



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio no Pará, Brasil: de 2010 a 2020

Epidemiological profile and temporal trend of suicide mortality in Pará, Brazil: from 2010 to 2020

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.2389

ARK: 57118/JRG.v8i18.2389

Recebido: 16/08/2025 | Aceito: 21/08/2025 | Publicado *on-line*: 22/08/2025

Játila Gomes Cavalcante¹

<https://orcid.org/0009-0001-8182-9974>

<http://lattes.cnpq.br/7558730094742906>

Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil

E-mail: jatilagbiomed@gmail.com

Evelly David Gonçalves²

<https://orcid.org/0009-0002-3445-3983>

<http://lattes.cnpq.br/9316414628036432>

Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil

E-mail: revellydavid2003@gmail.com

Leonan Melo de Sousa³

<https://orcid.org/0009-0004-1003-456X>

<http://lattes.cnpq.br/1967744074127692>

Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil

E-mail: leonan.mdsousa@aluno.uepa.br

Daniela Soares Leite⁴

<https://orcid.org/0000-0002-3412-1375>

<http://lattes.cnpq.br/4352327596733807>

Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil

E-mail: danielaleite@uol.com.br



Resumo

O suicídio constitui-se em um dos mais antigos temas relacionados à saúde dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 8º lugar entre os países com os maiores índices de suicídio. O objetivo do trabalho foi traçar a tendência temporal geral de mortalidade por suicídio e o perfil epidemiológico desses óbitos, na população do estado do Pará, no período de 2010 a 2020. Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa, realizado com dados disponibilizados pelo SINAN, a partir da categoria lesões autoprovocadas intencionalmente, óbito por ano, sexo, idade, cor/raça, situação conjugal, escolaridade e local de ocorrência. A análise demonstrou um predomínio de suicídio ocorridos em domicílio, por homens, na faixa etária de 20 a 39 anos, de cor/raça parda, que estudaram de 4 a 7 anos e eram solteiros. O suicídio é um problema de saúde pública significativo que afeta pessoas de todas as idades, gêneros e origens, em diferentes

¹ Graduanda em Biomedicina. Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil.

² Graduanda em Biomedicina. Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil.

³ Graduando em Biomedicina. Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil.

⁴ Professora Doutora. Centro de Ciências Biológicas e da saúde. Universidade do Estado do Pará, Marabá, Pará, Brasil.

proporções, e tende aumentar no decorrer de todos os anos, como foi visto no Estado do Pará. Esses dados encontrados ressaltam a gravidade do problema, e destacam a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas amplas e coordenadas entre diversos setores da sociedade.

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

Abstract

Suicide is one of the oldest health-related issues. According to the World Health Organization (WHO), Brazil ranks 8th among countries with the highest suicide rates. The objective of this study was to trace the overall temporal trend in suicide mortality and the epidemiological profile of these deaths in the population of the state of Pará from 2010 to 2020. This is a quantitative cross-sectional study, conducted with data provided by SINAN, based on the categories of intentional self-harm, death by year, sex, age, race/ethnicity, marital status, education, and place of occurrence. The analysis demonstrated a predominance of suicides occurring at home, among men aged 20 to 39, of mixed race, who had four to seven years of education, and were single. Suicide is a significant public health problem that affects people of all ages, genders, and backgrounds, at varying rates, and tends to increase year after year, as seen in the state of Pará. These findings highlight the severity of the problem and highlight the need for the development of comprehensive public policies coordinated across various sectors of society.

Keywords: Suicide. Mortality. Mental Health. Epidemiology. Public Health.

1. Introdução

A palavra suicídio – cunhada em 1737, por Desfontaines tem origem no latim: sui (si mesmo) e cæderes (ação de matar) - significa a necessidade de buscar a morte como um refúgio para o sofrimento insuportável, ou seja, não configura um ato de coragem e nem de covardia, e sim, um ato de desespero (Barbosa, Macedo e Silveira, 2011; Penso e Sena, 2019). Esse constitui-se em um dos mais antigos temas relacionados à saúde dos indivíduos e à forma como estes são afetados pelas sociedades e coletividades nas quais vivem, ou seja, o suicídio não é uma causa individual, mas sim uma causa social, onde cada sociedade tem em sua história um conjunto de indivíduos dispostos ao suicídio. Em termos históricos, sua relevância no plano social pode ser identificada desde a Grécia antiga. Em tempos modernos, ao menos desde o século XVIII, tem sido tratado como fenômeno social e segundo perspectivas históricas, sociológicas, econômicas e filosóficas. (Durkein, 2011; Ribeiro e Moreira, 2018)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 8º lugar entre os países com os maiores índices de suicídio. Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, sendo a maioria, 9.198 de homens (seis óbitos/100 mil habitantes). Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% nestes óbitos, sendo o aumento de 17,8% entre mulheres e 8,2% entre os homens (Almeira et al., 2015). Em um estudo realizado com a população brasileira entre 1980 e 2000, verificou-se um aumento de 32,8% na taxa masculina de suicídio, com crescimento em todos os grupos etários. Nas mulheres, as taxas são mais altas em planejamento e tentativas de suicídio, enquanto no sexo masculino as taxas são maiores quando se trata de suicídio consumado (Schösser, Rosa e More, 2014). Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil

112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. (Brasil, 2021)

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, divulgado em 2023, houve 16.262 registros de suicídio no Brasil no ano de 2022, aumentando assim um percentual de 20% no número de mortes (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023). Embora alarmantes, o número de suicídios no país pode ser ainda maior, em virtude do estigma que o suicídio carrega, pois, muitas pessoas acabam por omitir ou inventar outra causa para o suicídio de seu ente querido por conta desse estigma social que esse tipo de morte possui na sociedade. (Almeida, 2018)

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde descreve como um dos tipos de causas externas de morbimortalidade/mortalidade as lesões autoprovocadas intencionalmente, sendo essas as lesões ou o envenenamento autoinfligido intencionalmente e as tentativas de suicídio (Pinto et al., 2017). No Brasil, a maioria dos trabalhos sobre suicídio realizados na área das ciências da saúde abordam, em geral, os coeficientes de mortalidade, o perfil epidemiológico e possíveis fatores associados, como diagnóstico psiquiátrico e uso de drogas (Vital, Gotijo e Lima, 2013). Tais estudos, são essenciais pois conhecer e estudar esse fenômeno é importante para a elaboração de políticas públicas que permitam o correto enfrentamento do problema e da sua prevenção (Penso e Sena, 2019). Estima-se que para cada suicídio que ocorre, houve de 10 a 20 tentativas e além do indivíduo, o suicídio afeta os sobreviventes, incluindo familiares, amigos e a comunidade em geral.

De um modo geral, OMS estima que de 6 a 10 pessoas sejam afetadas com danos emocionais e socioeconômico, o que leva a medidas drásticas – como o suicídio. (Aguiar et al., 2022)

No mundo, a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio são ruins. Esse problema de dados de mortalidade de baixa qualidade não é exclusivo do suicídio, mas dada a sensibilidade do suicídio é provável que a subnotificação e a classificação errônea sejam problemas maiores para o suicídio do que para a maioria das outras causas de morte (World Health Organization et al., 2024). Com intuito de melhorias, em 2011, foi publicada a Portaria Nº 104 do Ministério da Saúde, que regia que a tentativa de suicídio ou violência autoprovocada passaria a integrar, a partir dali, a lista de notificação compulsória, e enfatizava a obrigatoriedade da realização da notificação compulsória por todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, entre outros, no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino. (Brasil, 2011)

Mesmo após a portaria, o Ministério da Saúde reconhece que ainda há subnotificação. Em muitos casos, registra-se a morte, porém nem sempre se registra causa, principalmente em classes mais altas economicamente, onde o tabu costuma ser maior e há o envolvimento de algumas questões de ordem prática, como o seguro de vida (Brasil, 2021). No Brasil, desde 1976, no caso do suicídio e das mortes em geral, é feito registro oficial na declaração de óbito (DO), a qual é preenchida pelo médico ou perito-legista. Esse documento é muito importante pois ele dá uma ideia detalhada das características das mortes por suicídio, e baseado na DO que se alimenta o banco de dados nacional sobre mortalidade no Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Sobre Agravos de

Notificação (SINAN), que estão disponíveis de forma livre e gratuita para todos que estiverem interesse.

Nesse sentido, esse estudo tem por objetivo traçar a tendência temporal geral de mortalidade por suicídio e o perfil epidemiológico desses óbitos, na população do estado do Pará, no período de 2010 a 2020, visto que identificar se as taxas de suicídio estão aumentando, diminuindo ou permanecendo estáveis ao longo do tempo é fundamental para entender a dinâmica social e de saúde pública da região. Esse entendimento ajuda a moldar as respostas dos sistemas de saúde e sociais permitindo que intervenções sejam mais bem planejadas para prevenção do suicídio.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, realizado com uso de dados secundários disponibilizados pelo Sistema de Informação Sobre Agravos de Notificação (SINAN). A coleta de dados desse estudo foi realizada para o Estado do Pará do país Brasil.

Esses dados foram obtidos dentro das estatísticas vitais-mortalidade por causa externa, Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão (CID-10), categoria lesões provocadas intencionalmente (código x60-x84), óbito por ano. Também, se coletou o registro de informações sobre: sexo, idade, cor/raça, escolaridade, situação conjugal e local de ocorrência. Suas macrorregiões foram obtidas do censo populacional de 2010 e das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Tribunal de Contas da União (TCU) para os demais anos, até 2020. Os dados obtidos para o presente estudo foram organizados, analisados e apresentados em tabelas e gráficos, referentes aos números absolutos e relativos de suicídios/ano e demais variáveis de interesse, citadas acima, com o auxílio do programa Microsoft Excel 2019.

Realizou-se a descrição do perfil epidemiológico dos casos de óbitos por suicídio por meio de estatística descritiva e foram calculados os coeficientes de mortalidade (100.000 habitantes/ano) ajustados por ano, segundo o sexo, idade, cor/raça, situação conjugal e local de ocorrência. Para o cálculo das taxas de suicídio, foram considerados óbitos cuja causa básica foi classificada com os códigos X60-X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da CID-10. As taxas de mortalidade foram calculadas com base nas projeções populacionais do IBGE e TCU para o Estado do estudo. Para analisar o perfil das notificações de violências autoprovocadas, foram selecionadas notificações cujo campo 54 (A lesão foi autoprovocada?), foi preenchido com “Sim” e o campo 61 (Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida) foi preenchido como “Própria pessoa”.

Cabe esclarecer que como esse estudo foi realizado a partir de dados secundários não necessitou ser apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Brasil, 2016).

3. Resultados

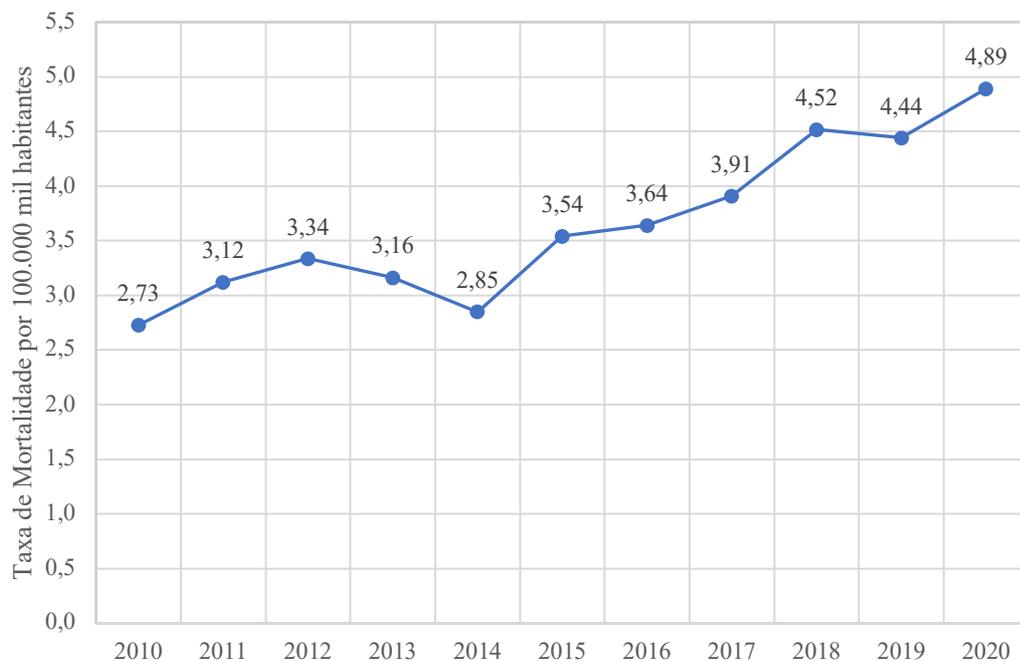
Na análise geral, foram constatados que entre os anos de 2010 a 2020, ocorreram no Estado do Pará um total de 3.029 (100%) mortes por suicídio. Ao verificar o crescimento temporal do número de óbitos por suicídio no Pará, encontrou-se um aumento de 205,26% no número anual de mortes, saindo de 190 em 2010, para 390 no ano de 2020, apresentando uma média de morte por suicídio de 275,36 por ano. Ademais, os anos com maiores registros de óbitos por suicídio foram os anos de 2018, 2019 e 2020, com um percentual de 27,83%, 27,10% e 41,63%,

respectivamente, acima da média anual no período analisado de 2010 a 2020 (Tabela 1).

A análise dos números anuais de morte por suicídio no período de interesse do estudo demonstrou que houve um aumento no número de morte no Estado do Pará (Tabela 1). Este aumento, se deve ao fato de que neste mesmo período a população paraense, com idade superior a 5 anos tenha crescido e passado de 6.965.520, em 2010, para 7.973.478 habitantes, no ano de 2020, resultando em crescimento de 14,47% aumentando assim, conseqüentemente, o número de mortos por suicídio.

Realizou-se o cálculo da taxa de suicídio por 100 mil habitantes, levando-se em consideração os óbitos por suicídio de todos os municípios do Pará. Tais cálculos demonstraram que em 2010 a taxa de mortalidade era de 2,73 e passou a ser de 4,89 em 2020, representando um aumento de 79,12% em um período de 10 anos, sendo os anos de 2010 e 2014 os que apresentaram menores taxas e o de 2020 e 2018 as maiores (Gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa de mortalidade de suicídio por 100 mil habitantes no Pará, segundo o ano, registrados no período de 2010 a 2020.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Seguindo para a análise dos óbitos por suicídio segundo as variáveis analisadas para a construção do perfil epidemiológico, em relação aos números de óbitos autoprovocados intencionalmente por sexo, encontrou-se que dos 3029 óbitos (100%) por suicídio no período analisado, o sexo masculino foi predominante, totalizando 2402 (79,30%) mortes autoprovocadas intencionalmente. Quanto aos quantitativos em cada ano, observou-se o predomínio de mortes do sexo masculino em todos os anos com média de 218,4 (79,46%) dos casos notificados anualmente, enquanto o sexo feminino possui uma média de 56,7 (20,44%) dos óbitos por suicídio. A partir de uma comparação entre o ano de 2010 e 2020, percebe-se um aumento de 100% dos óbitos masculinos, enquanto as mortes autoprovocadas intencionalmente femininas teve um aumento de 127,77% (Tabela 1).

Em continuidade, a faixa etária demonstrou um aumento no número de suicídios em todos os grupos etários, com predomínio no período analisado dos etários de 20 a 29 anos, totalizando 862 (28,45%) óbitos e no etário de 30 a 39 anos que ocorreram 629 (20,76%), enquanto a faixa etária com menor notificação foi entre 5 e 9 anos com registro de 8 (0,26%) mortes (Tabela 1).

No que tange aos números de óbitos por suicídio de acordo com os registros da cor/raça, tem-se que dos 3029 (100%) óbitos autoprovocados intencionalmente apresenta-se um destaque em todos os anos do período analisado a cor/raça “Parda”, totalizando 2478 (81,81%) óbitos por suicídio. Ademais, 10 (0,33%) óbitos por suicídios foram de pessoas amarelas, correspondendo a cor/raça com menor predominância (Tabela 1).

Em relação aos quantitativos de suicídios por tempo de escolaridade, os dados demonstraram que entre os anos de 2010 a 2020, 886 (29,25%) foram de pessoas que estudaram de 4 a 7 anos e 811 (26,77%) de pessoas que estudaram de 8 a 11 anos, correspondendo esses os tempos de escolaridade com os maiores percentuais. Já o de menor registro, foi na faixa de escolaridade de 12 anos e mais, que registrou 175 (5,78%) óbitos por suicídio (Tabela 1).

Ademais, analisando o número de óbitos autoprovocados intencionalmente pela variante de situação conjugal, verificou-se que 1.874 (61,87%) eram solteiras, correspondendo a maioria dos casos notificados. Já a variável “Separado Judicialmente” notificou 64 (2,11%) mortes e a de pessoas viúvas 62 (2,04%), sendo esses os menores quantitativos (Tabela 1).

Por fim, no que tange aos locais de ocorrência, verificou-se que dos 3029 (100%) óbitos ocorridos entre o período analisado no estudo, 1987 (65,60%) ocorreram em domicílios, correspondendo aos principais locais de ocorrência registrados. Para mais, “Outros estabelecimentos de saúde” apresentou o menor número de registro, com 26 (0,85%) mortes por suicídio (Tabela 1).

Tabela 1. Números de Óbitos por suicídio segundo o ano de ocorrência e as variáveis sociodemográficas ocorridas no Estado do Pará, no período de 2010 a 2020.

Ano Variável	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
	n* (%)**	n (%)										
Óbitos por suicídio												
Óbitos por suicídio	190 (6,27)	221 (7,30)	240 (7,92)	231 (7,63)	211 (6,97)	266 (8,78)	277 (9,14)	301 (9,94)	352 (11,62)	350 (11,55)	390 (12,88)	3029 (100)
Sexo												
Masculino	154 (81,05)	171 (77,38)	208 (86,67)	183 (79,22)	169 (80,09)	210 (78,95)	214 (77,26)	230 (76,41)	283 (80,40)	272 (77,71)	308 (78,97)	2402 (79,30)
Feminino	36 (18,95)	50 (22,62)	32 (13,33)	48 (20,78)	42 (19,91)	55 (20,68)	63 (22,74)	69 (22,92)	69 (19,60)	78 (22,29)	82 (21,03)	624 (20,60)
Não identificado/ ignorado	-***	-	-	-	-	1 (0,38)	-	2 (0,66)	-	-	-	3 (0,10)
Faixa Etária												
5 a 9 anos	-	1 (0,45)	1 (0,42)	-	-	-	2 (0,72)	3 (1,00)	-	1 (0,29)	-	8 (0,26)
10 a 14 anos	8 (4,21)	6 (2,71)	7 (2,92)	7 (3,03)	7 (3,32)	7 (2,63)	9 (3,25)	9 (2,99)	4 (1,14)	15 (4,29)	8 (2,05)	87 (2,87)
15 a 19 anos	18 (9,47)	26 (11,76)	30 (12,5)	31 (13,42)	20 (9,48)	32 (12,03)	41 (14,8)	42 (13,95)	55 (15,63)	51 (14,57)	56 (14,36)	402 (13,27)
20 a 29 anos	57 (30,0)	62 (28,05)	78 (32,5)	57 (24,68)	69 (32,7)	72 (27,07)	74 (26,71)	83 (27,57)	124 (35,23)	87 (24,86)	99 (25,38)	862 (28,46)
30 a 39 anos	35	54	51	55	50	72	48	59	57	75	73	629



anos	(18,42)	(24,43)	(21,25)	(23,81)	(23,7)	(27,07)	(17,33)	(19,6)	(16,19)	(21,43)	(18,72)	(20,77)
40 a 49 anos	37	31	30	36	25	26	40	36	44	44	58	407
50 a 59 anos	(19,47)	(14,03)	(12,5)	(15,58)	(11,85)	(9,77)	(14,44)	(11,96)	(12,5)	(12,57)	(14,87)	(13,44)
60 a 69 anos	16	17	27	20	14	31	27	29	30	31	37	279
70 a 79 anos	(8,42)	(7,69)	(11,25)	(8,66)	(6,64)	(11,65)	(9,75)	(9,63)	(8,52)	(8,86)	(9,49)	(9,21)
80 anos a mais	12	13	9	16	9	15	17	24	18	32	30	195
Não identificado/ignorado	(6,32)	(5,88)	(3,75)	(6,93)	(4,27)	(5,64)	(6,14)	(7,97)	(5,11)	(9,14)	(7,69)	(6,44)
	3	2	4	7	14	6	12	10	13	11	20	102
	(1,58)	(0,90)	(1,67)	(3,03)	(6,64)	(2,26)	(4,33)	(3,32)	(3,69)	(3,14)	(5,13)	(1,16)
	3	6	1	2	2	1	5	4	4	2	5	35
	(1,58)	(2,71)	(0,42)	(0,87)	(0,95)	(0,38)	(1,81)	(1,33)	(1,14)	(0,57)	(1,28)	(1,16)
	1	3	2	-	1	4	2	2	3	1	4	23
	(0,53)	(1,36)	(0,83)	-	(0,47)	(1,50)	(0,72)	(0,66)	(0,85)	(0,29)	(1,03)	(0,76)
Cor//Raça												
Branca	18	23	25	24	24	28	20	35	37	41	41	316
Preta	(9,47)	(10,41)	(10,42)	(10,39)	(11,37)	(10,53)	(7,22)	(11,63)	(10,51)	(11,71)	(10,51)	(10)
Amarela	9	14	17	14	11	12	20	18	17	16	22	170
Parda	(4,74)	(6,33)	(7,08)	(6,06)	(5,21)	(4,51)	(7,22)	(5,98)	(4,83)	(4,57)	(5,64)	(6)
Indígena	2	2	1	-	-	-	1	1	2	1	-	10
Não identificado/ignorado	(1,05)	(0,90)	(0,42)	-	-	-	(0,36)	(0,33)	(0,57)	(0,29)	-	(0,33)
	160	178	192	187	171	222	231	240	289	287	321	2478
	(84,21)	(80,54)	(80)	(80,95)	(81,04)	(83,46)	(83,39)	(79,73)	(82,10)	(82)	(82,31)	(81,81)
	1	1	2	-	2	2	2	-	1	1	1	13
	(0,53)	(0,45)	(0,83)	-	(0,95)	(0,75)	(0,72)	-	(0,28)	(0,29)	(0,26)	(0,43)
	-	3	3	6	3	2	3	7	6	4	5	42
	(1,36)	(1,25)	(2,60)	(1,42)	(0,75)	(1,08)	(2,33)	(1,70)	(1,14)	(1,28)	(1,39)	(1,39)
Tempo de Escolaridade												
Nenhuma	16	15	27	16	14	20	21	19	23	21	28	220
1 a 3 anos	(8,42)	(6,79)	(11,25)	(6,93)	(6,64)	(7,52)	(7,58)	(6,31)	(6,53)	(6)	(7,18)	(7,26)
4 a 7 anos	50	58	43	52	45	56	55	58	62	65	71	615
8 a 11 anos	(26,32)	(26,24)	(17,92)	(22,51)	(21,33)	(21,05)	(19,86)	(19,27)	(17,61)	(18,57)	(18,21)	(20,30)
12 anos a mais	65	70	79	71	61	68	91	85	93	96	107	886
Não identificado/ignorado	(34,21)	(31,67)	(32,92)	(30,74)	(28,91)	(25,56)	(32,85)	(28,24)	(26,42)	(27,43)	(27,44)	(29,25)
	38	45	58	53	53	78	72	77	112	110	115	811
	(20)	(20,36)	(24,17)	(22,94)	(25,12)	(29,32)	(25,99)	(25,58)	(31,82)	(31,43)	(29,49)	(26,77)
	6	8	10	9	11	12	14	23	22	27	33	175
	(3,16)	(3,62)	(4,17)	(3,90)	(5,21)	(4,51)	(5,05)	(7,64)	(6,25)	(7,71)	(8,46)	(5,78)
	15	25	23	30	27	32	24	39	40	31	36	322
	(7,89)	(11,31)	(9,58)	(12,99)	(12,80)	(12,03)	(8,66)	(12,96)	(11,36)	(8,86)	(9,23)	(10,63)
Situação Conjugal												
Solteiro	140	142	140	129	136	152	172	183	222	218	240	1874
Casado	(73,68)	(64,25)	(58,33)	(55,84)	(64,45)	(57,14)	(62,09)	(60,80)	(63,07)	(62,29)	(61,54)	(61,87)
Viúvo	34	30	38	42	27	41	41	51	49	56	62	471
Separado	(17,89)	(13,57)	(15,83)	(18,18)	(12,80)	(15,41)	(14,80)	(16,94)	(13,92)	(16)	(15,90)	(15,55)
Judicialmente	5	5	5	4	4	5	6	7	7	7	7	62
Outro	(2,63)	(2,26)	(2,08)	(1,73)	(1,90)	(1,88)	(2,17)	(2,33)	(1,99)	(2)	(1,79)	(2,05)
Não identificado/ignorado	3	4	6	4	4	5	8	6	7	9	8	64
	(1,58)	(1,81)	(2,50)	(1,73)	(1,90)	(1,88)	(2,89)	(1,99)	(1,99)	(2,57)	(2,05)	(2,11)
	1	22	34	36	23	41	43	40	46	48	50	384
	(0,53)	(9,95)	(14,17)	(15,58)	(10,90)	(15,41)	(15,52)	(13,29)	(13,07)	(13,71)	(12,82)	(12,68)
	7	18	17	16	17	22	7	14	21	12	23	174
	(3,68)	(8,14)	(7,08)	(6,93)	(8,06)	(8,27)	(2,53)	(4,65)	(5,97)	(3,43)	(5,90)	(5,74)
Local de Ocorrência												
Hospital	32	33	27	26	18	20	17	31	28	30	20	282
Outro estabelecimento de saúde	(16,84)	(14,93)	(11,25)	(11,26)	(8,53)	(7,52)	(6,14)	(10,30)	(7,95)	(8,57)	(5,13)	(9,31)
Domicílio	1	3	-	2	4	1	2	1	5	3	4	26
Via pública	(0,53)	(1,36)	-	(0,87)	(1,90)	(0,38)	(0,72)	(0,33)	(1,42)	(0,86)	(1,03)	(0,86)
Outros	108	135	139	156	134	190	192	188	215	230	300	1987
	(56,84)	(61,09)	(57,92)	(67,53)	(63,51)	(71,43)	(69,31)	(62,46)	(61,08)	(65,71)	(76,92)	(65,60)
	24	16	30	13	16	14	18	12	15	18	9	185
	(12,63)	(7,24)	(12,50)	(5,63)	(7,58)	(5,26)	(6,50)	(3,99)	(4,26)	(5,14)	(2,31)	(6,11)
	22	26	41	32	36	38	43	65	88	68	57	516
	(11,58)	(11,76)	(17,08)	(13,85)	(17,06)	(14,29)	(15,52)	(21,59)	(25)	(19,43)	(14,62)	(17,04)

Não identificado/ignorado	3 (1,58)	8 (3,62)	3 (1,25)	2 (0,87)	3 (1,42)	3 (1,13)	5 (1,81)	4 (1,33)	1 (0,28)	1 (0,29)	-	33 (1,09)
Total	190	221	240	231	211	266	277	301	352	350	390	3029

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

*: Valor absoluto.

** : Valor relativo.

***: Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

4. Discussão

Seguindo com a análise dos resultados encontrados, o presente estudo demonstrou que dados anuais de mortalidade por suicídio analisados no período de estudo revelam um aumento do risco de morte em todos os municípios do Pará, nesses 10 anos, assim como no Brasil e no mundo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021). Ressaltando que esse fenômeno vem se apresentando como um problema de saúde pública em diversos países, e que é fundamental conhecer as variáveis implicadas para, assim, poder compreender melhor essa realidade. (Baptista e Borges et al., 2005)

De modo geral, os resultados do presente estudo demonstraram que a predominância dos casos de mortalidade por suicídio é de homens e pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos. Quanto ao perfil sociodemográfico dos óbitos por suicídio, encontrou-se ainda o predomínio de pessoas pardas, que estudaram de 4 a 7 anos, sem cônjuge e que o domicílio foi o principal local de ocorrência.

De forma detalhada, temos que a diferença entre os sexos configura um fator marcante no risco de suicídio, uma vez que, globalmente, homens apresentam um maior risco de morte por suicídio em relação às mulheres (Brasil, 2021). Por meio de um levantamento epidemiológico realizado por Silva et al. (1999) em Salvador, no período de 1996 a 1997, detectaram que ser homem, estar na faixa etária entre 20 e 40 anos e ter apenas o curso primário são fatores de risco para o suicídio. Do contrário, ser do sexo feminino, ter escolaridade elevada e mais de 61 anos seriam fatores de redução de risco para o suicídio. Isso condiz com os resultados de muitos estudos, e está, comprovadamente, envolto a múltiplos fatores, tanto psicológicos quanto sociais, que afetam homens e mulheres de maneiras diferentes. Parente et al. (2011) concluíram em seu estudo que essas diferenças entre os gêneros são geralmente atribuídas a maior agressividade, maior intenção de morrer e uso de meios mais letais entre os homens.

Historicamente, os homens têm mais acesso a meios mais letais, como arma de fogo, enquanto as mulheres frequentemente estão menos expostas a sentimentos de falência causados por insucesso financeiro, competitividade e impulsividade, que são fatores de risco para o suicídio (Machado e Santos, 2008). Baére e Zanello (2020) levantam no seu estudo pontos importantes em relação ao suicídio e as masculinidades, trazendo o conceito o de virilidade laborativa, que por sua vez, é construída pela exaltação da produtividade e do acúmulo de riqueza como símbolo da masculinidade, e assim ao determinarem para si a fruição do espaço público, os homens passaram a exercer o papel de provedor do espaço privado, sendo que o seu status na casa dos Homens se eleva à medida que acumula riqueza e evidencia a sua prosperidade. Portanto, é considerado um homem “de verdade” aquele que demonstra ser um trabalhador/provedor, tais colocações fazem os homens sintam uma pressão maior para serem os principais provedores financeiros da família, o que pode levar a um maior estresse e sentimentos de fracasso quando enfrentam dificuldades econômicas ou desemprego. Além disso, as mulheres também tendem a desenvolver mais estratégias para lidar com situações difíceis, por serem submetidas

a frequentes mudanças de papéis ao longo da vida, além de reconhecerem com mais facilidade sinais de risco de suicídio, de buscarem mais ajuda profissional e de contarem com maior rede de suporte social quando estão em crise. Já os homens podem apresentar maior dificuldade de falar sobre si, dada as normas de gênero e masculinidade tóxica, que leva esses a suprimir emoções e evitar buscar ajuda. Tais pontos, contribuem para a compreensão das diferenças dos valores entre os sexos.

Assim como levantamento epidemiológico de Silva et al. (1999) e os realizados em demais estudos citados anteriormente, os resultados do presente estudo demonstram um aumento consistente no número de óbitos por suicídio, tendo como destaque um maior número de mortes autoprovocadas intencionalmente entre homens, majoritariamente, jovens. A literatura tem apontado para a adolescência e o início da fase adulta como os principais estágios da vida para o início de comportamentos suicidas. Nesse sentido, o suicídio configura a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade (Brasil, 2021). O que corrobora com os resultados apontados nesta pesquisa, no qual o maior número de mortes por suicídio ao longo dos anos estudados, está em homens com a faixa etária de 20 a 39 anos. Esses resultados, também, vão ao encontro dos dados apresentados por Schmitt et al. (2008), sobre o perfil epidemiológico no oeste catarinense, no qual apresentou que o sexo masculino correspondeu a 78% do total de suicídios no período analisado, entre 1980 e 2005, e em relação ao etário, a maioria de mortes ocorreu na faixa entre 20 e 49 anos. Em complemento, a pesquisa realizada por Fattah et al. (2021), entre os anos de 2010 e 2016, no estado do Rio Grande do Sul, constatou que 80% dos óbitos no período foram de homens e com coeficientes quatro vezes maiores do que os do sexo feminino, mas em contrapartida aos nossos resultados, esse mesmo estudo pontuou que 40% das mortes estavam na faixa etária de 40 a 59 anos de idade.

Dando um maior enfoque no etário, Ying e Chang (2009) em seu estudo, pontuaram que o crescimento de números de casos de suicídio entre jovens pode estar relacionado dificuldade no estabelecimento profissional, dificuldades financeiras, pressões acadêmicas ou até rompimentos amorosos. Isso, pode ser ainda relacionado a outros fatores como o fato de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtorno bipolar, serem comuns entre os jovens e frequentemente não são diagnosticados ou tratados adequadamente, como o mostrado por Rodrigues et al. (2012). Tais fatores, refletem a influência que os fatores socioeconômicos e psicossociais possuem sobre essas fases do ciclo vital das pessoas.

No estudo de Azevedo (2023), a predominância de óbitos por suicídio segundo a cor/raça e do atual estudo, é de pessoas pardas. Ambos os dados, podem estar relacionadas ao fato de que a população que reside nesses estados, são majoritariamente pardas. Mas também, pode estar relacionado a uma série de fatores socioeconômicos, culturais e históricos que afetam desproporcionalmente essa população, pois a pobreza, o desemprego e a falta de oportunidades geram altos níveis de estresse e desesperança, agravados pelo racismo estrutural que impacta diretamente o bem-estar emocional. Além disso, a falta de acesso a cuidados de saúde mental de qualidade, devido a barreiras financeiras e discriminação, dificulta o tratamento adequado. O estigma em torno da saúde mental também impede que essas pessoas busquem ajuda, o que contribui para o aprofundamento do sofrimento emocional, e conseqüentemente para o aumento do risco de suicídio. (Brasil, 2018)

Ao analisar as taxas de suicídio segundo o tempo de escolaridade, é perceptível que assim como no estudo de Souza et al. (2011), as maiores taxas de suicídio ocorreram em pessoas que se encontravam em condições socioeconômicas

extremas, em destaque a de pobreza. A baixa escolaridade comumente está associada a pobreza, que se apresenta como fator de risco para a ocorrência de autoextermínio, isso porque pessoas com baixa escolaridade frequentemente têm acesso limitado a oportunidades de emprego bem remunerado, o que pode levar a estresse financeiro e social, que acaba resultando em comportamentos e atitudes extremas como a morte autoprovocada intencionalmente. Dados do presente estudo, destacam que o maior número de suicídios segundo tempo de escolaridade ocorreu entre aqueles que estudaram de 4 a 7 anos, ou seja, que não chegaram a concluir nem o ensino fundamental. No estudo de Machado e Santos (2015) ficou evidenciada a influência da desigualdade social e da baixa escolaridade na ocorrência desses fatos, a exposição a violência, ambiente social, sentimento de privação e estresse, sentimento de não pertencer ao espaço onde vive, a baixa autoestima e a desvalorização pessoal podem afetar o indivíduo, e o enfrentamento ineficaz desses fatores pode desencadear transtornos mentais e levar ao suicídio. Além de que a indivíduos com baixa escolaridade e em situação de pobreza muitas vezes enfrentam barreiras ao acesso a serviços de saúde mental, como custo, transporte e falta de disponibilidade de serviços. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a pobreza e a falta de educação como fatores de risco para o suicídio e sugere que intervenções voltadas para a melhoria das condições socioeconômicas, como a implantação de programas de educação que incluam habilidades para a vida e a gestão do estresse podem ajudar a reduzir as taxas de suicídio, ao atuarem como estratégias preventivas. (OMS, 2006)

No que tange a associação do número de suicídios por estado civil, apesar desse ser um fator pouco estudado na literatura, estudos anteriores têm indicado associação positiva entre a situação conjugal e o risco de suicídio. Assim como o estudo de Arruda et al. (2021), o presente estudo demonstra que pessoas solteiras apresentam taxas de suicídio mais altas em comparação com pessoas casadas. Isso pode ser explicado pela suposição que o casamento pode atuar como um fator protetor, proporcionando suporte emocional, social e financeiro. Em contrapartida, a solidão, o isolamento social e a ausência de suporte emocional em estados civis não casados - como divorciados, solteiros e viúvos - podem aumentar o risco de suicídio.

Já em relação ao local de ocorrência, para Souza et al. (2011), este está diretamente ligado ao método que será utilizado por estar relacionado aos meios disponíveis. Em consonância com o estudo de Souza (2011), o presente estudo demonstrou que, o maior número de óbitos por suicídio ocorreu nos domicílios e isso se deve ao fato de que o ambiente doméstico oferece um espaço privado, onde os indivíduos podem evitar intervenções, e chegar a concluir a morte autoprovocada intencionalmente.

5. Conclusão

Ao analisar todos esses estudos e dados obtidos através do presente estudo, percebe-se que o suicídio é um problema de saúde pública significativo que afeta pessoas de todas as idades, gêneros e origens – em diferentes proporções, e tende aumentar no decorrer de todos os anos, como visto no Estado do Pará, onde a predominância dos casos de mortalidade por suicídio foi de homens e pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos. Ao se traçar um perfil sociodemográfico, encontra-se o predomínio de mortes por suicídio de pessoas pardas, que estudaram de 4 a 7 anos, sem cônjuge e que o domicílio foi o principal local de ocorrência. É importante mencionar, que esses dados encontrados ressaltam a gravidade do problema, e destacam a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas amplas e

coordenadas entre diversos setores da sociedade, focando em uma abordagem que contemple os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais envolvidos.

Referências

AGUIAR, R. A.; RIFFEL, R. T.; ACRANI, G. O.; LINDEMANN, I. L. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 133–140, abr./jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000379>.

ALMEIDA, F. M. de. O suicídio: contribuições de Emile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. *Revista Aurora*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 119-138, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/7306>.

ALMEIDA, L. N.; SILVA, J.; FÉLIX, A.; ROCHA, R. A. M. O suicídio no Brasil: um desafio às Ciências Sociais. *Revista Brasileira de Estudos Latino-Americanos*, Brasília, v. 5, n. 3, p. 510-591, set./dez. 2015.

ARRUDA, V. L.; FREITAS, B. H. B. M.; MARCON, S. R.; FERNANDES, F. Y.; LIMA, N. V. P.; BORTOLINI, J. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2699-2708, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021>.

AZEVEDO, L. N. C. Análise epidemiológica das pessoas vítimas de suicídio no município de Salvador (BA) de 2015 a 2021. 2024. 120 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2024. Disponível em: <https://saberaberto.uneb.br/handle/20.500.11896/5342>.

BAÉRE, F.; ZANELLO, V. Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 25, e44147, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44147>.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 425-431, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400010>.

BARBOSA, F. de O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. da. Depressão e o Suicídio. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 233-234, jul. 2011. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/401>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021. v. 52, n. 33, p. 1-10. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view.

DURKHEIM, E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

FATTAH, N.; SILVA, E. V. da; CRUZ, C. W.; AMAZARRAY, M. R. Perfil epidemiológico do suicídio no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, de 2010 a 2016. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 561–574, out./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040017>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023. São Paulo: FBSP, 2023. v. 17. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de prevenção do suicídio para conselheiros. Brasília: Secretaria de Saúde do DF, 2006. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/OMS-Manual-de-prevenção-do-suicídio-para-conselheiros.pdf/809e493d-291f-f716-2a61-e7135ddb3b40>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. OPAS, Brasília, jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>.

PARENTE, A. da C. M.; SOARES, R. de B.; ARAÚJO, A. R. F.; CAVALCANTE, I. S.; MONTEIRO, C. F. de S. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 4, p. 377–381, jul. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400003>.

PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. Sociedade e Estado, Brasília, v. 35, n. 1, p. 61-81, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/rLfXhwgd7qgpBzMSrjwFXmj/?format=pdf&lang=pt>.

- PINTO, L. L. T.; MEIRA, S. S.; RIBEIRO, Í. J. S.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 203-10, out./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000172>.
- RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2821-2834, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>.
- RODRIGUES, M. E. S.; SILVEIRA, T. B.; JANSEN, K.; CRUZEIRO, A. L. S.; ORES, L.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; TOMASI, E.; SOUZA, L. D. M. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF*, Itatiba, v. 17, n. 1, p. 53-62, abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000100007>.
- SCHLÖSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 133-145, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2014.1-11>.
- SCHMITT, R.; LANG, M. G.; QUEVEDO, J.; COLOMBO, T. Perfil Epidemiológico do Suicídio no Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 115-23, ago. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000300007>.
- SILVA, J. A.; SILVA, C. N.; SILVA JUNIOR, L. N.; SILVA, D. N. Epidemiologia do suicídio na cidade de Salvador (BA). *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, Salvador, v. 3, n. 1, p. 19-25, 1999.
- SOUZA, V. S.; ALVES, M. S.; SILVA, L. A.; LINO, D. C. S. F.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000400010>.
- VITAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide*. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- YING, Y. H.; CHANG, K. Um estudo sobre suicídio e fatores socioeconômicos. *Revista de Educação, Saúde e Meio Ambiente*, Goiânia, v. 39, n. 2, p. 214-226, 2009. Disponível em: <https://www.unicerp.edu.br/revistas/educsaudemeioamb/2017-2/ART-03-EDUCACAO-2017-2.pdf>.