



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**HÉLIO BATISTA DE ARÁUJO TERCEIRO**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE SUICÍDIOS EM MUNICÍPIOS DO ALTO SERTÃO  
PARAIBANO**

CAJAZEIRAS – PB  
2016

**HÉLIO BATISTA DE ARÁUJO TERCEIRO**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE SUICÍDIOS EM MUNICÍPIOS DO ALTO SERTÃO  
PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da  
Universidade Federal de Campina Grande,  
como requisito parcial obrigatório à obtenção  
do título de Médico.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Ms. Ana Carolina de  
Souza Pieretti.

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

A659a Araújo Terceiro, Hélio Batista de.  
Análise da incidência de suicídios em municípios do alto sertão  
paraibano / Hélio Batista de Araújo Terceiro. - Cajazeiras, 2016.  
52p.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Ana Carolina de Souza Pieretti.  
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2016.

1. Suicídio - Paraíba. 2. Saúde mental. I. Pieretti, Ana Carolina de  
Souza. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de  
Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.89-008.441.44(813.3)

HÉLIO BATISTA DE ARAÚJO TERCEIRO

ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE SUICÍDIOS EM MUNICÍPIOS DO ALTO SERTÃO  
PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da  
Universidade Federal de Campina Grande,  
como requisito parcial obrigatório à obtenção  
do título de Médico.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Ms. Ana Carolina de  
Souza Pieretti.

Aprovado em 08/08/2016

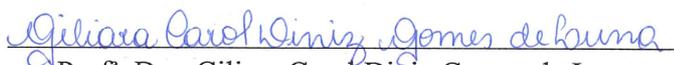
BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup>. Ms. Ana Carolina de Souza Pieretti

Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG

Orientadora



Prof<sup>a</sup>. Dra. Giliara Carol Diniz Gomes de Luna

UAETSC/CFP/UFCG

Examinadora



Prof<sup>a</sup>. Ms. Sofia Dionizio Santos

Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG

Examinadora

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria e força que me oferta e me faz acreditar que um novo mundo é possível, mesmo quando as condições nos parecem adversas.

À minha mãe, Maria Lúcia, pelo amor incondicional e pela paciência em compreender nossas diferenças, além de ser a minha primeira incentivadora a buscar o estudo como instrumento de libertação.

A meu Pai, Hélio Batista, pelo carinho, muitas vezes sem grandes expressões ou sobressaltos, mas com o amor expresso em seu olhar.

A meu irmão Hélio Júnior e minha irmã Florença, pelo amor e companheirismo diário.

À toda minha família, pelo carinho e calor.

À orientadora deste trabalho, Prof<sup>a</sup> Ana Carolina, por sua amizade, paciência e dedicação. Além de seu exemplo, como educadora, que faz da docência um trabalho reflexivo e com compromisso social.

Aos demais professores do CFP/UFCG, em especial, aos professores Vinícius Ximenes, Henrique Gonçalves, Sofia Dionízio, Emmanuelle Lira, Veruscka Barreto, Robson Vieira e Klauber França. Pelo compromisso exemplar na construção do primeiro curso de medicina no Sertão da Paraíba.

Aos amigos e colegas da universidade. Em especial aqueles que dividiram comigo os aprendizados compartilhados no Centro Acadêmico e Movimento Estudantil, espaços onde, com certeza, nos fizeram refletir sobre o profissional que almejamos ser.

Aos bons amigos de fora da universidade, especialmente aqueles que dividi anseios e sonhos antes de entrar no curso de medicina.

Aos companheiros de militância, com os quais aprendi e compartilhei princípios que hoje considero fundamentais na vida e na prática da medicina que desejo exercer. Em especial, aqui, os companheiros da Consulta Popular e do Levante Popular da Juventude, os quais me mostraram, através de práticas, que não termino em mim mesmo.

Ao povo brasileiro, pela sua beleza, força e alegria, que me inspira a fazer dessa profissão uma ferramenta que auxilie em sua conquista por uma vida mais digna e com mais direitos.

*Como sei pouco, e sou pouco,  
faço o pouco que me cabe  
me dando inteiro.  
Sabendo que não vou ver  
o homem que quero ser...*

Thiago de Mello

ARAÚJO TERCEIRO, Hélio Batista de. **Análise da incidência de suicídios em municípios do Alto Sertão Paraibano**. 2016. 52 f. TCC (Graduação em Medicina) – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

## RESUMO

O suicídio representa um comportamento extremamente complexo em nossa sociedade, de natureza multifatorial e representa um grave problema de saúde pública. Embora muitos cientistas se desafiem a estudar o tema, este se apresenta como um evento cada vez mais frequente em nossa sociedade, com índices cada vez mais crescentes. O Brasil está entre os dez países em número absoluto de suicídios e a Região Nordeste, dentre as outras regiões, apresenta-se com o maior crescimento percentual. Dessa forma, este estudo nasceu a partir do interesse e necessidade de conhecer melhor esses dados no Sertão Paraibano, tendo como objetivo geral aprofundar o conhecimento sobre suicídio nessa região. Quanto ao delineamento metodológico, foi realizado um estudo observacional, do tipo ecológico. Estudou-se a epidemiologia do suicídio nos 15 municípios que compõem a 9ª Região Geoadministrativa da Paraíba, dentro de um intervalo de tempo de 19 anos (1996 a 2014), comparando estes aos do município de João Pessoa, do estado da Paraíba, da região Nordeste e aos números nacionais. Os resultados mostraram taxas de suicídio crescentes, com predominância expressiva do gênero masculino em todos os níveis estudados. É dado destaque à variação da taxa de suicídio nos municípios que são objeto do estudo, dentro do intervalo de tempo colocado e, há ainda um número significativo de autointoxicação com pesticidas nos municípios estudados. Diante da análise crítica dos resultados, ressalta-se a necessidade de compreender o suicídio como produto de diversos determinantes do processo saúde-doença, intrincados na casualidade do evento. Além disso, é sinalizada a importância da realização de novos estudos para o esclarecimento do fenômeno, uma vez que novas análises poderão subsidiar melhorias na rede de saúde, assistência e formação de trabalhadores em saúde.

**Palavras-chave:** Suicídio. Saúde mental. Saúde Pública.

ARAÚJO TERCEIRO, Hélio Batista de. **Analysis of the incidence of suicides in municipalities of the extreme backlands of Paraíba.** 2016. 52 f. TCC (Graduação em Medicina) – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

#### **ABSTRACT**

Suicide represents an extremely complex behavior in our society, multifactorial in nature and represents a serious public health problem. Although many scientists challenge themselves to studying the subject, this is an increasingly common event in our society, with increasingly growing indexes. The Brazil is among the ten countries in absolute number of suicides and the Northeast region, among other regions, with the largest percentage growth. Thus, this study was born from the interest and need to get to know this data in a place of Paraíba, with the overall objective to deepen knowledge about suicide in this region. As for the methodology, an observational study was conducted, the ecological type. It was studied the epidemiology of suicide in the 15 counties that comprise the 9th Administrative Region at Paraíba, in a time span of 19 years (1996 to 2014), was compared those numbers to the municipality of João Pessoa, State of Paraíba in the Northeast region and the national numbers. The results showed rising suicide rates, with significant male predominance in all levels studied. We highlight the variation of suicide rate in the municipalities that are object of study, within the range of time placed and there is also a significant number of autointoxication with pesticides in the cities studied. About the critical analysis of the results, we underscore the need to understand the suicide as the product of various determinants of health-disease process that are puzzled on the causes of the event. In addition, it is evidenced the importance of conducting new studies to the clarification of the phenomenon, since new analyses can subsidize improvements in health network, assistance and training of health workers.

**Keywords:** Suicide. Mental health. Public Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1-Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados dos municípios da 9ª Regional de saúde, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>20</b>
<b>Gráfico 2-Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados do município de João Pessoa Entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>21</b>
<b>Gráfico 3-Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados do estado da Paraíba, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>21</b>
<b>Gráfico 4- Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados da região Nordeste, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>22</b>
<b>Gráfico 5- Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados do Brasil, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>22</b>
<b>Gráfico 6-Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados dos municípios da 9ª Regional de Saúde. Entre 1996 e 2014 .....</b>	<b>23</b>
<b>Gráfico 7- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados do município de João Pessoa, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>23</b>
<b>Gráfico 8- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados do estado da Paraíba, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>24</b>
<b>Gráfico 9- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados da região Nordeste, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>24</b>
<b>Gráfico 10- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados do Brasil, entre os anos de 1996 e 2014 .....</b>	<b>25</b>
<b>Gráfico 11- Causas de suicídio entre os Municípios da 9ª Regional de Saúde, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10 .....</b>	<b>27</b>
<b>Gráfico 12- Causas de suicídio em João Pessoa, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10 .....</b>	<b>28</b>
<b>Gráfico 13- Causas de suicídio no Estado da Paraíba, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10 .....</b>	<b>29</b>
<b>Gráfico 14- Causas de suicídio na Região Nordeste, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10 .....</b>	<b>29</b>
<b>Gráfico 15- Causas de suicídio no Brasil, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10 .....</b>	<b>30</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-Tabela com códigos CID-10 de Autointoxicação e Lesão autoprovocada intencionalmente .....</b>	<b>26</b>
---	-----------

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID-10	Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição
CIR	Comissões Intergestores Regionais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PARA	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUICÍDIO.....	14
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE SUICÍDIO NO BRASIL E NO MUNDO .....	15
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE SUICÍDIO NO NORDESTE.....	16
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>18</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>8 APÊNDICE.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio pode ser definido como uma morte auto-infligida, de causa intencional e representa um comportamento extremamente complexo, multifatorial em sua natureza e, especialmente, um grave problema de saúde pública.

O primeiro estudo com tentativa de interpretação desse fenômeno se deu por Émile Durkheim, em sua obra *O suicídio (1897)*, onde buscou identificar as causas sociais do suicídio e classificá-lo em tipos. Trata o acontecimento como um fato social, e que está ligado a diversas variáveis, como: religião, família, regime político, economia e profissão.

A partir de Durkheim, diversos outros cientistas se desafiaram a estudar o suicídio, que ao passar dos anos passou a ser visto com maior preocupação, principalmente dentro do debate de saúde pública, pelo crescente número de casos registrados, ano a ano, e a falta de políticas por parte dos órgãos públicos que combatam a ocorrência do fenômeno.

Trata-se de um problema de alcance mundial. Todos os anos mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio, o que equivale a um caso a cada 40 segundos (Organização Mundial da Saúde, 2014). Caracteriza-se como um problema de saúde pública, atingindo comunidades, cidades e diversos países, em toda sua extensão. Esse número cresce cada vez mais e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (2014) traz a reflexão de uma estimativa que em até 2020 pode haver o incremento na incidência de suicídio de 50%, ultrapassando, assim, 1,2 milhões de casos anuais.

Segundo a ABP (2014), o Brasil em 2012 registrou a oitava posição em número absoluto de suicídios, sendo registradas 11.821 mortes, equivalendo a uma média de 30 episódios por dia. Desse número, quase 78% dos casos foram vivenciados pelo gênero masculino e 22% feminino, padrão de distribuição de gênero próxima ao que aborda grande parte da bibliografia estudada, como no próprio estudo da ABP que aponta que entre os homens há três vezes mais episódios do que entre as mulheres.

O crescimento do número de óbitos advindos do suicídio no Brasil tem colaborado com uma transição epidemiológica, desde a década de 1960. Há um aumento significativo de óbitos classificados por causas externas em substituição às doenças infecciosas e parasitárias, sendo atualmente, o suicídio uma das principais causas de morte, nessa classificação. Em estudo, Roichenhem (2011) identifica o suicídio como terceira principal causa de óbitos por causa externa, sendo homicídio a primeira com 36,4% de casos, em seguida óbitos relacionados ao trânsito, com 29,3% dos casos e, em seguida, o suicídio (6,8%).

Em relação à região Nordeste, Machado (2015), em estudo que pontua como se comportam as cinco regiões do Brasil entre os anos de 2000 e 2012, afirma que esta região tem o maior crescimento percentual, chegando a um aumento de 72,4% na faixa de tempo estudada. A segunda região que registrou maior crescimento foi a Norte, com 37,2% e no país, no geral, houve um crescimento de 26,5%.

Observa-se, diante do exposto, que o suicídio é um evento importante de ser estudado. Há ainda pouca pesquisa quantitativa que traga dados sobre o acontecimento no país e, especialmente, na região Nordeste. O interesse em realizar essa pesquisa, desta maneira, se deu a partir da necessidade de conhecer melhor esses dados no sertão paraibano, especificamente nos quinze municípios que compõe a região geoadministrativa de Cajazeiras (9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba), que possui uma população média de 175 mil habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015) e localiza-se no semiárido brasileiro. Conformase como principal área em que estão os serviços de assistência à saúde e onde acontecem as atividades práticas e estágios dos cursos de saúde, localizados na cidade de Cajazeiras.

O Ministério da Saúde, ao lançar o *Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (2006)* com o tema prevenção de suicídio, reconhece o evento e as suas tentativas como um grave problema de saúde pública. Isso demonstra uma preocupação e ao mesmo tempo iniciativa por parte de órgãos governamentais em combater a problemática, a partir de uma política fortalecedora na educação de profissionais. Atualmente, observa-se que em Cajazeiras e região existe uma iniciativa de expansão no que diz respeito à rede de ensino e assistência em saúde e saúde mental, com a abertura nos últimos anos de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), residência terapêutica na cidade de Cajazeiras e cursos na área da saúde e da assistência social. Mesmo assim há uma escassez de estudos loco-regionais sobre o tema.

A partir destas ponderações realizadas, são feitos questionamentos: Como está a taxa de suicídio nos municípios que compõe a 9ª Gerência Regional de Saúde? Está alta? Está seguindo o mesmo padrão de evolução à nível estadual, à nível da região Nordeste ou à nível nacional?

A fim de responder questões como essas, decidiu-se, por fim, a realização de um estudo com o objetivo geral de aprofundar o conhecimento sobre suicídio no Alto Sertão Paraibano e com os seguintes objetivos específicos: Conhecer a incidência do suicídio em municípios pertencentes à 9ª região geoadministrativa de Saúde do estado da Paraíba; conhecer sua evolução no intervalo de tempo dado à pesquisa; comparar a incidência com

estatísticas nacionais e regionais; apontar novas perguntas de pesquisa para compreender a questão do suicídio no Alto Sertão Paraibano.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Considerações sobre suicídio

O livro *O suicídio* (1897), tornou-se um marco para a sociologia e para o estudo sobre o tema. Nele, o autor aponta para uma definição sobre o tema, colocando como “suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (DURKHEIM, 1897, p. 14). Kovacs (1992) lembra em seu estudo a etimologia da palavra, *sui* de si mesmo e *caedes* de matar. Pontua ainda que o suicídio é um tema de importância em áreas como filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, saúde mental e saúde coletiva. Através de registros históricos não há como ter, com clareza, as provas que demonstrem qual a data precisa da primeira ocorrência, contudo, Silva (1992) relata, através de estudos, a existência de um ritual em 2.500 a.C. em Ur, cidade da antiga Mesopotâmia, onde 12 pessoas beberam uma bebida envenenada e deitaram à espera da morte.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) aponta o suicídio como um fenômeno presente ao longo de toda história da humanidade e em todas as culturas. Um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, culturais e socioambientais. Afirma que deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história de um indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) existem alguns fatores associados a um maior risco de suicídio, tais como história passada de tentativa de suicídio, presença de transtornos mentais (principalmente depressão, uso ou abuso de álcool ou outras drogas), sexo masculino, idade entre 15 e 35 e acima de 75 anos, ausência de apoio social, ter tido perdas por parte de pessoas queridas recentemente, doenças orgânicas incapacitantes, eventos estressantes, pobreza, desemprego e baixa escolaridade. Dentre todas essas, a história de tentativa de suicídio e presença de transtornos mentais são os principais fatores de risco, e que devem ser levados em consideração durante uma suposta conversa com o profissional de saúde.

## 2.2 Considerações sobre suicídio no Brasil e no Mundo

A partir do relatório da OMS sobre prevenção do suicídio (2014), no ano de 2012 cerca de 804 mil pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, o que corresponde a taxas de 11,4 por 100 mil habitantes por ano – 15,0 para homens e 8,0 para mulheres.

Observa-se o crescimento da taxa de suicídio em todo o planeta. No mesmo relatório a OMS (2014) aponta que no ano estudado, uma pessoa cometia suicídio a cada 40 segundos e que a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. Traz ainda a perspectiva de que em 2020 haja um aumento de 50% da incidência anual de mortes, tendo como base o ano de 2012. Dessa forma, o número de mortes decorrentes do suicídio ultrapassaria o número de mortes decorrentes de homicídio e guerra combinados (ABP, 2014).

O estudo de Lovisi (2006), em que estuda a epidemiologia do suicídio no Brasil, mostra que a taxa de suicídio em nosso País cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes, entre os anos de 1980 e 2006, um crescimento de 29,5%. Esse estudo tem importância epidemiológica por trazer dados comparativos das diferentes regiões geográficas: a região Sul apresentou as taxas de suicídios mais altas nesse mesmo período, com uma média de 9,3 mortes por 100.000 habitantes, seguida da região Centro-Oeste, com uma média de 6,1 mortes por 100.000 habitantes. A região que apresentou uma taxa de suicídio mais baixa foi a região Nordeste, com uma média de 2,7 mortes por 100.00 habitantes, contudo, os maiores aumentos foram vistos nela, que experimentou um acréscimo de 130%, enquanto a região Centro-Oeste, segundo crescimento, teve um adição de 68% entre 1980 e 2006.

Já o estudo de Machado (2015) faz um recorte mais curto, de 12 anos - entre os anos 2000 e 2012 - e mais atual. Ele apresenta a transição epidemiológica, dando evidência para as diferenças regionais do suicídio no Brasil, no intervalo período estudado, mostrando que a taxa de suicídio aumentou de 4,9 para 6,6 mortes a cada 100.000 habitantes no período. Machado concluiu, assim como no estudo de Lovisi (2006), que a região Sul apresentou a maior taxa de suicídio e a região Nordeste o maior crescimento percentual, dentro do intervalo estudado. Ressalte-se que a ABP (2014) problematiza os índices apresentados com a informação de que houve um aumento de 30% no número de suicídio entre os jovens, no mesmo intervalo de tempo estudado (2000 a 2012).

Comparando o coeficiente de mortalidade por suicídio do Brasil às escalas mundiais, pode ser que o considerem baixo. No entanto, deve-se levar em consideração que o Brasil é um país populoso e que está entre os dez países com maiores números absolutos de mortes por suicídio (OMS, 2014). É possível visualizar a gravidade do problema ao tomar como

base, por exemplo, o ano de 2005 quando foi oficialmente registrado o total de 8.550 suicídios, estando esse número relacionado a uma morte por cada hora. Destaque-se que, desse ano, para os dias atuais, houve um crescimento em mais de 20% do número total de suicídios, fazendo com que a média de intervalo de ocorrência desse evento, em nosso país, seja ainda menor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dando continuidade ao estudo apresentado por Lovisi (2006), nele é feita uma comparação entre os índices de suicídio no Brasil, levando em consideração o gênero e a idade. Os números apresentados em seu texto são relativos ao coeficiente de suicídio, (coeficiente esse utilizado, na maioria dos artigos científicos que tratam o suicídio em perspectiva quantitativa, tomando por base a razão entre número de óbitos por suicídio para cada 100.000 habitantes). Os índices indicam fortemente para uma maior mortalidade entre os homens, com um aumento de 52% (de 2,5 para 3,8) durante o período de 1980 e 2006. Durante esses 26 anos, o aumento da taxa de suicídio entre as mulheres foi de 1,0%. Corroborando com o que a literatura tem apresentado: que homens se suicidam mais do que mulheres, o texto citado vem reforçar esse aspecto, não só pelo número, mas pelo incremento da taxa numa determinada faixa de tempo. Ou seja, os homens se suicidam mais e, entre os anos de 1980 e 2006, houve um aumento significativo de casos.

Em relação às características sócio-epidemiológicas utilizadas em seu estudo Lovisi (2006) conclui que os casos de suicídio foram predominante de homens (77,3%), idade entre 20 e 59, sem companheiro/companheira (44,8%) e com pouca educação formal (38,2%). A própria casa foi o lugar de suicídio mais predominante (51%), seguido pelo hospital (26,1%). Associado a esses números, compreendendo também a alarmante frequência desse evento, há uma reflexão que o Ministério da Saúde (2009) faz em sua cartilha sobre o impacto do suicídio para outras pessoas, que não aquela que comete a ação suicida. A morte de alguém, vítima de suicídio, leva a uma séria repercussão na vida de pelo menos outros seis sujeitos. Caso a morte aconteça em lugares públicos ou abertos, quem assiste o evento pode ser impactado também.

### **2.3 Considerações sobre suicídio no Nordeste**

O local de análise em que esse estudo se deteve foram quinze municípios que estão localizados na região do Sertão do estado da Paraíba, estado que compõe o Nordeste Brasileiro, região com o terceiro maior território, segundo maior colégio eleitoral e que junto

à região Norte, possui as menores marcas no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do País.

O Brasil possui uma área de 8,5 milhões de quilômetros quadrados (quase 50% de todo território da América Latina), uma população com 204 milhões de habitantes em 2015 (estimativa do IBGE, 2015), sendo, assim, o quinto país mais populoso do mundo. Está dividido em 27 unidades federativas, com grandes diferenças nas condições socioeconômicas entre a população. Exemplo dessa discrepância social é relatado em pesquisa de Brzozoski (2010) que ao analisar a epidemiologia do suicídio no Brasil se depara com uma heterogeneidade na realidade das diferentes regiões estudadas. Observou que os estados mais ricos, como o Distrito Federal e São Paulo, tinha uma renda per capita de aproximadamente US\$ 1.392 e US\$ 857 dólares, respectivamente, que contrastavam bastante com estados pobres, como o Maranhão, com US\$ 392 dólares de renda per capita média. A taxa de desemprego também apresentou grande diferença, como estados como Santa Catarina, que possuía 3,8% de desempregados e o Amapá, com 11,9% (BANDO, 2014).

Em estudo, Machado (2015), que teve no seu recorte temporal os anos entre 2000 e 2012, conclui que o Nordeste foi a região com maior crescimento no índice de suicídio, com um aumento percentual de 72,4% nos 13 anos estudados. Em seu estudo, entre os homens e as mulheres do Nordeste houve um crescimento de 77,8% e 56%, respectivamente no referido índice.

Sobre o método utilizado no suicídio, Lovisi (2006) pontuou que os predominantes no conjunto das regiões foram o enforcamento, arma de fogo e envenenamento, em ordem decrescente. A região Nordeste se diferenciou por apresentar enforcamento, envenenamento e arma de fogo, tendo sido o envenenamento a segunda principal causa, e dentro das causas de envenenamento, os pesticidas se destacaram.

Um estudo que se deteve à análise do evento dentro da região Nordeste foi o de Souza (2011), por meio do qual foram constatadas grandes lacunas no que se refere ao conhecimento do suicídio e suas tentativas nessa região. Em seu estudo, utilizou como espaço amostral um município no interior do estado da Bahia, e encontrou que os dados estão em consonância com as estatísticas regionais, sendo as taxas de suicídio abaixo da média nacional. Contudo, durante a análise de dados verificou uma incompletude no preenchimento de fichas de Declaração de Óbitos. Dados como escolaridade, estado civil, raça e cor foram omitidos. O autor conclui apontando a necessidade de um maior esforço na realização de registros de notificação, para garantir uma maior compreensão da epidemiologia do suicídio no Nordeste.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Do ponto de vista metodológico, optou-se por um estudo observacional do tipo ecológico. O estudo ecológico é um trabalho de investigação que tem como objetivo responder a uma pergunta e é destinado a compreender ou comparar grupos, e não indivíduos. É um tipo de estudo frequentemente realizado para combinar arquivos de dados existentes em grandes populações.

Segundo Fontanive (2012), o estudo ecológico avalia informações obtidas de forma temporal e de grupos geográficos, não se conhecendo a distribuição das doenças e a exposição a fatores de risco, a nível individual. Permite, assim, o levantamento de hipóteses para novos estudos e delineamentos. Segundo Morgenstern (1998 apud SOARES, 2012, p. 61):

Um estudo ecológico ou agregado focaliza a comparação de grupos, ao invés de indivíduos. A razão subjacente para este foco é que dados a nível individual da distribuição conjunta de duas (ou talvez todas) variáveis estão faltando internamente nos grupos; neste sentido um estudo ecológico é um desenho incompleto.

A presente pesquisa trata-se de uma análise epidemiológica, em que leva em consideração a evolução dos índices de suicídio nos 15 municípios que compõe a 9ª Região Geoadministrativa do estado da Paraíba, localizada no sertão paraibano, quais sejam: Bernadino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Carrapateira, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço de José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo e Uiraúna.

O Índice de suicídio (ou taxa de suicídio) foi a ferramenta mais observada na literatura para a análise quantitativa do fenômeno, assim, também utilizada como ferramenta de análise neste trabalho. Dessa forma, entenda-se o número apresentado como a proporção do número de suicídios cometidos para cada 100.000 habitantes em determinada população.

Na sequência, foi analisado o padrão de mortalidade por suicídio dos municípios acima, no intervalo de tempo determinado entre os anos 1996 e 2014, levando em consideração o gênero e os subgrupos de causas classificados dentro do grupo de *Lesões autoprovocadas intencionalmente* a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e em seguida comparados aos índices de suicídios da cidade de João Pessoa (capital do estado da Paraíba), do estado da Paraíba, da região Nordeste e do Brasil. Esse intervalo de tempo foi escolhido para a realização deste trabalho por se tratar do período disponível na plataforma utilizada, a partir do CID-10.

O estudo foi realizado a partir de consulta à base de dados digitais do Governo Federal, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Também foram consultados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Censos Demográficos para subsidiar a análise.

Durante a consulta à base de dados, do SIM/DATASUS foi realizado o acesso às informações dos respectivos municípios da 9ª Região Geoadministrativa a partir da seleção na seção disponível no ítem “Região de Saúde (CIR)”, selecionado “9ª região”.

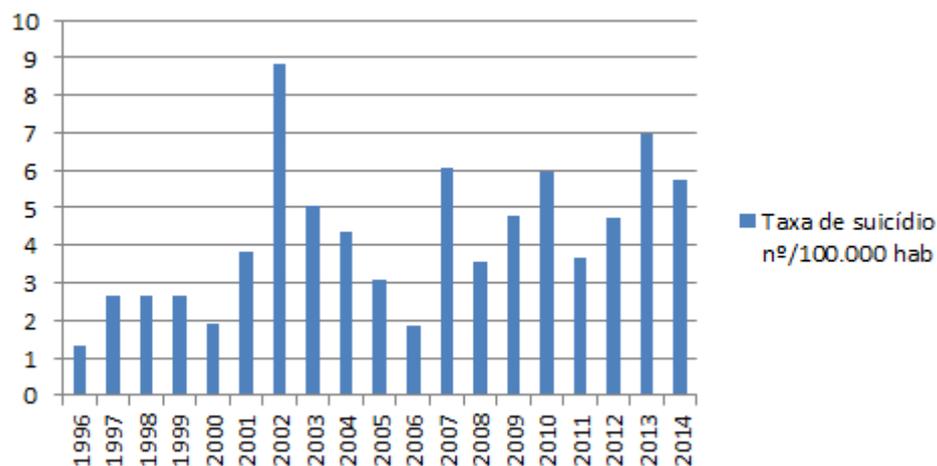
Anota-se que foram considerados como suicídio todos os registros obtidos a partir da seleção de “Lesões autoprovocadas intencionalmente”, a partir da seção disponível no ítem “Grupo CID-10”. Para maior definição e compreensão da pesquisa tomou-se como base informações como ano e gênero.

Em um segundo momento, foi realizada uma pesquisa selecionando a exposição da Categoria CID-10, dentro da pesquisa do grupo “Lesões autoprovocadas intencionalmente” nos mesmos locais de pesquisa (9ª CIR, município João Pessoa, estado da Paraíba, região Nordeste e Brasil) para obtenção de informações quanto à causa de morte, classificada no momento do preenchimento da ficha de Atestado de Óbito.

## 4 RESULTADOS

A partir de pesquisa realizada na plataforma do DATASUS e avaliado o resultado obtido, foi feita uma explanação por meio de gráficos e tabelas. Dos dados referentes ao ano de 1996 e o ano de 2014, pode-se dizer que houve um crescimento da taxa de suicídio, de 1,3 para 5,7 casos a cada 100.000 habitantes na região estudada. Isso representa um crescimento de 334% da taxa de suicídio na região que compreende os 15 municípios pertencentes à região de saúde em estudo.

**Gráfico 1-Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados dos municípios da 9ª Regional de saúde, entre os anos de 1996 e 2014**

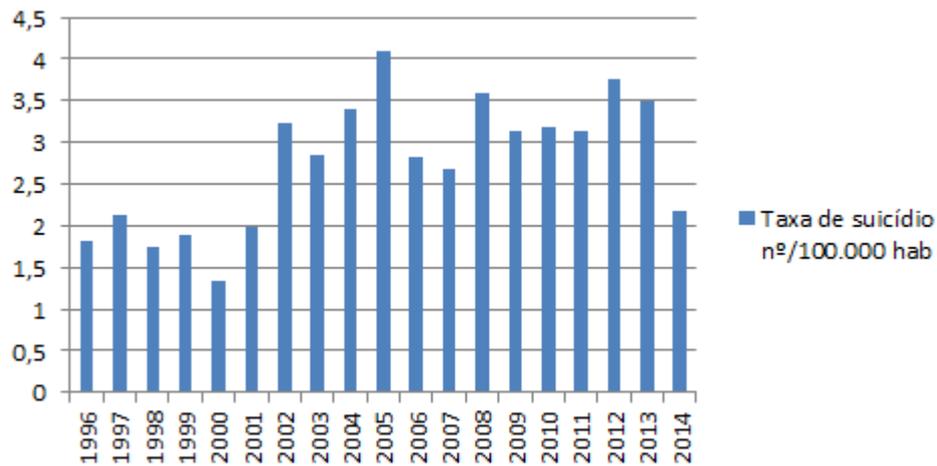


Fonte: SIM/DATASUS.

Importante observar que no restante dos lugares pesquisados foi também apresentado crescimento, levando em consideração o mesmo período. A diferença da taxa de suicídio entre os anos de 1996 e 2014 foi de 19% para a cidade de João Pessoa, 242% para o Estado da Paraíba, 82% para a região Nordeste e 22% para o Brasil.

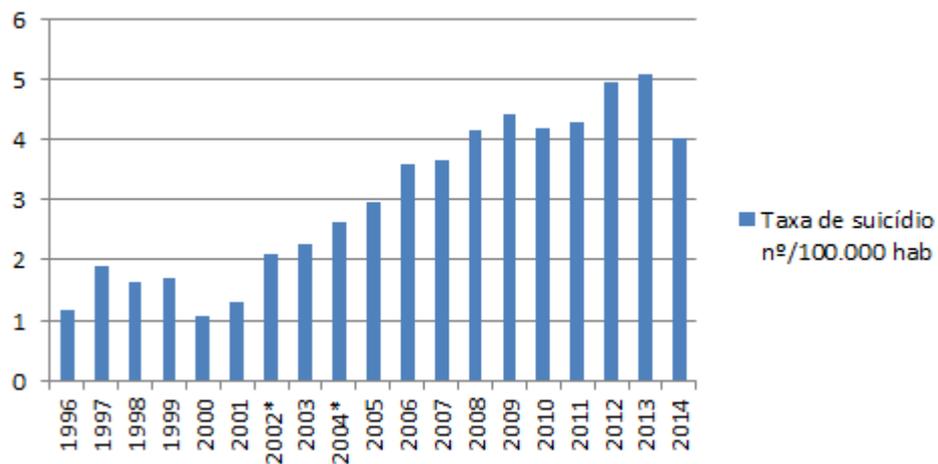
Todavia foi observado que tanto nos municípios que compreendem a 9ª Regional de Saúde, como na cidade de João Pessoa, houve uma importante variabilidade na curva de crescimento da taxa de suicídio no decorrer dos anos, como podemos ver nos gráficos 1 e 2. Diferente dos gráfico 3 e 4 , onde o estado da Paraíba e a Região Nordeste apresentaram, no decorrer da maioria dos anos estudados, um aumento da taxa de forma progressiva. E do gráfico 5, que o Brasil obteve um padrão de curva próximo de um comportamento linear.

**Gráfico 2-Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados do município de João Pessoa Entre os anos de 1996 e 2014**



Fonte: SIM/DATASUS.

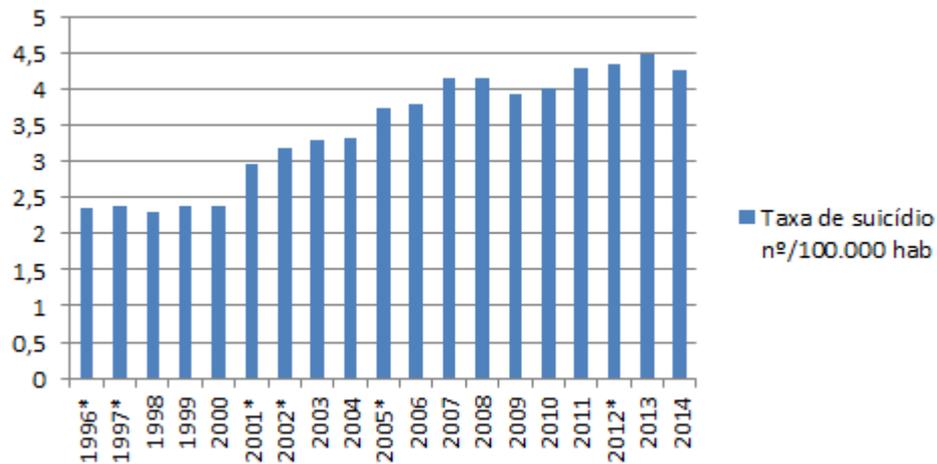
**Gráfico 3-Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados do estado da Paraíba, entre os anos de 1996 e 2014**



Fonte: SIM/DATASUS.

Nesses anos referenciados com \* houve mortes com gênero não identificado, o cálculo foi feito a partir dos casos identificados.

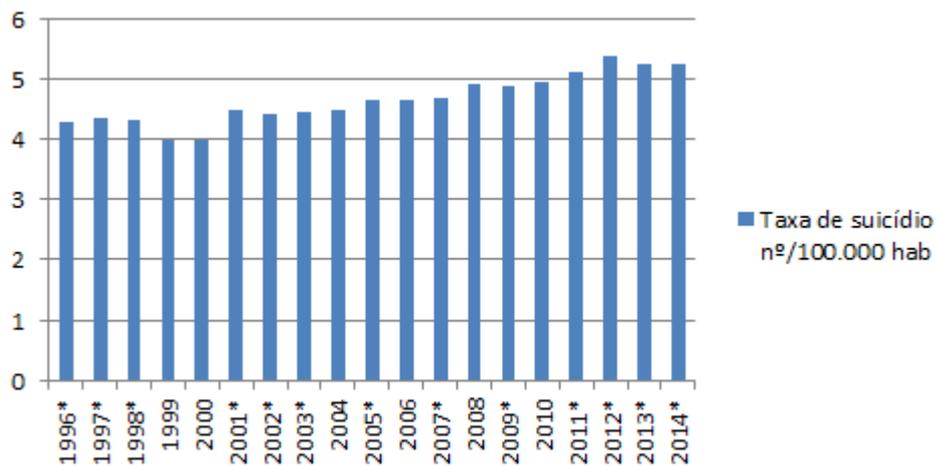
**Gráfico 4- Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados da região Nordeste, entre os anos de 1996 e 2014**



**Fonte:** SIM/DATASUS.

Nesses anos referenciados com \* houve mortes com gênero não identificado, o cálculo foi feito a partir dos casos identificados.

**Gráfico 5- Taxa de suicídio para cada 100.000 habitantes – Dados do Brasil, entre os anos de 1996 e 2014**



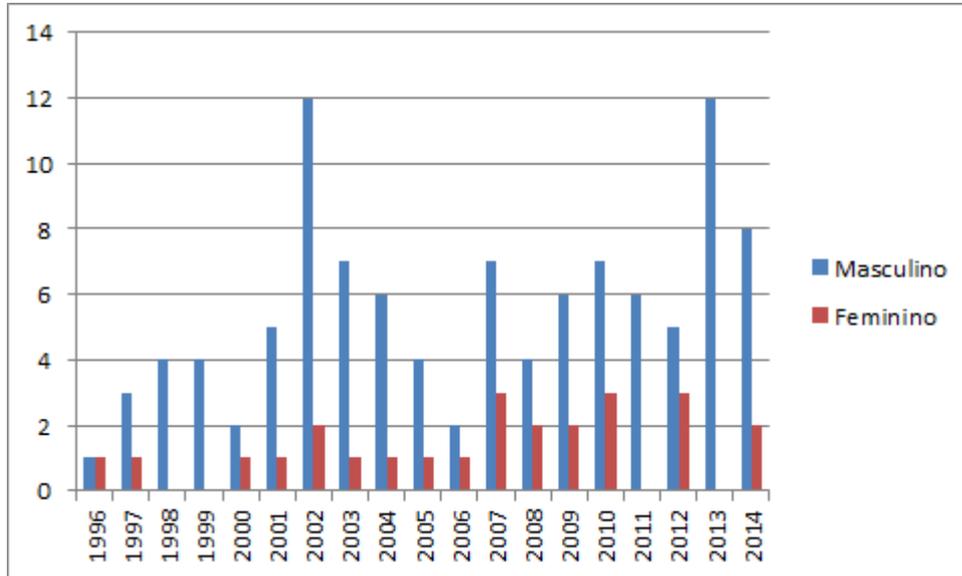
**Fonte:** SIM/DATASUS.

Nesses anos referenciados com \* houve mortes com gênero não identificado, o cálculo foi feito a partir dos casos identificados.

Atenta-se também para os gráficos 6, 7, 8, 9 e 10 onde há uma importante predominância de suicídio realizado por homens, em todos os lugares estudados e durante todos os anos, com exceção do ano de 1996, dentre os municípios que compõe a 9ª Regional

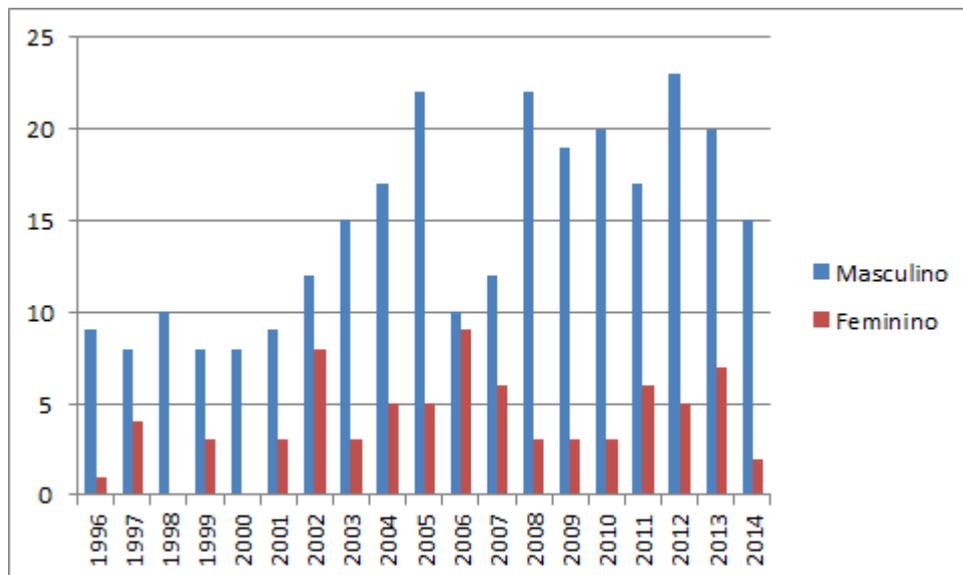
de Saúde (gráfico 6), quando houve registro apenas de dois casos de suicídio, tendo um sido praticado por um homem, o outro por uma mulher.

**Gráfico 6-Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados dos municípios da 9ª Regional de Saúde. Entre 1996 e 2014**



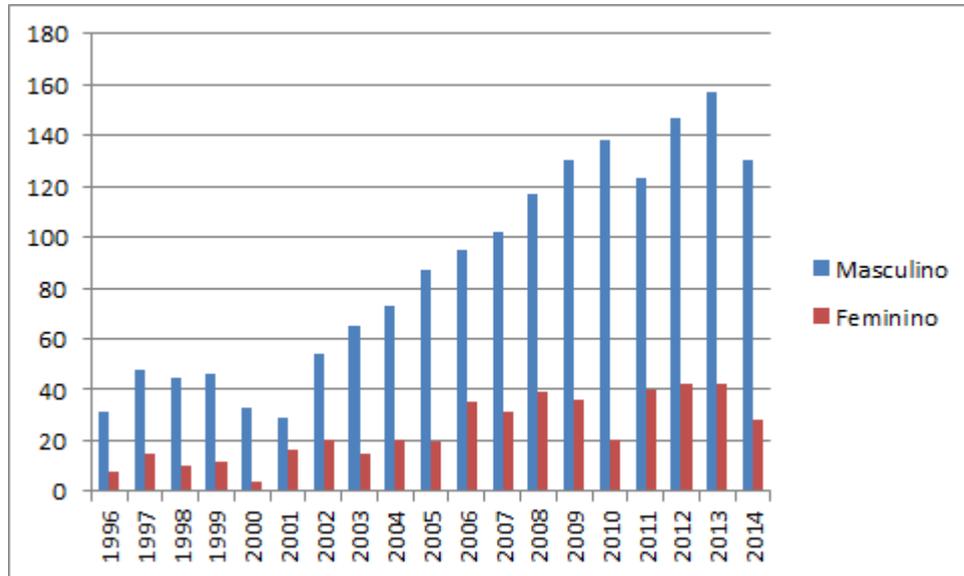
Fonte: SIM/DATASUS.

**Gráfico 7- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados do município de João Pessoa, entre os anos de 1996 e 2014**



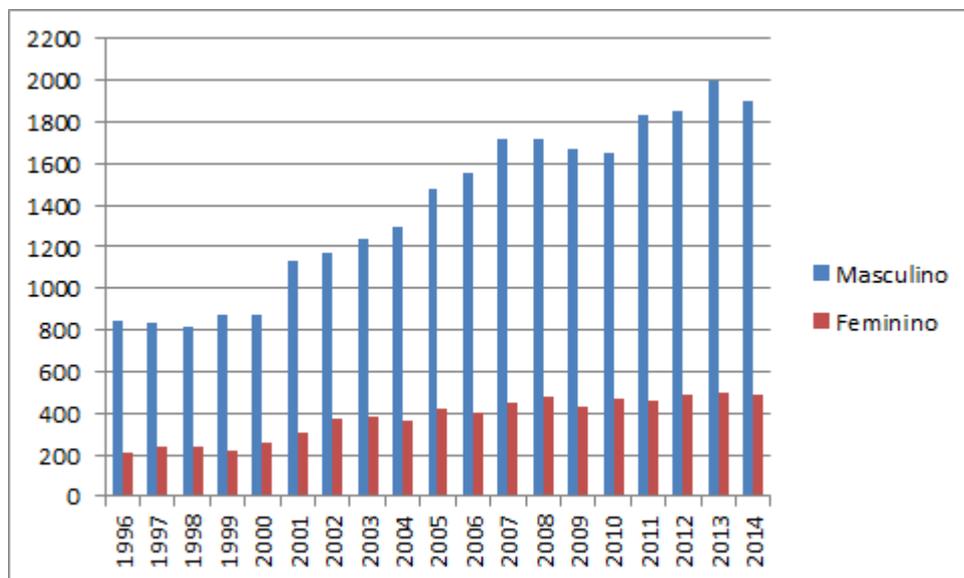
Fonte: SIM/DATASUS.

**Gráfico 8- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados do estado da Paraíba, entre os anos de 1996 e 2014**



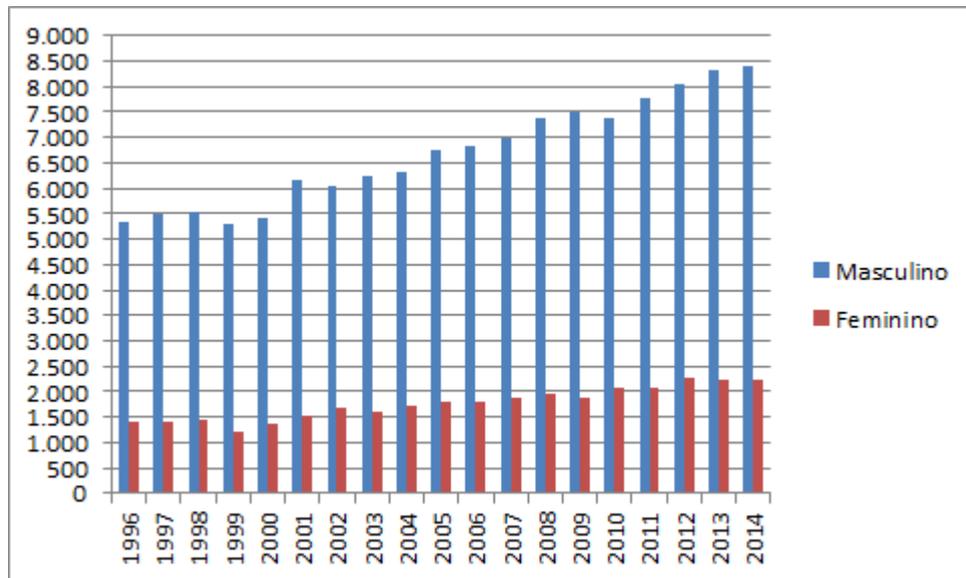
Fonte: SIM/DATASUS.

**Gráfico 9- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados da região Nordeste, entre os anos de 1996 e 2014**



Fonte: SIM/DATASUS.

**Gráfico 10- Número total de suicídios, dividido entre os gêneros – Dados do Brasil, entre os anos de 1996 e 2014**



**Fonte:** SIM/DATASUS.

Outro comportamento que chama atenção entre os gráficos está no gráfico 1, no qual a taxa de suicídio se destaca por estar mais alta em dois anos, com valores acima de qualquer outro dentre todas as áreas estudadas e nos anos a que se deteve o estudo. Foi o que aconteceu nos anos de 2002 e 2013, quando é apresentada a taxa de suicídio no valor de 8,8 e 6,9 a cada 100.000 habitantes, respectivamente. Com destaque para o ano de 2002, quando houve a maior taxa. Vale ressaltar que nesse ano os 15 municípios estudados obtiveram dentro de seu território 19% do total de mortes ocasionadas por suicídio no estado, e possuíam, nesse mesmo ano, uma população que representava cerca de 4,5% da população paraibana (DATASUS/SIM).

Nos anos em que são observadas as maiores taxas de suicídio, nota-se também uma elevação no percentual de homens que incorreram nesse evento, mantendo o padrão global de mortalidade. Depreende-se dos gráficos, portanto, que quando há um aumento nas taxas de incidência de suicídio, atrelado a esse número está o aumento da ocorrência desse fenômeno entre pessoas do sexo masculino no Sertão da Paraíba. Essa constatação aponta para possíveis perguntas, a fim de entender quais os fatores envolvidos nesse aumento. Questionamentos como: O que faz com que a taxa de suicídio aumente em determinado ano? Existe alguma variável ligada à questão de gênero?

No segundo momento da pesquisa, a partir das análises obtidas em relação ao número total de mortes advindas do suicídio, suas taxas e sua diferenciação entre os gêneros no intervalo de tempo compreendido no estudo, busca-se entender como se comporta a distribuição do suicídio com base nas suas condições e causas do óbito, compreendidas a partir do código da CID-10 utilizado pelo profissional médico no momento de registro do óbito e registrado no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS.

Na busca desses registros, nota-se que a partir da classificação da CID-10 algumas causas de mortalidade podem ser agrupadas em categorias mais gerais, e que se permite dividi-las, posteriormente, em dois grandes grupos, o de “Autointoxicação” (Código CID-10 de X60 a X69) e “Lesão autoprovocada intencionalmente” (Código CID-10 de X70 ao X84), ilustrados na Tabela 1.

Esse reagrupamento foi formulado a partir do modelo utilizado no estudo de Machado (2015) pela maneira didática utilizada pelo autor, agrupando algumas das Categorias CID-10 em grupos, pela proximidade do tipo da ato realizada na ação suicida.

**Tabela 1-Tabela com códigos CID-10 de Autointoxicação e Lesão autoprovocada intencionalmente**

<b>1- Autointoxicação (X60 a X69)</b>	
<b>X60 – X64</b>	<b>Medicamentos diversos</b>
<b>X65</b>	<b>Álcool</b>
<b>X66</b>	<b>Solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores</b>
<b>X67</b>	<b>Outros gases ou vapores</b>
<b>X68</b>	<b>Pesticidas</b>
<b>X69</b>	<b>Outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas</b>
<b>2- Lesão autoprovocada intencionalmente</b>	
<b>X70</b>	<b>Enforcamento, estrangulamento e sufocação</b>
<b>X71</b>	<b>Afogamento submersão</b>
<b>X72 - X74</b>	<b>Armas de fogo</b>
<b>X75</b>	<b>Despositivo explosivo</b>
<b>X76</b>	<b>Fumaça, fogo e chamas</b>
<b>X77</b>	<b>Vapor de água, gases ou objetos quentes</b>

<b>X78 - X79</b>	<b>Objetos cortantes, penetrantes ou contundentes</b>
<b>X80</b>	<b>Precipitação de lugar elevado</b>
<b>X81</b>	<b>Precipitação ou permanência diante um objeto em movimento</b>
<b>X82</b>	<b>Impacto de um veículo motor</b>
<b>X83</b>	<b>Outros meios especificados</b>
<b>X84</b>	<b>Outros meios não especificados</b>

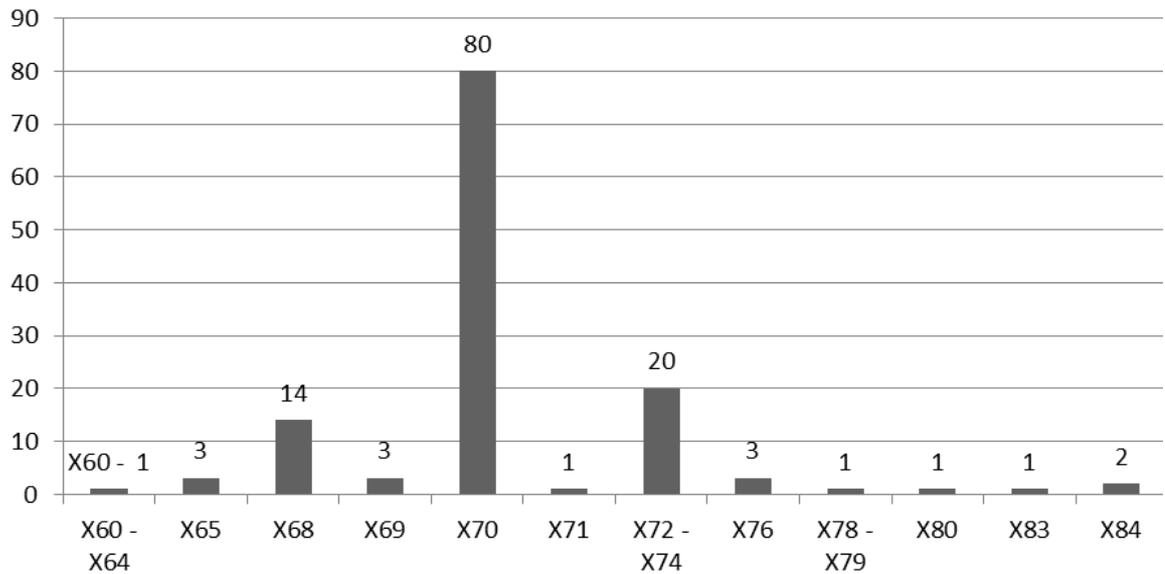
Fonte: CID-10

Em anexo encontram-se todas as tabelas que demonstram a etiologia do suicídio nas regiões estudadas (APÊNDICE A ao APÊNDICE K), a partir delas foram gerados os gráficos nos quais pode-se ver que o grupo das lesões autoprovocadas intencionalmente representam a maior parcela da etiologia do suicídio. Há, dentre elas, como principais causas registradas a morte por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70). É possível, também, observar que após as lesões por enforcamento, estrangulamento e sufocação, a lesão autoprovocada intencionalmente por arma de fogo representa a segunda principal causa de suicídio nos lugares estudados.

O grupo da autointoxicação por pesticidas tem um espaço importante dentre as causas de suicídio em todas as regiões, estando como terceira principal etiologia em todos os lugares, com exceção da cidade de João Pessoa (possivelmente por se tratar de uma capital e não existir nela forte atividade agropecuária).

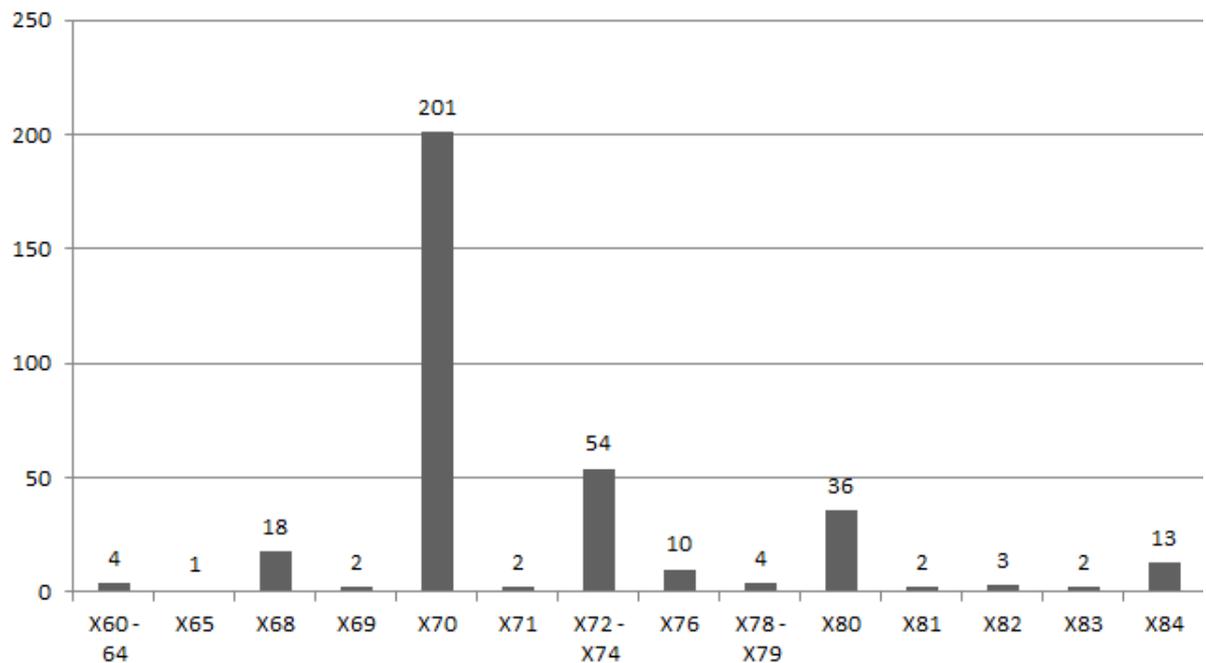
A partir dessa pesquisa foi realizada a formulação da tabela contida no Apêndice K, na qual expõe, no intervalo entre os anos de 1996 e 2014, como se comporta a distribuição das causas de suicídio nos municípios do Alto Sertão Paraibano ao longo de cada ano, a partir cada código pertencente ao capítulo CID-10. Nela, observa-se que no ano de 2002 - ano que, como já foi exposto, destacou-se pelo elevado índice da taxa de suicídio - a causa de suicídio nessa região se deu, em grande parte, pela autointoxicação com pesticidas. Dentre os 14 suicídios registrados, 5 se deram através dessa etiologia.

**Gráfico 11- Causas de suicídio entre os Municípios da 9º Regional de Saúde, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10**



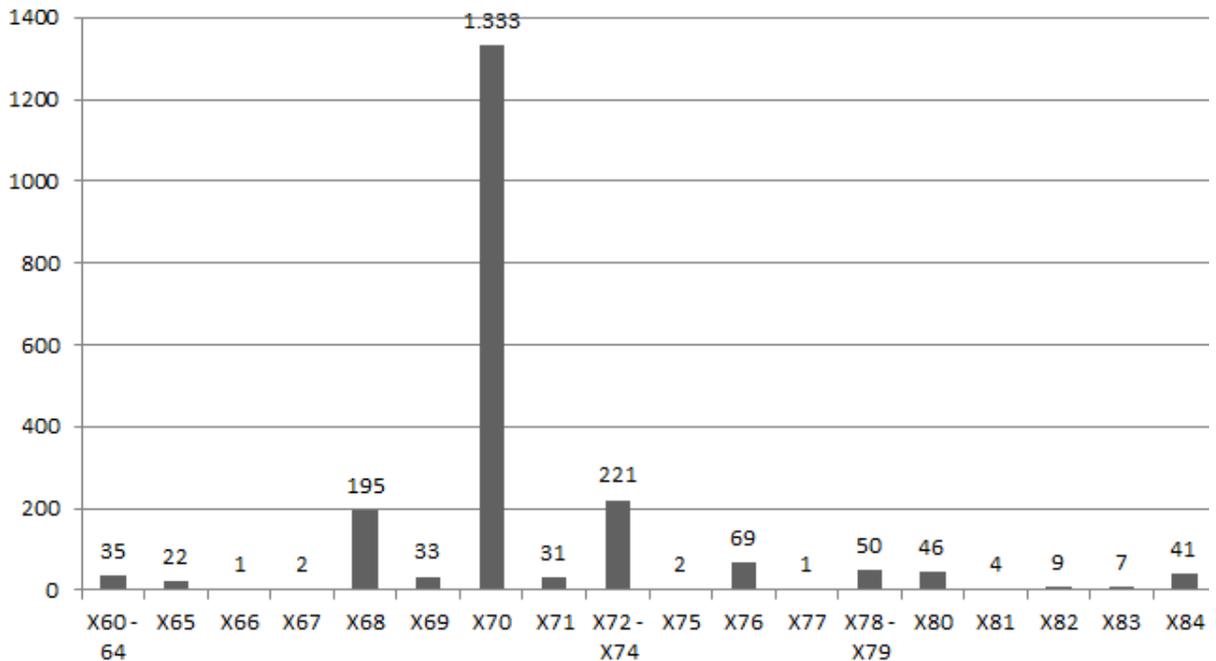
**Fonte:** SIM/DATASUS

**Gráfico 12- Causas de suicídio em João Pessoa, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10**



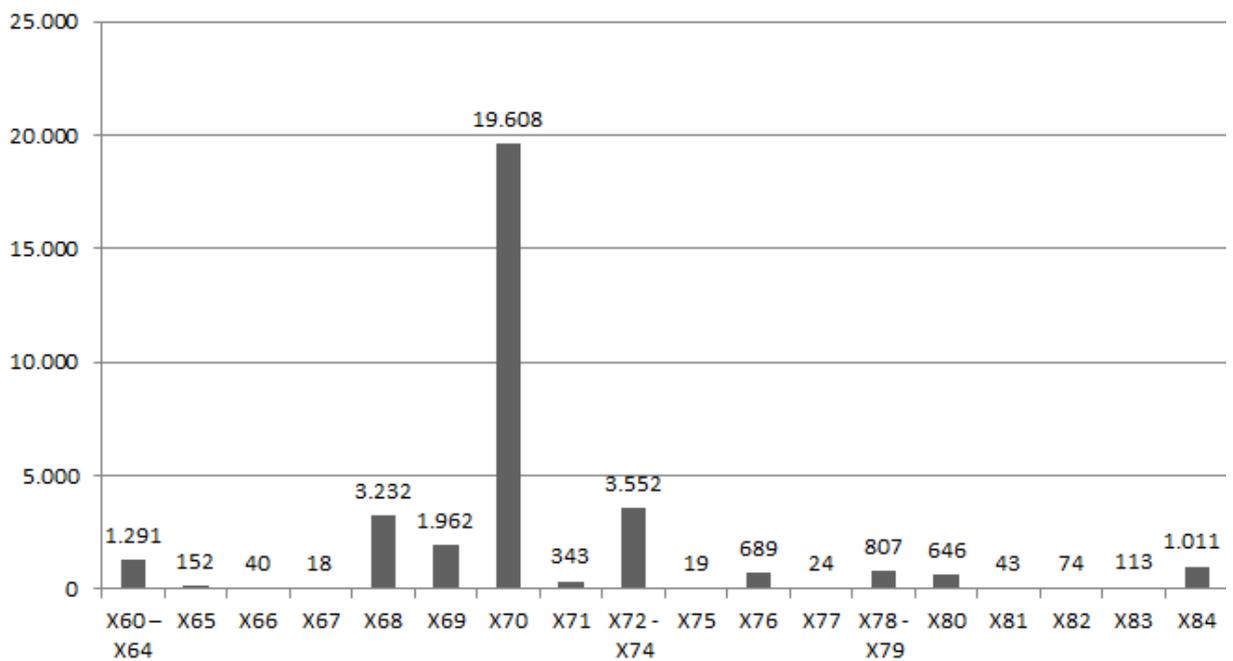
**Fonte:** SIM/DATASUS

**Gráfico 13- Causas de suicídio no Estado da Paraíba, entre os anos de 1996 e 2014.  
Baseado na categoria CID-10**



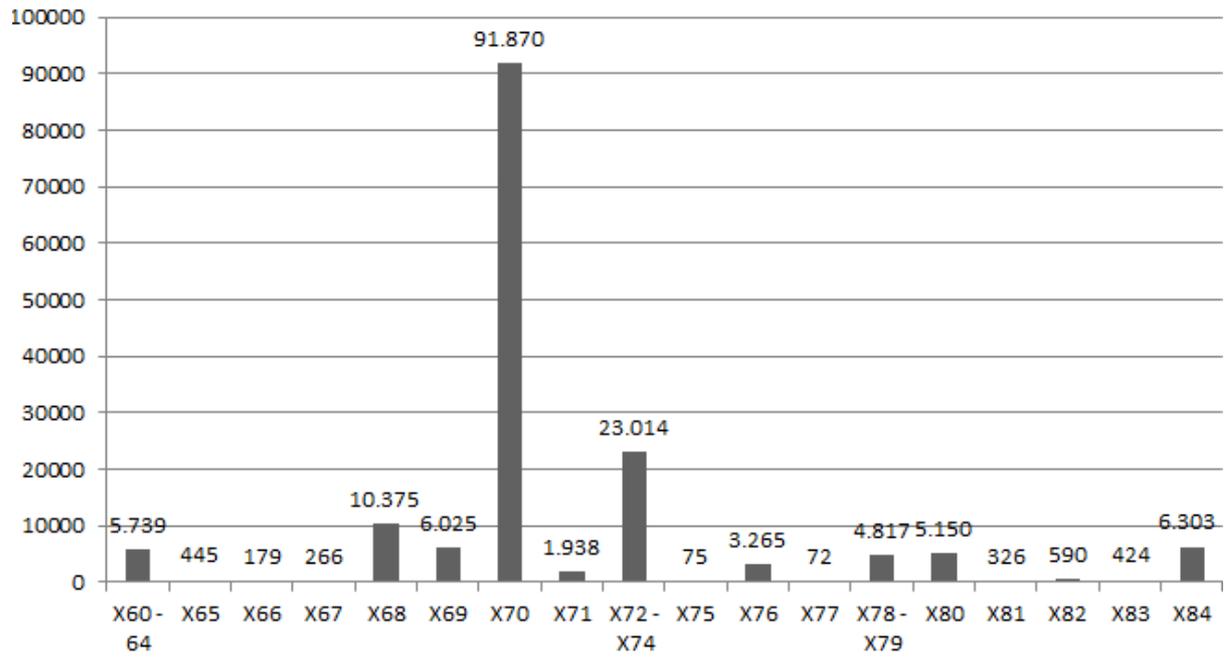
Fonte: SIM/DATASUS

**Gráfico 14- Causas de suicídio na Região Nordeste, entre os anos de 1996 e 2014.  
Baseado na categoria CID-10**



Fonte: SIM/DATASUS

**Gráfico 15- Causas de suicídio no Brasil, entre os anos de 1996 e 2014. Baseado na categoria CID-10**



**Fonte:** SIM/DATASUS

## 5 DISCUSSÃO

A taxa de suicídio nos 15 (quinze) municípios localizados no Sertão Paraibano, embora apresente um crescimento tal como no restante dos lugares estudados, demonstra não possuir um padrão bem delimitado de crescimento, quando comparado com os números do estado da Paraíba, da região Nordeste ou ainda com os números a nível nacional. Esses municípios chegaram a apresentar resultados distintos da taxa de suicídio dos outros lugares também discutidos. O seu crescimento de 334% demonstra que, para além da grande variabilidade, um aumento substancial da taxa de suicídio no espaço de tempo delimitado, sendo o maior aumento do índice comparado a todas as outras regiões.

Sabendo-se que esse fenômeno resulta de uma complexa interação biológica, psicológica, sociocultural, política e econômica, a ocorrência desse evento pode estar relacionada a uma diversidade de variáveis.

Dessa forma, é preciso atentar para a complexidade da situação, uma vez que o sertão paraibano está localizado em uma área constituída de algumas singularidades e apresenta uma fragilizada rede de assistência à saúde, inclusive no que tange à atenção à saúde mental.

A fim de compreender melhor esse padrão de desenvolvimento de suicídio nas 15 cidades as quais se detém o estudo, percebe-se que elas apresentam uma taxa de suicídio elevada e demonstra ser bastante variável. A ABP (2014) afirma que esse modelo é esperado quando se analisa o acontecimento do suicídio em taxas regionais, contudo, apesar da taxa heterogênea obtida no estudo, em alguns dos anos ela ultrapassa de forma significativa o padrão do gráfico, quando comparado, por exemplo, ao município de João Pessoa, o qual se trata de um município e também apresenta um gráfico com padrão variável.

Assim sendo, é possível observar que essa leitura de dados gera, à primeira vista, certa curiosidade no entendimento do conteúdo apresentado, pontuando-se aqui a necessidade de compreender melhor o multifacetado fenômeno do suicídio. Aparentemente, os fatores associados ao fenômeno apontados em estudos já realizados não dão respostas suficientes à total compreensão desse comportamento obtido.

Tem-se, nesse comportamento, uma predominância de ocorrências no gênero masculino em todas as esferas estudadas. Isso corrobora o paradigma já estabelecido de que os homens apresentam maior incidência nesse evento. Em razão disso, é imprescindível relacionar a ocorrência do suicídio a fatores culturais, comportamentais e psicossociais.

Merece destaque a percepção da violência sob a ótica de ambos os gêneros, pois é sabido que, em nossa sociedade, o gênero masculino encontra-se em elevado grau de

exposição e normalização da violência quando comparado ao gênero feminino. O que ocorre em razão de determinados processos de socialização que tem o potencial de envolver o homem em episódios de violência, tornando-a algo habitual em sua vida e tornando-o um agente da violência.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008, p. 12) pontua que:

A violência no sentido amplo deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber: acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios.

A partir dessas informações, torna-se plausível observar que o número exorbitante de mortes por enforcamento, estrangulamento, sufocamento e arma de fogo, demonstrado nos resultados do estudo possibilita afirmar que a maneira como o homem busca o término de sua vida consiste num reflexo das relações construídas socialmente. O que leva a crer que essas formas de concretização do ato suicida estão entre as mais violentas e demonstram que o fenômeno da violência é “uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 11).

Essas relações socialmente construídas e vivenciadas por ambos os gêneros são apontadas por Saffioti (2011) em seu livro “Gênero, Patriarcado, violência”. A autora relata sobre a diferença de comportamento entre o gênero masculino e feminino:

Elas são socializadas para desenvolver comportamentos dóceis, cordatos, apaziguadores. Os homens, ao contrário, são estimulados a desenvolver condutas agressivas, perigosas, que revelem força e coragem. Isto constitui a raiz de muitos fenômenos, dentre os quais se pode realçar o fato de seguros de automóveis exclusivamente dirigidos por mulheres custarem menos, porque, em geral, elas não usam o carro como arma, correm menos e são mais prudentes. (SAFFIOTI, 2001, p. 35)

É possível observar que o padrão de comportamento masculino histórico e socialmente construído parece se integrar a outros fatores que culminam no ato suicida.

Dentre todas variáveis, o presente trabalho chama atenção para as mortes por autointoxicação de pesticidas nos municípios estudados, como importante causa de suicídio, por existir a possibilidade de relacionar o fenômeno com a atividade agropecuária, por ser uma das principais atividades econômicas desenvolvidas na região.

Vale salientar que relatórios do IBGE/Cidades (2013) apontam que dentre os quinze municípios estudados, dez deles possuem como principal atividade econômica a agropecuária. Nos outros cinco, a agropecuária é a segunda principal atividade. Some-se a isso o cultivo agrícola que está cada vez mais associado ao crescente uso de agrotóxicos em nosso país (ANVISA, 2012).

No último relatório do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA, realizado pela ANVISA (2014), existe a constatação do uso de agrotóxicos não autorizados ou da venda descontinuada programada no Brasil. Esse estudo aponta que, entre as amostras classificadas como insatisfatórias (348 amostras das 1.397 coletadas e analisadas, ou 25% do total), 21,3% apresentou resíduos em condição irregular para a comercialização.

Esse fator demonstra a presença de falhas dentro do processo de fiscalização de substâncias utilizadas na agricultura no Brasil. Machado (2012) aponta em seu estudo que o fácil acesso aos produtos aumenta as chances do indivíduo cometer suicídio por este meio, exemplificando a facilidade de acesso pela venda de “chumbinho”, produto fabricado juntamente com agrotóxicos e ainda disponível como “veneno para ratos” no país.

Apesar desses resultados, alguns autores e entidades, como a ABP (2014), acreditam que muitos dos casos de suicídio não são notificados no Brasil, fazendo com que exista uma subnotificação do fenômeno, que decorre do estigma social, provocando uma omissão em relação aos casos que deveriam ter sido notificados (MARÍN-LEON, 2003; MENEGHEL, 2004 apud MACHADO, 2015), ou seja, acredita-se que os números de suicídios devem ser ainda maiores.

Acredita-se que o preconceito existente nessa problemática, principalmente no que se refere às pessoas próximas à vítima, reforça ainda mais a dificuldade na eficácia da notificação do registro. Os obstáculos presentes no processo de trabalho de profissionais da saúde também contribuem para a deficiência na notificação. Muitas vezes, esses profissionais são impedidos de conhecer a história de maneira adequada e conhecer sobre o que motivou o processo de morte.

Atrelado a isso, existem alguns métodos a serem revistos e talvez acrescentados no que diz respeito ao registro de mortes no país. A ABP (2014), por exemplo, introduz em seu estudo o fato de não constar no atestado de óbito informações acerca da orientação sexual. De forma controversa, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais refere em seu texto que a ainda restrita experiência de serviços de saúde que aborda a transexualidade feminina comprova o intenso

sofrimento dessas pessoas por não reconhecerem seu corpo biológico, o que desencadeia distúrbios de ordem psicológica, acompanhados de tendências à automutilação e suicida (ARÁN, 2009 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além dos casos da transexualidade, sabe-se que a homossexualidade por si ainda é alvo de discriminação em nossa sociedade, se configurando ainda como um tabu por parte de algumas pessoas. Acredita-se, assim, que a homossexualidade está atrelado a um enorme sofrimento mental de algumas pessoas e, assim, além do gênero a orientação sexual é um registro importante a ser notificado.

A partir das ponderações postas, anota-se que existem fatores envolvidos no suicídio que, possivelmente, não estão bem explicitados nos estudos epidemiológicos até então realizados. Parece existir uma enorme necessidade acerca do entendimento, tanto do fenômeno em si, como deste inserido na região Nordeste. Que está relacionada, naturalmente, às diversas peculiaridades cabíveis à região, tais como a forma típica de produção econômica, o grande número de trabalhadores no setor informal ou em situação de desemprego, as dificuldades no que diz respeito à disponibilidade de serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à Atenção Básica à Saúde e à Saúde Mental.

Para exemplificar a necessidade de resgatar algumas possíveis variáveis que podem ser encontradas na região de estudo, Cappi (2009, p. 30) aponta:

A miséria, o desemprego, as desigualdades sociais, a falta de oportunidades, bem como a presença insuficiente ou inadequada do Estado, além de constituir uma possível causa de comportamentos violentos, devem ser considerados como elementos da violência em si.

O autor aponta aqui para o conceito de violência estrutural, caracterizada pelo conjunto de relações sociais e funcionamento da própria sociedade, que leva à violência os sujeitos que sofrem agressão. Reforça, assim, a compreensão do fenômeno da violência, como sendo fruto de um processo de organização da sociedade e das relações sociais estabelecidas. Resgata aqui, após considerações feitas, a violência como sendo um fator de risco associado ao suicídio.

A Atenção Primária à Saúde (APS), que considera o sujeito de forma integral a partir de sua inserção sócio-cultural, através da busca de promoção da saúde de forma longitudinal, tem um papel central na prevenção do suicídio. Como exemplo dessa função da APS, o Ministério da Saúde, através de seu Manual de Prevenção do Suicídio (2009), defende que o

fato das equipes de Atenção à Saúde da Família estarem em contato mais próximo e duradouro, faz com que possuam posição privilegiada no combate ao suicídio.

Destarte, considera-se que, a partir dessa ponderação, o potencial que há dentro da política de assistência à saúde na Atenção Básica, por valorizar a prevenção e a capacidade de diagnóstico de transtornos mentais de forma precoce, busca entender o sujeito dentro de sua realidade e de sua comunidade para conseguir construir, assim, uma “Rede de Proteção Social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Pode-se dizer, então, que há nessa forma de cuidado e de assistência à saúde a capacidade de levar em consideração alguns fatores que encontram-se além da lógica biológica, como os fatores sociais, políticos e econômicos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que se inicia o estudo do suicídio e se busca conhecer sua presença e frequência no cotidiano da população, especialmente a população sertaneja, por sua história de resistência, cultura e de construção do saber próprio, abre-se um convite para fazer algumas reflexões e considerações no que tange a assistência, rede de saúde e a formação de trabalhadores na área da saúde.

Por meio dos resultados obtidos, observou-se uma crescente no índice de suicídio em todas as regiões estudadas, parâmetro esse já esperado a partir das leituras previamente realizadas no âmbito do tema, e em maior valor nos 15 municípios que compõe o objeto de estudo.

Dessa forma, verifica-se que a necessidade de entender e aprofundar o conhecimento sobre esse fenômeno é imprescindível. Sabe-se também, assim como em outras localidades, que existem fatores envolvidos na multiplicidade de causas que levam à pessoa a acabar com a própria vida. Fatores esses que fogem da perspectiva biológica da saúde, que no passado foi evidenciado e valorizado, através do Relatório Flexner (1910 apud PAGLIOSA, 2008), que serviu de base, durante muitas décadas, para a construção de diretrizes e a prática do ensino médico. Esse relatório afirma, equivocadamente, que “as escolas médicas devem estar baseadas em universidade, e os programas educacionais devem ter uma base científica” e “O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença”.

Essa forma de ensino levou à construção, durante muito tempo, de uma prática de saúde centrada na figura do médico e no hospital. Dificultando assim, a capacidade do entendimento da saúde como um processo multifatorial, como expõe o conceito de Determinação Social do Processo Saúde-Doença, na qual considera que seus estudos:

Devem envolver a caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político, na medida em que habita a *pólis*, como afirmava Aristóteles (CEBES, 2010, p. 9).

Esse conceito é fundamental para a formulação de novos planos e práticas de saúde e ensino. Como a formulação de novas diretrizes curriculares para diversos cursos de graduação de saúde, dentre essas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs, 2013), que já aponta para a reflexão de uma prática transversal baseada na

determinação social do processo saúde e doença e estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde com ênfase na atenção básica. (DCNs, 2013. p 1 e p.7).

A Atenção Básica à Saúde é colocada como instrumento estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e da formação de trabalhadores em saúde. Essa tem capacidade de trabalhar de forma ampliada o conceito de saúde e consegue, quando trabalhada a partir de suas diretrizes e princípios gerais abordar o processo de adoecimento para além da lógica biológica, fazendo da prática e ensino em saúde uma atividade reflexiva sobre as questões envolvidas com o processo de adoecimento e os eventos que levam ao fim da vida.

Tratando-se da análise a partir dos resultados obtidos, pode-se fazer reflexões sobre a importância de compreender a proporção elevada de homens que se suicidam, essa informação pode ser um fator central dentro de mais formulações sobre o tema. Entender que em muitas vezes o perfil de pessoa, no caso da epidemiologia do suicídio, o homem, apresenta um estado de sofrimento mental importante, que resulta no ato suicida e que por algumas vezes pode ser mascarado ou mal entendido, pela presença de outras queixas. Saffioti (2011, p. 35) aponta ainda:

Homens que experimentam o desemprego por muito tempo são tomados por um profundo sentimento de impotência, pois não há o que eles possam fazer. Além de o sentimento de impotência ser gerador de violência, pode resultar também em impotência sexual. Há homens que verbalizam preferir morrer a ficar sexualmente impotentes. Nem neste caso se permite ao homem chorar. Isto consiste numa “amputação”, pois há emoções e sentimentos capazes de se expressar somente pelo choro.

Nesse trecho há uma reflexão que aponta para um problema social (desemprego), associado a uma possível queixa orgânica (impotência sexual) e a um sofrimento mental. Além da maneira como o homem vê sua situação, pelo fato de alguns homens preferirem morrer a ficar sexualmente impotentes. Constata-se que não há como apontar uma causa primária do sofrimento por parte do gênero masculino, em razão das diversas variáveis presentes no processo de saúde-doença e no sofrimento psíquico do homem.

Em função da multiplicidade de causas associado ao sofrimento mental e conseqüentemente de problemas físicos, é respaldada a ideia de que a Atenção Básica é essencial no trabalho de prevenção do suicídio, por se traduzir num conjunto de ações que busca conhecer os mais variados problemas que afligem o ser humano. Esse é um dos principais serviços do início da vida profissional dos graduados em medicina, onde há possibilidade de buscar ativamente a população de risco, trabalhar fatores envolvidos com a ação suicida, conhecer os principais meios pelos quais pessoas cometem o evento, bem como

a construção e formulação de novas ferramentas para a prática de saúde e cuidado com as pessoas que apresentam essa situação vulnerável.

Atrelado à necessidade da estruturação, formação e trabalho na Atenção Primária à Saúde é necessário problematizar alguns temas que abordam esse contexto. Utilizando-se de perguntas enfáticas, quais sejam: Como está sendo trabalhado o suicídio e sua prevenção, a Atenção Básica à Saúde e Assistência à Saúde Mental na graduação em medicina? E dentro dos outros programas de graduação?

Ademais, conclui-se que desenvolver ferramentas de notificação de mortes ocorridas por suicídio, divulgar informações acerca desse problema de saúde pública e combater o preconceito compreendem ações primordiais para o desenvolvimento de novos estudos, a fim de aprimorar o conhecimento condizente ao tema, tendo por escopo a construção de novas ferramentas de combate ao suicídio.

Portanto, o presente estudo sobre o suicídio rende ainda mais pesquisas acerca do sofrimento mental e das percepções vitais do indivíduo e, por isso, traz à tona a necessidade de dar continuidade à busca pela compreensão desse fenômeno no Sertão Paraibano. É necessário pensar esse cenário, localizado numa região onde a vegetação prevaiente é a Caatinga e que apresenta períodos importantes de estiagem, com isso, maiores dificuldades de condições de vida e de trabalho.

Dando continuidade à pesquisa, surgem questionamentos a serem colocados, tais como: Como está apresentada a assistência à saúde, em especial à saúde do homem, nessa região? Há políticas ou ausência de políticas governamentais, que interferem no comportamento do índice de suicídio no decorrer dos anos? Existem informações a serem acrescentadas na Declaração de Óbito, para estudar melhor esse e outros fenômenos que levam à morte? Há possibilidade de crescimento do índice de suicídio e sua variabilidade está associada especificidades na região do Sertão, como eventos climáticos? Como estão sendo comercializados e utilizados agrotóxicos e demais pesticidas na região?

Em síntese, esse trabalho aponta para a necessidade de trabalhar o tema, a partir de uma perspectiva que leve em consideração processos orgânicos e psicológicos, sem deixar de lado processos históricos, sociais, culturais e econômicos intrincados na temática e fundamental para a compreensão desse e de diversos outros fenômenos na área da saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. **Suicídio: informando para prevenir** – Brasília: CFM, 2014. Disponível em: <[http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2016.

Bahls Saint-Clair, Botega NJ. **Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios**. In: Melo MF, Mello AAF, Kohn R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007, p.151-171.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf et al. **Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005**. Mag. Public Health. 2010, vol.26, n.7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000700008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700008)> Acesso em: 11 jun. 2016.

CAPPI R. **Mediação e prevenção da violência**. Mediação popular: uma alternativa para a construção da justiça, Salvador: Juspopuli, 2009 p. 27-35.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. Tradução de Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FONTANIVE, P. V. N. e FONTANIVE, L. T. **Orientações básicas para pesquisa quantitativa**. In: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p. 481-487.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

KOVÁCS, M.J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009, vol. 31. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000700008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700008)>. Acesso em: 05 jun. 2016.

MACHADO, Daiane Borges and SANTOS, Darci Neves dos. **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012**. J. bras. psiquiatr. 2015, vol.64, n.1, pp.45-54. Disponível em:

< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000100045](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045) >.  
Acesso em: 01 jul. 2016.

Meleiro A, Teng CT, Wang YP et al. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 13-36.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública**. Cad. Saúde Pública. 1998, vol.14, n.2, pp.421-428. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000200027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000200027)>.  
Acesso em: 02 fev. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório complementar relativo à segunda etapa das análises de amostras coletadas em 2012**. Programa de Análises de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos. Brasília: [s.n.], 2014. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/111215/446359/Programa+de+An%C3%A1lise+de+Res%C3%ADduos+de+Agrot%C3%B3xicos+-+Relat%C3%B3rio+2012+\(2%C2%BA+etapa\)/3bc220f9-8475-44ad-9d96-cbbc988e28fa](http://portal.anvisa.gov.br/documents/111215/446359/Programa+de+An%C3%A1lise+de+Res%C3%ADduos+de+Agrot%C3%B3xicos+-+Relat%C3%B3rio+2012+(2%C2%BA+etapa)/3bc220f9-8475-44ad-9d96-cbbc988e28fa)>.  
Acesso em: 05 jul. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: [s.n.], 2006. Disponível em: <[http://www.cvv.org.br/downloads/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf)>.  
Acesso em: 15 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica**. Brasília: [s.n.], 2009. Disponível em: <[http://www.cvv.org.br/downloads/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf)>.  
Acesso em: 02 dez. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: [s.n.], 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)>.  
Acesso em: 02 jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília: [s.n.], 2007. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: [s.n.], 2013. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2016.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **World Health Organization: Preventing suicide – A global imperative**. Genebra, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2016.

PAGLIOSA, Fernando Luiz and DA ROS, Marco Aurélio. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Rev. bras. educ. med. 2008, vol.32, n.4. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PEREIRA, Iara Cristina. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <[http://www.ee.usp.br/publicacoes/pdf/livro\\_atencao\\_primaria.pdf](http://www.ee.usp.br/publicacoes/pdf/livro_atencao_primaria.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2016.

Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2016.

Saffioti, Helieueh. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2011.

SILVA, Marcimedes Martins. **As Representações Sociais do Suicídio na Tramada Comunicação**. Dissertação de mestrado. São Paulo: PUC-SP, 1992.

SOARES, Paula Adriana. Estudos ecológicos e análise espacial. In: 2012. **Queima de biomassa na região amazônica e seus efeitos sobre a saúde. Uma abordagem espacial**. Guaratinguetá: Unesp, 2012. p. 61.

SOUZA, VS et al. **Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol.60, n.4. Rio de Janeiro: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a10v60n4.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

## 8 APÊNDICE

APÊNDICE A- Tabela com dados dos municípios da 9ª Regional de Saúde<sup>1</sup>, entre os anos de 1996 e 2014

Ano	Nº Casos de suicídio	População	Taxa de suicídio nº/100.000 hab	Gênero	
				Masculino	Feminino
1996	2	150.693	1,32	1	1
1997	4	150.424	2,66	3	1
1998	4	150280	2,66	4	0
1999	4	150138	2,66	4	0
2000	3	157.164	1,9	2	1
2001	6	157.828	3,8	5	1
2002	14	158.396	8,83	12	2
2003	8	158.967	5,03	7	1
2004	7	160.133	4,37	6	1
2005	5	160.824	3,1	4	1
2006	3	162.205	1,84	2	1
2007	10	164.127	6,09	7	3
2008	6	168.609	3,56	4	2
2009	8	167.541	4,77	6	2
2010	10	167.971	5,95	7	3
2011	6	164.278	3,65	6	0
2012	8	169.640	4,71	5	3
2013	12	172.388	6,96	12	0
2014	10	174.671	5,73	8	2

Fonte: SIM/DATASUS

APÊNDICE B- Tabela com dados do Município de João Pessoa – Entre os anos de 1996 e 2014

Ano	Nº Casos de suicídio	População	Taxa de suicídio n°/100.000 hab	Gênero	
				Masculino	Feminino
1996	10	549.363	1,82	9	1,0
1997	12	562.273	2,13	8	4,0
1998	10	573.144	1,74	10	0,0
1999	11	584.029	1,88	8	3,0
2000	8	597.934	1,34	8	0,0
2001	12	607.441	1,98	9	3,0
2002	20	619.049	3,23	12	8,0
2003	18	628.838	2,86	15	3,0
2004	22	649.410	3,39	17	5,0
2005	27	660.798	4,09	22	5,0
2006	19	672.081	2,82	10	9,0
2007	18	674.971	2,67	12	6,0
2008	25	693.082	3,6	22	3,0
2009	22	702.235	3,13	19	3,0
2010	23	723.515	3,18	20	3,0
2011	23	733.154	3,13	17	6,0
2012	28	742.478	3,77	23	5,0
2013	27	769.607	3,5	20	7,0
2014	17	780.738	2,18	15	2,0

Fonte: SIM/DATASUS

## APÊNDICE C-Tabela com dados do estado da Paraíba – Entre os anos de 1996 e 2014

Ano	Nº Casos de suicídio	População	Taxa de suicídio n°/100.000 hab	Gênero	
				Masculino	Feminino
1996	39	3.305.616	1,17	31	8,0
1997	63	3.331.673	1,89	48	15,0
1998	55	3.353.624	1,64	45	10,0
1999	58	3.375.609	1,71	46	12,0
2000	37	3.397.673	1,08	33	4,0
2001	45	3.468.594	1,29	29	16,0
2002*	74	3.494.893	2,11	54	20,3
2003	80	3.518.595	2,27	65	15,0
2004*	93	3.568.350	2,61	73	20,0
2005	106	3.595.886	2,94	87	19,2
2006	130	3.623.215	3,59	95	35,0
2007	133	3.641.397	3,65	102	31,0
2008	156	3.742.606	4,16	117	39,0
2009	166	3.769.977	4,4	130	36,0
2010	158	3.766.834	4,19	138	20,1
2011	163	3.791.315	4,29	123	39,9
2012	189	3.815.171	4,95	147	42,0
2013	199	3.914.421	5,08	157	42,0
2014	158	3.943.885	4	130	28,0

\* Nesses anos houve mortes com gênero não identificado, o cálculo foi feito a partir dos casos identificados.

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE D- Tabela com dados da região Nordeste – Entre os anos de 1996 e 2014

Ano	Nº Casos de suicídio	População	Taxa de suicídio n°/100.000 hab	Gênero	
				Masculino	Feminino
1996*	1.045	44.766.851	2,34	839	206
1997*	1.073	45.334.474	2,37	836	237
1998	1.055	45.811.262	2,3	816	239
1999	1.095	46.288.935	2,37	871	224
2000	1.133	47.741.711	2,37	872	261
2001*	1.435	48.331.118	2,97	1132	303
2002*	1.546	48.845.219	3,17	1172	374
2003	1.620	49.357.119	3,28	1234	386
2004	1.651	49.862.741	3,31	1291	360
2005*	1.896	51.018.983	3,72	1473	423
2006	1.961	51.609.036	3,8	1555	406
2007	2.168	52.193.847	4,15	1721	447
2008	2.202	53.088.499	4,15	1722	480
2009	2.101	53.591.299	3,92	1672	429
2010	2.123	53.081.950	4	1652	471
2011	2.297	53.501.859	4,29	1833	464
2012*	2.336	53.907.144	4,33	1848	488
2013	2.494	55.794.707	4,47	2000	494
2014	2.393	56.186.190	4,26	1902	491

\* Nesses anos houve mortes com gênero não identificado, o cálculo foi feito a partir dos casos identificados.

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE E- Tabela com dados do Brasil – Entre os anos de 1996 e 2014

Ano	Nº Casos de suicídio	População	Taxa de suicídio n°/100.000 hab	Gênero	
				Masculino	Feminino
1996*	6.743	157.070.163	4,29	5.332	1.407
1997*	6.923	159.636.297	4,34	5.496	1.423
1998*	6.989	161.790.182	4,32	5.525	1.457
1999	6.530	163.947.436	3,99	5.300	1.230
2000	6.780	169.799.170	3,99	5.398	1.382
2001*	7.738	172.385.776	4,49	6.177	1.530
2002*	7.726	174.632.932	4,42	6.028	1.694
2003*	7.861	176.876.251	4,44	6.256	1.604
2004	8.017	179.108.134	4,48	6.311	1.706
2005*	8.550	184.184.074	4,64	6.744	1.805
2006	8.639	186.770.613	4,63	6.834	1.805
2007*	8.868	189.335.191	4,68	6.995	1.872
2008	9.328	189.612.814	4,91	7.375	1.953
2009*	9.374	191.481.045	4,89	7.500	1.872
2010	9.448	190.755.799	4,95	7.375	2.073
2011*	9.852	192.379.287	5,12	7.762	2.089
2012*	10.321	192.379.287	5,36	8.061	2.257
2013*	10.533	201.062.789	5,23	8.309	2.223
2014*	10.653	202.799.518	5,25	8.419	2.233

\* Nesses anos houve mortes com gênero não identificado, o cálculo foi feito a partir dos casos identificados.

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE F- Tabela com dados dos municípios da 9º Regional de Saúde, entre os anos de 1996 e 2014. A partir da categoria CID-10

Categoria – CID-10	Número de mortes por suicídio no intervalo de anos estudado (1996-2014)
X60 - X64	1
X65	3
X68	14
X69	3
X70	80
X71	1
X72 - X74	20
X76	3
X78 - X79	1
X80	1
X83	1
X84	2
Total	130

Autointoxicação: 21 (16,1%)

Lesão provocada intencionalmente: 109 (83,9%)

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE G-Tabela com Dados do município de João Pessoa, entre os anos de 1996 e 2014. A partir da categoria CID-10

Categoria – CID-10	Número de mortes por suicídio no intervalo de anos estudado (1996-2014)
X60 – 64	4
X65	1
X68	18
X69	2

X70	201
X71	2
X72 - X74	54
X76	10
X78 - X79	4
X80	36
X81	2
X82	3
X83	2
X84	13
Total	352

Autointoxicação: 25 (7,1%)

Lesão provocada intencionalmente: 327 (92,9%)

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE H- Tabela com Dados do Estado da Paraíba, entre os anos de 1996 e 2014. A partir da categoria CID-10

Categoria – CID-10	Número de mortes por suicídio no intervalo de anos estudado (1996-2014)
X60 - 64	35
X65	22
X66	1
X67	2
X68	195
X69	33
X70	1.333
X71	31
X72 - X74	221
X75	2

X76	69
X77	1
X78 - X79	50
X80	46
X81	4
X82	9
X83	7
X84	41
Total	2.102

Autointoxicação: 288 (13,7%)

Lesão provocada intencionalmente: 1.814 (86,3%)

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE I-Tabela com dados da Região Nordeste, entre os anos de 1996 e 2014. A partir da categoria CID-10

Categoria – CID-10	Número de mortes por suicídio no intervalo de anos estudado (1996-2014)
X60 – X64	1.291
X65	152
X66	40
X67	18
X68	3.232
X69	1.962
X70	19.608
X71	343
X72 - X74	3.552
X75	19
X76	689

X77	24
X78 - X79	807
X80	646
X81	43
X82	74
X83	113
X84	1.011
Total	33.624

Autointoxicação: 6.696 (19,9%)

Lesão provocada intencionalmente: 26.928 (80,1%)

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE J- Tabela com dados do Brasil, entre os anos de 1996 e 2014. A partir da categoria CID-10

Categoria – CID-10	Número de mortes por suicídio no intervalo de anos estudado (1996-2014)
X60 - 64	5.739
X65	445
X66	179
X67	266
X68	10.375
X69	6.025
X70	91.870
X71	1.938
X72 - X74	23.014
X75	75
X76	3.265
X77	72

X78 - X79	4.817
X80	5.150
X81	326
X82	590
X83	424
X84	6.303
Total	160.873

Autointoxicação: 23.029 (14,3%)

Lesão provocada intencionalmente: 137.844 (85,7%)

**Fonte:** SIM/DATASUS

APÊNDICE K-Tabela com dados sobre mortalidade de suicídio nos municípios que compõe a 9ª Regional de Saúde da Paraíba em cada um dos anos entre 1996 e 2014. A partir da categoria CID-10

Categoria CID-10	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>130</b>
Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Auto-intox voluntaria p/alcool	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3
Auto-intox intenc a pesticidas	-	-	1	-	1	-	5	3	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-	14
Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	2	2	3	3	2	4	4	2	3	2	3	8	2	5	7	6	6	9	7	80
Lesao autoprov intenc p/fogamento submersao	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao	-	2	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	1	1	-	9
Lesao autoprov intenc disp outr arma fogo e NE	-	-	-	1	-	-	4	1	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	2	11
Lesao autoprov intenc fumaca fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	3
Lesao autoprov intenc p/objeto contundente	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Lesao autoprov intenc precip lugar elevado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Lesao autoprov intenc p/outr meios espec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Lesao autoprov intenc p/meios NE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2

**Fonte:** SIM/DATASUS