessa situação de doença mental, após o tratamento, o desejo de se matar muito provavelmente desaparece.

1.4 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO SUICÍDIO

Apesar de ser um fenômeno subnotificado, o suicídio apresenta como principais fatores de risco questões sociodemográficas, psiquiátricas, psicossociais e os correlacionados ao

comportamento suicida, os quais se destacam como principais a tentativa prévia de suicídio e a existência de transtorno mental (PICARELLI; HUBNER; RODRIGUES, 2020). Outros fatores que podem influenciar o cometimento do suicídio, são relações hostis com amigos e familiares; bem como períodos longos de isolamento social; violência física; relações sexuais sem proteção e fugas de casa. Esses fatores são mais evidentes nos casos de suicídio entre jovens e adolescentes (KREUZ E ANTONIASSI, 2020).

É válido ressaltar também, como fatores de risco, as crises econômicas que assolam as famílias; agressão contra crianças; fácil acesso a meios letais; baixa qualidade na educação escolar; e difícil acesso a setores de saúde que trabalham com a prevenção e o tratamento de doenças mentais. (LE MOS; SALLES, 2015). Em contexto semelhante, a OMS descreve que o suicídio pode ser entendido como o fim de uma relação que envolve diferentes fatores como genéticos, biológicos, sociais, culturais, psicológicos e ambientais (KREUZ; ANTONIASSI, 2020).

Em relação aos aspectos psiquiátricos entende-se que a presença de um transtorno mental é identificada como um importante risco para o suicídio, assim como problemas financeiros e outras situações que podem precipitar suicídio, como o consumo excessivo de álcool e outras drogas, e a própria violência doméstica (GUNNELL *et al.*, 2020).

Em se tratando dos casos de suicídio entre idosos, uma análise de caso feita por Minayo; Teixeira e Martins (2016), observou-se que o tédio representou uma circunstância capaz de potencializar as tentativas de suicídio em um idoso. Relatos como “tempo sem nada para fazer”, “sentimento de inutilidade”, “sensação de que nada importa mais no mundo” e “tristeza sem fim numa vida sem sentido” foram explicações de insatisfações, as quais apenas poderiam ser solucionadas, na concepção do idoso, por meio do suicídio.

O suicídio também é relatado em populações indígenas, nas quais são descritos casos de suicídio associados a fatores de risco como pobreza, fatores culturais e históricos, desunião familiar, ausência de sentido de vida, insuficiência de terras, casos de suicídio em familiares, vulnerabilidade, entre outros (SOUZA *et al.*, 2020).

Dessa forma, o suicídio é um episódio multifatorial de alta complexidade e que, provavelmente, seu aumento está relacionado a diversos fatores dentre os quais destacam-se o medo, o isolamento, a solidão, a desesperança, o acesso reduzido a suporte comunitário, aliado à convivência com doenças e casos de suicídios na família. É um tema de grande importância

no contexto de saúde pública pois atinge todas as populações. (REGER, STANLEY & JOINER, 2020).

1.5 ASPECTOS DA EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), o suicídio se tornou um grave problema de saúde pública a nível mundial, sendo responsável por uma morte a cada 40 segundos, a Organização Pan-Americana da Saúde juntamente com a o OMS reconhece o suicídio e as tentativas de suicídio como prioridade na agenda global de saúde e assim buscam incentivar os países a desenvolverem ou reforçarem suas estratégias de prevenção ao suicídio.

No que se refere ao impacto gerado pelo suicídio em números, aproximadamente, seis a dez pessoas ficam afetadas profundamente. Nos anos de 2002 e 2012 cerca de 500 mil pessoas, no Brasil, “vestiram” o luto pela partida de um familiar vítima de suicídio, em um estudo desenvolvido pelos norte-americanos foi relatado que é bem maior a quantidade de pessoas que são sensibilizadas pelos suicídios, chegando a cerca de 135 pessoas. Com base nisso, nota-se a importância de se estudar o tema e conscientizar a sociedade para esse grave problema de saúde pública. (OMS, 2010),

1.5.1 No mundo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no ano de 2012 foram registrados em torno de 804 mil autoextermínios no mundo (PICARELLI; HUBNER; RODRIGUES, 2020). Desse total, 75% das mortes por suicídio ocorreram em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Nesse registro, também foi observado que a maior taxa de autoextermínio ocorre entre homens, em uma proporção de aproximadamente dois homens para cada uma mulher. O suicídio ocorre durante todo o curso de vida e foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo no ano de 2016 (BAHIA *et al*, 2017).

Os números associados ao autoextermínio no planeta são alarmantes. Ocorrem mais de 800 mil mortes autoprovocadas todos os anos. A taxa de mortalidade anual global por suicídio no ano de 2015 foi estimada em 10,7 por 100.000 indivíduos, com variações entre grupos de idade e países. Essas taxas diferenciam-se quando se trata das grandes regiões, há forte variação, desde o Mediterrâneo Leste (3,8), passando por África (8,8), as Américas (9,6) e Sudeste da Ásia (12,9) até a maior prevalência observada na Europa (14,1). Neste aspecto, a taxa brasileira de 6,3 situa-se bem abaixo da média global e das grandes regiões (WHO, 2016).

Entre os países destaca-se os Estados Unidos da América que – entre o período de 2006 a 2014 – ocorreu um aumento de aproximadamente 16% nos casos de suicídio (CORREIA *et al*, 2020). Existe uma estimativa de que em 2020 os números de suicídio alcancem 1,5 milhões (RAMÔA *et al*, 2017).

Por fim, a Organização Mundial da Saúde, conforme Kreuz e Antoniassi (2020), publicou em 2014 um relatório que analisou os dados epidemiológicos de 172 países nos anos de 2002 a 2012, foi verificado que o entre as três principais causas de morte em sujeitos de 15 a 44 anos de idade estava o suicídio e isso em valores reais é maior que o número de mortes nessa faixa etária por guerras mundiais.

1.5.2 No Brasil

No Brasil, os casos de suicídio devem ser registrados a partir de notificação compulsória em todo o território do país (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019). O Brasil encontra-se posicionado entre os 10 países com maiores taxas de suicídio no mundo (PICARELLI; HUBNER; RODRIGUES, 2020). Especificamente, o Brasil ocupa a oitava posição no mundo em números absolutos de suicídio, ocorrendo uma morte a cada 40 minutos no país.

Embora as estatísticas mostrem que a média mundial de suicídio permanece estável, existe um aumento preocupante no percentual de casos no Brasil no decorrer dos anos (KREUZ; ANTONIASSI, 2020). Na América Latina, o Brasil é o quarto país em elevação de casos de suicídio (BATISTA; ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2016).

No decorrer dos anos, o coeficiente de suicídio no Brasil tem aumentado. No ano de 2011, o número registrado de e autoextermínio foi de 5,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. Em 2016, esse coeficiente de mortalidade por suicídio aumentou para 6,5 mortes por 100 mil. Dentre as unidades federativas do Brasil, o Rio grande do Sul apresenta a taxa mais alta do país, com 11,0 óbitos por 100 mil habitantes em 2016 (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019).

Sabe-se que a faixa etária com maior registro de mortes por suicídio no Brasil fica em torno de 15 a 29 anos (BRASIL, 2018). O suicídio representa a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, sendo a segunda principal ocorrência de falecimento entre os estudantes universitários (FERNANDES *et al*, 2020).

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – no período de 1996 a 2015 – foi registrado um total de 172.051 suicídios. Dentre esse total, 52.388 casos foram

registrados entre jovens de 15 a 29 anos de idade, os quais correspondem a 30,5% da totalidade (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Conforme Silva (2019), foi feito um estudo realizado nas maiores cidades do Brasil nos anos de 2006 e a 2015 em que foi identificado que teve aumento de 24% nos suicídios entre os adolescentes e quanto às tentativas de autoextermínio no país, foram apontados 48.204 casos entre 2011 e 2016, sendo que 45,5% desses casos acometeram crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade, sendo a maioria (56,92%) do sexo feminino. Entre 2000 e 2008, 43 crianças de 0 a 9 anos cometeram suicídio. Nesse mesmo período, 6.547 crianças e adolescentes de 10 a 19 anos cometeram suicídio (LEMOS; SALLES, 2015).

O suicídio também tem atingido as populações indígenas, que é uma população correspondente a 0,4% do total de brasileiros. Foram registrados - de 2008 a 2012 - um total de suicídios correspondente a 1% do total dos casos no país. Em 2014, segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a taxa de suicídio entre os indígenas foi de 21,8 para cada 100 mil habitantes. (SOUZA *et al*, 2020).

1.5.3 Na região Norte

No período de 1996 a 2015, o Norte foi a região que apresentou menor número de casos de óbitos por suicídio, com 1714 mortes registradas. Entretanto, essa região brasileira apresenta uma tendência de suicídio crescente, o que demonstra um contraste com a região sul, que indica uma propensão de declínio nas suas taxas anuais de suicídio; e também com a região centro-oeste, que demonstra uma tendência estacionária no número de casos de autoextermínio (JÚNIOR *et al*, 2019).

Em 1996, a região Norte apresentou uma taxa de 2,6 suicídios para cada 100 mil habitantes; enquanto que no ano de 2015 essa relação aumentou para 5 autoextermínios para cada 100 mil habitantes. Esses dados demonstram alta oscilação no aumento progressivo de óbitos, quando comparado a outras regiões do Brasil (JÚNIOR *et al*, 2019).

No estado do Pará, ao analisar os anos de 2010 a 2013 – de acordo com o Departamento de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – a maioria dos suicídios (77,8%) entre jovens até 19 anos ocorreu em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos; seguido pela faixa etária de 10 a 14 anos, correspondendo a 20,74% das mortes; e 1,5% em crianças abaixo dos 10 anos de idade. (BATISTA *et al*, 2016).

Em relação à região do Xingu - Pará, de acordo com a Secretaria de Estado do Pará, no município de Altamira, foram registrados 90 casos de suicídio no período de 2006 até meados de 2020. De janeiro de 2020 até 27 de abril de 2020, 15 pessoas se suicidaram no município de Altamira, segundo o Centro de Perícias Científicas Renato Chaves, da Secretaria de Segurança Pública do Governo do Estado do Pará: 9 deles eram jovens entre os 11 e os 19 anos, uma tinha 26 anos e os outros cinco variavam dos 32 aos 78 anos (BRUM, 2020).

Segundo Brum (2020), a média no Brasil, de acordo com DataSus, é de 6 suicídios a cada 100.000 habitantes. Considerando que a população de Altamira está estimada em 115.000 habitantes isso significa que o número de mortes de 2020 coloca a cidade amazônica, em menos de quatro meses, com quase o triplo da média brasileira anual de suicídios.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo Geral

Caracterizar por meio da análise de dados secundários o perfil epidemiológico dos casos de suicídio no município de Altamira- Pará no período de 2015 a 2020.

1.6.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais fatores de risco para o suicídio no município de Altamira;
- Verificar os métodos mais utilizados para a prática do suicídio;
- Investigar possíveis associações entre a casuística de suicídios e o perfil epidemiológico da população alvo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo observacional, descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa para Mattar (2001), tem como fundamento a procura pela validação das hipóteses por meio de dados que são estruturados, estatísticos, analisados em números consideráveis de casos representativos, além de ter se ter um curso final para a ação quantificando os dados e tornado gerais os resultados do estudo para as partes interessadas.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO E LOCAL DE ESTUDO

O grupo submetido a estudo foi composto pelas vítimas de suicídio residentes no município de Altamira que foram notificadas por meio do Sistema de Informação sobre mortalidade, Secretária de Saúde do estado do Pará e/ou do Instituto Médico Legal municipal.

2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados serão obtidos do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), da Secretária de Saúde do estado do Pará (SESPA) e do Instituto médico Legal (IML) do município de Altamira.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados, usando a plataforma Excel (Microsoft Office 2019). As frequências das variáveis foram calculadas como razões matemáticas simples e expressas sob a forma de números percentuais. A análise das diferenças, quanto à incidência da variável suicídio entre os diferentes grupos de dados sociodemográficos foi feita tanto pelo teste do qui-quadrado (χ^2) como pelo teste exato de Fisher. As associações, quando possível, foram realizadas com o uso do teste de regressão logística, com os resultados expressos em Odds Ratio (ORs) e com intervalo de confiança de 95% (ICs).

A significância estatística entre dois grupos não paramétricos foi analisada com o uso de testes para dados não paramétricos, como o teste bi-caudal de Mann-Whitney, para a comparação de três grupos foi usado o teste ANOVA unicaudal para dados paramétricos e o

teste Kruskal-Wallis para dados não paramétricos. Os dados foram analisados e os cálculos feitos com o auxílio do programa BioEstat 5.0 (Ayres et al., 2007) e os resultados com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução CNS 510/2016, esclarece que as pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas e que não permitem a identificação individual não precisam ser avaliadas pelo sistema CEP/CONEP. Portanto, por esse trabalho utilizar dados secundários de domínio público sem identificação individual fica isento de submissão ao conselho de ética.

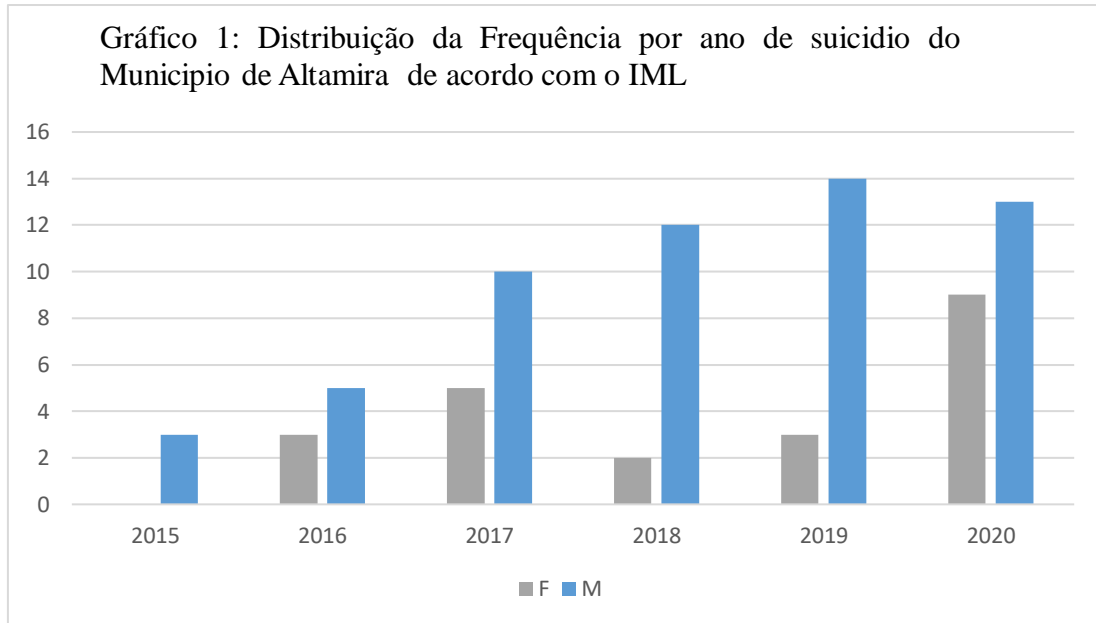
3 RESULTADOS

Os dados obtidos são referentes a três fontes, pois não existe até então um sistema único de cadastro dos casos dos suicídios, portanto coletou-se informações do IML, da SESPA e do SIM, todos referentes ao município de Altamira nos anos de 2015 a 2020.

3.1 IML

De acordo com os dados obtidos no Instituto de Medicina Legal do município de Altamira nos anos de 2015 a 2020 foi registrado 79 casos de suicídios no município de Altamira, sendo 22 do sexo feminino (22/79; 39%) e 57 do sexo masculino (57/79; 61%). A faixa etária mais prevalente entre o sexo feminino foi 10 a 19 anos (11/22; 50%), 20 a 29 anos (6/22; 27%) e 30 a 39 anos (5/22; 23%), não houve registro para o sexo feminino a partir dos 40 anos. No sexo masculino a faixa mais prevalente também foi entre 10 a 19 anos (11/57; 19%), entre 20 a 29 anos (17/57; 30%) e entre 30 a 39 anos (7/57; 12%) Porém, houve registro ainda de 40 a 49 anos (8/57; 14%), de 50 a 59 anos (7/57; 12%) , de 60 a 69 anos (6/57; 10%) e de 70 a 79 anos (1/57; 3%) .De forma geral 29% dos suicídios foram cometidos por pessoas na faixa etária de 20 a 29 anos (23/79) e 28% na faixa etária de 10 a 19 anos (22/79).

Referente ao método utilizado para cometer o suicídio no sexo feminino o enforcamento é o que mais prevalece (20/22; 91%) seguido de arma de fogo (1/22; 4,5%) e precipitação (1/22; 4,5%). No sexo masculino o enforcamento também é a principal causa sendo (55/57; 96%), seguido de (1/57; 2% por arma de fogo e 1/57; 2% precipitação. No total (75/79; 95%) dos suicídios tiveram como causa o enforcamento. Esses dados encontram-se detalhados na tabela 1 e o número de casos de suicídios por ano estão apresentados no gráfico 1:



Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 1: informações epidemiológicas dos casos de suicídios no município de Altamira/Pa registrados pelo IML dos anos de 2015 a 2020.

Variáveis	Total	F (n=22)	%	M (n=57)	%
Faixa etária					
10 a 19 anos	22	11	50%	11	50%
20 a 29 anos	23	6	26%	17	74%
30 a 39 anos	12	5	42%	7	58%
40 a 49 anos	8	0	0%	8	100%
50 a 59 anos	7	0	0%	7	100%
60 a 69 anos	6	0	0%	6	100%
70 a 79 anos	1	0	0%	1	100%
Causa do óbito					
Enforcamento	75	20	27%	55	73%
Arma de fogo	2	1	50%	1	50%
Precipitação de um lugar elevado	2	1	50%	1	50%

Fonte: elaborado pelos autores

3.1.1 Relação entre o modo de suicídio e sexo

Conforme os dados fornecidos pelo IML dos anos de 2015 a 2020 sobre os casos de suicídio no município de Altamira fez-se uma análise de Regressão logística simples por meio do programa BioEstat relacionado o modo de suicídio com o sexo. O resultado obtido foi $p = 0,56$, logo estatisticamente não existe uma correlação positiva entre o modo de suicídio e o sexo.

3.1.2 Faixa etária e suicídio

De acordo com os dados do IML dos anos de 2015 a 2020 sobre os casos de suicídio no município de Altamira foi feito com o programa BioEstat uma comparação entre as faixas etárias e o número de suicídio. A análise estatística revelou valor de $p < 0,0001$, sendo assim existe diferença em números proporcionais em relação as faixas etárias e os casos de suicídio, provavelmente os casos se concentram nas idades iniciais (10 anos a 32 anos).

3.1.3 Faixa etária e modo de suicídio

A análise feita pelo agrupamento de faixa etária e modo de suicídio demonstrou que não houve associação entre a variável categórica faixa etária agrupada em classe como o modo de suicídio ($p = 0,9033$).

3.1.4 Análise descritiva

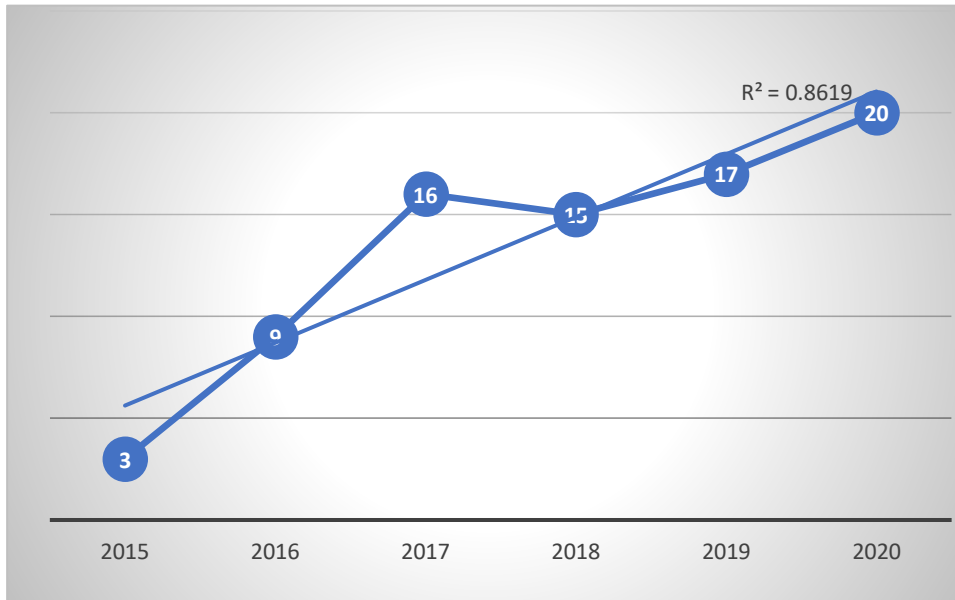
Com os dados disponibilizado pelo IML dos anos de 2015 a 2020 realizou-se uma análise descritiva através do programa BioEstat com os seguintes resultados: idade mínima dos casos de suicídio foi 10 anos, a média entre as idades foi de 32 anos e a idade máxima foi de 78 anos. O intervalo de confiança é 95% (25.247 a 38.905).

3.1.5 Tendência de suicídio no município de Altamira

A análise dos dados de suicídio segundo IML dos anos de 2015 a 2020 do município de Altamira mostrou que a tendência de aumento na frequência de suicídio no município é estatisticamente significativa com valor de $p = 0,004$ e $R^2 = 0.8619$. Isso pode ser observado nos

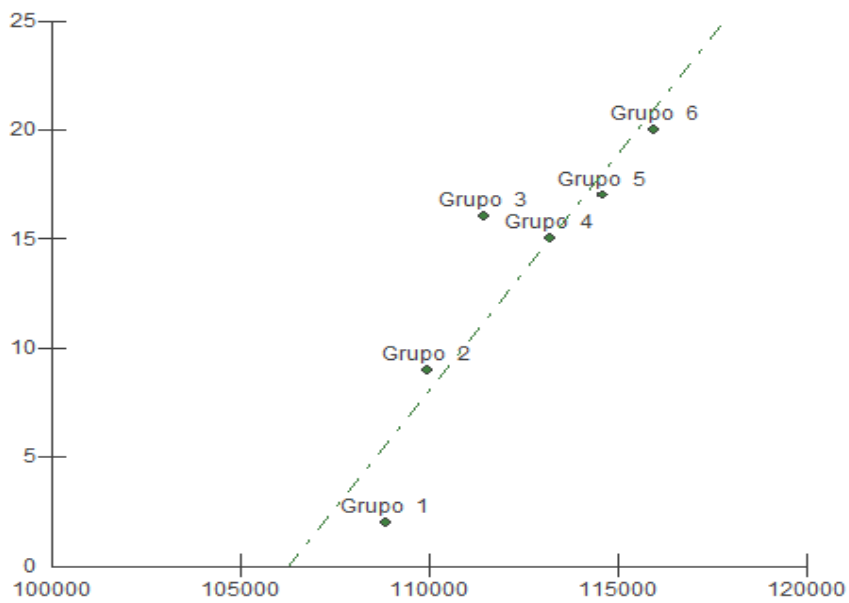
gráficos abaixo. O gráfico 3 os grupos de 1 a 6 significam respectivamente os anos de 2015 a 2020.

Gráfico 2: Tendência dos casos de suicídio no Município de Altamira



Fonte: elaborado pelos autores

Gráfico 3: Frequência de suicídio de acordo com o ano



Fonte: elaborado pelos autores

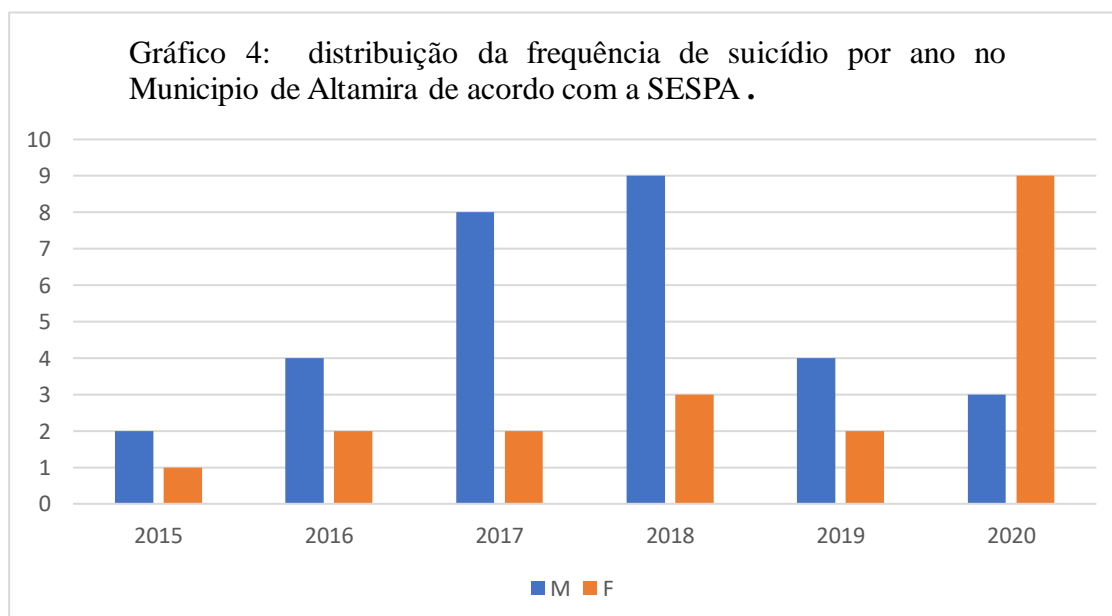
3.2 SESPA

De acordo com os dados na Secretaria de Saúde do Estado do Pará, foram registrados junto à secretaria entre os anos de 2015 a 2020: 49 casos de suicídios no município de Altamira, sendo 19 do sexo feminino (39%) e 30 do sexo masculino (61%). Quanto a faixa etária de 10 a 19 anos foram 17/49 casos (35%), de 20 a 29 anos 12/49 casos (25%), de 30 a 39 anos 8 /49casos (16%), de 40 a 49 anos 3/49 casos (6%), de 50 a 59 anos 4/49 casos (8%), 60 a 69 anos 4/49 casos (8%), de 70 a 79 anos não houve registro, de 80 a 89 anos houve 1/49 caso (2%). Os dados da SESPA não disponibilizam informações da faixa etária de acordo com o sexo.

Com relação a escolaridade foi registrado 1/49 caso (2%) para analfabeto, da 1ª a 4ª série foram 9/49 casos (18%), da 5ª a 8ª série 17/49 casos (35%), Ensino médio 16/49 casos (33%), Ensino superior incompleto 1/49 caso (2%), Ensino superior completo 3/49 casos (6%), não informado 2/49 casos (4%). Esses dados também não foram distribuídos de acordo com o sexo.

Referente ao estado civil 34/49 (70%) casos foram registrados entre os solteiros, 7/49 (14%) casos entre os casados, 2/49 (4%) entre viúvos, 5/49 (10%) entre os que possuíam união estável, 1 /49(2%) não informado.

Em se tratando da raça 15/49 (31%) casos ocorreram entre os brancos, 4/49 (8%) entre os negros 29/49 (59%) entre pardos e 1/49 (2%) entre indígena. Abaixo encontram-se o número de suicídio de acordo com o ano (gráfico 2) e as informações epidemiológicas descritas a cima (tabela 2):



Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 2: informações epidemiológicas dos casos de suicídios no município de Altamira/Pa registrados pela SESPA dos anos de 2015 a 2020

Variáveis	Total (n=49)	%
Escolaridade		
Nenhuma	1	2%
Fundamental 1 (1ª a 4ª série)	9	18%
Fundamental 2 (5ª a 8ª série)	17	35%
Ensino Médio	16	33%
Ensino superior incompleto	1	2%
Ensino superior completo	3	6%
Não informado	2	4%
Estado civil		
Solteiro	34	70%
Casado	7	14%
Viúvo	2	4%
União estável	5	10%
Não informado	1	2%
Faixa etária		
10 a 19 anos	17	35%
20 a 29 anos	12	25%
30 a 39 anos	8	16%
40 a 49 anos	3	6%
50 a 59 anos	4	8%
60 a 69 anos	4	8%
70 a 79 anos	0	0%
80 a 89 anos	1	2%
Raça		
Branca	15	31%
Negra	4	8%
Parda	29	59%
Indígena	1	2%

Fonte: elaborado pelos autores

3.3 SIM

De acordo com os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade foi registrado 47 casos de suicídio no Município de Altamira entre os anos de 2015 a 2020. Desses 18 (38%) foram do sexo feminino e 29 (62%) do sexo masculino.

Quanto a faixa etária do sexo feminino de 10 a 19 anos tiveram (10/18; 55%) casos, de 20 a 29 anos (3/18; 17%) casos, de 30 a 39 anos (4/18; 22%) casos, não houve casos entre 40 e 49 anos, de 50 a 59 anos (1/18 ;6%) caso, a partir dos 59 anos não houve registro de casos.

Em relação a faixa etária do sexo masculino entre 10 a 19 anos tiveram (6/29; 21%) casos, de 20 a 29 anos (7 /29; 24%), de 30 a 39 anos (3/29; 10%) casos, de 40 a 49 anos (4/29; 14%) casos, de 50 a 59 anos (3/29; 10%) casos, de 60 a 69 anos (5/29; 17%), entre 70 a 79 anos não houve casos, de 80 a 89 anos (1/29; 3%) caso.

Em se tratando de escolaridade no sexo feminino entre 1 a 3 anos de estudo tiveram (1/18; 5%) de casos, entre 4 a 7 anos de estudo (5 /18; 28%) de casos, entre 8 a 11 anos de estudo (9/18; 50%) de casos, de 12 anos e mais de estudo (3/18;17%) dos casos. Quanto ao sexo masculino de 1 a 3 anos de estudo (6/29; 21%) dos casos, de 4 a 7 nos de estudo (10/29; 35%) dos casos, de 8 a 11 anos de estudo (11/29; 38%), dos casos e 12 anos ou mais de estudo (1/29; 3%) dos casos, (1/29; 3%) caso sem escolaridade.

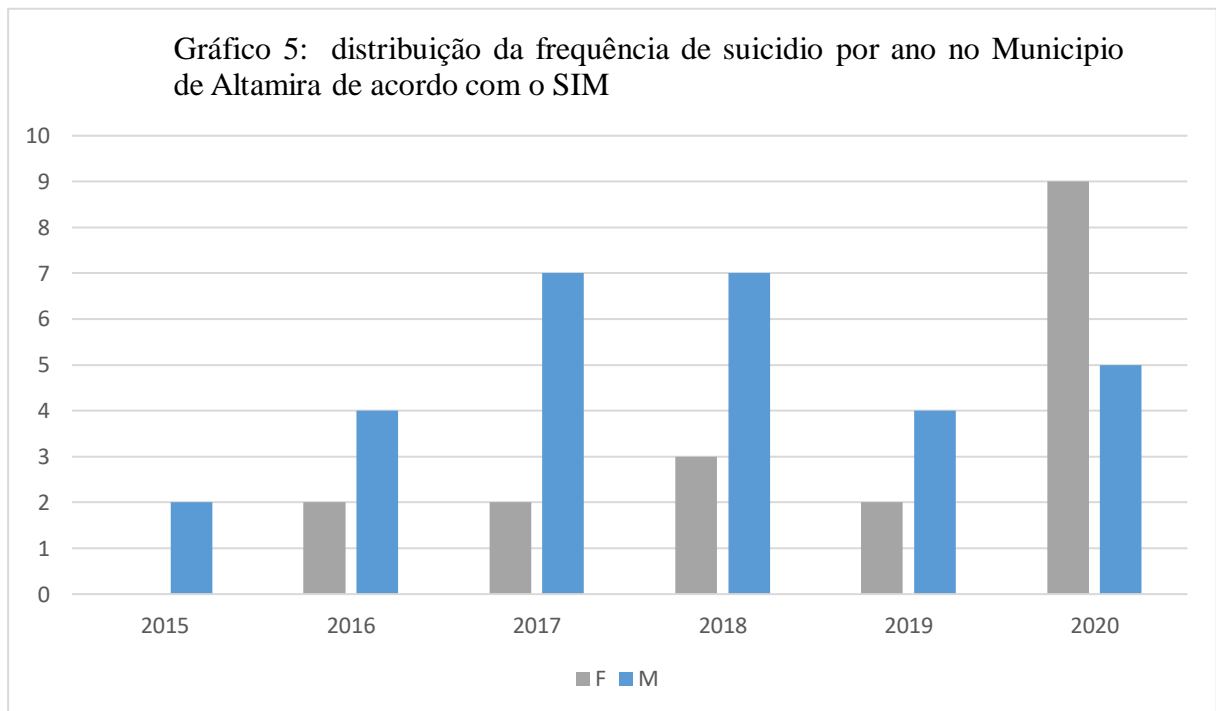
A forma como foi cometido o suicídio teve como principal causa o enforcamento em que se registrou (15/18; 83%) entre o sexo feminino e (25/29; 86%) de casos entra o sexo masculino. Houve ainda por arma de fogo (2/18; 11%) entre o sexo feminino, 2/29; 7%) de casos entre o sexo masculino. Outra causa é a precipitação de um lugar elevado em que ocorreu (1/18; 6%) caso entre o sexo feminino e (2/29; 7%) casos entre o sexo masculino.

Quanto ao estado civil tiveram entre o sexo feminino (14/18; 78%) casos entre solteiras, (3/18; 17%) entre as casadas, nenhum registro de casos entre viúvas e divorciadas, (1/18; 5%) caso ignorado. Entre o sexo masculino houve (17/29; 59%) casos entre os solteiros, (6/29; 21%) casos entre os casados, (2/29; 7%) casos entre viúvos, (1/29; 3%) casos entre divorciados e (3/29; 10%) casos ignorados.

Conforme a raça no sexo feminino houve (5/18; 28%) casos entre brancas, (1/18; 5%) casos entre pretas, (12/18; 67%) casos entre pardas, zero caso entre indígenas. Já no sexo masculino houve (9 /29; 31%) casos entre brancos, (3/29; 10%) casos entre pretos, 16/29; 55%) casos entre pardos e (1/29; 3%) casos entre indígenas.

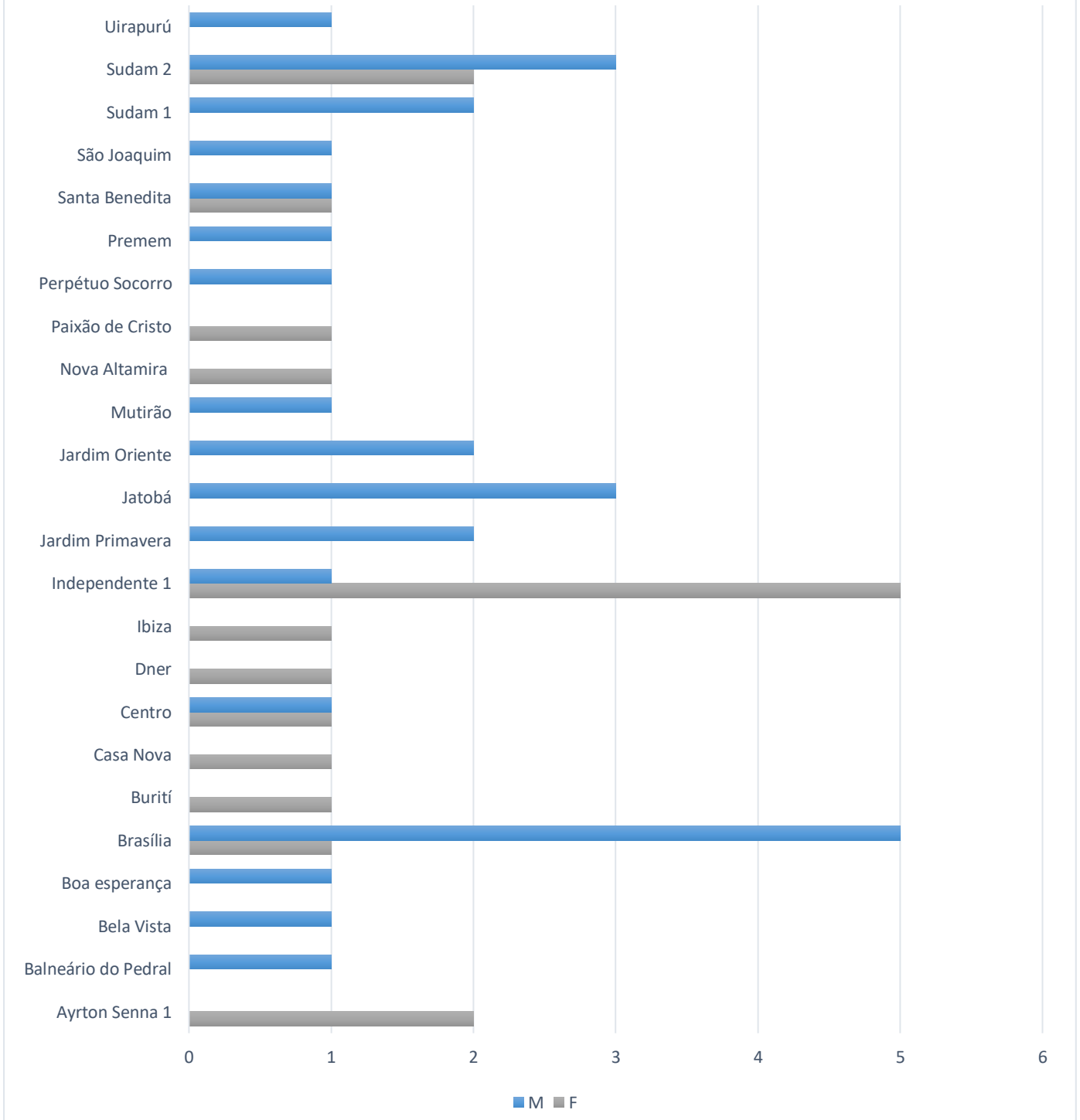
Em relação aos Bairros onde residiam as pessoas que cometeram suicídio no ano de 2015 a 2020 destaca-se os Bairros: Brasília, independente 1, Sudam I, Sudam II e Jatobá. No Bairro da Brasília houve entre o sexo feminino (1/18; 5%) caso e (5/29; 17%) entre o sexo masculino, no Bairro Independente I houve (5/18; 28%) de casos entre o sexo feminino e (1/29; 3%) caso entre o sexo masculino, no Bairro Sudam I houve (2/29; 7%) casos entre o sexo masculino, no Bairro Sudam II houve (2/18; 11%) de casos entre o sexo feminino e (3/29; 10%) casos entre o sexo masculino e no Bairro Jatobá houve (3/29; 10%) entra o sexo masculino.

Abaixo na tabela 3 estão descritos esses dados epidemiológicos, no gráfico 3 encontram-se os registros de suicídio de acordo com o ano e no gráfico 4 os bairros onde residiam as pessoas que cometeram suicídio:



Fonte: elaborado pelos autores

Gráfico 06: Bairros do município de Altamira onde residiam as pessoas que cometeram suicídio de acordo com o SIM no período de 2015 a 2020



Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 3: informações epidemiológicas dos casos de suicídios no município de Altamira/Pa registrados pelo SIM dos anos de 2015 a 2020

Variáveis	Total	F (n=18)	%	M (n=29)	%
Escolaridade					
Nenhum	1	0	0%	1	100%
1 a 3 anos	7	1	14%	6	86%
4 a 7 anos	15	5	33%	10	67%
8 a 11 anos	20	9	45%	11	55%
12 e+	4	3	75%	1	25%
Estado Civil					
Solteiro	31	14	45%	17	55%
Casado	9	3	33%	6	67%
Viúvo	2	0	0%	2	100%
Divorciado	1	0	0%	1	100%
Ignorado	4	1	25%	3	75%
Raça					
Branca	14	5	36%	9	64%
Parda	4	1	25%	3	75%
Amarela	0	0	0%	0	0%
Parda	28	12	43%	16	57%
Indígena	1	0		1	100%
Faixa etária					
10 a 19 anos	16	10	62%	6	38%
20 a 29 anos	10	3	30%	7	70%
30 a 39 anos	7	4	57%	3	43%
40 a 49 anos	4	0	0%	4	100%
50 a 59 anos	4	1	25%	3	75%
60 a 69 anos	5	0	0%	5	100%
70 a 79 anos	0	0	0%	0	0%
80 a 89 anos	1	0	0%	1	100%
Modo de suicídio					
Enforcamento	40	15	37%	25	63%

Arma de fogo	4	2	50%	2	50%
Precipitação de um lugar elevado	3	1	33%	2	67%

Fonte: elaborado pelos autores

3.3.1 Análise estatística

Por meio do Teste G foi feita uma análise com os dados de suicídio coletados da SESPA dos anos de 2015 a 2020 associando o modo de suicídio com as variáveis categóricas idade (agrupadas em classe), raça, estado civil, escolaridade e gênero. Como resultado não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o modo de suicídio com a idade, raça, estado civil, escolaridade e gênero (valor de p respectivamente foi 0,6441; 0,4858; 0,8444; 0,2237; 0,8746)

3.4 DIVERGÊNCIAS ENTRE OS RESULTADOS

Os dados obtidos sobre o registro dos casos de suicídio são divergentes conforme as fontes consultadas. Isso pode ser observado na tabela 4 abaixo:

Tabela 4: Comparação entre os registros de casos de suicídio no município de Altamira nos anos de 2015 a 2020 pelo SIM, IML e pela SESPA

Variáveis	IML	SESPA	SIM
Ano			
2015			
Total	3	3	2
Sexo			
Feminino	0	1	0
Masculino	3	2	2
2016			
Total	8	6	6
Sexo			
Feminino	3	2	2
Masculino	5	4	4
2017			
Total	15	10	9
Sexo			
Feminino	5	2	2
Masculino	10	8	7

2018			
Total	14	12	10
Sexo			
Feminino	2	3	3
Masculino	12	9	7
2019			
Total	17	6	6
Sexo			
Feminino	3	2	2
Masculino	14	4	4
2020			
Total	22	12	14
Sexo			
Feminino	9	9	9
Masculino	13	3	5

Fonte: elaborado pelos autores

4 DISCUSSÃO

O resultado desse estudo mostrou que o número total de casos de suicídio no município de Altamira segundo o IML dos anos de 2015 a 2020 foi de 79 casos. No entanto, durante a coleta de dados foi necessário buscar outras fontes de registros desses casos, pois nas informações do IML, por exemplo, faltam variáveis categóricas que são importantes quando se pensa em traçar um perfil epidemiológico. Além disso há divergências entre as fontes quanto aos casos de suicídio registrados nos anos de 2015 a 2020.

O presente trabalho confrontou os números absolutos de dados provenientes dos registros oficiais do IML, SIM e SESPA. Ao confrontar esses dados foi observado que há possíveis lacunas nos registros dos casos de suicídio no município. As discordâncias observadas foram: em 2018 o IML registrou 14 casos de suicídio enquanto o SIM 10 casos, em 2019 o IML registrou 19 casos de suicídio, o SIM 6 e a SESPA 6. No ano de 2020 o IML registrou 22 casos enquanto o SIM 14 e a SESPA 12. Com isso, observa-se que os dados do IML são divergentes. Esses achados sugerem que há uma necessidade de melhor apurar as informações desses registros aliados ao fato de que essa diferença revela, possivelmente, subnotificação de casos de suicídio no município. Cabe ressaltar ainda, que, provavelmente, muitos outros casos não sejam notificados por aspectos envolvendo estigmas sociais e familiares no sentido de não dar publicidade à fatalidade.

Apesar da possibilidade de subnotificação de casos no município, sabe-se que mundialmente ocorre a subnotificação de casos de suicídio. E isso ocorre por dois motivos. Primeiro, pela insuficiente capacidade dos sistemas de registro dos países de baixa e média renda. E, segundo, pelo estigma e criminalização, que levam as pessoas a manterem em segredo seus pensamentos suicidas e as famílias a esconderem quando ele de fato ocorre (OMS, 2019).

De acordo com Botega (2014), os dados que derivam do SIM costumam estar subestimados e que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao fazer comparação entre suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros em 2015, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro).

Em se tratando das divergências entre os dados um estudo feito por Costa *et al* (2020) na cidade de Itabuna comparou os registros de suicídio dos anos de 2010 a 2012 entre o IML e DataSUS. No ano de 2010 o IML registrou 16 casos e o DataSUS 13. Esse aumento

transformaria a taxa de 6,37 suicídios por 100.000 habitantes de Itabuna em 2010 para 7,84. No ano de 2012 foram registrados 12 casos pelo IML enquanto pelo DataSUS apenas 8 o que elevaria a taxa de 3,92 para 5,88 suicídios por 100.000 habitantes.

Desse modo, é possível afirmar que a inexistência de um sistema nacional que efetivamente integre dados das vítimas da violência autoprovocada, aliada à falta de envolvimento no fornecimento dos dados pela não realização da notificação compulsória por todos os profissionais da saúde traduz a ineficiência e falta de vontade relacionada a um grave problema de saúde pública que é o suicídio, sendo que os casos de suicídio seguem apresentando incidência em ascensão (MARCOLAN e SILVA, 2019).

Os dados coletados nesse estudo mostraram que os casos de suicídio no município de Altamira se concentram na faixa etária entre 10 a 32 anos. A média da idade ficou encontrada foi de 32 anos. Esses valores não diferem do resto do país, pois o boletim epidemiológico de suicídio no Brasil dos anos de 2011 a 2017 segundo o Ministério Saúde (2019) constatou que entre 2011 e 2017 houve aumento no número de óbitos por suicídio entre os jovens de 15 a 29 anos. Uma pesquisa feita por Pereira *et al* (2020) sobre a mortalidade por suicídio no estado do Pará dos 1996 a 2018 mostrou que a faixa etária predominantes foi entre 15 e 34 anos

Mata, Daltro e Ponde (2020), realizaram um estudo do perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015 e em sua análise da faixa etária observou-se que a população que mais cometeu suicídio no período estudado foram os adultos jovens (20-39 anos), os quais perfizeram 43,6% do total de óbitos. Outro estudo feito por Moreira *et al* (2017), em que foi analisado os aspectos epidemiológicos dos óbitos por suicídio houve o registro 22 óbitos por suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos; 34 casos de 20 a 29 anos; 24 de 30 a 39 anos, sendo assim o maior número de caso fica entre as faixas de 10 a 39 anos. Carvalho *et al* (2020), realizou uma pesquisa referente ao perfil de suicídios no município de Marabá-PA, entre 2015 e 2019, constatou que a média da idade dos que cometeram suicídio foi 36,5. Esses estudos em conjunto corroboram a informação de que os adultos jovens são a faixa mais acometidas pelo suicídio.

Esses números de casos de suicídio nessas faixas etárias segundo Lovisi (2018), podem estar relacionados a uma situação profissional desfavorável como desemprego, capacitação insuficiente, aumento da competitividade no mercado de trabalho, aumento do consumo de

drogas, assim como práticas impulsivas de automutilação, que os tornam particularmente vulneráveis a sofrimento psíquico e ao risco de suicídio.

Além disso, na fase de transição da vida jovem para a adulta, forma um ciclo vital marcada por vários eventos, tais como: autorresponsabilidade, pelo fato de a maioria já terem deixado as casas dos pais, a carreira profissional, desafios e conquistas dentro da vida pessoal e do mercado de trabalho, podem ser indicadas na associação da insegurança, do medo e da ansiedade, conseqüentemente aumentando o risco de suicídio nessa fase de vida (VASCONCELOS, *et al*, 2016). De acordo com Turecki (2001), o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar, por precipitarem situações de pobreza econômica, podem predispor ao suicídio de forma direta ou indireta, aumentando os níveis de ansiedade dos indivíduos susceptíveis frente à possibilidade de perderem a renda.

Em relação ao município de Altamira os adultos jovens e adolescentes que tiram a própria vida converteram-se de crianças em adolescentes durante o controverso e conflituoso processo de construção de Belo Monte, em que a cidade se transfigurou, assim como a vida de suas famílias. “Belo Monte fez uma propaganda de que ia chegar o desenvolvimento e tudo ia melhorar na cidade: muitos empregos, hospital, escolas. Mas o que Belo Monte trouxe para a infância e a juventude foi o crime e a proliferação de drogas. Os jovens perderam seus espaços de lazer e suas praias, as famílias perderam os bicos que faziam e a possibilidade de pescar. Sem perspectivas e sem políticas públicas, têm o suicídio (BRUM, 2020).

Portanto, o aumento nos coeficientes de suicídio sobre os jovens pode indicar o acirramento que as políticas socioeconômicas têm produzido na população trabalhadora, especialmente aos seus segmentos mais vulneráveis: os menos qualificados, os emocionalmente debilitados e os extremos etários (Turecki, *et al*, 2001).

Em relação aos casos de suicídio e nível de escolaridade em Altamira esse estudo verificou que de acordo com os dados do SIM em um total de 47 registros dos anos de 2015 a 2020 cerca de 15% dos que cometeram suicídio estudaram em torno de 1 a 3 anos, 32% estudaram entre 4 a 7 anos e 42% estudaram entre 8 a 11 anos, apenas 3% dos casos ocorreram entre os que possuem mais de 12 anos de estudo. Portanto, os casos de suicídio em Altamira se concentram entre o Ensino Fundamental e o Ensino Médio incompleto.

Esse resultado do nível de escolaridade dos que cometeram suicídio em Altamira não difere do que acontece na maioria dos outros municípios do Brasil. O estudo de Mata, Daltro e

Ponde (2020) em que se analisou o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015 mostrou que 43,78% dos óbitos no Brasil ocorreram naqueles cujos anos de escolaridade variaram de 0 a 7, seguidos pelos que possuíram 8 a 11 anos de escolaridade (que corresponderam a 17,78%). Em outro estudo feito por Rodrigues, Morais e Veloso (2020), foi feito a Análise epidemiológica do suicídio na Região Nordeste do Brasil no período de 2014 a 2018 e constatou que o suicídio acontece de forma mais prevalente em indivíduos com baixa escolaridade, grande parte dos suicídios acontece em pessoas que possuem até 11 anos de estudo.

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 (TEIXEIRA, 2004). Estudos indicam que há uma correlação entre os índices de suicídio e o baixo nível de instrução, visto que um bom nível educacional influencia na interação com os outros, *status* social e econômico como emprego e renda familiar favoráveis, evitando preocupações, estresse que interferem na saúde mental do indivíduo (STEVOVI, 2006).

Dessa maneira, para muitas pessoas a obtenção de uma carreira profissional quando não se tem estudo passa a ser algo distante da realidade, como consequência disso, a taxa de desemprego é maior, o distanciamento dos laços profissionais gera dificuldades financeiras, a vida pessoal, social e familiar vira um verdadeiro desafio diário, gerando sentimentos de desesperança e de inutilidade perante a sociedade, aumentando assim o comportamento suicida para este grupo (PEDROSA *et al.*, 2018).

Em relação ao estado civil dos que cometeram suicídio em Altamira dos 49 casos registrados pela SESPA aproximadamente 70% são solteiros e dos 47 casos registrados pelo SIM 66% são solteiros. Esse dado reflete o que acontece no restante do país. Carvalho *et al* (2020), em seu estudo do perfil de suicídios no município de Marabá-PA, entre 2015 e 2019 observou que o estado civil solteiro se destacou e segue a situação nacional, onde 83% dos suicídios ocorreram com indivíduos solteiros (BRASIL, 2019). No estudo de Rodrigues *et al* (2020) sobre o perfil epidemiológico do suicídio na região nordeste nos de 2014 a 2108 houve a prevalência em pessoas solteiras com registro de 7.230 (53%) dos óbitos autoprovocados.

A maior frequência dos suicídios entre os solteiros pode ser explicada pelo fato de que essas pessoas possuem uma vulnerabilidade maior, tomando-as suscetíveis a ideias,

sentimentos e fantasias de cunho suicida pelo de fato de serem, muitas vezes sozinhas ou sem apoio emocional, fraternal e social desencadeando fatores psicológicos que levam a prática do suicídio (PEDROSA *et al.*, 2018).

Os autores Cano Montalban & Quevedo Blasco (2018), afirmam que a união entre duas pessoas, gera laços de confiança, de forma que os sujeitos buscam o diálogo para resolução de problemas, compartilhamento de medos e anseios. Sendo assim, ter o olhar de outra pessoa sobre uma determinada situação de sofrimento, pode trazer uma nova perspectiva de resolução e esperança, colaborando assim para que intrinsecamente emergja esperança e desejo de continuidade da vida. Portanto, os solteiros estão mais propensos a cometerem suicídio e isso comprava-se com os registros de suicídio obtidos no Brasil.

Em relação a raça dos que cometeram suicídio em Altamira esse estudo mostrou que tanto os dados registrados pelo SIM e pela SESPA mostram que aproximadamente 60% dos casos foi da raça parda. O estudo sobre perfil epidemiológico do suicídio na região nordeste nos de 2014 a 2018 feito por Rodrigues, Morais e Veloso (2020) verificou que em relação a variável cor/raça, houve prevalência do suicídio em pessoas denominadas pardas com 9.995 (73,3%) dos óbitos. Carvalho *et al* (2020) ao analisar o perfil epidemiológico do suicídio em Marabá nos anos de 2015 a 2019 observou que em relação à raça/cor houve predomínio de pardos e que este resultado pode ter ocorrido devido à pardos totalizarem 69% da população marabaense (IBGE, 2010). No entanto, quando avaliado em âmbito nacional, os Boletins Epidemiológicos têm apontado a cor/raça branca como predominante em 2017 (49%) e em 2019 (47,5%) (Brasil, 2017; Brasil, 2019).

O predomínio da raça parda dos que se suicidaram em Altamira assim como em Marabá pode ser explicado em razão de a população do Pará segundo o censo 2010 do IBGE ser de 69,5% declarada parda. Sendo assim, esse número difere a nível nacional, pois de acordo com outros estudos o predomínio não é da raça parda nos casos de suicídio e isso pode ser observado na pesquisa de Mata, Daltro e Ponde (2020) onde foi analisado o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015 e mostrou que o maior número de suicídio foi na população autodeclarada branca, correspondendo a 50,2% do total de óbitos, seguida da autodeclarada parda, que responde a 38%. Esse dado encontra correspondência na literatura, que indica que os índices de suicídio entre homens brancos são cerca de 2 a 3 vezes maiores do que entre homens e mulheres afrodescendentes em toda a vida (SADOCK, *et al*, 2017). Porém, conforme Mata, Daltro e Ponde (2020) esses dados possivelmente são comprometidos, pois a

raça indicada no banco de dados do DATASUS é autodeclarada e isso pode discordar da etnia verdadeira do indivíduo.

Em relação ao sexo dos que cometeram suicídio em Altamira nos anos de 2015 a 2020 constatou-se que independente das fontes de dados consultadas a maior parte dos casos foi entre o sexo masculino 61% do total de registros. Esse resultado está de acordo com o que acontece a nível nacional. O estudo de Mata, Daltro e Ponde (2020) mostrou que em suas pesquisas o total encontrado de homens que cometeram suicídio no período estudado contabilizaram 78,8% dos casos, gerando uma proporção homem/mulher de 3,72:1. A pesquisa feita por Carvalho *et al* (2020) no município de Marabá evidenciou que há uma diferença significativa quanto ao sexo, com predomínio dos homens (82,5%) na consumação do suicídio, mesmo a população masculina (118.196 habitantes) sendo próxima ao número de mulheres residente neste município (115.473 habitantes) (IBGE, 2020).

O maior número de casos de suicídio entre o sexo masculino geralmente é atribuído a maior agressividade, maior intenção de morrer e uso de meios mais letais entre esses, armas de fogo (LI, 2011). Segundo Rodrigues *et al* (2010), as mulheres ao longo da história foram e são menos expostas a sentimentos de falência gerados por fracassos financeiros, competitividade e impulsividade, que são fatores de risco para o suicídio.

Além disso, é possível que as mulheres sejam mais religiosas, o que pode se tornar um fator de proteção para o suicídio quando as religiões auxiliam no enfrentamento de situações difíceis, estimulam a socialização do indivíduo e se posicionam negativamente em relação ao ato suicida. As mulheres também tendem a elaborar diversificadas estratégias para lidar com momentos desafiadores, possivelmente por serem submetidas a constantes mudanças de papéis ao longa vida, além de reconhecerem com mais facilidade sinais de risco de suicídio, o que as levam a buscar ajuda profissional mais precocemente (PARENTE, 2007).

Conforme Stack (2000), os homens na grande maioria das vezes podem apresentar dificuldade de falar sobre si e isso pode contribuir para o cometimento do suicídio. Foi feita uma pesquisa no Canadá onde se constatou que existe uma vinculação entre a mortalidade por suicídio com o ato de expor sentimentos, isso foi possível de ser obter porque quando analisado as regiões em que os homens eram mais propensos a expor sentimentos os casos de suicídio foram menores. Outro ponto que também pode explicar a prevalência masculina é maior

consumo alcoólico, que reduz o autocontrole e precipita o comportamento autodestrutivo (BEESTON, 2006).

Além disso, segundo Valência (2009) muitos homens estão constantemente se cobrando quanto ao fato do cumprimento dos papéis de gênero tradicionais, que para a sociedade significa a constituição do provedor econômico da família isso pode se tornar um fator muito estressante quando ocorre falência nessa função. Há uma cultura patriarcal o que de certa forma acaba tornando o sexo masculino mais sensível as dificuldades econômicas tais como empobrecimento e desemprego e, em consequência, tornam-se mais suscetíveis a cometer suicídio. Enfim isso são possíveis explicações que podem estar relacionadas ao maior número de suicídio entre os homens, são pensamentos não fechados e que precisam de estudos mais detalhados para esclarecer essa diferença.

Em relação ao modo de como acontece o suicídio em Altamira de acordo com os dados fornecidos pelo IML e SIM é significativamente maior o método de enforcamento chegando a 94% dos casos, os demais foram arma de fogo e queda de precipício. A análise de associação de variáveis categóricas idade ($p=0,6441$), raça ($p=0,4858$), estado civil ($p=0,844$), escolaridade ($p=0,2237$) e gênero ($p=0,8746$) com o modo de suicídio não apresentou resultados estatisticamente significativos, o que sugere que não há relação entre os grupos de variáveis e o modo de suicídio.

O estudo feito por Mata, Daltro e Ponde (2020) sobre o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio no Brasil nos anos de 2006 a 2015 mostrou também que as causas mais prevalentes de morte por suicídio foram, em ordem decrescente, asfixia mecânica (por enforcamento, estrangulamento e sufocação), com 62,5% de todas as mortes, seguida de lesão por arma de fogo (com 7,05%) e precipitação de lugares elevados (3,78%). Porém, diferente do que ocorreu em Altamira em que não houve relação entre as variáveis categóricas analisadas e o modo de suicídio, nesse estudo foi observado que a população com menor escolaridade está mais associada à chance de morrer por enforcamento, assim como os homens e os maiores de 60 anos e os adultos jovens (os que possuem de 20 a 39 anos). No caso de Altamira a ausência dessa associação, pode ser explicada pelo fato de não ter um número de casos significativos no período estudado para uma análise estatística e isso pode estar acontecendo pelo grande número de subnotificações e dificuldades de integração das informações sobre suicídio no município o que acaba dificultando a estruturação de um perfil epidemiológico da região.

O presente estudo com base nos casos de suicídio registrados pelo IML do município de Altamira entre os anos de 2015 a 2020 observou por meio de uma análise de tendência ($p = 0,0004$; $r^2=0,89$), logo há tendência de aumento de casos de suicídio no município.

Arruda *et al* (2021) realizou uma pesquisa de suicídio em adultos jovens brasileiros do período de 1997 a 2019 e descreveu que a tendência do suicídio em adultos jovens mostrou-se crescente nas regiões Nordeste, Norte e Sudeste, sendo que, entre as 11 UF que apresentaram crescimento, nove são do Norte e Nordeste.

Isso pode ser explicado pelas características do território relacionado às condições de vida como uma maior exposição a situações de vulnerabilidade que envolve a desigualdade social, falta de acesso à saúde, a baixa escolaridade, a exposição à violência e outros fatores, podem produzir impactos negativos na saúde do indivíduo favorecendo o desencadeamento de sofrimento psíquico e levá-lo ao suicídio (ARRUDA, *et al*, 2021).

Outro estudo realizado por Gomes *et al* (2020) em que construiu o perfil dos casos de de suicídio notificados no município de Araguaína -Tocantins entre 2008 e 2017, teve como conclusão uma projeção de tendência crescente dos casos para os próximos anos e isso poderia tornar a situação de suicídio em Araguaína mais alarmante, pois a cidade já apresenta uma taxa média anual moderada com pouco mais de 6 casos por 100 mil/hab.

Dessa maneira, a projeção de tendência de crescimento dos casos de suicídio em Altamira para os próximos anos acompanha outros lugares do Brasil. Com esse resultado fica explícito que é preciso dar mais atenção ao suicídio e que medidas de prevenção devem ser tomadas.

Durante esse estudo notou-se que há uma grande dificuldade em se conseguir dados epidemiológicos sobre o suicídio no município de Altamira, seja por falta de registros nos órgãos oficiais dos governos, seja pela não colaboração dos familiares em falar sobre a morte de um parente por suicídio, o sofrimento pela morte é traumatizante que muitas famílias mudam de lugar para não poder ser questionada pelo acontecido e isso acontece possivelmente em todo o país. Dados sobre tentativa de suicídio em Altamira dificilmente são encontrados.

As relações feitas nessa pesquisa com as variáveis categóricas que não obtiveram significância estatística podem ser explicadas pelo período analisado ter sido curto, apenas 5 anos, enquanto outros estudos como o de Mata, Daltro e Ponde (2020) analisaram o perfil

epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil de 2006 a 2015 (intervalo de tempo 9 anos) e obtiveram uma amostra de 98.194 casos. O estudo de Moreira *et al* (2017) sobre os casos de suicídio no município de Sobral, usou o intervalo de tempo de 10 anos e uma amostra de 137 casos. Portanto, para a obtenção de uma análise estatística possivelmente significativa seria necessário que o intervalo de tempo dos casos de suicídios pesquisados no município de Altamira fosse maior, conseqüentemente a amostra talvez também fosse maior e assim os resultados poderiam ser mais próximo aos resultados observados nos estudos citados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos de suicídio no município de Altamira no período de 2015 a 2020.

A prevalência dos óbitos registrados por suicídio no município de Altamira segundo a faixa etária ocorre em indivíduos de 10 a 32 anos. Foi evidenciada uma frequência maior de casos de suicídio no gênero masculino, solteiros, de raça parda e com escolaridade equivalente à 8 a 11 anos de ensino. O modo de suicídio mais usado foi o enforcamento independente das variáveis categóricas analisadas nessa pesquisa e há uma tendência de crescimento dos casos para os próximos anos.

Diante desses resultados pode-se entender a situação real em relação ao suicídio em Altamira. E esse conhecimento serve como base para traçar políticas públicas que visem prevenir o suicídio, a intervenção precoce surge com o intuito de proteção da vida e dos danos por ele causados.

É preciso que haja planejamento com estratégias eficazes para a prevenção do suicídio, com relação a gestão em saúde ações intersetoriais precisam proporcionar a garantia de assistência integral para os grupos que são mais vulneráveis e assim minimizar os fatores de risco com serviços especializados. Necessita-se informar, capacitar, formar, habilitar profissionais com intuito de combater esse problema de saúde crescente e que devasta emocionalmente muitas famílias. A gestão do município tem que investir em prevenção e assim tentar diminuir o índice epidemiológico dessa região.

Além disso, deve-se, urgentemente, dar mais atenção aos casos de suicídio criando maneiras de registrar esses óbitos com todos os detalhes sobre o indivíduo, isso se torna fundamental para traçar o perfil epidemiológico, por exemplo, os dados fornecidos pelo IML mostram apenas o número de caso, o sexo e a idade. As informações tem que ser integradas com as de outros órgãos oficiais, pois como observado no estudo houve divergências entre o número de casos de suicídio registador pelo IML, SESPA e SIM. Há dificuldades em encontrar os registros de tentativas de suicídio em Altamira, assim como o resto do país, apesar de ser obrigatório essa notificação, logo os gestores da saúde do município devem ter mais cuidado com isso criando medidas para solucionar esse grave problema.

Desse modo, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a implementação de intervenções que visem destacar fatores protetivos em relação ao suicídio e que as informações

descritas nesse trabalho possam fundamentar na prevenção e apoio às pessoas com ideação suicida ou desejo de pôr fim à própria vida.

Por fim, cabe ressaltar, que novos estudos devem ser realizados por um período de tempo mais longo com intuito de entender de forma mais aprofundada o motivo do crescimento dos casos de suicido nos últimos anos em Altamira, bem como a tendência de se manter crescendo de acordo com as análises estatísticas feitas nesse trabalho.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

AMARAL, Ana Paula, et al. **Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção**. *Adoeça. Glob.* vol.19 no.59 Murcia jul. Epub 2020 10-Ago-2020.

ARRUDA, Vilmeyze Larissa de *et al.* Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 7, p. 2699-2708, jul. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021>.

Bachmann, Silke. **“Epidemiologia do Suicídio e a Perspectiva Psiquiátrica”**. *Jornal internacional de pesquisa ambiental e saúde pública* vol. 15,7 1425. 6 de julho de 2018. Doi: 10.3390 / ijerph15071425.

BAHIA, Camila Alves, et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva* vol.22 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2017

_____. **Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016**. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 29(2):e2019060,2020.

BATISTA, Nathalia Oliveira Et al. **Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013**. *Rev Pan-Amaz Saude* 2016; 7(4):61-66.

BERLOTE, José Manoel. *O suicídio e a sua prevenção*. 1 ed.- São Paulo: Editora Unesp Digital, 2017.

BILSEN, Johan. Suicide and Youth: risk factors. **Frontiers in Psychiatry**, [S.L.], v. 9, p. 8-20, 30 out. 2018. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>.

BRASIL. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020*. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 01.010.2021 em, https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf.

BRASIL. (2019). Lei 13.819 de 26 de abril de 2019. *Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*.

Brasília, 26 de abril de 2019; 198o da Independência e 131o da República. Acessado em 03.10.21, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm.

BEESTON, D. (2006). *Older people and suicide. Stoke on Trent: Centre for Ageing and mental. Health Staffordshire University*

BRUM, Eliana. **A CIDADE QUE MATA O FUTURO: EM 2020, ALTAMIRA ENFRENTA UM AUMENTO AVASSALADOR DE SUICÍDIOS DE ADOLESCENTES.** El País, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://amazonia.org.br/2020/04/a-cidade-que-mata-o-futuro-em-2020-altamira-enfrenta-um-aumento-avassalador-de-suicidios-de-adolescentes/>. Acesso em: 24 jan. 2021.

CANO-MONTALBAN, I.; Quevedo-Blasco, R. (2018). Variáveis sociodemográficas mais associadas ao comportamento suicida e métodos de suicídio na Europa e na América. Uma revisão sistemática. *Jornal Europeu de Psicologia Aplicada ao Contexto Jurídico*. 10(1), 15-25.

CARVALHO, Marcela Barrozo de *et al.* Perfil epidemiológico dos suicídios em um município brasileiro na região Amazônica. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-14, 19 jul. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6140>

CORREIA, Cíntia Mesquita, et al. **Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde.** Rev. esc. enferm. USP vol.54. São Paulo 2020 Epub Dec. 07, 2020.

CORNEJO, E. R. S. P. U. Impactos do suicídio testemunhado no centro da metrópole de São Paulo: uma etnografia no hotspot Viaduto do Chá. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós- Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, 2019.

COSTA, Antônio Carlos Luz *et al.* Análise do fluxo de registro de suicídios entre o IML e o DataSUS. **Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 485-504, 15 maio 2020. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.17648/dilemas.v13n2.22852>.

FERNANDES, Márcia Astrês, et al. Prevenção ao suicídio: vivências de estudantes universitários. **Ver Cuid vol.11 no. 2 Bucaramanga May/Aug. 2020 Epub Nov 04, 2020.**

FERREIRA, Neci Sena. et al. **Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial.** Ciênc. saúde coletiva 19 (01) Jan 2014.

FERREIRA, Geovana da Silva. FAJARDO, Ananyr Porto. MELLO, Eliana Dable de. **Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família.** Physis vol.29 no.4 Rio de Janeiro 2019. Epub Nov 25, 2019.

GOMES, Helierson *et al.* PERFIL E TENDÊNCIA DOS CASOS DE SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA TOCANTINS. **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 124-133, 29 ago. 2020. Universidade Federal do Tocantins. <http://dx.doi.org/10.20873/uftv7-9111>.

GUSMÃO, Josianne Dias; SILVA FILHO, Walcir Mendes da. **Epidemiologia Aplicada à Saúde Pública**. Minas Gerais: Instituto Federal Norte de Minas Gerais, 2015. 81 p

GUNNELL, D. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext#%20). Acesso em: 24 de novembro de 2020.

HAWTON, K., & Heeringen, K. V. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-81. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60372-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60372-X/fulltext). doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X

JANSEN, Karen, et al. **Eventos de vida estressores e episódios de humor: uma amostra comunitária**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.19 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2014

JÚNIOR, Aurean D'Eça, et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? *Cad. saúde colet.* vol. 27 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2019 Epub Feb 21, 2019.

KOTRBOVÁ, Kvetoslava, et al. "Fatores que influenciam tendências suicidas em pacientes com diagnóstico de tentativa de suicídio na história médica e prevenção de recaídas." *Cent Eur J Public Health*, 2017.

KREUZ, Giovana. ANTONIASSI, Raquel Pinheiro Niehues. **Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio**. *Psicol. Estud.* vol.25. Maringá, 2020 Epub June 19, 2020.

LEMOS, Milena Fiorim de Lima. SALLES, Andréia Mansk Boone. **Algumas reflexões em torno do suicídio de crianças**. *Revista de Psicologia da UNESP* 14(1), 2015.

LI, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc SciMed*, 72(4), 608-16.

LOVISI GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatria* 2009; 31(2): 86-94.

MACCHIAVERNI, Juliana. **ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO**. 2012. 70 f. TCC (Pós-graduação) - Curso de Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração Urgência e Emergência, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – Sc, 2012.

MATA, Kaio Cruz Ramos da; DALTRO, Mônica Ramos; PONDE, Milena Pereira. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 74, 31 mar. 2020. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v9i1.2842>.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, jun. 2019.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MORAIS, Romualdo Antônio de; LIMA, Vera Helena Barbosa. SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UM DES-COMPASSO NA VIDA. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 238-263, jun. 2019.

MOREIRA, Roberta Magda Martins *et al.* ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO. **Sanare**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 29-34, nov. 2017.

OKUYAMA, Julia Hiromi Hori; GALVÃO, Taís Freire; SILVA, Marcus Tolentino. Intoxicações e fatores associados ao óbito por agrotóxicos: estudo caso controle, Brasil, 2017. *Rev. bras. epidemiol.* vol.23 Rio de Janeiro 2020 Epub May 11, 2020.

OWENS, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12204922>. doi: 10.1192/bjp.181.3.193

PARENTE, A. C. M., Soares, R. B., Araújo, A. R. F., Cavalante, I. S., & Monteiro, C. F. S. (2007). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 377-381.

PEDROSA, N. F. N. C *et al.* Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. *Journal of Health & Biological Sciences*, 6(4), 399-404. M. A (2018).

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PEREIRA, Anderson Siqueira *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Porto Alegre, v. 11, n. 23, p. 3767-3777, nov. 2018.

PEREIRA, Ingrid de Paula Costa *et al.* MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO ESTADO DO PARÁ: uma análise dos casos de 1996 a 2018. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 61657-61668, 2020. *Brazilian Journal of Development*. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n8-549>

PICARELLI, Cristiane; HUBNER, Carlos; RODRIGUES, Cibele. Prevenção de suicídio: modificando percepção e conhecimento de estudantes de medicina. *Psic., Saúde & Doenças* vol.21 no.2 Lisboa ago. 2020.

RAMÔA, Andreia Filipa Araújo da Silva, *et al.* **Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade**. *Rev Port. Med Geral Fam.* vol.33 no.5 Lisboa out. 2017

REGER, M. *et.al.* Suicide Mortality and Coronavirus Disease, 2019. A Perfect Storm?

RODRIGUES, Helenilto de Freitas; MORAIS, Lorena de Sousa; VELOSO, Laurimary Caminha. Análise epidemiológica do suicídio na Região Nordeste do Brasil no período de 2014

a 2018. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 7, p. 1-14, 30 Maio 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4725>

RODRIGUES, S. M. S., Barbalho, L. O. N. F., & Silva, L. C. L. (2010). Estudo sobre a incidência e o perfil dos casos de suicídio no município de Belém. *Revista Para Medicina*, 22(4).

ROSSI, Livia Martins, et al. **Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive**. Cad. Saúde Pública vol.35 no.3 Rio de Janeiro 2019. Epub Mar 11, 2019.

RIBEIRO, José Mendes. MOREIRA, Marcelo Rasga. **Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9):2821-2834, 2018.

SADOCK, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (11a ed.) Porto Alegre: Artmed

SANTOS, Walberto Silva dos. Et al. **A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida**. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2016, 17(3), 515-526.

SILVA, Lúcia. **Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global**. Departamento de Enfermagem Pediátrica. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. 2019.

SILVA, Dhiordan Cardoso da, et al. **Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento**. *J. bras. psiquiatr.* vol.66 no.2 Rio de Janeiro Apr. /June 2017.

SOBRINHO, Ana Teresa. CAMPOS, Rui C. **Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos**. *Aná. Psicológica* vol.34 no.1 Lisboa mar. 2016.

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica 44 03 jul. 2020**

STACK, S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*, 30(2), 145-62. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888055>

STEVOKI LI, Gasic MJ, Vukovic O, Pekovic M, Terzie N. Gender differences in relation to suicides committed in the capital of Montenegro (Podgorica) in the period 2000-2006. *Psychiatr Danub* 2011; 23 (1): 45-52

VASCONCELOS, Raposo J et al. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de psicologia*, 33(2), 345-354. C. M (2016)

World Health Organization. (2016). Mental health: Suicide data. World Health Organization.

World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014 [acesso em: 12 novembro 2020]. Disponível em: <<http://HYPERLINK>

“http://www.who.int/entity/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/index.html”.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Preventing Suicide: A Global Imperative. Luxemburg: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 24 de novembro de 2020.

XAVIER, Alessandra Silva. **Psicologia do desenvolvimento**. 4. ed. rev. e ampl. Fortaleza: EdUECE, 2015.

_____. Suicide Prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html. Acesso em: 24 de novembro de 2020.