



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO
SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF SUICIDE MORTALITY
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO

José Francisco Ribeiro¹, Thiago Barbosa Mascarenhas², Ana Carolina Barbosa de Sousa Araújo³, Danielli Maria Matias Coelho⁴, Sandra Beatriz Pedra Branca⁵, Dalila Maria Matias Coelho⁶

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. **Método:** estudo quantitativo, descritivo e documental, constituído de 619 óbitos por suicídio, no Sistema de Informação Sobre Mortalidade, no período de 2001 a 2013. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário extraído da declaração de óbito. Os dados foram analisados no programa Microsoft Excel/Word 2010, apresentados em tabelas e analisados com estatística descritiva. **Resultados:** houve prevalência do sexo masculino (coeficiente: 9,37/100 mil habitantes); com 60 anos ou mais (coeficiente: 10,22/100 mil habitantes); de cor parda (65,91%); com quatro a sete anos de estudo (27,94%) e estado civil solteiro (53,79%). A maioria dos óbitos foi por enforcamento (71,09%) e o local de ocorrência o domicílio (71,15%). **Conclusão:** os resultados revelam a necessidade de realização de um estudo minucioso utilizando-se a estratégia emergida da realidade local. **Descritores:** Suicídio; Epidemiologia; Estatística; Dados Numéricos; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the sociodemographic profile of suicide mortality. **Method:** a quantitative, descriptive and documentary study, consisting of 619 suicide deaths, in the Mortality Information System, from 2001 to 2013. The data collection was done through a form extracted from the death certificate. The data were analyzed in the program Microsoft Excel/Word 2010, presented in tables and analyzed with descriptive statistics. **Results:** there was male prevalence (coefficient: 9.37/100 thousand inhabitants); with 60 years or more (coefficient: 10.22/100 thousand inhabitants); of brown color (65.91%); with four to seven years of study (27.94%) and single civil status (53.79%). The majority of the deaths were by hanging (71.09%) and the place of occurrence, the home (71.15%). **Conclusion:** the results reveal the need to carry out a detailed study, using the strategy emerged from the local reality. **Descriptors:** Suicide; Epidemiology; Statistics; Numerical Data; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil sociodemográfico de la mortalidad por suicidio. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo y documental, constituido por 619 muertes por suicidio, en el Sistema de Información sobre Mortalidad, en el período de 2001 a 2013. La recolección de datos fue realizada por medio de un formulario extraído de la declaración de óbito. Los datos fueron analizados en el programa Microsoft Excel/Word 2010, presentados en tablas y analizados con estadística descriptiva. **Resultados:** hubo prevalencia del sexo masculino (coeficiente: 9,37/100 mil habitantes); con 60 años o más (coeficiente: 10,22/100 mil habitantes); de color parda (65,91%); con cuatro a siete años de estudio (27,94%) y estado civil soltero (53,79%). La mayoría de las muertes fueron por ahorcamiento (71,09%) y el lugar de ocurrencia, el domicilio (71,15%). **Conclusión:** los resultados revelan la necesidad de realización de un estudio minucioso, utilizando la estrategia emergida de la realidad local. **Descriptores:** Suicidio; Epidemiología; Estadística; Datos Numéricos; Enfermería.

¹Enfermeiro, Professor Mestre, Faculdade Estácio de Sá, Teresina (PI), Brasil. E-mail: jotafribeiro@yahoo.com.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-3133-0101>; ²Enfermeiro (egresso), Faculdade Estácio de Sá, Teresina (PI), Brasil. E-mail: mascarenhas@outlook.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2696-5770>; ³Enfermeira egressa, Faculdade Estácio de Sá, Teresina (PI), Brasil. E-mail: ana_karollinne@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4512-072X>; ⁴Enfermeira, Professora Mestre, Faculdade Estácio de Sá, Teresina (PI), Brasil. E-mail: danielibrisa@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5858-7911>; ⁵Enfermeira, Professora Mestre, Faculdade Estácio de Sá, Teresina (PI), Brasil. E-mail: sandradourado3@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-9048-9679>; ⁶Enfermeira, Professora Especialista, Faculdade Estácio de Sá, Teresina (PI), Brasil. E-mail: dalila.coelho@live.estacio.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-9052-3742>

INTRODUÇÃO

Estatísticas mundiais têm revelado que, por ano, aproximadamente um milhão de pessoas vão a óbito por suicídio, produzindo uma taxa global de 16 mortes por 100 mil habitantes, significativamente superior às oriundas de guerras e homicídios combinados.¹

Estudo tem revelado que, em diversos países, o óbito por suicídio em idosos tem se mostrado um grande problema de saúde pública, tendo como principal motivo o aumento mundial desta população. Frente a essa proposição, a Organização Mundial de Saúde, no Brasil, tem observado maior vulnerabilidade ao suicídio para o sexo masculino em que as taxas passaram de 19,2/100 mil habitantes, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, para 55,4/100 mil habitantes, para homens acima de 75 anos, na década de 2000.²

De maneira global, a mortalidade por suicídio aumentou a uma taxa de 60% nas últimas 4,5 décadas. No maior número dos países, o suicídio destaca-se entre as dez principais causas vistas como mais comuns de óbitos e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens.³

A taxa de suicídio por 100 mil habitantes, na maioria dos países situados na América do Sul, é abaixo de 6,5. Estados Unidos, Canadá, Portugal, Espanha, Alemanha, Índia e Austrália exibem taxas de 6,5 a 13. Na França, Suécia, Rússia, China e Japão, as taxas estão estimadas acima de 13. Os países bálticos detêm taxas entre 32 e 42, a exemplo da Lituânia (41,9), Estônia (40,1), Rússia (37,6), Letônia (33,9) e Hungria (32,9) e são destacados como os primeiros colocados em média de suicídio por 100 mil habitantes, enquanto que Guatemala, Filipinas e Albânia estão do lado inverso, com as menores taxas, oscilando entre 0,5 e 2.⁴

O Brasil revela taxa geral de suicídio tida como baixa, quando confrontada com outros países (71º lugar), portanto, ocupa o nono lugar na classificação de países líderes em termos absolutos de óbitos por suicídio.⁵ Ainda se referindo ao Brasil, foi anunciado que aconteceram, no ano de 2007, 131.032 mortes por causas externas (acidentes e violências). Desse total, o suicídio representou o valor numérico de 8.868 óbitos, 6,8% de mortes por causas externas, com taxa de mortalidade específica de 4,68 óbitos por 100 mil habitantes.⁵

O comportamento suicida opera considerável impacto nos serviços de saúde e as estatísticas revelam que 1,4% da carga global está associada por doenças e que, em

2002, ocorreu devido às tentativas de suicídio. Esse percentual deverá aproximar-se aos 2,4% em 2020.³

As notificações de suicídio na região Nordeste aparecem de forma preocupante e óbitos por essa causa passaram de 1.049 para 2.109, entre 2003 a 2013, ou seja: mais que duplicaram no período, atingindo o percentual de 109%. Nessa região, três Estados, Paraíba, Piauí e Sergipe, mais que triplicam seus quantitativos. Bahia, Ceará, Maranhão e Rio Grande do Norte mais que duplicam. Nesse cenário, o Piauí ocupa a quinta posição em números de suicídios do Brasil, de acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em janeiro deste ano. Em Teresina, a cada 100 mil habitantes, 6,8 cometem suicídio todos os anos.⁶

Em um período de dez anos, no Piauí, observou-se um aumento de 221,7% casos de óbitos por suicídios. É o maior índice da região Nordeste, conforme o Mapa da Violência/2011, feito pelo Ministério da Justiça. Os dados alarmantes, registrados somente em Teresina, engrossam o percentual do Estado. A capital piauiense é a segunda do país com a maior taxa de suicídios entre a população jovem: 14,4 suicídios para cada grupo de 100 mil habitantes. Teresina perde apenas para Boa Vista, no Estado de Roraima, que registrou 15,7 suicídios para cada 100 mil habitantes, entre a população jovem, de 15 a 24 anos.⁷

Em Teresina (PI), Brasil, foi realizado um estudo de caracterização dos casos de suicídios em uma capital do Nordeste brasileiro, no ano de 2007, em que foram analisados 244 laudos de óbitos por suicídio (óbito por Lesão Autoprovocada Voluntariamente - CID 10). Com relação ao Número de Casos por Ano (NC/Ano), foram detectados, em 2000, 32; em 2001, 44; em 2002, 38; em 2003, 38; em 2004, 55, e em 2005, 37. Já no banco de dados DATASUS, foram encontrados registrados, no período de 2000 a 2004, 211 casos de óbito por Lesão Autoprovocada Voluntariamente (CID-10) em Teresina - PI.⁸

OBJETIVO

- Analisar o perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo e documental, constituído de dados secundários. Foram incluídos óbitos de residentes em Teresina, no período 2001 a 2013, registrados no Sistema de Informação

sobre Mortalidade (SIM), que tinham, como causa básica, o óbito por suicídio. Os dados estatísticos foram obtidos do município de Teresina, capital do Estado do Piauí, localizada na região Nordeste do Brasil, com população de 814.230 habitantes, 94,27% de área urbanizada, 1.392 Km² de área e 584,95 hab/km², segundo o censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O município de Teresina está localizado na mesorregião centro-norte piauiense, constituindo uma faixa de transição entre o semiárido nordestino e a região amazônica. Trata-se da primeira capital brasileira planejada, tendo sua fundação oficializada em 16 de agosto de 1859.

A população do estudo foi constituída por todos os suicídios de residentes em Teresina, inseridos na base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2001-2013, totalizando 619 registros, na faixa etária de 18 anos e acima dessa idade. A escolha do período de 12 anos, compreendido de 2001 a 2013, ocorreu devido à existência de dados referentes à CID-10: X60 - X84, no Sistema de Informação sobre Mortalidade local, somente a partir do mencionado período.

Foram incluídos apenas os registros que apresentaram a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) igual a: X60 - X84 (lesões autoprovocadas voluntariamente) e de residentes em Teresina.

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2016. O instrumento de coleta constituiu-se de um formulário, previamente elaborado, com informações sobre a caracterização sociodemográfica e epidemiológica da mortalidade, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados - CID -10 (X60 - X84), existentes no banco de dados, levando-se em consideração variáveis como: faixa etária, raça/cor, estado conjugal, escolaridade por ano estudado, sexo, doença previamente estabelecida, local do suicídio e meio utilizado para o suicídio.

Para o cálculo da taxa de mortalidade, uniformizou-se a mesma em quadriênio, para o período de 2001 a 2013, e utilizaram-se as seguintes categorias: Taxa de Mortalidade Específica (número total de óbitos sobre a população x 10⁵); Taxa de Mortalidade por Sexo (número de óbitos de um dado sexo sobre a população do mesmo sexo x 10⁵) e Taxa de Mortalidade por Idade (número de óbitos de determinado grupo etário sobre a população deste grupo x 10⁵). Para estes cálculos, utilizou-se a 10^a revisão da

Classificação Internacional de Doenças (CID-10), incluindo as categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente). As faixas etárias foram agrupadas em seis grandes grupos: a) dez aos 19 anos; b) 20 aos 29 anos; c) 30 aos 39 anos; d) 40 a 49 anos; e) 50 a 59 anos; f) 60 anos ou mais.

As taxas de mortalidade foram obtidas a partir das estatísticas de óbito publicadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁹ do Ministério da Saúde. Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰. Os diferentes meios utilizados para a efetivação do suicídio foram agrupados nas seguintes categorias: envenenamento, afogamento, arma de fogo, arma branca, queda intencional, atear fogo e outros (impacto de veículos, fumaça e gás).

Os dados obtidos foram registrados em uma planilha do *Microsoft Excel* e, logo em seguida, foram transferidos para o programa estatístico *Statistical Product Service Solutions (SPSS)* - versão 20.0. Os resultados foram expostos em tabelas e gráficos. A análise estatística foi do tipo descritiva, por meio da leitura das frequências absolutas (N) e relativas (%), coeficiente de mortalidade, nos quadriênios de 2001 a 2013, conforme variáveis quantitativas. Em seguida, os resultados foram confrontados com o referencial teórico.

O estudo atendeu às determinações preconizadas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o CAAE n.º 54284416.6.0000.5214 e parecer n.º 1.755.853.¹¹

RESULTADOS

Tabela 1. Coeficiente de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes de residentes em Teresina, segundo sexo e faixa etária, de 2001 a 2013. Teresina (PI), Brasil, 2017

Indicadores	2001-2004		2005-2008		2009-2013		2001-2013	
	Coef*	N	Coef	N	Coef	n	Coef	n
	7,37	178	6,89	180	7,52	261	7,29	619
Sexo								
Masculino	8,73	122	8,30	125	10,68	205	9,37	452
Feminino	3,53	56	3,23	55	2,57	56	3,05	167
Faixa etária								
10 a 19 anos	4,58	32	3,99	27	2,59	19	3,70	78
20 a 29 anos	8,84	52	7,52	50	9,83	85	8,83	187
30 a 39 anos	6,77	30	8,20	40	10,11	68	8,60	138
40 a 49 anos	7,20	23	6,68	24	6,47	33	6,73	80
50 a 59 anos	11,68	21	8,26	18	6,51	23	8,25	62
60 a anos e +	10,79	20	10,26	21	9,87	33	10,22	74

*Coef= Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes. Fonte: SIM/Teresina (PI).

Tabela 2. Distribuição da frequência da caracterização sociodemográfica de suicídio de residentes em Teresina no período de 2001-2013. Teresina (PI), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Etnia		
Branca	127	20,51
Preta	48	07,75
Parda	408	65,91
Ignorado	34	05,49
Estado civil		
Solteiro	333	53,79
Casado	203	32,79
Viúvo	022	03,55
Separado judicialmente	024	03,87
Outro	010	01,61
Ignorado	025	04,03
Escolaridade		
Nenhuma escolaridade	53	8,56
De 1 a 3 anos de estudos	103	16,6
De 4 a 7 anos de estudos	173	27,94
De 8 a 11 anos de estudos	152	24,55
De 12 anos e mais	94	15,18
Ignorado	42	6,78

Fonte: SIM/Teresina (PI).

Tabela 3. Distribuição da frequência do perfil de suicídio, conforme meio utilizado e local de ocorrência, de residentes em Teresina, de 2001 a 2013. Teresina (PI), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Meio utilizado para o suicídio		
Enforcamento	443	71,09
Envenenamento	69	11,14
Arma de fogo	63	10,17
Arma branca	07	1,13
Queda intencional	19	3,06
Afogamento	07	1,13
Atear fogo	07	1,13
Outros meios	04	0,64
Local de ocorrência		
Hospital	74	10,33
Domicílio	459	71,15
Via pública	18	2,90
Outros	68	15,62

Fonte: SIM/Teresina (PI).

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o suicídio, principalmente entre homens e, em destaque, a faixa etária que compreende aqueles acima de 60 anos como um problema de saúde pública. O cadastro de

óbitos e agravos por violência no Brasil têm mostrado que, em todos os grupos etários, os homens situam-se em destaque como vítimas e perpetradores, tendo-se, por observação, todas as subcausas, principalmente, entre os idosos.¹²

Em um estudo tipo ecológico transversal, usando-se técnica de Análise Espacial, realizado no período de 1998 a 2002, tomando-se, como unidade de análise, os 91 municípios do Rio de Janeiro, apesar das discrepâncias com relação à dimensão populacional e características socioeconômicas, quando confrontado com Teresina, os autores obtiveram os seguintes achados: a taxa de mortes por suicídio no Estado do Rio de Janeiro foi de 4,41, oscilando, entre os seus municípios, de 0,00 a 28,07 por 100 mil homens e, para o sexo oposto, de 1,34, com variação intermunicipal de 0,00 a 10,25 por 100 mil mulheres, resultado da efetivação de 1.508 óbitos no sexo masculino e 497, no feminino, o que fez esse Estado contribuir, no período em questão, com 5,6% dos suicídios do Brasil. Esta pesquisa mostra que Teresina encontra-se com realidade semelhante a alguns dos municípios do Rio de Janeiro.⁴

Em um estudo ecológico cujo o desfecho era a mortalidade por suicídio na série histórica de 2002 a 2010 e as variáveis independentes foram os indicadores de atividade laboral e de sofrimento mental, em seis metrópoles brasileiras, os pesquisadores encontraram os seguintes resultados: a frequência do suicídio entre as seis metrópoles estudadas foi maior em Porto Alegre, com média de 6,5/100 mil habitantes, seguida de São Paulo e Belo Horizonte, ambas com 4,3/100 mil. O sexo masculino evidenciou alta prevalência, com crescentes valores médios em Porto Alegre (11,6/100 mil homens), seguida de São Paulo, com 7,1/100 mil homens. Entre o sexo feminino, a taxa avultada de mortalidade destacou-se em Porto Alegre (2,6/100 mil mulheres), Belo Horizonte (1,9/100 mil mulheres) e São Paulo (1,8/100 mil mulheres), informações que corroboram com este estudo.⁶

Em uma pesquisa descritiva, retrospectiva, de abordagem quantitativa, sobre a mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI, no período de 2001 a 2011, constituída a partir de dados oficiais e secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, foi notificado que as características sociodemográficas mais reveladas foram raça/cor parda (70,67%), seguida de branca (12,82%), estado civil solteiro (71,74%), depois, casado (21,89%) e escolaridade com maioria entre quatro a sete anos de estudo (35,82%), seguida da escolaridade de oito a 11

anos (22,63%), informações semelhantes às deste estudo.¹³

Em estudo realizado na microrregião de Barbacena, utilizando-se de uma população do período de 2003 a 2009, obtiveram-se dados semelhantes com a atual pesquisa, crescente percentual de óbitos por suicídios na raça/cor parda (10,1%), seguida da cor preta (7,5%).¹⁴ Na pesquisa tendência temporal do suicídio no Brasil, no período de 1980 a 2005, os autores não conseguiram vincular a raça/cor como fator para suicídio, tendo em vista que 50% dos registros não apresentaram essa variável. Mas os pesquisadores observaram que os fatores determinantes de desigualdades sociais podem estar relacionados a taxas de suicídio, conforme a situação socioeconômica de cada região brasileira inserida neste estudo.¹⁵

De acordo com o estudo realizado em dez municípios brasileiros, com população de idosos que foram a óbitos por suicídio, foi detectado que 7% possuem ensino fundamental, informação semelhante à desta pesquisa.¹²

Compreender os fenômenos que contribuem para o recente aumento nas taxas de suicídio pode possibilitar a adoção de medidas mais eficazes. Isso requer mais estudos aprofundados sobre as causas do suicídio, uma vez que ainda há pouca literatura epidemiológica sobre o assunto.¹⁵

Quanto ao meio aplicado para a efetivação do óbito por suicídio, foi observado que, em Teresina, nos últimos nove anos, foi a modalidade enforcamento (66,0%), acompanhada de arma de fogo (13,1%) e envenenamento (11,9%), corroborando com o atual estudo.⁸

Em um estudo epidemiológico descritivo, formado por dados relativos à mortalidade por suicídio e às internações hospitalares por tentativas de suicídio, de residentes em Minas Gerais, na faixa etária de dez a 19 anos, de ambos os sexos, com informações oriundas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde/Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 1980 a 2002, foi detectado que, entre os anos de 1996 e 2002, o principal método empregado para o desenlace do ato suicida por homens foi o enforcamento/estrangulamento/sufocamento (1,1 óbito/100 mil habitantes), seguido por arma de fogo (0,6 óbito/100 mil habitantes). Entre as mulheres, os meios foram enforcamento/estrangulamento/sufocamento e autointoxicação, com taxas iguais de 0,3

óbito/100 mil habitantes, variáveis notificadas em várias capitais brasileiras.¹⁶

Em um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, com dados secundários, constituído por óbitos de residentes em Minas Gerais, no período de 1997 e 2011, cadastrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, foram observados os seguintes achados: nas regiões históricas, 49,0% dos óbitos tiveram, como meio utilizado, o enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70); 17,8%, autointoxicação intencional (X60 a X69) e 13,3%, disparo de arma de fogo de mão (X72 a X74), informações idênticas às observadas nesta pesquisa.¹⁷

Quanto ao local de ocorrência do suicídio, achados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no interior paulista. Com informações originadas do banco de dados do DATASUS, os autores observaram que os óbitos ocorridos entre 1996 a 2001 apresentaram forte relação com o meio utilizado, enforcamento (75,7%), sendo que apenas 12,9% chegaram ao hospital. Nas mortes por arma de fogo, 46,8% aconteceram no domicílio, sendo que 50%, no âmbito hospitalar. Os envenenamentos somam apenas 25%, com predomínio do óbito no hospital (70,8%).¹⁸

Pesquisa realizada no Brasil, com a finalidade de apresentar as taxas de mortalidade, no período de 1980 a 2006, os autores observaram que, do total dos óbitos que ocorreram no domicílio, 64,5% foram por enforcamento e 17,8%, por armas de fogo. Destes óbitos, apenas 7,0% dos casos de enforcamento foram a óbito no hospital, aquilatando com o uso de arma de fogo, no qual 28,7% faleceram em instituição hospitalar. Quanto ao óbito por envenenamento, 37,1% ocorreram em hospital, em comparação com apenas 5,8% no domicílio. Na via pública, surpreendeu a proporção de óbito por armas de fogo (24,7%), representando um total de 6,3% deste óbito no hospital.¹⁶ Essas revelações mostram que os fatores psicológicos, biológicos, econômicos e socioculturais tornam o suicídio um fenômeno complexo.

CONCLUSÃO

A maioria dos suicídios ocorreu no sexo masculino, com maior coeficiente de mortalidade na faixa etária de 60 anos ou mais, seguida da população de adultos jovens, de cor parda, ensino fundamental, solteiros, e o meio mais utilizado para a conclusão do suicídio foi o enforcamento, acompanhado de

envenenamento, e que a maioria dos óbitos por suicídio ocorreu no próprio domicílio, seguido do hospital.

O estudo mostra as características dos casos de suicídio em Teresina como um importante problema de saúde pública que necessita ser estudado pormenorizadamente, por meio de estratégias emergidas da realidade local, haja vista que o suicídio traz, como fator de risco, a formação do ser humano no seu convívio histórico/cultural e socioeconômico, além de alguns fatores bem percebidos, tais como os transtornos depressivos, o abuso/dependência de álcool/drogas e o isolamento social. Os resultados deste estudo recomendam que, para uma melhor eficácia na prevenção do suicídio, seja necessária maior integração entre os pilares ideológicos do Estado, educação, saúde, religião e, sobretudo, a família.

Neste estudo, quando comparado com uma pesquisa realizada também em Teresina, há nove anos, percebe-se que não houve mudanças significativas quanto às características dos casos de óbito, mostrando que as taxas de óbito permaneceram estacionárias, colocando o município em quarto lugar, quando confrontado com todos os óbitos ocorridos por causas violentas. Esta realidade mostra a necessidade de empenho da atenção básica na aplicabilidade da prevenção e promoção da saúde a toda a comunidade adstrita.

REFERÊNCIAS

1. American Foundation for Suicide Prevention. Suicide statistics [Internet]. New York: AFSP; 2017 [cited 2017 June 28]. Available from: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>
2. Pinto LW, Silva CMFP, Pires TO, Assis SG. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 Aug;17(8):2003-09. Doi: 10.1590/S1413-81232012000800011.
3. Botega NJ. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. Rev Bras Psiquiatr. 2007 Mar;29(1):7-8. Doi: 10.1590/S1516-44462007000100004.
4. Bezerra FJG, Werneck GL, Almeida RLF, Oliveira MIV, Magalhães FB. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cad Saúde Pública. 2012 May;28(5):833-44. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000500003.

5. Botti N, Mesquita I, Benjamim M. Diferenças macrorregionais da mortalidade por suicídio: análise epidemiológica. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Aug 02];8(10):3420-8. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/5477>.
6. Ceccon RF, Meneghel SN, Tavares JP, Lautert L. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. Ciênc Saúde Coletiva. 2014 July;19(7):2225-34. Doi: 10.1590/1413-81232014197.09722013.
7. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2011 [cited 2017 Aug 15]. Available from: http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/152/1/WAISELFISZ_mapa_violencia_jovens_2011.pdf
8. Parente ACM, Soares RB, Araújo ARF, Cavalcante IC, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. Rev Bras Enferm. 2007 Aug; 60(4):377-381. Doi: 10.1590/S0034-71672007000400003.
9. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Óbitos por causas externas [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 03]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ext10mg.def>.
10. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited 2017 Aug 03]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao
11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[cited 2017 Aug 03]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html.
12. Minayo MCZ, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2012 Oct [cited 2017 Aug 03];17(10):2665-74. Doi: 10.1590/S1413-81232012001000016.
13. Sousa ASB, Silva SC, Cavalcante MFA. Mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI no período de 2001-2011. Rev Interd [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Aug 24];9(1):57-65. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/594/pdf_285
14. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública. 2013 Jan;29(1):175-87. Doi: 10.1590/S0102-311X2013000100020.
15. Brzozowski FS, Soares GB, Benedet J, Boing AF, Peres MA. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. Cad Saúde Pública. 2010 July;26(7):1293-302. Doi: 10.1590/s0102-311x2010000700008.
16. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2009 Oct;31(Suppl 2) S86-S93. Doi: 10.1590/S1516-44462009000600007.
17. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 Apr;14(2):407-16. Doi: 10.1590/S1413-81232009000200010.
18. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública. 2003 June;37(3):357-63. Doi: 10.1590/S0034-89102003000300015.

Submissão: 25/08/2017

Aceito: 30/11/2017

Publicado: 01/01/2018

Correspondência

José Francisco Ribeiro
 Quadra 28, Casa 6, Setor C
 Mocambinho (conjunto José de Almeida Neto)
 CEP: 64010 –360 Teresina (PI), Brasil