



ciência plural

ANÁLISE DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Analysis of suicide mortality in the state of Pernambuco

Análisis de mortalidad por suicidio en el estado de Pernambuco

Patrícia Lopes de França Lima • Graduada em Saúde Coletiva • Universidade Federal de Pernambuco-UFPE • E-mail: patricialopes78@live.com

Maria Tatiane Alves da Silva • Mestranda em Saúde Pública • Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) • E-mail: mtatianealves@hotmail.com

Niédjá Lissandra Lopes de França Lima • Graduanda em Enfermagem • Universidade FACOL (UNIFACOL) • E-mail: niedjalima99214989@gmail.com

Ewerton Thiago Pereira de Lima • Mestrando em Políticas Públicas • Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) • E-mail: ewertontplima@gmail.com

Daniela Tamires Alves da Silva • Graduanda em Fisioterapia UNIFACOL • E-mail: danitamires1@gmail.com

Livia Teixeira de Souza Maia • Docente do Núcleo de Saúde Coletiva – UFPE • E-mail: livia.souza@ufpe.br

Autora correspondente:

Patrícia Lopes de França Lima • E-mail: patricialopes78@live.com

Submetido: 15/12/2021

Aprovado: 28/05/2022

RESUMO

Objetivo: Analisar a mortalidade por suicídio no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2019. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e ecológico, com uma abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários disponibilizados no Sistema de Informação sobre Mortalidade e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O estudo calculou a Taxa de Mortalidade por Suicídio e considerou as seguintes variáveis: ano do óbito, localização geográfica, sexo, faixa etária e raça/cor. O processamento e análise dos dados ocorreram com auxílio das planilhas eletrônicas do Excel e do software SIG QGIS 3.16, sendo utilizadas medidas de frequência absolutas e relativas e apresentados em tabelas, figuras e mapa temático. **Resultados:** Nos últimos anos, Pernambuco vem apresentando um aumento na mortalidade por suicídio, se destacando a prevalência na população masculina (77,33%), na faixa etária de 20 a 39 anos (40,95%) e na população negra (79,26%). Em relação a distribuição geográfica das taxas médias, o estado apresentou diferenças, destacando-se a Região de Saúde XI (Serra Talhada), seguida por Região de Saúde V (Garanhuns), Região de Saúde VII (Salgueiro) e Região de Saúde IX (Oricuri). **Conclusões:** A análise da mortalidade por suicídio foi importante para a construção do perfil das vítimas, possibilitando a identificação dos grupos vulneráveis e direcionando as intervenções. Além disso, destaca-se a importância da implementação e aprimoramento das políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio.

Palavras-Chave: Suicídio. Saúde Mental. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze suicide mortality in the state of Pernambuco, from 2010 to 2019. **Methodology:** This is a descriptive and ecological study, with a quantitative approach. Secondary data available from the Mortality Information System and the Brazilian Institute of Geography and Statistics were used. The study calculated the Suicide Mortality Rate and considered the following variables: year of death, geographic location, gender, age group and race/color. Data processing and analysis took place with the help of Excel spreadsheets and SIG software QGIS 3.16, using absolute and relative frequency measures and presented in tables, figures and thematic map. **Results:** In recent years, Pernambuco has shown an increase in suicide mortality, with the prevalence in the male population (77,33%), in the age group from 20 to 39 years old (40,95%) and in the black population standing out (79,26%). Regarding the geographical distribution of the average rates, the state showed differences, highlighting Health Region XI (Serra Talhada), followed by Health Region V (Garanhuns), Health Region VII (Salgueiro) and Health Region IX (Oricuri). **Conclusions:** The analysis of suicide mortality was important for the construction of the victims' profile, enabling the identification of vulnerable groups and directing interventions. In addition, the importance of implementing and improving public policies aimed at suicide prevention is highlighted.

Keywords: Suicide. Mental Health. Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la mortalidad por suicidio en el estado de Pernambuco, de 2010 a 2019. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo y ecológico, con enfoque cuantitativo. Se utilizaron datos secundarios disponibles del Sistema de Información de Mortalidad y del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. El estudio calculó la Tasa de Mortalidad por Suicidio y consideró las siguientes variables: año de muerte, ubicación geográfica, sexo, grupo de edad y raza/color. El procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo con la ayuda de hojas de cálculo de Excel y el software SIG QGIS 3.16, utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativa y presentados en tablas, figuras y mapa temático. **Resultados:** En los últimos años, Pernambuco muestra aumento de mortalidad por suicidio, destacando la prevalencia en la población masculina (77,33%), en el grupo de edad de 20 a 39 años (40,95%) y en la población negra (79,26%). En cuanto a la distribución geográfica de las tasas medias, el estado presentó diferencias, destacándose la XI Región Sanitaria (Serra Talhada), seguida de la Región Sanitaria V (Garanhuns), la Región Sanitaria VII (Salgueiro) y la Región Sanitaria IX (Oricuri). **Conclusiones:** El análisis de la mortalidad por suicidio fue importante para la construcción del perfil de las víctimas, posibilitando la identificación de los grupos vulnerables y orientando las intervenciones. Además, se destaca la importancia de implementar y mejorar las políticas públicas orientadas a la prevención del suicidio.

Palabras clave: Suicidio. Salud Mental. Salud pública.

Introdução

A palavra suicídio, em sua etiologia, significa sui=mesmo e caedes=ação de matar, sendo um ato consciente de cessação da sua própria vida¹. O suicídio se caracteriza como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo estimada a ocorrência de, aproximadamente, 900 mil casos a cada ano, ocorrendo um ato suicida a cada 40 segundos².

Em relação ao cenário epidemiológico brasileiro, o mesmo vem sendo marcado por um processo de transição epidemiológica, onde está ocorrendo uma elevação no número de óbitos por causas externas e uma diminuição no número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. Neste contexto, o suicídio é identificado como a terceira maior causa de óbito por fatores externos, ficando atrás apenas de homicídios e acidentes de trânsito^{3,4}.

O suicídio é considerado uma problemática complexa e multifatorial, sendo o seu enfrentamento um dos maiores desafios para os profissionais e serviços do Sistema

Único de Saúde (SUS). No ano de 2011, através da Portaria 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial no SUS, com o objetivo de criar e articular os serviços de saúde para usuários com transtornos mentais ou situações decorrentes do uso de álcool, crack ou outras drogas, sendo um dos avanços para o cuidado em saúde com essa população^{2,5}.

A incidência dos casos de suicídio pode ser reflexo das interações biológicas, psicológicas, econômicas, sociais e culturais. Os determinantes e condicionantes sociais estão diretamente relacionados com a qualidade de vida da população, onde questões de gênero, desemprego e desigualdade social são identificados como fatores de risco para a ocorrência do suicídio^{6,7}.

Neste contexto, estudos populacionais têm demonstrado que os fatores socioeconômicos, como baixa renda, desemprego e escolaridade, estão correlacionados com o suicídio. O contexto social que o indivíduo está inserido e as formas de organização da sociedade influenciam nas taxas de suicídio, onde o nível e a posição socioeconômica promovem diferenças nos padrões e qualidade de vida^{1,4}.

A análise do perfil e da distribuição geográfica dos óbitos por suicídio possibilita a identificação de fatores de riscos e grupos vulneráveis, sendo importante para o processo de planejamento em saúde. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a mortalidade por suicídio no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2019.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e ecológico, com uma abordagem quantitativa, onde foram utilizados dados secundários referentes aos anos de 2010 a 2019. Foram considerados os dados de óbitos por suicídio, disponibilizados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e dados das estimativas populacionais, disponibilizados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A área de abrangência do estudo foi o estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste, com uma população estimada em 9.616.621 habitantes no ano de

2020⁸. O estado é composto por 185 municípios e 12 Regiões de Saúde, sendo elas: Região I (Recife); Região II (Limoeiro); Região III (Palmares); Região IV (Caruaru); Região V (Garanhuns); Região VI (Arcoverde); Região VII (Salgueiro); Região VIII (Petrolina); IX (Ouricuri); Região X (Afogados da Ingazeira); Região XI (Serra Talhada); e Região XII (Goiania)⁹.

O estudo adotou variáveis de tempo, lugar e pessoa, sendo as seguintes: ano do óbito (2010 a 2019); localização do óbito (Região de Saúde); sexo (masculino ou feminino); faixa etária (0 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos e mais); raça/cor (branca, negra, indígena e amarela). Foram construídas as Taxas de Mortalidade por Suicídio para cada ano, sendo calculadas a partir da seguinte fórmula: quantidade de óbitos por suicídio/população estimada x 100 mil.

Em relação a coleta, os dados foram obtidos nos sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). No SIM, foram obtidas as informações referentes aos óbitos por suicídio, sendo utilizado o agrupamento de lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84), o qual é codificado pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). No IBGE, foram obtidas as informações referentes as estimativas populacionais.

Para o processo de análise dos dados, foram utilizadas as planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2010, onde os dados foram apresentados em tabelas e figuras e consideraram as medidas de frequências absolutas e relativas. Para a construção do mapa temático, foi considerada a média anual da Taxa de Mortalidade por Suicídio, sendo construído no *software* SIG QGIS 3.16 e apresentado segundo as Regiões de Saúde.

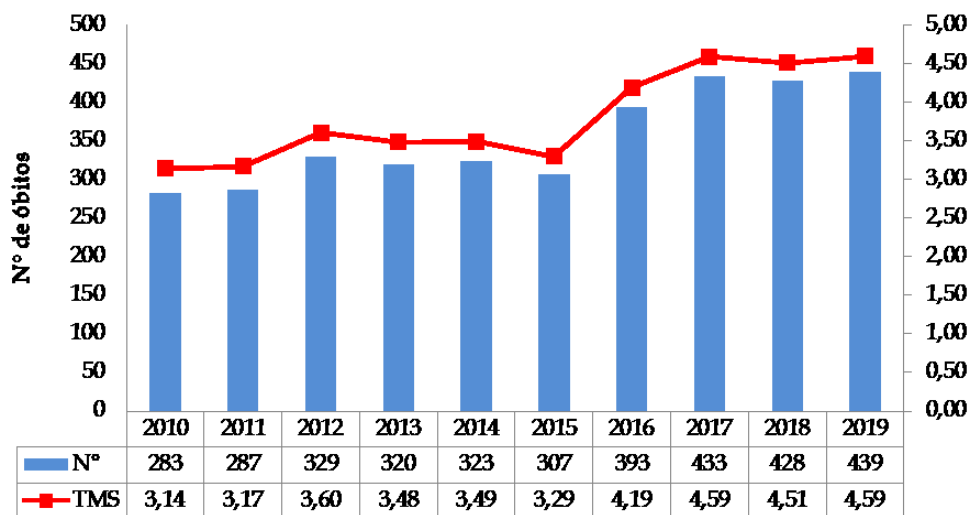
A elaboração do presente estudo foi baseada em dados secundários de domínio público, disponibilizados gratuitamente no DATASUS. Dessa forma, o estudo seguiu as recomendações propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466, garantindo a proteção dos seres humanos e dispensando a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa¹⁰.

Resultados

O número de óbitos e a Taxa de Mortalidade por Suicídio, em Pernambuco, do período de 2010 a 2019 são apresentados na Figura 1. No ano de 2010, foram notificados 283 óbitos por suicídio chegando a 439 no ano de 2019, enquanto a taxa passou de 4.59/100.00 habitantes para 3.30/100.000 habitantes. Entre os anos de 2010 a 2015, o estado não apresentou mudanças significativas, mantendo-se em uma situação estacionária.

No entanto, posteriormente ao ano de 2015, nota-se um aumento no número de óbitos por suicídio, tendo o pico no ano de 2017 e 2019, com 433 e 439 óbitos, respectivamente. Em relação a Taxa de Mortalidade por Suicídio, destacam-se também esses dois anos, os quais apresentam, durante todo o período analisado, as maiores taxas, sendo elas de 4.59/100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1: Número de óbitos por suicídio e Taxa de Mortalidade por Suicídio segundo ano do óbito na população de Pernambuco entre 2010 a 2019. Recife-PE, 2021.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2010 a 2019; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010 a 2019.

No período de 2010 a 2019, foram notificados 3.568 óbitos por suicídio no estado de Pernambuco, onde 2.759 (77,33%) dos óbitos foram registrados no sexo masculino e 809 (22,67%) no sexo feminino. Ao analisar a série histórica nota-se que, em todos os anos analisados, o número e a proporção de óbitos foram maiores na população do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1: Número e proporção de óbitos por suicídio segundo ano e sexo na população de Pernambuco entre 2010 a 2019. Recife-PE, 2021.

Ano	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
2010	204	71,58	81	28,42	285
2011	229	78,69	62	21,31	291
2012	258	77,71	74	22,29	332
2013	259	80,94	61	19,06	320
2014	244	75,08	81	24,92	325
2015	230	74,68	78	25,32	308
2016	314	79,29	82	20,71	396
2017	329	75,11	109	24,89	438
2018	341	79,30	89	20,70	430
2019	351	79,23	92	20,77	443
Total	2.759	77,33	809	22,67	3.568

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2010 a 2019.

Em relação à faixa etária, no período do estudo observou-se maior proporção de óbitos nas faixas etárias de 20 a 39 anos (40,95%) e 40 a 59 anos (32,82%). Destaca-se também a faixa etária de 60 anos e mais, como um total de 609 óbitos, o equivalente a 17,07%. Além de se destacar os anos de 2015 e 2017, onde a população acima de 60 anos apresentou uma proporção acima de 20% nesses dois anos (Tabela 2).

Tabela 2: Número e proporção de óbitos por suicídio segundo ano e faixa etária na população de Pernambuco entre 2010 a 2019. Recife-PE, 2021.

Ano	0 a 19 anos		20 a 39 anos		40 a 59 anos		60 e mais		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2010	33	11,58	121	42,46	87	30,53	43	15,09	1	0,35	285
2011	30	10,31	124	42,61	95	32,65	41	14,09	1	0,34	291
2012	31	9,34	133	40,06	116	34,94	52	15,66	0	0,00	332
2013	29	9,06	139	43,44	97	30,31	55	17,19	0	0,00	320
2014	23	7,08	142	43,69	97	29,85	60	18,46	3	0,92	325
2015	30	9,74	123	39,94	93	30,19	62	20,13	0	0,00	308
2016	36	9,09	151	38,13	137	34,60	71	17,93	1	0,25	396
2017	44	10,05	162	36,99	140	31,96	91	20,78	1	0,23	438
2018	28	6,51	179	41,63	158	36,74	65	15,12	0	0,00	430
2019	36	8,13	187	42,21	151	34,09	69	15,58	0	0,00	443
Total	320	8,97	1.461	40,95	1.171	32,82	609	17,07	7	0,20	3.568

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2010 a 2019.

O número e a proporção de óbitos por suicídio segundo raça/cor e ano são apresentados na Tabela 3. No período analisado, o maior número de óbitos foi na população negra, com 2.828 óbitos, o equivalente a 79,26% do total. Enquanto isso, na população branca, foram notificados 653 (18,30%) óbitos. Em relação a esta variável,

ressalta-se que ao longo do período, o número e a proporção de dados ignorados foram diminuindo.

Tabela 3: Número e proporção de óbitos por suicídio segundo ano e raça/cor na população de Pernambuco entre 2010 a 2019. Recife-PE, 2021.

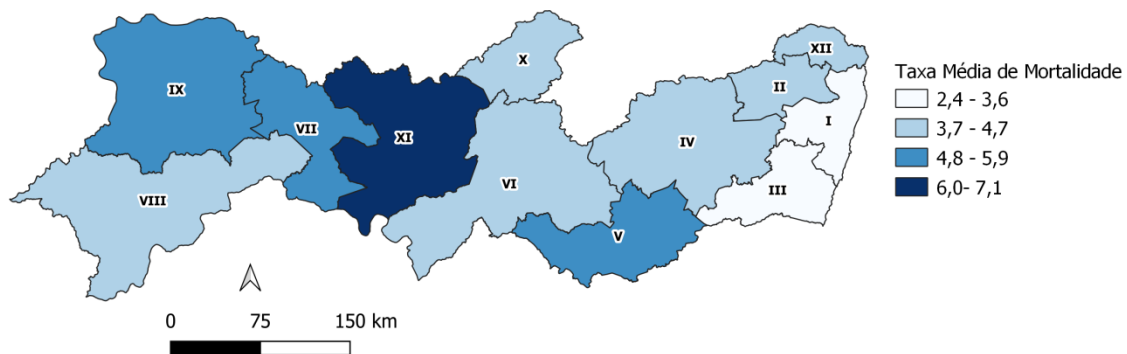
Ano	Branca		Negra		Amarela		Indígena		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2010	43	15,09	228	80,00	0	0,00	1	0,35	13	4,56	285
2011	33	11,34	238	81,79	0	0,00	1	0,34	19	6,53	291
2012	35	10,54	287	86,45	0	0,00	2	0,60	8	2,41	332
2013	45	14,06	266	83,13	0	0,00	2	0,63	7	2,19	320
2014	66	20,31	254	78,15	0	0,00	1	0,31	4	1,23	325
2015	59	19,16	243	78,90	0	0,00	1	0,32	5	1,62	308
2016	89	22,47	304	76,77	0	0,00	0	0,00	3	0,76	396
2017	97	22,15	334	76,26	0	0,00	2	0,46	5	1,14	438
2018	91	21,16	335	77,91	1	0,23	0	0,00	3	0,70	430
2019	95	21,44	339	76,52	0	0,00	3	0,68	6	1,35	443
Total	653	18,30	2.828	79,26	1	0,03	13	0,36	73	2,05	3.568

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2010 a 2019.

Em relação a distribuição geográfica da média das Taxas de Mortalidade por Suicídio no estado de Pernambuco, destaca-se a Região de Saúde XI (Serra Talhada), sinalizada como a zona mais escura do mapa. Além dessa, destacam-se as seguintes regiões: Região de Saúde V (Garanhuns), Região de Saúde VII (Salgueiro) e Região de Saúde IX (Oricuri), onde apresentaram taxas entre 4,8 a 5,9/100.000 habitantes (Figura 2).

Para além das regiões com altas taxas, no período analisado pelo estudo, destacam-se também a Região de Saúde I (Recife) e a Região de Saúde III (Palmares), sinalizadas na zona mais clara do mapa. Estas regiões apresentaram taxas médias entre 2,4 a 3,6/100.000 habitantes, sendo as menores Taxas de Mortalidade por Suicídio no estado de Pernambuco (Figura 2).

Figura 2: Distribuição geográfica da Taxa Média de Mortalidade por Suicídio segundo Regiões de Saúde na população de Pernambuco entre 2010 a 2019. Recife-PE, 2021.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2010 a 2019; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010 a 2019.

Discussão

Os resultados obtidos no presente estudo apontam que o número de óbitos e a Taxa de Mortalidade por Suicídio em Pernambuco apresentou um aumento durante o período analisado. Em relação as variáveis, foi verificada uma concentração na proporção dos óbitos na população masculina, na faixa etária de 20 a 39 anos e na população negra. No que diz respeito a localização geográfica, destacaram-se as seguintes Regiões de Saúde: V (Garanhuns), VII (Salgueiro), IX (Serra Talhada), seguida por Região de Saúde Região de Saúde e Região de Saúde IX (Oricuri).

No mundo, o suicídio é um dos principais problemas sociais na atualidade, com características complexas e multifatoriais. As taxas de mortalidade por suicídio estão frequentemente relacionadas as condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos, sendo importante compreender essa relação para a prevenção do desfecho. Dessa forma, o suicídio vem sendo um dos maiores desafios para os sistemas de saúde¹¹.

A tendência crescente nos casos de suicídio é caracterizada como uma alerta para a necessidade da discussão sobre a problemática. No entanto, o suicídio é considerado um “tabu”, onde a falta do debate pode ser uma das razões para o seu aumento. Para além disso, o aumento no número de indivíduos diagnosticados com quadros de depressão também pode ter relação com o aumento dos casos de suicídio¹².

A prevalência dos óbitos por suicídio no estado de Pernambuco se assemelha com os resultados encontrados para o Brasil nos anos de 2000 a 2012⁴. De acordo com Martini e colaboradores (2017), a Taxa de Mortalidade por Suicídio na população masculina foi de 8,41/100.000 habitantes, enquanto em mulheres era de 2,18/100.000 habitantes¹³. A população feminina apresenta características que são identificadas como fatores de proteção, como a baixa prevalência de alcoolismo no sexo feminino; o vínculo religioso mais forte; e a abertura para o diálogo. Dessa forma, esses fatores podem explicar as menores taxas de mortalidade no sexo feminino¹⁴.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as perturbações relacionadas a depressão e a ansiedade são mais prevalentes no sexo feminino. As mulheres apresentaram maiores percentuais de tentativas de suicídio, contudo, os homens são mais efetivos. Em relação a essa variável, é muito discutida a diferença de gêneros, onde os homens apresentam comportamentos que influenciam nesse desfecho. A impulsividade e agressividade são comportamentos do gênero masculino que influenciam na utilização métodos mais letais e agressivos¹⁴.

Em um estudo foi identificado que aproximadamente 60% da população feminina utilizou autointoxicação, principalmente por medicamentos, para cessar a sua vida. Enquanto no sexo masculino prevaleceram alguns métodos mais letais como, por exemplo, o enforcamento. Os autores ainda apontam que a identificação do método utilizado é de extrema importância para a construção de medidas preventivas mais eficazes⁶.

Além disso, os homens estão inseridos em um contexto social que os obrigam a exercerem os papéis referentes ao seu gênero, como a responsabilidade de ser o provedor econômico da sua família, logo, se apresentam mais vulneráveis e sensíveis a problemas econômicos. Em uma situação de desemprego, por exemplo, a população masculina apresenta maiores probabilidades de realizarem o suicídio¹⁵.

Infelizmente, o suicídio ainda é visto como um estigma para a sociedade brasileira. Sendo assim, processos de Educação Permanente com os profissionais de saúde e Educação em Saúde com a população se caracterizam como estratégias fundamentais para a prevenção do suicídio. Além disso, a análise do perfil das vítimas

contribui na identificação dos grupos mais vulneráveis, permitindo um direcionamento das políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio.

Os achados deste estudo revelam que os óbitos por suicídio se concentraram na faixa etária de 20 a 59 anos, esses resultados são semelhantes com os encontrados para o Brasil, nos anos de 2004 a 2014¹⁶. A mortalidade por suicídio nos adultos jovem, muitas vezes, está relacionada aos acontecimentos de mudanças na vida que ocorrem nessa época, sendo marcada pelo surgimento do estresse e ansiedade¹⁷. Em um estudo realizado com indivíduos na faixa etária entre 18 e 30 anos, aproximadamente 35% dos entrevistados já haviam tentado suicídio. Os autores avaliaram algumas variáveis que poderiam ter corroborado com a tentativa, como ansiedade social, relação familiar, relações de amizade e autoestima¹⁸.

Além disso, o presente estudo apontou um aumento dos óbitos por suicídio na população idosa, resultado que vem sendo identificado em várias regiões do mundo¹⁹. Os indivíduos nessa fase da vida passam por uma série de mudanças e perdas, onde muitas vezes essas situações são refletidas em sentimentos de isolamento, tristeza e angústia²⁰. A falta de uma rede de apoio atrelado com o abandono familiar é um dos principais motivos para o aumento da sensação de isolamento^{11,19}.

O Brasil está passando por um processo de transição demográfica, sendo marcado pelo envelhecimento da população brasileira²¹. Dessa forma, o SUS precisará passar por uma série de adaptações e, com o crescimento do suicídio nessa faixa etária, cabe uma reflexão dos profissionais e gestores de saúde para a criação de uma rede de apoio, visando a prevenção do suicídio nessa população²².

Esse resultado se apresenta diferente do que encontrado para o país, onde foram identificados 53.757 óbitos na população branca e 43.488 na população negra, entre 2004 e 2014⁶. Um estudo realizado no município de Porto Alegre, para os anos de 2001 a 2016, indicou que a proporção de óbitos na população branca foi equivalente a cerca de 80%, mostrando-se também diferente do que evidenciado neste estudo²³.

Para a análise da variável raça/cor é preciso levar em consideração o perfil demográfico do território em que está sendo realizado estudo, pois cada população apresenta características específicas. Em relação a essa variável, o estudo apresenta os

resultados em valores absolutos e relativos, sem fazer relação com a população geral do território. Dessa forma, o estudo não pode realizar uma análise mais aprofundada e comparações com outros territórios, no que diz respeito a raça/cor dos indivíduos.

No entanto, alguns autores apontam a necessidade do debate mais aprofundado sobre o suicídio e a questão racial, onde as diferenças na mortalidade podem estar relacionadas às disparidades nas ações e serviços de saúde²⁴. Em um estudo, Tavares (2017) aponta uma invisibilidade do suicídio em pessoas negras, sendo discutidos fatores como a subnotificação e falta de pesquisas, devido ao desinteresse acadêmico pela saúde da população negra²⁵.

Dessa forma, a distribuição geográfica das Taxas de Mortalidade por Suicídio não se mostrou homogênea para todo o estado de Pernambuco, apontando diferenças entre as Regiões de Saúde. O Brasil é um país historicamente marcado por diversas desigualdades sociais que podem ser refletidas no acesso aos serviços de saúde, sendo assim, esse resultado indica a necessidade do desenvolvimento de estudos que busquem compreender as diferenças entre os óbitos por suicídio no âmbito intraestadual, além da relação com os determinantes sociais.

Em relação às limitações, o presente estudo foi construído a partir de uma análise descritiva, o que impossibilita elucidar a relação entre o suicídio e a causalidade. Além de ser um estudo populacional, dificultando as discussões com estudos de nível individual. No entanto, mesmo com as limitações, ainda se faz necessário salientar a importância de construir o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio do estado de Pernambuco.

A partir da análise do perfil epidemiológico, o estudo verificou a necessidade da construção de um debate mais aprofundado sobre a relação entre o suicídio e os determinantes sociais da saúde. A desigualdade social gera sentimentos de desesperança e casos de ansiedade e depressão, podendo resultar em uma tentativa de suicídio. Sendo assim, é essencial o desenvolvimento de estudos visando a análise dos determinantes relacionados ao suicídio⁶.

Conclusões

Nos últimos anos, o estado de Pernambuco vem apresentando um aumento no número de óbitos por suicídio. Entretanto, a distribuição geográfica dos óbitos não é uniforme em todo o território estadual, apontando para possíveis desigualdades sociais. Dessa forma, o estudo aponta a necessidade da criação e fortalecimento das políticas públicas existentes, sendo importante a articulação intersetorial.

O presente estudo se caracterizou como um estudo descritivo, não elucidando sobre a causa do suicídio. No entanto, as elevadas proporções de óbitos por suicídio na população do sexo masculino alertam para a necessidade da discussão sobre a provável relação entre o gênero e a ocorrência dos casos de suicídio. Assim como a relevância da construção de ações e estratégias que visem a população adulta e que perpassem pelo recorte racial.

Referências

1. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto - Enferm.* 2018;27(2):e2110016.
2. Rosa NM, Agnolo CMD, Oliveira RR, Mathias TAF. Tendência de declínio da taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, Brasil: contribuição para políticas públicas de saúde mental. *J. Bras. Psiquiatr.* 2017;66(3):157-163.
3. Oliveira AS. Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil. *Hygeia.* 2019;15(31):69-79.
4. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J. Bras. Psiquiatr.* 2015;64(1):45-54.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.988 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. [acesso em: 14 abr 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm
6. Moreira RMM, Félix TA, Flôr SMC, Oliveira EN, Albuquerque JHM. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. *SANARE.* 2017;16(Suplemento n.01):29-34.

7. Sousa GS, Santos MSP, Silva ATP, Perrelli JGG, Sougey EB. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):3099-3110 .
8. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados@. [acesso em: 13 abr 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>
9. Pernambuco, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização 2011. [acesso em 13 abr 2021]. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf
10. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [acesso em: 14 abr 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Garbin CAS, Santos LFP, Moimaz SAS, Saliba O. A operacionalização do sus na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. *Revista Ciência Plural*. 2019; 5(2):129-142.
12. Pedro JRS. O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico: possíveis atuações e desafios da Psicologia. In: *Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*, 2018.
13. Martini M et al. Taxa de suicídio no Brasil de 2000 a 2014 estratificada por gênero e faixa etária. In: *Clin Biomed Res. Anais da 37ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 2017.
14. Dantas ESO. Suicídio de mulheres em um contexto psicossocial. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2018.
15. Gonçalves LRC, Gonçalves E, Oliveira Júnior, LB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova econ*. 2011;21(2):281-316.
16. Martins AC, Fernandes CR. Mortalidade por agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente: reflexões sobre a realidade brasileira. *Revista Saúde em Foco*. 2016;1(1):1-12.
17. Sobrinho AT, Campos RC. Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*. 2016;1(XXXIV):47-59.
18. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018;23(11):3767-3777.

19. Carmo EA, Santos PHS, Ribeiro BS, Soares CJ, Santana MLAD, Bomfim ES et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018;27(1):e20171971
20. Minayo MCS; Figueiredo, AEB; Mangas, RMN. O comportamento suicida de idosos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2017;27(4):981-1002.
21. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):309-320.
22. Carvalho ML et al. Suicídio em idosos no Brasil: uma revisão integrativa. In: XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência. São José dos Campos, São Paulo; 2016. p.1-6.
23. Miguel SRPS. Determinantes sociais da mortalidade por suicídio no município de Porto Alegre de 2001 a 2016 [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
24. Santos CB. Mortalidade por suicídio em idosos no estado do Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre, 2001-2015 [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
25. Tavares JSC. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. *Revista Brasileira de Psicologia*. 2017;4(1).