



+

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

BRUNO SOUZA BRABO

SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA: MORTALIDADE POR SUICÍDIO E  
COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO  
PARÁ DE 2006 A 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA.

BRUNO SOUZA BRABO

SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA: MORTALIDADE POR SUICÍDIO E  
COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO  
PARÁ DE 2006 A 2015.

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado de Saúde, Ambiente e  
Sociedade na Amazônia, Universidade  
Federal do Pará, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, sob  
orientação do prof. Dr. Pedro Paulo  
Freire Piani.

BELÉM  
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFPA

---

Brabo, Bruno Souza.

Saúde mental na Amazônia: mortalidade por suicídio e cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Pará de 2006 a 2015. — Pará: O autor, 2015. 68 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia) – Instituto de Ciências da Saúde/ ICS- Universidade Federal do Pará/ UFPA.

Orientador: Piani, Pedro Paulo Freire.

1. Saúde Mental. 2. Suicídio. 3. Taxa de Suicídio. 4. Prevenção. 5. Centro de Atenção Psicossocial.

I. Piani, Pedro Paulo Freire. III. Título.

CDU:

---

**BRUNO SOUZA BRABO**

**SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA: MORTALIDADE POR SUICÍDIO E  
COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO  
DO PARÁ DE 2006 A 2015.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado de Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani  
Orientador - Instituto de Ciências da Saúde- UFPA

---

Prof. Dr. Benedito Paulo Bezerra

---

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

## AGRADECIMENTOS

Na minha curta trajetória acadêmica, resumida à graduação em Medicina, esta seção de agradecimentos não passava de uma formalidade dos elementos pré-textuais. Nesta, entretanto, o sentimento de gratidão talvez seja o que prevaleça nesses passos finais do trabalho. Isto talvez se deva aos inúmeros percalços que ocorreram em meu caminho, ou melhor, se deve, com toda certeza, à inestimável ajuda e força que recebi de muitos para continuar a caminhada.

Neste momento agradeço aos professores Dr. Benedito Paulo Bezerra e Dr. Marcos Valério Santos da Silva, pelo aceite em participar desta banca agendada com tão curto prazo para leitura do texto. Bem como ao professor Dr. Pedro Paulo Freire Piani, por todo apoio e incentivo nessa reta final, essencial para eu ter chegado até aqui.

Quando parecia que não daria mais para seguir em frente, encontrei a Ana. E ali mesmo, na sala do PPGSAS, entre demandas que pareciam intermináveis chegando o tempo inteiro por mensagens de e-mail, whatsapp e telefonemas, além de ter sido acolhido em minhas angústias, visualizei novos caminhos para seguir adiante. Gratidão, Ana!

Aos amigos que demonstraram interesse e informalmente, em mesas de bar e rodas de conversas, muito me questionaram sobre o tema desta dissertação, igualmente meu muito obrigado! Cada troca foi fundamental e impulsionou meu desejo de saber mais sobre um tema que insiste em ser encoberto.

“Se va enredando, enredando  
Como en el muro la hiedra  
Y va brotando, brotando  
Como el musguito en la piedra”

*Violeta Parra*

## RESUMO

Com o objetivo de identificar características do suicídio no estado do Pará, bem como estudar a correlação dos casos com a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dados obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram utilizados para cálculo das taxas de suicídio e de cobertura de CAPS entre os anos de 2006 a 2015. Observou-se que o suicídio ocorre em uma relação 4:1 entre os sexos masculino e feminino, que um terço das mortes se concentra na faixa etária de adultos jovens, dos 20 aos 29 anos, que a maioria é de raça/cor parda e de estado civil solteiro. O enforcamento foi o método de suicídio mais utilizado (65%) em ambos os sexos, seguido por disparo de arma de fogo (16,7%) entre os homens e intoxicação exógena (24,3%) entre as mulheres. As taxas de suicídio do estado como um todo tiveram aumento de 44%, saindo de 2,25 (óbitos/100 mil hab) em 2006 para 3,24 (óbitos/100 mil hab) em 2015, mais que o dobro do aumento nacional no mesmo período. Fato que ocorreu apesar da significativa melhora da cobertura de CAPS no estado, que era de 0,48 (CAPS/100 mil hab) em 2006, considerado de nível regular/baixo e passou a ser de 1,06 (CAPS/100 mil hab) em 2015, melhor nível de cobertura segundo critérios do Ministério da Saúde (MS). A distribuição cartográfica, entretanto, revelou que o fenômeno não é homogêneo dentro do estado. Alguns municípios apresentaram crescimento ou mantiveram altas taxas de suicídio apesar da melhoria na cobertura de CAPS; outros, apresentaram redução na taxa de suicídio com a melhora da cobertura de CAPS; e alguns, mesmo com altas taxas de morte por suicídio não receberam nenhum investimento no que diz respeito a cobertura de CAPS. Por isso, não se pode generalizar a afirmação de que as taxas de suicídio no estado do Pará cresceram mesmo com a significativa melhora na cobertura dos serviços de atenção à saúde mental, uma vez que o fenômeno se deu de forma diferente entre os municípios paraenses.

**Palavras-chave:** Suicídio; Prevenção; Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

In order to identify characteristics of suicide in the state of Pará, as well as to study the correlation of cases with the Psychosocial Attention Centers (CAPS), data obtained from the Mortality Information System (SIM), the National Registry of Health Establishments (CNES) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) were used to calculate suicide rates and CAPS coverage between the years 2006 to 2015. It was observed that suicide occurs in a 4:1 ratio between the sexes male and female, one-third of the deaths are concentrated in the age group of young adults, aged 20 to 29, most of them of brown race/color and single marital status. Hanging was the most commonly used method of suicide (65%) in both sexes, followed by firearm shooting (16.7%) among men and exogenous intoxication (24.3%) among women. State suicide rates as a whole rose 44%, from 2.25 (deaths/100,000 inhabitants) in 2006 to 3.24 (deaths/100,000 inhabitants) in 2015, more than doubling the national increase in the same period. This occurred despite the significant improvement in CAPS coverage in the state, which was 0.48 (CAPS/100 thousand inhabitants) in 2006, considered as a regular/low level, and increased to 1.06 (CAPS/100 thousand inhabitants) in 2015, a better level of coverage according to the Ministry of Health (MS) criteria. The cartographic distribution, however, revealed that the phenomenon is not homogeneous within the state. Some municipalities presented growth or maintained high rates of suicide despite the improvement in CAPS coverage; while others, even with high suicide death rates, did not receive any investment in CAPS coverage during the study period. The claim that suicides rates in the state of Pará have increased can't be generalized even with the significant improvement in the coverage of mental health services.

**Keywords:** Suicide; Prevention; Puplic Health;



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AB** Atenção Básica

**ABP** Associação Brasileira de Psiquiatria

**CAPS** Centros de Atenção Psicossocial

**CGIAE** Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

**CID** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**DASIS** Departamento de Análise de Situação de Saúde

**DATASUS** Departamento de Informática do SUS

**ESF** Estratégia de Saúde da Família

**ESF** Estratégia Saúde da Família

**IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** Índice de Desenvolvimento Humano

**MS** Ministério da Saúde

**OMS** Organização Mundial da Saúde

**ONU** Organização das Nações Unidas

**RAPS** Rede de Atenção Psicossocial

**SIM** Sistema de Informação sobre Mortalidade

**SUS** Sistema Único de Saúde

**SVS** Secretaria de Vigilância em Saúde

**UBS** Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>14</b>
1.1 Suicídio: Alguns Termos e Conceitos.....	16
1.2 Fatores de Risco .....	19
1.3 A Qualidade dos Dados e a Dimensão do Problema.....	21
1.4 As Estratégias de Prevenção e os Serviços de Assistência à Saúde Mental.....	28
<b>2. Objetivo.....</b>	<b>34</b>
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos.....	34
<b>3. Método .....</b>	<b>35</b>
3.1 Desenho do Estudo.....	35
3.2 Período do Estudo.....	35
3.3 Universo Populacional e Recorte do Estudo.....	36
3.4 Local do Estudo.....	36
3.5 Critérios de Inclusão.....	37
3.6 Coleta de Dados.....	37
3.7 Variáveis Estudadas.....	38
3.5 Análise e Processamento dos dados.....	41
<b>4. Resultados.....</b>	<b>43</b>
4.1 Universo.....	43
4.2 Características Sócio Demográficas das Vítimas de Suicídio.....	44
4.3 Métodos de Suicídio.....	45
4.4 Taxa de Mortalidade por Suicídio.....	47
4.5 Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial.....	51
4.6 Correlação dos Dados: Taxas de Suicídio e Cobertura dos CAPS.....	53

4.7 Cartografia das Taxas de Suicídio e Cobertura dos CAPS.....	54
<b>5.Discussão.....</b>	<b>57</b>
<b>6.Conclusão.....</b>	<b>70</b>
<b>7. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>72</b>

## SUMÁRIO DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Taxa de mortalidade por suicídio, por país, padronizada por idade, por 100 mil habitantes, em ambos os sexos, 2015.....	23
<b>Figura 02:</b> Proporção de suicídios globais, por idade e nível de desenvolvimento do país, 2012.....	25
<b>Figura 03:</b> Mapa do estado do Pará e suas relações geográficas.....	36
<b>Figura 04:</b> Óbitos segundo o capítulo da CID-10, entre residentes do estado do Pará, de 2006 a 2015.....	43
<b>Figura 05:</b> Características sócio demográficas do suicídio (n =2.101) entre residentes do estado do Pará, de 2006 a 2015, segundo (a) sexo, (b) raça/cor, (c) faixa etária e (d) estado civil.....	45
<b>Figura 06:</b> Métodos de intoxicação exógena utilizados nos suicídios ocorridos entre residentes do estado do Pará, entre 2006 a 2015.....	47
<b>Figura 07:</b> Taxas de Suicídio Brasil, Região Norte e estado do Pará de 2006 a 2015.....	48
<b>Figura 08:</b> População residente e taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes para Regiões de Saúde do estado do Pará, no ano de 2015.....	50
<b>Figura 09:</b> Média da taxa da mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes segundo as Regiões de Saúde e o estado do Pará, para os anos de 2006 a 2015.....	51
<b>Figura 10:</b> Taxa de cobertura de CAPS por 100.000 hab. para as três dimensões geográficas e parâmetro de cobertura de CAPS/100hab. nos anos de 2006 a 2015.....	53
<b>Figura 11:</b> Taxa de mortalidade por suicídio e taxa de cobertura de CAPS por 100.00/habitantes, estado do Pará, de 2006 a 2015.....	53
<b>Figura 12:</b> Gráfico da correlação de Pearson entre as variáveis taxa de mortalidade por suicídio e cobertura de CAPS, no estado do Pará, de 2006 a 2015.....	54
<b>Figura 13:</b> Taxa quinquenal de mortalidade por suicídio (100 mil/hab) 2006-2010 e 2011-2015 e cobertura de CAPS (100 mil/hab) 2006 e 2015, no estado do Pará.....	55

## SUMÁRIO DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Recursos profissionais e regime de atendimento por modalidade de CAPS.....	31
<b>Tabela 02:</b> Categorização dos métodos de suicídio de acordo com a causa do óbito CID-10.....	40
<b>Tabela 03:</b> Características sócio demográficas das vítimas de suicídio (n 2.101), residentes no estado do Pará, entre os anos de 2006 a 2015, apresentadas em números absolutos, percentual e valor do teste $\chi^2$ .....	44
<b>Tabela 04:</b> Distribuição dos casos de suicídio conforme os métodos utilizados, segundo sexo e total, de 2006 a 2015, entre residentes do estado do Pará.....	46
<b>Tabela 05:</b> Taxa de Mortalidade por Suicídio por 100.000 habitantes, para o estado do Pará, região Norte e Brasil, nos anos de 2006 a 2015.....	47
<b>Tabela 06:</b> Óbitos por suicídio em números absolutos, população residente e taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes para o Brasil, região Norte, estado do Pará e suas respectivas Regiões de Saúde, no ano de 2015.....	49
<b>Tabela 07:</b> Perfil dos municípios Paraenses e a composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Pará, 2015.....	52
<b>Tabela 08:</b> Evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes no estado do Pará, região Norte e Brasil, de 2006 a 2015.....	52
<b>Tabela 09:</b> Teste de correlação de Pearson entre as variáveis taxa de mortalidade por suicídio e taxa de cobertura de CAPS no estado do Pará, de 2006 a 2015.....	54

## 1. INTRODUÇÃO

Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos. Por ano, são mais de 800 mil mortes ao redor do mundo. Cada suicídio é uma tragédia. Tem consequências terríveis e amplo alcance nas esferas emocionais, econômicas e sociais, pesando sobre as famílias, os amigos e as comunidades ainda depois de muito tempo, o que faz o suicídio ser reconhecido atualmente como o maior problema de saúde pública do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

Em 2012, o suicídio tornou-se a 15<sup>a</sup> principal causa de óbito na população geral e a segunda entre pessoas de 15 a 29 anos, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito e superando a mortalidade total causada por guerras e homicídios. Apesar disso, o problema não vem sendo tratado como uma prioridade em saúde pública na maioria dos países, isto se deve, em parte, ao fato do tema permanecer cercado de tabus e estigmas em muitas culturas, fato que dificulta ações preventivas e alimenta os números deste cenário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Diante deste quadro, em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil é país membro, definiu como meta para todos os países a redução em 10% das taxas de suicídio até 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). E em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) firmaram a redução em 1/3 da mortalidade por suicídio até 2030 como uma das metas para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (UNITED NATIONS, 2015).

Apesar de ser um fenômeno global, 78% das mortes por esta causa concentram-se nos países de baixa e média renda. O Brasil ocupa a 8<sup>a</sup> posição mundial em números absolutos de casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a) e dados recentemente publicados confirmam a tendência de crescimento progressivo e constante das taxas (BRASIL, 2017), tal como já evidenciado pelos poucos estudos de serie temporal disponíveis nacionalmente (MELLO-SANTOS et al, 2005; LOVISI et al, 2009). Entre os anos de 1980 e 2012 a taxa de suicídio cresceu em 86,4 % (BRASIL, 2014).

O suicídio pode ser prevenido por diversas estratégias reconhecidamente eficazes, que vão desde o tratamento adequado nos meios de comunicação, com informações acerca dos locais onde se buscar ajuda, por exemplo, até políticas de controle de acesso aos meios utilizados (LEENAARS, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

As estratégias preventivas devem ser multissetoriais, entretanto, sabe-se, que os serviços de assistência à saúde mental exercem um papel fundamental neste sentido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Tal fato foi evidenciado nacionalmente: observou-se que lugares que dispõem de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem uma redução em até 14% do risco de suicídio, caracterizando assim o CAPS como fator protetor ao suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Estes dados apontam para a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre suicídio a nível loco-regional, de forma que se possibilite o planejamento de ações estratégicas para a prevenção destas mortes. Assim, como enfatizou Maria de Fátima Marinho, Diretora do Departamento de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis do Ministério da Saúde em setembro de 2017:

*“Para diminuir as taxas de suicídio é muito importante que consigamos visualizar onde se encontram as regiões com maiores indicadores. Já trabalhamos com ações de prevenção nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, em breve, devem chegar nas áreas de maior incidência”* (Acessado em 10/11/2017, disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29691-taxa-de-suicidio-e-maior-em-idosos-com-mais-de-70-anos>).

Nesse sentido, torna-se importante investigar o fenômeno do suicídio no estado do Pará, bem como, cabem os seguintes questionamentos: qual o nível de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na região? Qual a relação destes serviços com as taxas de suicídio no estado do Pará? Os mesmos estão sendo efetivos enquanto estratégias de saúde pública no que diz respeito a prevenção do suicídio?

## 1.1 Suicídio: alguns termos e conceitos

*“Quem quer se matar não avisa” – Mito*  
*“85% dos jovens suicidas verbalizaram sua intenção semanas antes”*

(HOUSTON; HAWTON; SHEPPERD, 2001)

De acordo com o dicionário Houss (2009) suicídio é o ato ou efeito de pôr termo à própria vida, isto é, matar-se, assumindo, no sentido figurado, a conotação de causar-se a própria ruína ou desgraça por falta de discernimento, previdência, etc.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (2014):

*“O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal.”*

Observa-se que nesta definição, o suicídio não necessariamente possui um desfecho fatal, mas sim uma intencionalidade de o sujeito causar a própria morte. Com frequência é possível observar na literatura que o termo suicídio é empregado para designar diversos atos cometidos em prejuízo de quem os executa, independentemente do grau de dano ou letalidade, aproximando-se, assim, do sentido figurado da palavra suicídio (HOUSS, 2009).

No presente estudo, entretanto, convencionou-se usar a palavra “suicídio” para quando o ato apresenta desfecho fatal e a expressão “tentativa de suicídio” para referir-se aos atos que não culminaram em óbito, apesar de sua intencionalidade. O termo “ato suicida” será eventualmente utilizado, com referência a todo ato, praticado por um indivíduo com intenção de causar lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de lesão causada. Esta terminologia, alinha-se a utilizada pela OMS em sua primeira publicação sobre o tema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1969).

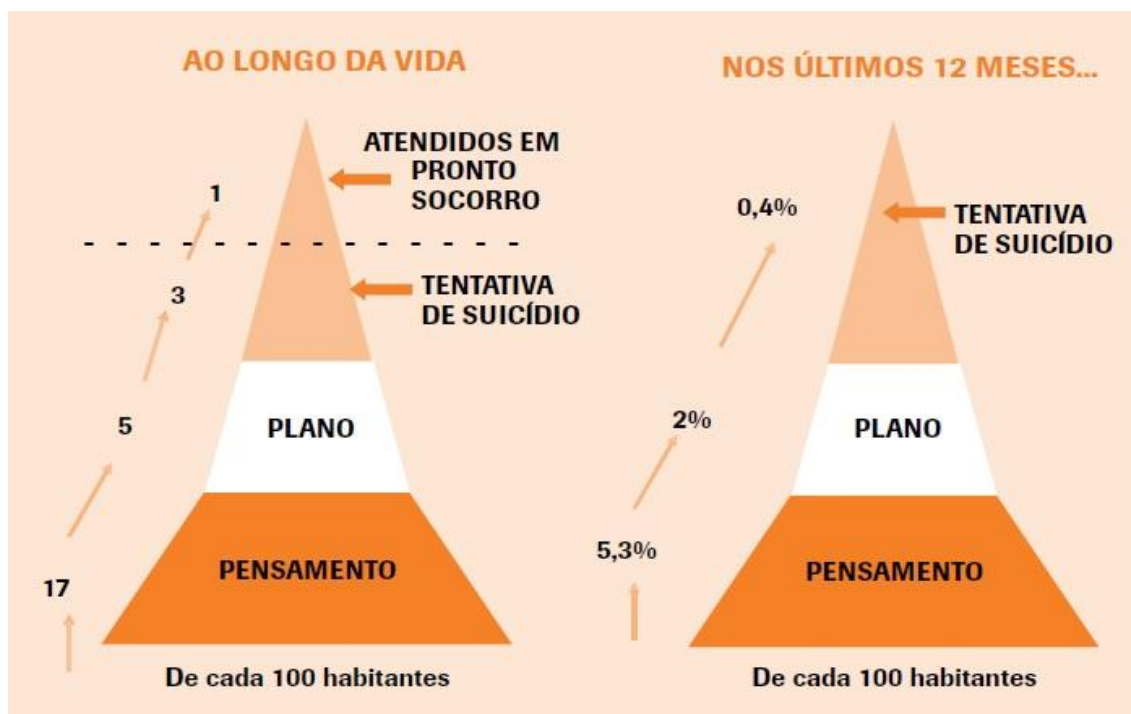


Para fins estatísticos, o suicídio é mundialmente definido como as mortes que tiveram como causa base um dos códigos da Classificação Internacional de Doenças, atualmente em sua 10ª versão (CID 10), compreendidos entre X-60 e X-84, que juntos representam a categoria de Lesões Auto Provocadas, dentro do 20º capítulo desta classificação, denominado Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). Desde a 6ª edição até a mais recente, 10ª edição da CID, o nome, a categoria, e os códigos de suicídio permaneceram estáveis (BERTOLOTE, FLEICHMANN, 2002).

Ampliando-se um pouco mais o estudo sobre o fenômeno do suicídio, encontra-se ainda os termos “pensamento suicida” e “planejamento suicida”. O primeiro refere-se as ideias e/ou pensamentos de causar-se, intencionalmente, a própria morte, ainda que marcados por um sentimento ambivalente. Já o planejamento diz respeito a elaboração de uma estratégia para executar tal pensamento: seleção de um método, definição de local e momento para se realizar o ato. A toda essa sequência (pensamento, planejamento e ato) dá-se o nome de comportamento suicida (TURECKI et al, 2012).

Na figura 1 é possível observar a prevalência do comportamento suicida entre moradores da cidade de Campinas, estado de São Paulo. Os dados fazem parte do SUPRE-MISS, estudo multicêntrico conduzido pela OMS sobre comportamento suicida e intervenções preventivas. A alta prevalência do pensamento suicida ao longo da vida (17,1%) e a pequena proporção dos casos que após uma tentativa de suicídio receberam atendimento em serviço médico (38%) encontradas no estudo de Bodega e colaboradores (2005), não difere do observado nos demais países estudados: a prevalência do pensamento suicida variou de 15,2% a 25,5% (BERTOLE et al, 2005) e menos de um terço dos pacientes, na maioria dos países, receberam algum tipo de assistência à saúde (FLEISCHMANN et al, 2005).

**Figura 1: Prevalência de pensamento, planejamento e tentativa de suicídio nos últimos doze meses e ao longo da vida, entre moradores de Campinas, São Paulo.**



FONTE: BOTEGA et al, 2005.

É válido assinalar que o SUPRE-MISS, cujo significado vem de seu nome em língua inglesa: “*SUicide PREvention Multisite Intervention Study on Suicide Behaviours*” que em livre tradução seria “Prevenção do suicídio: estudo multicêntrico de intervenção sobre comportamentos suicidas”, se constituiu o primeiro passo na busca por informações acerca do comportamento suicida ao redor do mundo. Antes dele, a OMS, que há muito já dispunha em sua base de dados de informações sobre os casos de suicídio, nada sabia a respeito das tentativas de suicídio, muito provavelmente por que os países também não possuíam dados compilados sobre o tema (ROGERS; JOINERS, 2018).

Além da alta prevalência de pensamento suicida e da pequena proporção de casos de tentativa de suicídio que receberam atendimento em serviços de saúde, os dados do SUPRE-MISS apontam ainda para a forte associação entre comportamento suicida e sofrimento psíquico e/ou transtorno mental (BERTOLE et al, 2005; BOTEGA et al, 2005). Dados corroborados por recentes estudos sobre o tema, que apontam para saúde

mental negativa, caracterizada principalmente por presença de transtornos mentais como fator de risco para pensamento e comportamento suicida (TEISMANN et al, 2018).

## 1.2 Fatores de risco

Em meta-análise realizada por Bertolote e Fleischmann (2002), encontrou-se em uma amostra de 15.629 casos de suicídio, a presença de transtorno mental em 98% dos óbitos. Os métodos diagnósticos incluíram as avaliações feitas enquanto a pessoa ainda estava viva e o diagnóstico *post mortem*, realizado através de autópsia psicológica. A frequência dos transtornos observada teve algumas diferenças de acordo com a população estudada. Em todas, prevaleciam os transtornos de humor (depressão) como mais frequentes, entretanto, quando analisadas populações que necessitaram de internação em instituições psiquiátricas, a esquizofrenia foi o segundo transtorno mais frequente, enquanto entre as pessoas que não necessitaram destas internações, foram os transtornos por uso de substância, seguidos pelos transtornos de personalidade, em ambas.

Em outro importante estudo de meta-análise, no qual foram incluídos somente trabalhos que fizeram uso da técnica de autópsia psicológica para diagnóstico de transtorno mental, observou-se a prevalência deste em 87,3% dos 3.275 casos de suicídio. Em média, 43,2% dos casos foram classificados com transtornos de humor e 25,7% com transtornos relacionados ao uso de substância. Os transtornos depressivos e os transtornos por uso de álcool foram os mais frequentes em cada um dos grupos, respectivamente. Os transtornos de personalidade representaram 16,2% e a esquizofrenia 9,2% (ARSENAULT-LAPIERRE; KIM; TURECKI, 2004).

Os dados apontaram ainda que o risco de suicídio por transtornos relacionados a substâncias, foi mais associado ao sexo masculino, representando 41,8% dos diagnósticos neste grupo, frente a 24,0% entre as mulheres, enquanto os transtornos afetivos foram diagnosticados em 59,4% dos casos femininos e 47,4% dos masculinos (ARSENAULT-LAPIERRE; KIM; TURECKI, 2004).

Os autores ressaltam que entre os casos que não tiveram um diagnóstico de transtorno mental (14%) há a possibilidade de estes não ter sido detectado por limitações metodológicas comumente encontradas nas autópsias psicológicas, como por exemplo,

falta de informações oficiais ou informantes que sabiam referir como estavam as vítimas nas últimas semanas ou meses antes da morte (*ibid*).

Cavanagh e colaboradores (2003) em revisão sistemática de estudos de caso controle, encontraram que os transtornos mentais estavam presentes em média em 91,0% (81 – 98%) dos casos de suicídio e em 27,0% (14 - 48%) dos casos controles.

Vale ressaltar que os dados supracitados têm uma representatividade geográfica e cultural limitada, pois a maioria dos casos estudados provem da Europa e América do Norte, e uma menor proporção da Austrália e Nova Zelândia.

Dados de meta-análise e revisão sistemática mais recentes que incluem países do continente asiático, como China, Indonésia e Sri Lanka, continuam apontando grande prevalência de transtornos mentais entre as vítimas de suicídio (80,8%), porém, evidenciam variações geográficas significativas: estudos do Leste Asiático apresentaram uma prevalência média menor (69,6%) do que os da América do Norte (88,2%) e do Sul da Ásia (90,4%). Além disso, observa-se que a prevalência de qualquer transtorno mental vem apresentando discreta diminuição ao longo dos anos. Estes dados apontam para a possível influência do desenvolvimento socio-cultural no suicídio (CHO et al., 2016).

Embora a ligação entre suicídio e distúrbios mentais, particularmente depressão e uso de álcool esteja bem estabelecida em países de alta renda, muitos suicídios ocorrem impulsivamente em momentos de crise, nos quais os indivíduos perdem a capacidade de lidar com os estresses da vida, como o financeiro problemas, ruptura de relacionamento ou dor e doença crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

Além disso, enfrentar conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas, bem como o sentimento de isolamento social, estão fortemente associados ao comportamento suicida. As taxas de suicídio revelam-se mais elevadas entre os grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes, prisioneiros, pessoas indígenas, e pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, intersexuais (LGBTI) (*ibid*).

Como se observa, ainda que diversos fatores se associem ao suicídio, as evidências demonstram claramente uma consistente relação dessas mortes com transtornos mentais. Reflexo disso, é o fato de que tanto a OMS (2014), quanto a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) consideram a presença de transtornos mentais e história prévia de

tentativa de suicídio como os dois principais fatores de risco individuais para cometer um ato fatal. Seria um engano, entretanto, considerar apenas estes aspectos ao se debruçar sobre o tema.

A OMS (2014) diferencia os fatores de risco entre três classes: (1) fatores associados ao sistema de saúde e a sociedade, como as dificuldades para se obter acesso à assistência à saúde e o tratamento adequado, a fácil disponibilidade de acesso aos meios utilizados, o estigma que recai sobre os que buscam ajuda e o sensacionalismo com que o tema é abordado nos meios de comunicação; (2) fatores associados as comunidades e as relações sociais, como conflitos, discriminação, isolamento, abuso e violência; e (3) fatores de risco individuais, entre eles, tentativas prévias, transtornos mentais, uso nocivo de álcool, perdas financeiras, dores crônicas e antecedentes familiares de suicídio.

Cabe a reflexão de que muitos dos fatores associados as comunidades e relações sociais, também são fatores considerados de risco para o desenvolvimento de sofrimento psíquico e conseqüente adoecimento mental, uma vez que conflitos, situações de violência, abuso, dentre outros, são fatores que aumentam a sensibilidade individual ao desenvolvimento de adoecimento psíquico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Retornando a definição trazida pela ABP (2014), aqui utilizada para ato suicida, chama atenção o assinalamento da característica ambivalente da ação, o que pode apontar, em uma livre interpretação do autor, para o desejo em pôr fim não à vida, e sim ao sofrimento vivenciado em decorrência de um transtorno mental que não recebe atenção e tratamento adequados.

### **1.3 A qualidade dos dados e a dimensão do problema**

Desde a sua criação, em 1948, a OMS compila e divulga dados sobre mortalidade de seus Estados Membros. Em 1950 onze países relataram dados sobre mortalidade; em 1985 o número subiu para 74. Em 2017, na última edição de uma de suas mais importantes publicações, a *World Health Statistics*, a OMS compilou dados sobre mortalidade geral de 194 países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Além da melhoria quantitativa, observou-se um grande avanço na qualidade dos dados globais sobre mortalidade: em 2005 menos de um terço de todas as mortes ocorridas no mundo possuíam uma causa base definida; em 2015, das 56 milhões de mortes estimadas globalmente, 27 milhões foram registradas com uma causa de óbito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

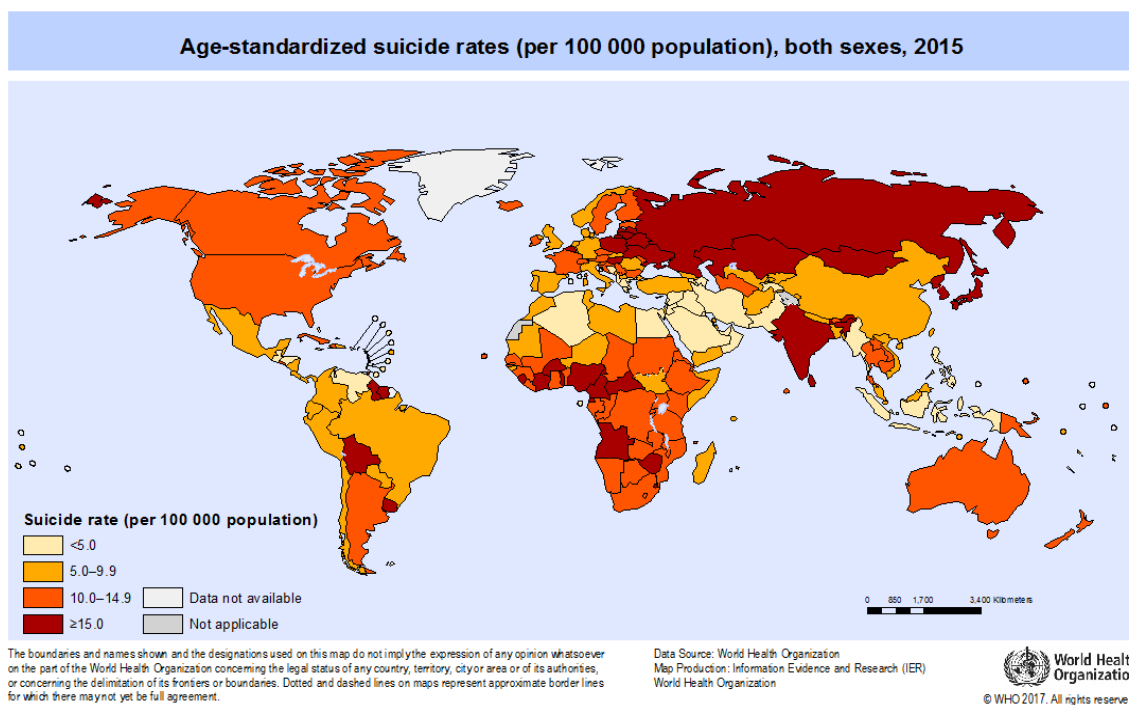
Ainda quando a qualidade dos dados sobre a mortalidade por suicídio era considerada baixa, em virtude da subnotificação dos casos por diversos fatores, as taxas oscilavam entre 7,1 a 33,9 óbitos por 100 mil habitantes, o que já colocava o suicídio entre as cinco ou dez principais causas de morte nos países europeus e norte-americanos, à época, únicas nações que dispunham de dados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1969).

Atualmente, a OMS qualifica apenas os dados provenientes de 60 países como de boa qualidade. O Brasil insere-se neste grupo. Isto possibilita estudos mais fidedignos à realidade e conseqüente maior impacto sobre a tomada de decisões a respeito das políticas públicas nacionais, uma vez que os países que melhor conhecem as causas de adoecimento e morte dos seus habitantes são os mesmos capazes de elaborar melhores planos de ação frente aos problemas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

As mortes por suicídio, são parte integrante do banco de dados de mortalidade da OMS, que após compilação dos números absolutos, apresenta os dados por taxas de suicídio, geralmente representadas por país, ano, sexo e faixa etária. As taxas globais mais recentemente divulgadas pela OMS, são apresentados na figura 1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

As taxas de suicídio mais elevadas, para homens e mulheres, estão concentradas geograficamente na Europa, em países como Lituânia (32,7 óbitos/100 mil hab), Letônia (27,5 óbitos/100 mil hab), Belarus (22,8 óbitos/100 mil hab), Polônia (22,3 óbitos/100 mil hab), Hungria (21,6 óbitos/100 mil hab), Bélgica (20,5 óbitos/100 mil hab) e Federação Russa (20,1 óbitos/100 mil hab) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

**Figura 01:** Taxa de mortalidade por suicídio, por país, padronizada por idade, por 100 mil habitantes, em ambos os sexos, 2015.



Fonte: WHO, 2018a

No entanto, algumas taxas igualmente altas são observadas em países como Sri Lanka (35,3 óbitos/100 mil hab), República da Coreia (32,0 óbitos/100 mil hab), Guiana (29 óbitos/100 mil hab), Suriname (26,6 óbitos/100 mil hab), Guiné Equatorial (22,6 óbitos/100 mil hab) e Angola (20,5 óbitos/100 mil hab) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

De acordo com a distribuição regional da OMS, as taxas mais baixas como um todo são encontradas na Região do Mediterrâneo Oriental, que tem taxa regional média de 3,8 óbitos/100 mil habitantes (*ibid*).

Historicamente as taxas de suicídio mais elevadas estão concentradas na Europa, especialmente em um grupo de países que compartilham características históricas e socioculturais semelhantes, na chamada Europa Oriental; já as mais baixas taxas globais são observadas nos países de tradição islâmicas. Entretanto, estes dados devem ser analisados com cautela (KHAZAEI et al., 2017).

Por um lado, isso pode ocorrer pelo fato de que com o fim da União Soviética, algumas de suas antigas repúblicas, particularmente com as maiores taxas, começaram a relatar seus dados individualmente. Por outro lado, os países desenvolvidos estão há mais tempo preocupados com a mortalidade por suicídio e por isso tem uma maior tendência a relatar e melhorar seus dados do que países onde o suicídio não é percebido como um grande problema de saúde pública (KHAZAEI et al., 2017).

Vale lembrar, que estes dados baseiam-se nos certificados de óbito assinados por pessoal legalmente autorizado, via de regra médicos e em menor grau policiais peritos, que de um modo geral, não deturpam ou manipulam informações. No entanto, por tratar-se de suicídio, vários fatores, culturais, sociais ou até mesmo religiosos, podem estar subestimando os números. Estima-se que, a depender da região, está subnotificação pode variar entre 20% a 100% dos casos, o ocorre mais frequentemente nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Cabe ressaltar, entretanto, que até bem pouco tempo, não se dispunham de dados de mortalidade por suicídio de muitos destes países. E hoje sabe-se das altas taxas em países como Guiana e Suriname, na América Latina, e Guiné Equatorial e Angola, na África. O que mostra que são as melhorias no sistema de notificações destes óbitos em todo o mundo, porém, com maior urgência nos países em desenvolvimento, que irão ampliar o conhecimento sobre o tema e o entendimento do suicídio como problema de saúde pública global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Observa-se assim, que quanto mais fidedignos são os dados, maior se toma conhecimento do impacto que o suicídio tem mundialmente. E o que se observa é o crescimento dos números ao longo das décadas na maioria dos países, de modo que estimativas apontam que, se estratégias preventivas não forem executadas em ampla escala em 2020 os casos de suicídio podem chegar a mais de 1,5 milhões anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999 *apud* MISHARA; WEISSTUB, 2016).

Quando analisamos os dados referentes ao Brasil, observamos que de acordo com a classificação da OMS (figura 01), o país tem taxa de mortalidade moderada (6,3 óbitos/100 mil hab), abaixo da média das Américas (9,6 óbitos/100 mil hab) e mundial (10,7 óbitos/100 mil hab). Entretanto, o país encontra-se no grupo das dez nações com



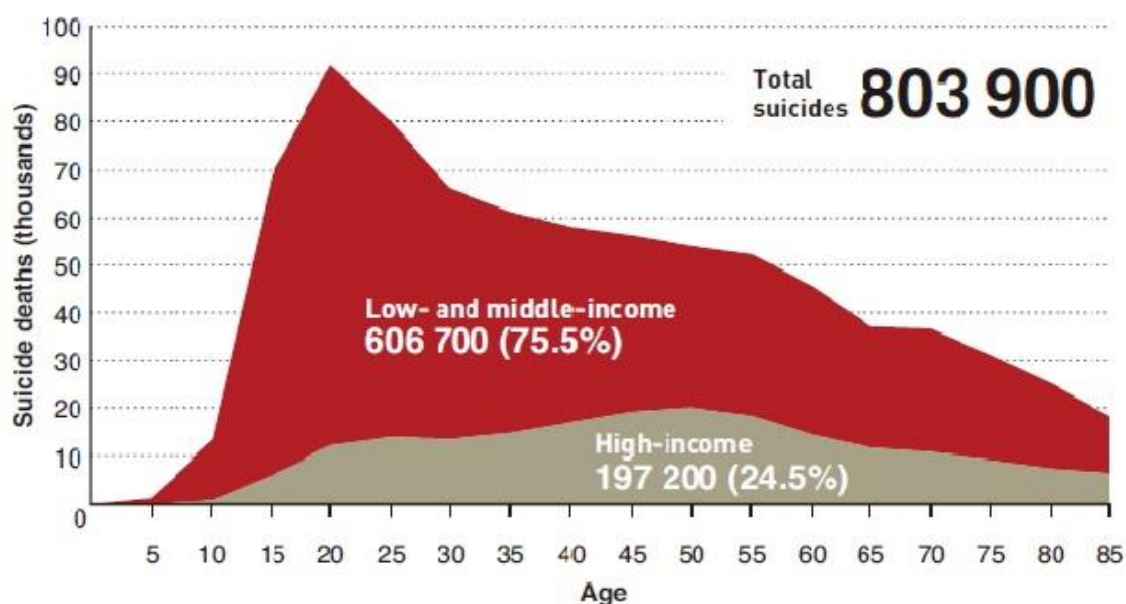
maior número de casos de suicídio do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Isso evidencia, que apesar do uso amplo e apropriado das taxas de mortalidade específicas por suicídio, as informações transmitidas por elas isoladamente podem ser enganosas, especialmente quando se comparam dados em países ou regiões com importantes diferenças na estrutura demográfica (KHAZAEI et al., 2017).

Um exemplo disto pode ser observado analisando-se os seguintes dados: quase trinta por cento de todos os casos de suicídio no mundo ocorre na China e na Índia. Apesar disso, a taxa de suicídio na China (10,0 óbitos/100 mil hab) praticamente coincide com a taxa global (10,7 óbitos/100 mil hab). E na Índia (15,7 óbitos/100 mil habitantes), a taxa é relativamente mais alta que a média global, porém muito distante das altas taxas do continente europeu (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

Dito isto, é possível compreender porque, apesar das mais altas taxas nos países da Europa, o maior número de casos de suicídio provém dos países em desenvolvimento, que, em 2012, representaram 75,5% dos casos, conforme observado na figura 02 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

**Figura 02:** Proporção de suicídios globais, por idade e nível de desenvolvimento do país, 2012.



Fonte: WHO, 2014.

É importante observar também, que embora seja habitual na literatura que as taxas sejam apresentadas de uma maneira total, por exemplo, a taxa de suicídio no Brasil em 2015 foi de 5,7 óbitos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2017), para que nuances importantes sejam detectadas, a prática epidemiológica requer o estudo das taxas de acordo com cada uma das várias demográficas possíveis de serem investigadas, isto é, para padronizadas por sexo, faixa etária e raça/cor, por exemplo (GORDIS, 2010).

Esta é precisamente a situação em relação ao suicídio. Mantendo-se o exemplo do Brasil em 2015, a taxa de suicídio no sexo masculino (8,7 óbitos/100 mil hab) foi quase quatro vezes maior que no sexo feminino (2,4 óbitos/100 mil hab); categorizando-se por faixa etária, a maior taxa foi observada acima dos 70 anos (8,9 óbitos/100 mil hab); por raça/cor, os indígenas (15,2 óbitos/100 mil hab) apresentaram taxa quase três vezes superior aos brancos (5,9 óbitos/100 mil hab) e negros (4,7 óbitos/100 mil hab) e oito vezes superior aos amarelos (2,4 óbitos/100 mil hab); e por unidades da federação, o Rio Grande do Sul (10,3 óbitos/100 mil hab) exibiu a maior taxa, chegando a ser quase o dobro da observada nacionalmente (BRASIL, 2017).

As taxas de suicídio de homens e mulheres são consistentemente diferentes na maioria dos lugares, e tal como observado no Brasil em 2015, mundialmente as maiores taxas são identificadas no sexo masculino. À exceção a zona rural da China, onde as taxas são maiores entre as mulheres, o que provavelmente se deve a condições de trabalho e fácil acesso aos meios utilizados (CHEN et al., 2017).

Em relação faixa etária, os dados nacionais recentes que apontam maiores taxas entre os idosos (BRASIL, 2017a), estão em consonância com o encontrado na literatura mundial, que aponta para taxas de suicídio entre seis a oito vezes maiores nas populações geriátricas, bem como com o já evidenciado por outros autores nacionalmente (DE MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG; 2005).

Entretanto, uma importante observação precisa ser feita no caso da faixa etária: novamente, apesar das taxas de suicídio serem maiores entre idosos que entre os jovens, em termos globais, mais jovens que pessoas idosas morrem por suicídio todos os anos, tal como pode ser observado na figura 02.

A alta mortalidade por suicídio em populações indígenas e/ou tradicionais, há algum tempo não é um fenômeno novo na literatura mundial. Os primeiros casos foram descritos entre os povos indígenas do Canadá e populações tradicionais da Austrália, ambos associados a processos de aculturação e conflitos de terra. Nestes países uma série de medidas protetivas a estas populações foram tomadas, resultando em significativa redução nas taxas de suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Os estudos sobre suicídio no Brasil são unânimes em apontar maiores taxas entre os estados sulistas, destacando especialmente o Rio Grande do Sul por seus números alarmantes (LOVISKI, 2009; BRASIL, 2017). Fato é, que este foi por muito tempo o único estado brasileiro a contar com o serviço de atendimento telefônico do Centro de Valorização da Vida -188 disponível gratuitamente à população (BRASIL, 2017).

Entretanto, Dantas e colaboradores (2017) ao estudarem o suicídio no Brasil utilizando os municípios como unidade de análise, evidenciaram taxas extremamente elevadas em Taipas do Tocantins, no Tocantins (79,7 óbitos/100 mil hab), Itaporã, no Mato Grosso do Sul (75,1 óbitos/100 mil hab), Mampituba, no Rio Grande do Sul (52,9 óbitos/100 mil hab) e Monjolos, em Minas Gerais (52,8 óbitos/100 mil hab).

Da mesma forma, foi em decorrência do recorte de estudo municipal, que em 2012 a elevada taxa do município de São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas (51,2 óbitos/100 mil hab) apontou para a necessidade de se estudar o fenômeno segundo recorte de raça/cor, haja visto que o município é de maioria populacional indígena (BRASIL, 2014).

Estes dados evidenciam taxas de mortalidade tão elevadas, que superam as observadas nos países da Europa Oriental, e apontam para importância da realização de estudos epidemiológicos com recortes demográficos variados (sexo, faixa etária, raça/cor, unidade geográfica), uma vez que taxas alarmantes podem ser identificadas em determinados segmentos populacionais, que via de regra passariam despercebidas em análises que fazem agrupamentos maiores, fundamental portanto, para identificação de populações de risco, ou mais vulneráveis ao suicídio (DANTAS et al, 2017).

As mais de 800 mil vidas perdidas todos os anos, entretanto, representam somente uma parte do problema. Pois estima-se, que para cada óbito por suicídio, ao menos seis pessoas sofram diretamente graves consequências emocionais, sociais e econômicas, as quais irão demandar por longos períodos assistência de diversos setores como saúde e previdência. A estas pessoas convencionou-se chamar de sobreviventes do suicídio e estima-se que sejam cerca de 5 milhões todos os anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

Soma-se ainda ao grupo dos sobreviventes do suicídio, as pessoas que cometeram um ato que não culminou em desfecho fatal, isto é, os que praticaram uma tentativa de suicídio. Estas, além dos cuidados emergenciais demandados para se reverter os efeitos das lesões autoprovocadas, necessitarão de assistência à saúde mental por tempo indeterminado, uma vez que uma tentativa prévia representa um dos principais riscos de morte por suicídio subsequentemente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Levando-se em consideração que as estimativas atuais sugerem que o número de tentativas de suicídio sejam cerca de dez a vinte vezes superior ao número de casos com desfecho fatal, podemos concluir que se um suicídio ocorre a cada 40 segundos, uma tentativa de suicídio acontece, em média a cada 3 segundos ao redor do mundo. Assim, podemos ter uma dimensão do problema e compreender porque a OMS afirma que atualmente o suicídio é o maior problema de saúde pública do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

#### **1.4 As Estratégias de Prevenção e os Serviços de Assistência à Saúde Mental**

*“Se por um lado o cenário epidemiológico atual é assustador, por outro, há evidência consistente de que diversas estratégias são eficazes na prevenção do suicídio”*

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em 2016, a OMS escolheu como tema para o dia mundial da saúde, comemorado em 10 de outubro, a Prevenção do Suicídio. No mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu através da portaria número 1.876, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006a) e publicou um manual para profissionais da saúde, com ênfase às equipes de saúde mental dos CAPS (BRASIL, 2016b).

Entretanto, não são recentes as tentativas de combate aos altos números de suicídio ao redor do mundo. Data de 1969 a primeira publicação da OMS sobre o tema. Este documento foi elaborado a partir de dados sobre a prevenção de suicídio de algumas nações. Os países da antiga União Soviética e a Inglaterra destacavam-se pois já possuíam serviços e/ou estratégias nacionais para a prevenção do problema. Estados Unidos da América, Nigéria Ocidental, Áustria, Suíça e Hong Kong, contavam com serviços regionais ligados a universidades e/ou instituições psiquiátricas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1969).

Sugere-se neste documento que, independente das circunstâncias locais, as ações a serem adotadas para reduzir o suicídio deveriam ser pautadas no quadripe de prevenir: (1) o desfecho fatal dos atos suicidas, (2) a repetição destes atos, (3) a primeira tentativa de suicídio e (4) a inclinação ao suicídio. Para tanto, referia como fundamental a identificação dos grupos mais predispostos e assistência aos mesmos (*ibid*).

Atualmente, a OMS recomenda que um modelo de prevenção do suicídio a nível de saúde pública deve se iniciar com a vigilância epidemiológica para se entender o problema e identificar fatores de risco e proteção, assim como intervenções eficazes, para que sejam então implementadas e ampliadas estratégias, preferencialmente a nível nacional, e estas, devem então novamente serem avaliadas através da vigilância continua (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Ainda de acordo com a OMS, a prevenção do suicídio pode ser classificada em três níveis: universal, seletiva e indicada. Como intervenções universais, entende-se estratégias que potencializem o máximo de saúde e permitam o acesso aos serviços de assistência à saúde à população em geral. São intervenções seletivas, as que se dirigem a grupos notadamente mais vulneráveis ao suicídio, identificados através da vigilância dos

casos. E as intervenções indicadas se dirigem a indivíduos com tentativas prévias de suicídio e/ou diagnosticados com transtornos mentais (*ibid*).

Dentre outras medidas necessárias para serem alcançados todos os níveis de prevenção supracitados, é fundamental que os profissionais dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes a fim de estabelecerem medidas para evitar o suicídio. Pode parecer simples, porém, a maioria dos países possuem sistemas de saúde complexos ou com limitados recursos e obter ajuda profissional dentro destes sistemas é difícil, sobretudo quando se trata de saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ganham nacionalmente especial importância na prevenção das mortes por suicídio, pois são os serviços que dispõe de profissionais especializados e/ou capacitados para o atendimento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Além dos atendimentos conforme previstos para cada modalidade (ver tabela 01), os CAPS têm também por função, dentre outras, a capacitação e supervisão de equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde com enfoque em saúde mental (BRASIL, 2002).

Dados recentemente divulgados pelo Ministério da Saúde, no primeiro boletim epidemiológico nacional sobre o suicídio, apontam que a presença de CAPS em um município é um fator de proteção ao risco de suicídio, reduzindo as mortes em até 14% (BRASIL, 2017).

É importante salientar, que os CAPS não são os únicos dispositivos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual é constituída também pela Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Centros de Convivência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Prontos-Socorros (PS) hospitalares, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), leitos para internação em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e Serviços de Residência Terapêutica (SRT) (BRASIL, 2011).

Dentro da RAPS, o CAPS funciona tal como a ESF na Atenção Básica, ou seja, é o serviço responsável pela organização das demandas e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seus territórios (BRASIL, 2011). Assim, de acordo com as definições mencionadas anteriormente, podemos inferir que os CAPS, fazem parte dos três níveis de

estratégia de prevenção do suicídio estabelecidos pela OMS, o que demarca seu importante papel nacionalmente.

**Tabela 01:** Recursos profissionais e regime de atendimento por modalidade de CAPS

<b>Modalidade CAPS</b>	<b>Regime de Atendimento</b>	<b>Recursos Humanos</b>
CAPS I	Não Intensivo (2 turnos/dia)	01 médico(a) com formação em saúde mental
	Individual, Grupo, Oficinas	
	Visitas Domiciliares	01 enfermeiro (a)
	Atendimento a Famílias	03 profissionais de nível superior psicólogo(a), pedagogo(a), terapeuta ocupacional, assistente social, ou outros.
	Atividades Comunitárias	
	04 profissionais nível médio	
CAPS II	Semi-intensivo (3 turnos/dia)	01 médico (a) psiquiatra
	Individual, Grupo, Oficinas	01 enfermeiro (a) com formação em saúde mental
	Visitas Domiciliares	
	Atendimento a Famílias	04 profissionais de nível superior: psicólogo (a), pedagogo (a) terapeuta ocupacional, assistente social, outros
	Atividades Comunitárias	
	06 profissionais de nível médio	
CAPS III	Intensivo (24h/dia)	02 médicos (as) psiquiatras
	Individual, Grupo, Oficinas	01 enfermeiro (a) com formação em saúde mental
	Visitas Domiciliares	
	Atendimento a Famílias	05 profissionais de nível superior: psicólogo (a), pedagogo (a) terapeuta ocupacional, assistente social, outros
	Atividades Comunitárias	
	Acolhimento Noturno	
	Até 05 leitos de observação e/ou repouso	08 profissionais nível médio

**Fonte:** BRASIL, 2002 - elaborada pelo autor, 2018.

A própria OMS, entretanto, reconhece que o suicídio é um fenômeno complexo e por isso requer uma estratégia multisetorial na sua prevenção. Tem aumentado o nível de evidência de que as abordagens dadas ao tema nos veículos de comunicação, por exemplo, podem tanto aumentar quanto reduzir os riscos de suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Por muito tempo, somente o chamado efeito Werther, associado ao aumento do comportamento suicida por imitação dos casos noticiados, foi reconhecido. O nome faz referência a onda de suicídios ocorrida na Europa no final do século XVIII após a publicação do romance de Goethe intitulado “As tristezas do jovem Werther”, no qual o personagem principal põe fim a própria vida após uma desilusão amorosa. Vários casos de suicídio foram cometidos nas mesmas circunstâncias descritas na obra, em muitos deles, o livro era encontrado ainda na cena da morte. Fato que culminou com a proibição da circulação da obra em muitos países europeus (NIEDERKROTENTHALER et al., 2010).

Durante muito tempo, este relato permaneceu como anedota na história, porém na década de 70, os primeiros estudos comprovaram que a veiculação de notícias de suicídio nos jornais e noticiários repercutiam significativamente no aumento do número de casos, tanto de suicídios como de tentativas. Estes dados foram suficientes para manter por muito tempo o tabu que, ainda hoje, silencia o tema dos veículos de comunicação de muitos países (NIEDERKROTENTHALER et al., 2010).

Este efeito copiador provocado por notícias sensacionalistas, também foi identificado na cidade de Belém do Pará, onde Carvalho (2012) descreve o fenômeno se repetindo, tal como ocorria nacionalmente, nos idos dos anos de 1890 a 1920, quando os jornais periódicos, por motivos ligados a lógica comercial, se apropriavam do drama pessoal e familiar, estampando em suas páginas principais notícias de suicídio. Ao passo que os registros oficiais careciam de fidedignidade, por conta do tabu que até hoje permeia o tema.

Entretanto, há nível de evidência suficiente para afirmar que abordagens não sensacionalistas, que não exponham os métodos utilizados, nem naturalizem ou



divulguem o suicídio como uma solução encontrada pelas vítimas para superar problemas, se constituem um fator de proteção. Uma abordagem correta do tema nas mídias, traz informações acerca da possibilidade de tratamento dos transtornos mentais, e aponta onde se buscar ajuda, por exemplo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em oposição ao efeito Werher, foi denominado de efeito Papageno o impacto de proteção associado a veiculação do tema nas mídias. O nome faz referência ao personagem da opera “A flauta mágica”, de Mozart, que inicialmente obstinado ao suicídio, também por conta de uma perda amorosa, abandona seus planos graças a três meninos que desenham diante dele várias estratégias alternativas de enfrentamento ao problema (NIEDERKROTENTHALER et al., 2010).

Um exemplo importante deste efeito a nível de saúde pública, observamos no Japão. No país, que sofria com uma das mais altas taxas de suicídio do mundo (em 2000 era de 27,2 óbitos por 100 mil habitantes), o tema era um tabu, nunca discutido na esfera pública. Uma estratégia nacional de enfrentamento ao problema foi deflagrada após a publicação, em 2000, do livro “Eu não podia dizer que era suicídio”, de Kazuhiro Yamaguchi, cujo próprio pai cometeu suicídio. Em 2015, a taxa de suicídio caiu para 19,7 óbitos por 100 mil habitantes. A quebra do silêncio ganhou atenção na mídia e no parlamento japonês, com conseqüente elaboração de um plano nacional de enfrentamento do problema, posto em prática com grande apoio dos meios de comunicação, o suicídio deixou de ser visto como um ato egoísta e em meados de 2005 e 2006 passou a ser entendido como um problema de saúde pública no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Uma outra eficaz estratégia de prevenção do suicídio, que também não é do campo da saúde, é a restrição do acesso aos meios utilizados. Países como Índia e República da Coreia, obtiveram significativas reduções nas taxas nacionais de óbito por suicídio, ao implementarem políticas de proibição e/ou maior controle na comercialização de pesticidas (KIM et al., 2015; MEW et al., 2017). Da mesma forma que a restrição ao porte de armas também foi identificada como efeito de proteção ao suicídio (ANESTIS; SELBY; BUTTERWORTH, 2017).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Estudar a ocorrência de morte por suicídio e a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Pará, no período de 2006 a 2015.

### 2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Identificar aspectos demográficos como sexo, faixa etária, raça/cor e estado civil, bem como, os métodos utilizados pelas vítimas de suicídio residentes do estado do Pará, no período de 2006 a 2015;
- 2.2.2 Calcular a taxa de mortalidade por Suicídio para o Brasil, região Norte, estado do Pará, suas regiões de saúde e seus municípios, no período de 2006 a 2015;
- 2.2.3 Estimar, através de análise de tendência, a taxa mortalidade por suicídio para o ano de 2020, para o estado do Pará, região Norte e Brasil;
- 2.2.4 Calcular a taxa de cobertura de CAPS para o Brasil, região Norte, estado do Pará e seus municípios, no período de 2006 a 2015;
- 2.2.5 Verificar a correlação entre a taxa de mortalidade por suicídio e a cobertura de CAPS no estado do Pará, no período de 2006 a 2015;
- 2.2.6 Identificar, através de ferramenta de georrefenciamento, o padrão espacial das taxas de mortalidade por suicídio e de cobertura de CAPS, nos municípios do estado do Pará, no período de 2006 a 2015;

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo ecológico descritivo, realizado a partir de dados secundários obtidos através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

#### 3.2 Período do Estudo

Foram analisados dados de mortalidade por suicídio do período de 2006 a 2015. Três fatores foram determinantes para a escolha do período supracitado, são eles: primeiro: data do ano de 2006 o início da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio em nosso país (BRASIL, 2006a); segundo: os dados mais recentes sobre mortalidade disponíveis no DATASUS na ocasião da realização da pesquisa são de 2015; e terceiro, mas não menos importante, optou-se por estudar o fenômeno durante uma década para permitir a análise de tendência temporal das taxas de suicídio de forma que possibilitasse a estimativa da taxa de suicídio do ano de 2020, no qual, espera-se uma redução destes coeficiente em ao menos 10% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Vale ressaltar, que a crítica feita ao SIM, no que diz respeito a sua baixa cobertura e subnotificação dos casos, sobretudo na região Norte do país, começa lentamente a perder força a partir de 2010, quando se nota que sua cobertura ultrapassa 85,4% dos óbitos ocorridos na região (BRASIL, 2018). Além disso, em dados analisados, porém não publicados neste estudo, observou-se uma melhora significativa no que diz respeito ao preenchimento de campos como raça/cor e idade na Declaração de Óbito (DO) a partir do ano 2009, o que aponta para uma melhora não só quantitativa como também qualitativa dos dados do SIM.

### 3.3 Universo Populacional e Recorte de Estudo

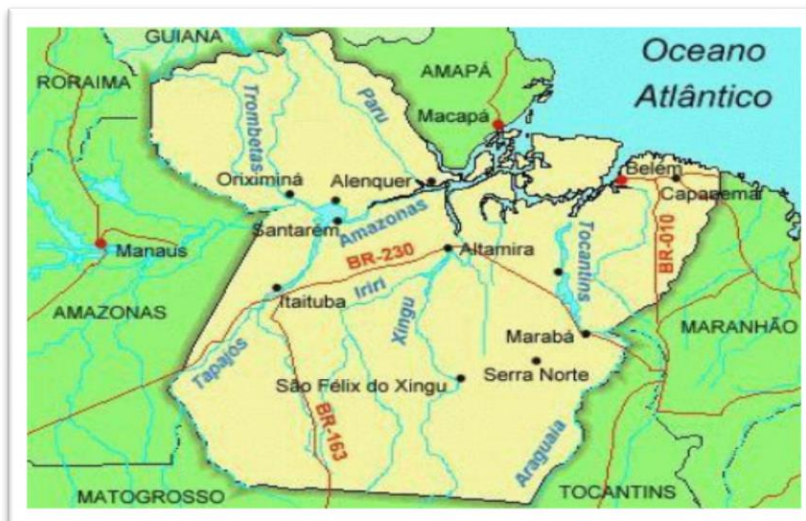
Esta pesquisa tem como universo os 320.012 óbitos de residentes do estado do Pará, ocorridos entre os anos de 2006 a 2015. Para o estudo do suicídio, realizou-se um recorte dos 2.101 óbitos notificados ao SIM com causa base da morte uma das categorias da CID-10 compreendidas entre X-60 e X-84, lesões autoprovocadas, que se encontram dentro do Capítulo XX, Causas Externas de Morbidade e Mortalidade.

### 3.4 Local do Estudo

Apesar de terem sido calculadas taxas de mortalidade e de cobertura de CAPS para o Brasil e região Norte, estas foram realizadas com o intuito de comparação com as mesmas taxas do estado do Pará, local deste estudo. Para esta dimensão geográfica, deu-se atenção especial e o fenômeno do suicídio foi estudado de forma mais minuciosa como será detalhado a seguir.

O estado do Pará possui, segundo a última estimativa populacional (2017), um total de 8.366.628 habitantes, sendo o 9º mais populoso do país, com uma densidade demográfica de 6,07 habitantes por km<sup>2</sup>. Em dimensões territoriais, é o segundo maior estado brasileiro, com 1.247.955,23 km<sup>2</sup>, se fosse um país, seria o 22º maior do mundo. É dividido em 144 municípios e possui um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH 0,646) nacionais (IBGE, 2018).

**Figura 03:** Mapa do estado do Pará e suas relações geográficas



**Fonte:** Pará, 2014.

### 3.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos os óbitos de residentes do estado do Pará notificados ao SIM, ocorridos de 2006 a 2015, que apresentavam como causa base da morte as categorias do CID-10 entre X-60 e X-84, lesões autoprovocadas.

Não foram feitas exclusões dos casos nos quais as Declarações de Óbito (DO) não possuíam informações acerca das variáveis estudadas (faixa etária, raça/cor e estado civil) pelo fato desses casos somarem um pequeno quantitativo que não gerou prejuízo para as análises estatísticas realizadas. Optou-se, então, por estes dados serem apresentados ao leitor nos resultados do estudo.

### 3.6 Coleta de dados

Os dados sobre suicídio foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo DATASUS, através do endereço eletrônico <http://www2.datasus.gov.br>. A Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) é responsável pela gerência do sistema.

Dados referentes aos CAPS foram obtidos através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizados pelo DATASUS, no endereço eletrônico <http://cnes.datasus.gov.br>.

Dados populacionais, necessários para o cálculo da taxa de mortalidade e da taxa de cobertura dos CAPS, foram obtidos no setor de Estatísticas Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através do endereço eletrônico <https://www.ibge.gov.br>.

### 3.7 Variáveis estudadas

As variáveis estudadas foram: sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, causa base do óbito/métodos de suicídio, taxa de mortalidade por suicídio e taxa de cobertura de CAPS.

Sexo, raça/cor e estado civil foram categorizadas de acordo com a Declaração de Óbito (ANEXO A), a qual por sua vez baseia-se na classificação do IBGE. Desse modo, o sexo foi classificado em masculino ou feminino; raça/cor foi classificada em branca, preta, parda, amarela ou indígena; e estado civil em solteiro, casado, viúvo ou separado judicialmente/divorciado. Em relação a variável raça/cor, optou-se por manter a separação entre as categorias parda e preta para a análise estatística, as quais usualmente são agrupadas sobre a denominação negros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A idade foi classificada em um dos seguintes grupos etários, em consonância com os últimos informes publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) que tratam sobre o suicídio: de 10 a 19 anos; de 20 a 29 anos; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos; 60 anos ou mais. Em comparação com o agrupamento utilizado pelo Ministério da Saúde, a única diferença diz respeito a primeira categoria, pois nos informes ministeriais é utilizado o grupo de 5 a 19 anos, porém, neste estudo, foram suprimidos da os óbitos por suicídio ocorridos entre 5 a 9 anos de idade, por terem, do ponto de vista estatístico, uma pequena representatividade 0,09% (2), assim o grupo etário mais jovem foi modificado para 10 a 19 anos.

Para descrição inicial do universo estudado, o total de óbitos ocorridos foi classificado, e apresentado em ordem decrescente de ocorrência, de acordo com sua causa base, em um dos seguintes capítulos da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10).

Os capítulos são: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e imunológicos; IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; V. Transtornos mentais e comportamentais; VI. Doenças do sistema nervoso; VII. Doenças do olho e anexos; VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide; IX. Doenças do aparelho circulatório; X. Doenças do aparelho respiratório; XI. Doenças do aparelho digestivo; XII. Doenças da pele e do tecido

subcutâneo; XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XIV. Doenças do aparelho geniturinário; XV. Gravidez, parto e puerpério; XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial; e, finalmente o capítulo XX. Causas externas de morbidade e mortalidade, dentro do qual se encontram os óbitos por suicídio.

Procedeu-se então ao estudo pormenorizado dos óbitos com causa base as categorias da CID-10 entre X-60 a X-84, que caracterizam as lesões auto provocadas intencionalmente, as quais, por sua vez, se culminam com o óbito, caracterizam-se como suicídios.

Para maior compreensão dessas mortes que podem ocorrer por diferentes formas, este grupo compreendido entre os códigos X-60 e X-84, foi categorizado de acordo com seus mecanismos/métodos de lesão, a saber: Intoxicação Exógena (X-60 a X-69); Enforcamento (X-70); Arma de Fogo (X-72 à X-74); e Outros (X-71 e X 76 a X-84).

Afogamento (X-71) é o único método dentro da categoria “Outros” que diverge na literatura quanto ao fato de ser considerado um método “violento” ou de “alta letalidade”. Por isso, não podemos denominar este grupo como “Outros Métodos Violentos ou de Alta Letalidade”, tendo em vista que todos os demais métodos deste grupo bem como enforcamento e disparo de arma de fogo são considerados com unanimidade métodos de suicídio violentos e/ou de alta letalidade. Cabe ressaltar que alguns autores, com os quais alinhasse o entendimento do presente autor, afirmam que todos os suicídio são, por definição, atos violentos (LUDWIG; DWIVEDI, 2017).

A tabela 2 detalha cada um dos códigos da CID-10 dentro das diferentes categorias. Em virtude da extensão dos nomes foram feitas abreviações e suprimidos termos como “exposição intencional”, por exemplo: “autointoxicação por exposição intencional a (...)” foi abreviado para “autointox” e “lesão autoprovocada intencionalmente por (...)” foi abreviado para “lesão autoprov”.

**Tabela 2:** Categorização dos métodos de suicídio de acordo com a causa do óbito CID-10

Categoria	Código CID-10
Intoxicação Exógena	X60 Autoint por analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos
	X61 Autoint por anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos e antiparkinson
	X62 Autoint por narcóticos e psicodislépticos
	X63 Autoint por outras substâncias de ação sobre sistema nervoso autônomo
	X64 Autoint outras drogas medicações e substâncias biológicas e não esp.
	X65 Autoint voluntaria por álcool
	X66 Autoint por solventes orgânicos, hidrocarbonetos e seus vapores
	X67 Autoint por outros gases e vapores
	X68 Autoint por pesticidas
X69 Autoint outros produtos químicos e substâncias nocivas não especifica	
Enforcamento	X70 Lesão autoprov por enforcamento estrangulamento e sufocação
Arma de Fogo	X72 Lesão autoprov por disparo de arma fogo de mão
	X73 Lesão autoprov disparo de arma de fogo de maior calibre
	X74 Lesão autoprov disparo de outra arma fogo não especificada
Outros	X71 Lesão autoprov por afogamento submersão
	X76 Lesão autoprov por fumaça, fogo e chamas
	X77 Lesão autoprov por vapor água, gás ou objeto quente
	X78 Lesão autoprov por objeto cortante ou penetrante
	X79 Lesão autoprov por objeto contundente
	X80 Lesão autoprov por precipitação de lugar elevado
	X81 Lesão autoprov por prec./permanência diante de objeto em movimento
	X82 Lesão autoprov por impacto de um veículo a motor
	X83 Lesão autoprov por outros meios especificados
X84 Lesão autoprov por meios não especificados	

**Fonte:** CID-10, elaborada pelo autor.

A taxa de suicídio se mostra como uma das variáveis mais importantes deste estudo, uma vez que estima o risco de morte por suicídio em uma determinada população e ao mesmo tempo mede a incidência do fenômeno (GORDIS, 2010).

Por isso, foram calculadas as taxas de suicídio, para cada do período de estudo, para o Brasil, região Norte e estado do Pará, em seguida, a fim de se identificar possíveis diferenças dentro do estado estudado, foram calculadas as taxas de suicídio para as treze regiões de saúde do estado do Pará, que são: Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago de Tucuruí, Marajó I, Marajó II, Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés, Tapajós, Tocantins e Xingu.



Em seguida, procedeu-se ao cálculo das taxas de suicídio para cada um dos 144 municípios paraenses, as quais, para melhor possibilidade de comparação e afim de serem reduzidos vieses de análise por conta de variações anuais nas taxas, foi calculada a taxa quinquenal para os períodos de 2006 a 2010 e de 2011 a 2015.

A classificação da taxa de suicídio foi baseada na classificação utilizada pelo Ministério da Saúde em sua mais recente publicação sobre o tema (BRASIL, 2017). De modo de uma taxa variando de 0,3 a 3,6 óbitos por 100 mil habitantes foi considerada baixa; de 3,7 a 5,8 moderada; de 5,9 a 9,5 alta; e de 9,6 a 20,0 muito alta.

Também para a categorização da taxa de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes, foi utilizada a classificação proposta ministerial: abaixo de 0,20 cobertura insuficiente/crítica; de 0,20 a 0,34 cobertura baixa; de 0,35 a 0,49 cobertura regular/baixa; de 0,50 e 0,69 cobertura boa; e acima de 0,70 cobertura muito boa.

### **3.8 Processamento e Análise dos Dados**

A descrição de um banco de dados é a primeira coisa que se faz necessária em uma pesquisa (FÁVERO et al., 2009). Para isso, neste trabalho, foi realizada inicialmente uma análise descritiva das variáveis selecionadas com o objetivo de sumarizar os dados através das frequências/proporções observadas.

Para a análise inferencial, utilizou-se o teste *qui-quadrado* com objetivo de avaliar se as frequências observadas são estatisticamente significativas. O teste de correlação de Pearson foi aplicado com o objetivo de verificar se existe correlação entre as variáveis “Taxa de Mortalidade por Suicídio” e “Cobertura de CAPS”. Para isso utilizou-se um nível de significância de 5%.

As taxas de mortalidade por suicídio quinquenais municipais e a taxa de cobertura de CAPS também municipais foram submetidas a Análise Exploratória dos Dados Espaciais (AEDE), que é uma forma de descrever medidas estatísticas, através da distribuição espacial das variáveis selecionadas, com o intuito de identificar padrões de correlação espacial, apontando a ocorrência de *clusters* ou *outliers* (ANSELIN, 2003).

Para isso, foi realizado levantamento das bases cartográficas dos municípios e limites municipais, na escala de 1:250.000, disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para subsidiar a geração dos mapas temáticos capazes de expressar visualmente relações espaciais e temporais relacionadas as taxas de suicídio e de cobertura de CAPS.

Os dados provenientes do SIM e do CNES, obtidos através do DATASUS, após trabalhados para se obter as taxas em questão, foram agrupados por município, resultando em um banco de dados georreferenciado das taxas de suicídio e cobertura de CAPS no estado do Pará.

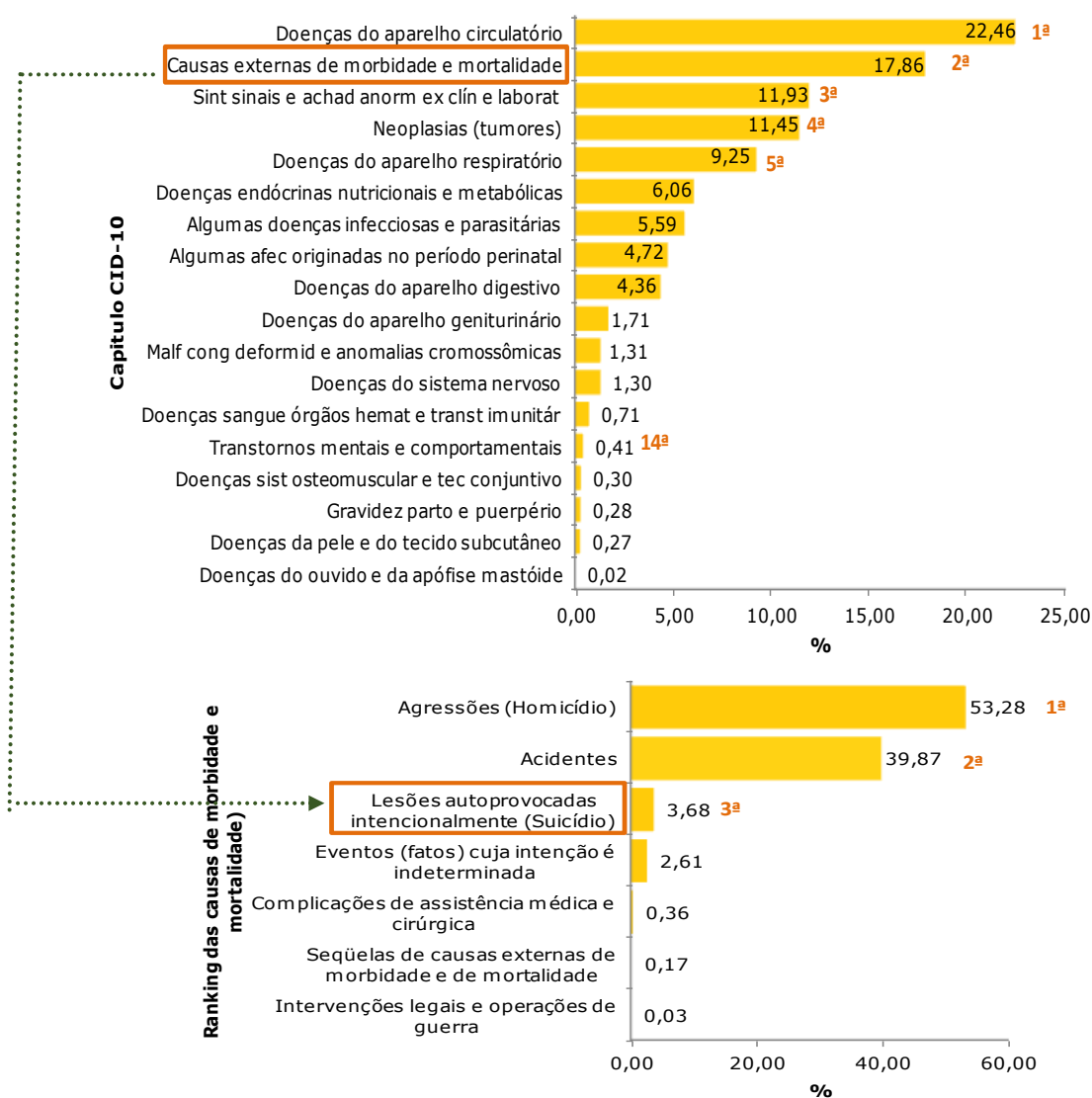
Para o desenvolvimento deste trabalho, fez-se o uso do software BioEstat 5.3 para a formação do banco de dados e realização dos testes *qui-quadrado* e teste de correlação de Pearson. Para elaboração dos mapas temáticos utilizou-se o ArcGis 10.5. Em seguida, os dados foram organizados e apresentados em gráficos e tabelas, elaborados com os softwares Microsoft Word e Microsoft Excel 2016.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Universo

A figura 04 apresenta a população de residentes do estado do Pará que foi a óbito (320.012 pessoas) entre os anos de 2006 a 2015. Na figura, as mortes estão categorizadas de acordo com suas causas bases segundo os capítulos da CID-10 e apresentadas em ordem decrescente de ocorrência. Observa-se que a segunda principal causa de morte foram as Causas Externas, dentro das quais encontram-se os homicídios, os acidentes e os suicídios. Estes representam a terceira causa mais frequente dentro do grupo e somam 2.101 mortes.

**FIGURA 04:** Óbitos segundo o capítulo da CID-10, entre residentes do estado do Pará, de 2006 a 2015.



Fonte: SIM/DATASUS. Elaborado pelo autor.

## 4.2 Características sócio demográficas das vítimas de suicídio

A tabela 03 e a figura 05 apresentam as características sócio demográficas das vítimas de suicídio do estado do Pará, entre os anos de 2006 a 2015. Observa-se que 80,49% (1.691) eram do sexo masculino; que a raça/cor parda foi verificada em 82,52% (1.704) dos óbitos; que houve maior concentração de mortes, 29,87% (629) dos casos, na faixa etária de 20 a 29 anos; e que a maioria das vítimas, 74,34% (1.324), no que se refere ao estado civil, era solteira.

Pode-se observar também que pelo nível descritivo obtido ( $p < 0,05$ ) para população estudada o suicídio apresentou probabilidade fortemente significativa, com nível de confiança de 95%, de ocorrer no sexo masculino, na raça/cor parda, na faixa etária de 20 a 29 anos e no estado civil solteiro.

**TABELA 03:** Características sócio demográficas das vítimas de suicídio (n =2.101), residentes no estado do Pará, entre os anos de 2006 a 2015, apresentadas em números absolutos, percentual e valor do teste  $\chi^2$ .

Variável	Categoria	n	%	p-valor <sup>1</sup>
Sexo	Masculino*	1.691	80,49	<0,0001
	Feminino	410	19,51	
Raça/cor	Parda*	1.704	82,52	<0,0001
	Branca	230	11,14	
	Preta	114	5,52	
	Indígena	12	0,58	
	Amarela	5	0,24	
Faixa etária (anos)	10 a 19	321	15,37	<0,0001
	20 a 29*	624	29,87	
	30 a 39	454	21,73	
	40 a 49	303	14,50	
	50 a 59	190	9,10	
	60+	197	9,43	
Estado civil	Solteiro*	1.324	74,34	<0,0001
	Casado	374	21,00	
	Viúvo/separado	83	4,66	

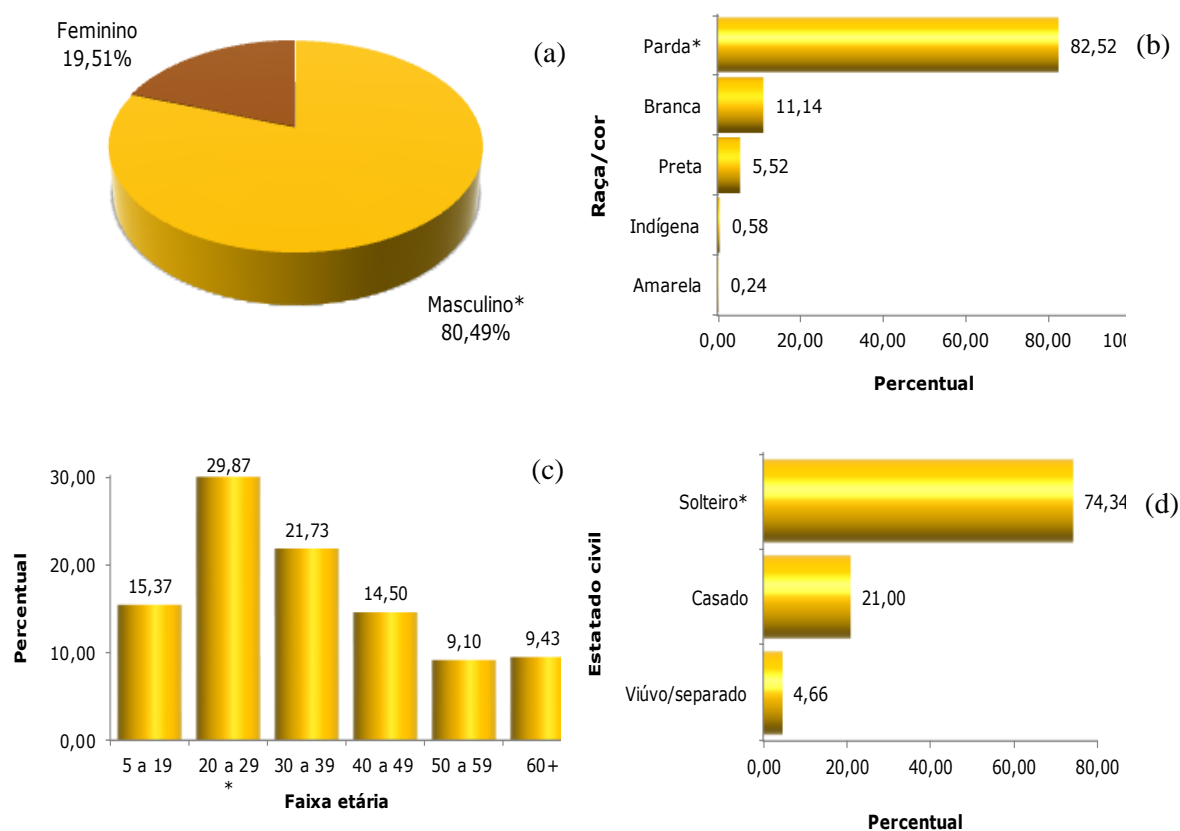
**Fonte:** Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS.

**Nota:** os dados apresentaram 1,71% (36) sem resposta na Declaração de Óbito em relação a variável raça/cor. Em relação a faixa etária identificou-se que não havia essa informação na DO em 0,57% (12). Estado civil 15,23% (320) o que não prejudicou a qualidade da informação.

<sup>1</sup>teste  $\chi^2$  Nível de significância (p-valor < 0,05).

\*Probabilidades fortemente significativas

**FIGURA 05:** Características sócio demográficas do suicídio (n =2.101) entre residentes do estado do Pará, de 2006 a 2015, segundo (a) sexo, (b) raça/cor, (c) faixa etária e (d) estado civil.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS. Elaborado pelo autor.

### 4.3 Métodos de Suicídio

Como pode ser observado na tabela 04, quanto aos métodos utilizados para pôr fim a vida, o enforcamento foi o mais comum, representando 64,92% (1.364) do total de óbitos, seguido pelo uso de arma de fogo 14,66% (308) e intoxicação exógena 11,99% (n =252). Ao analisarmos os dados fazendo um recorte por sexo, observamos que o enforcamento permanece o método mais comum em ambos, representando 65,98% (1.115) entre homens e 60,58% (249) entre as mulheres.

Há, entretanto, divergência quanto aos demais métodos comumente utilizados: no sexo masculino o uso de arma de fogo foi observado em 16,69% (282) dos óbitos, correspondendo ao segundo método mais comum; já no sexo feminino, o uso de arma de fogo foi o método menos frequentemente utilizado, correspondendo a 6,33% (26) do total,

enquanto as intoxicações exógenas representaram 24,33% (100) dos óbitos, correspondendo ao segundo método mais frequente entre as mulheres.

**TABELA 04:** Distribuição dos casos de suicídio conforme os métodos utilizados, segundo sexo e total, no período de 2006 a 2015, entre residentes do estado do Pará.

Método utilizado	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Enforcamento	1.115	65,98	249	60,58	1.364	64,92
Arma de fogo	282	16,69	26	6,33	308	14,65
Intoxicação exógena	152	8,99	100	24,33	252	11,99
Outros	141	8,34	36	8,76	177	8,42
<b>Total</b>	<b>1.690</b>	<b>100,00</b>	<b>411</b>	<b>100,00</b>	<b>2.101</b>	<b>100,00</b>

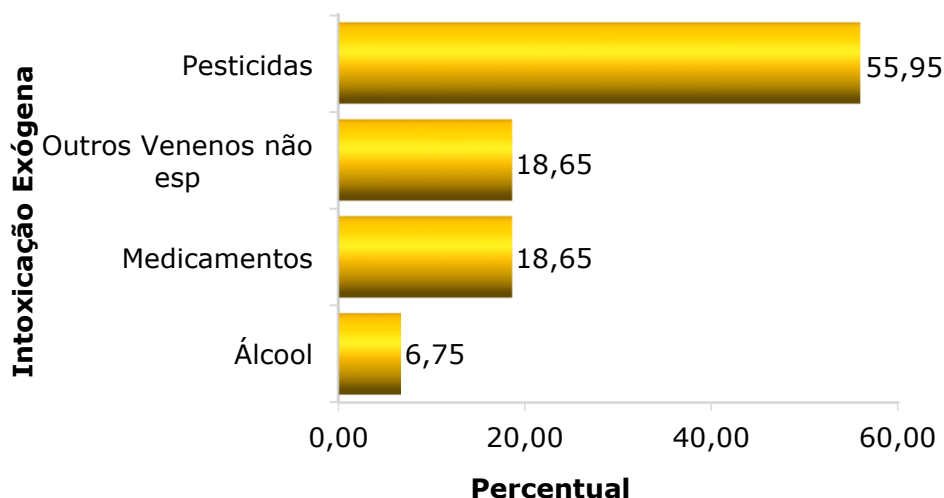
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS

Outros métodos representaram 8,42% (n = 177) do total de óbitos. Neste grupo, como mencionado anteriormente na metodologia, estão agrupados métodos altamente letais e/ou violentos, como lesões autoprovocadas por objetos perfuro-cortantes 3,76% (79), precipitação de grandes alturas 1,33% (28) e afogamento 1,09% (23), por exemplo

Dentro do grupo da intoxicação exógena, que representou 11,99% (252) do total de óbitos, destaca-se que o envenenamento por pesticidas foi o método responsável pela grande maioria dos óbitos, 55,95% (141); seguido pelas intoxicações medicamentosas, que somaram 18,65% (47) dos casos; e, pelas intoxicações por hidrocarbonetos e outros produtos químicos não especificados, também responsáveis por 18,65% (47) dos casos. A intoxicação provocada por álcool representou 6,74% (17) dos casos de suicídio provocados por envenenamento/intoxicação exógena, tal como observado na figura 06.

Dentro do grupo das intoxicações medicamentosas, que correspondem a 2,23% (47) do total de óbitos, ressalta-se que a maioria dos óbitos 57,44% (27) foram provocados pela ingesta intencional de medicações dispensadas e/ou comercializadas sem controle especial (analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não hormonais, antitérmicos e antipiréticos, dentre outros), enquanto 42,55% (20) destas mortes foram provocados por medicações que requerem controle especial para sua dispensação/comercialização (anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, narcóticos, neurolépticos). Dados não apresentados graficamente

**FIGURA 06:** Métodos de intoxicação exógena utilizados nos suicídios ocorridos entre residentes do estado do Pará, entre 2006 a 2015.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS. Elaborado pelo autor.

#### 4.4 Taxa de Mortalidade por Suicídio

A tabela 05 mostra a série da histórica da taxa de suicídio no cenário estadual, regional e nacional, no período de 2006 a 2015. Nota-se, na década, um aumento nas taxas de suicídio nas três dimensões geográficas, sendo este crescimento de 44% no estado do Pará, 58,49% na região Norte e 19,95% no Brasil.

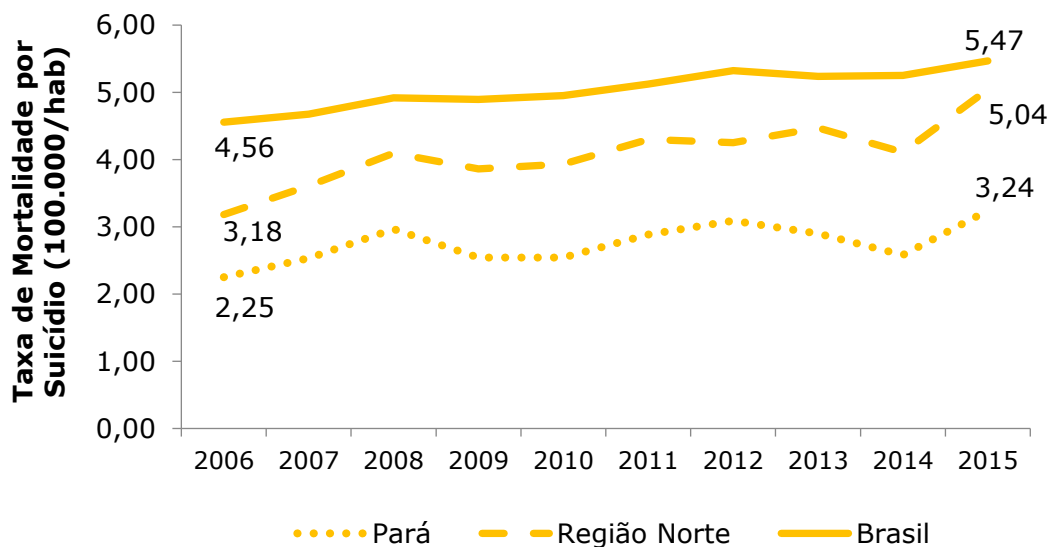
**TABELA 05:** Taxa de Mortalidade por Suicídio por 100.000 habitantes, para o estado do Pará, região Norte e Brasil, nos anos de 2006 a 2015.

Ano	Pará	Região Norte	Brasil
2006	2,25	3,18	4,56
2007	2,53	3,61	4,68
2008	2,96	4,09	4,92
2009	2,54	3,86	4,90
2010	2,54	3,93	4,95
2011	2,89	4,30	5,12
2012	3,09	4,25	5,32
2013	2,90	4,47	5,24
2014	2,58	4,11	5,25
2015	3,24	5,04	5,47

Fonte: SIM/DATASUS - IBGE/Estimativa populacionais e Censo Demográfico (2010).

Na figura 07 é possível observar que o Brasil apresentou, de 2006 a 2015, taxas de suicídio mais elevadas que a região Norte, e esta, por sua vez, taxas mais elevadas que o estado do Pará. É possível perceber ainda a ocorrência de “picos” na taxa nacional nos anos de 2008, 2012 e 2015, e que estes, apresentam correspondente oscilação para mais nas taxas de suicídio da região Norte (à exceção do ano de 2012) e do estado do Pará.

**FIGURA 07:** Taxas de Suicídio Brasil, Região Norte e estado do Pará de 2006 a 2015



**Fonte:** SIM/DATASUS – IBGE/Estimativas populacionais. Elaborado pelo autor.

Ainda na figura 07, nota-se que as taxas de suicídio do estado do Pará e da região Norte apresentam oscilações ao longo da década, o que não ocorre com a taxa nacional, que permanece elevada e a maior parte do tempo em ascensão, com alguns períodos nos quais se pode considerar que permaneceu estável (com variações sempre para mais inferiores a 0,3 pontos), como entre os anos de 2008 à 2010 (4,92 à 4,95 óbitos por 100.000 hab) e 2013 à 2014 (5,24 à 5,25 óbitos por 100.000 hab).

Com relação às oscilações nas taxas da região Norte e do estado do Pará, observa-se que seguiram o mesmo padrão de ascensão ou decréscimo, à exceção dos períodos entre 2011 e 2012, no qual a taxa da região Norte teve discreta redução (4,30 a 4,25 óbitos por 100.000 hab) ao passo que a taxa paraense aumentou (2,89 a 3,09 óbitos por 100.000 hab) juntamente com a nacional (5,12 a 5,32 óbitos por 100.000 hab); e entre 2012 e 2013, período no qual a taxa Norte ascendeu (4,25 a 4,47 óbitos por 100.000 hab) e a taxa



paraense reduziu (3,09 a 2,90 óbitos por 100.000 hab), novamente junto com a nacional (5,32 a 5,24 óbitos por 100.000 hab).

É observável também, que entre os anos de 2014 e 2015, a curva de crescimento da taxa de suicídio na região Norte (4,11 a 5,04 óbitos por 100.000 hab) foi notavelmente mais acentuada que a mesma curva do estado do Pará (2,58 a 3,24 óbitos por 100.000 hab) o que se traduziu em um aumento de quase 1,0 ponto na taxa de suicídio em um ano.

**TABELA 06:** Óbitos por suicídio em números absolutos, população residente e taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes para o Brasil, região Norte, estado do Pará e suas respectivas Regiões de Saúde, no ano de 2015.

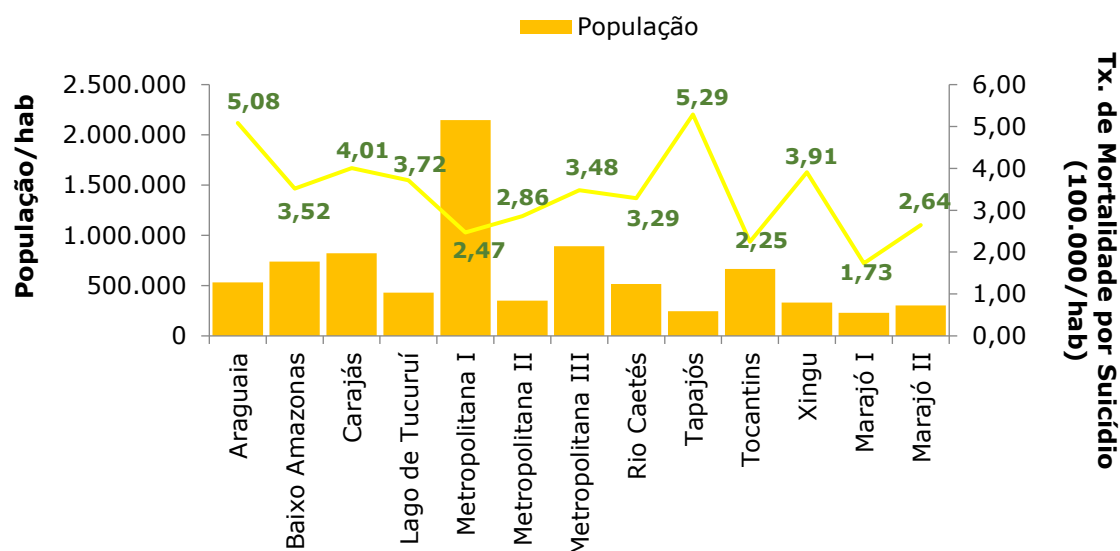
<b>Dimensão Geográfica</b>	<b>Total de Casos</b>	<b>População</b>	<b>Taxa de Mortalidade por Suicídio</b>
<b>Brasil</b>	<b>11.178</b>	<b>204.450.649</b>	<b>5,47</b>
<b>Região Norte</b>	<b>881</b>	<b>17.472.636</b>	<b>5,04</b>
<b>Pará</b>	<b>266</b>	<b>8.206.923</b>	<b>3,24</b>
Araguaia	27	531.369	5,08
Baixo Amazonas	26	739.394	3,52
Carajás	33	823.260	4,01
Lago de Tucuruí	16	430.388	3,72
Metropolitana I	53	2.146.163	2,47
Metropolitana II	10	349.955	2,86
Metropolitana III	31	891.520	3,48
Rio Caetés	17	516.723	3,29
Tapajós	13	245.909	5,29
Tocantins	15	666.209	2,25
Xingu	13	332.636	3,91
Marajó I	4	230.784	1,73
Marajó II	8	302.613	2,64

**Fonte:** SIM/DATASUS – IBGE/Estimativas populacionais.

Na tabela 06 são apresentadas as taxas de mortalidade por suicídio para as treze Regiões de Saúde do estado do Pará, no ano de 2015. Nela, observa-se que as maiores taxas são encontradas nas regiões do Tapajós (5,29 óbitos por 100.000 hab), Araguaia (5,08 óbitos por 100.000 hab), Carajás (4,01 óbitos por 100.000 hab), Xingu (3,91 óbitos por 100.000 hab) e Lago de Tucuruí (3,72 óbitos por 100.000 hab).

Já as menores taxas são observadas nas regiões Marajó I (1,73 óbitos por 100.000 hab), Tocantins (2,25 óbitos por 100.000 hab), Metropolitana I (2,47 óbitos por 100.000 hab), Marajó II (2,64 óbitos por 100.000 hab) e Metropolitana II (2,86 óbitos por 100.000 hab).

**FIGURA 08:** População residente e taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes para Regiões de Saúde do estado do Pará, no ano de 2015.

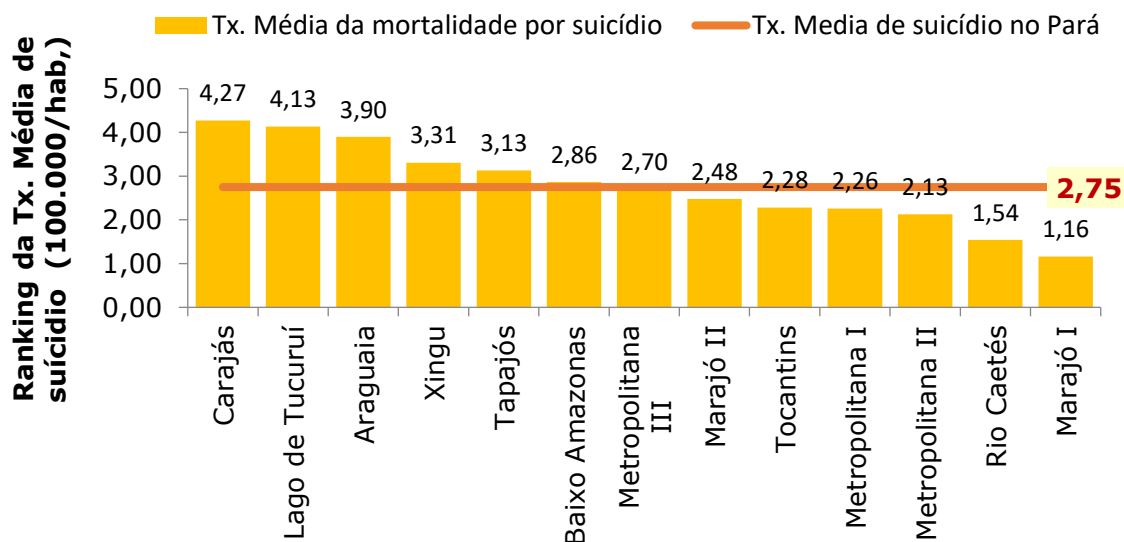


**Fonte:** SIM/DATASUS – IBGE/Estimativa populacionais. Elaborado pelo autor.

Na figura 08 é dada evidência para a relação entre as taxas de mortalidade por suicídio e a população residente em cada uma das regiões de saúde do estado do Pará. Observa-se que não se encontra uma relação diretamente proporcional entre regiões mais populosas e taxas mais elevadas de suicídio. A região Metropolitana I, por exemplo, a mais populosa do estado, com 2.146.163 habitantes, apresentou a terceira menor taxa de suicídio em 2015 (2,47 óbitos por 100.000 hab). Em contrapartida, a região do Tapajós, segunda menos populosa do estado, com 245.909 habitantes, apresentou, em 2015, a maior taxa de suicídio do estado (5,29 óbitos por 100.000 hab).

Na figura 09 são apresentadas as médias das taxas de mortalidade por suicídio, de 2006 a 2015, das treze regiões de saúde e do estado do Pará. Observa-se que seis regiões de saúde (46,15%) apresentam taxas acima da média do estado do Pará, que é de 2,75 óbitos por 100.000 hab. São elas: Carajás (4,27 óbitos por 100.000 hab), Lago de Tucuruí (4,13 óbitos por 100.000 hab), Araguaia (3,9 óbitos por 100.000 hab), Xingu (3,31 óbitos por 100.000 hab), Tapajós (3,13 óbitos por 100.000 hab) e Baixo Amazonas (2,86 óbitos por 100.000 hab).

**FIGURA 09:** Média da taxa da mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes segundo as Regiões de Saúde e o estado do Pará, para os anos de 2006 a 2015.



Fonte: SIM/DATASUS – IBGE/Estimativa populacionais. Elaborado pelo autor.

Nota-se, a partir da observação da tabela 5 e das figuras 6 e 7, que as regiões de saúde do estado do Pará que apresentaram as maiores taxas no ano de 2015, são as mesmas que apresentam as maiores taxas médias para o período 2006 a 2015, ocorrendo apenas variações no *ranking* entre as cinco regiões com as mais altas taxas: Carajás, Lago de Tucuruí, Araguaia, Xingu e Tapajós.

#### 4.5 Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Como observado na tabela 07 e de acordo com a Portaria Ministerial nº 3.088 (BRASIL, 2011) que dispõe sobre a composição da rede de atenção à saúde mental, no ano de 2015, 82,94% (128) dos municípios paraenses possuíam indicação de cobertura assistencial por um CAPS. Entre os municípios com indicação de CAPS I, 52,57% possuem em serviço, e entre os municípios de maior porte populacional, com indicação de CAPS II, III, AD, e CAPSi, todos possuem o serviço. Isto evidencia que o déficit na cobertura de CAPS ocorre nos municípios de menor porte populacional (entre 15 mil a 70 mil habitantes), que representam 67,63% (97/144) dos municípios paraenses e onde vivem 3.436.293 pessoas equivalente a 42,03% da população do estado.

**TABELA 07:** Perfil dos municípios paraenses e a composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Pará, 2015.

Faixa Populacional <sup>1</sup>	Nº de Municípios	% de Munic.	Nº de Munic. com CAPS	% de Munic.	Nº de hab.	% pop.	Composição da RAPS <sup>2</sup>
< 15.000 hab.	26	18,06	ñ se apl	ñ se apl	256.401	3,14	PSF
≥15.000 a 69.999 hab.	97	67,36	51	52,57	3.436.293	42,03	(1)
70.000 a 149.999 hab.	14	9,72	14	100,00	3.029.706	37,06	(2), (4) e (5)
≥150.000 hab.	7	4,86	7	100,00	1.452.713	17,77	(3), (4) e (5)
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,00</b>	<b>72</b>	<b>50,00</b>	<b>8.175.113</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: IBGE estimativas populacionais e Cadastro de Estabelecimentos Nacional de Saúde (CNES/DATASUS/MS).

<sup>1</sup>parâmetros – Portaria de Nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup>(1): CAPS I, (2): CAPS II, (3): CAPS III, (4): CAPSi, (5) CAPSad.

A tabela 08 mostra a evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes para no estado do Pará, região Norte e Brasil ao longo do período estudado. Observa-se que a cobertura dos serviços atingiu, nacionalmente, nível considerado muito bom (acima de 0,70 CAPS/100 mil hab) no ano de 2008. Em relação ao estado do Pará e a região Norte, o alcance deste melhor patamar de cobertura se deu nos anos de 2010 e 2011, respectivamente.

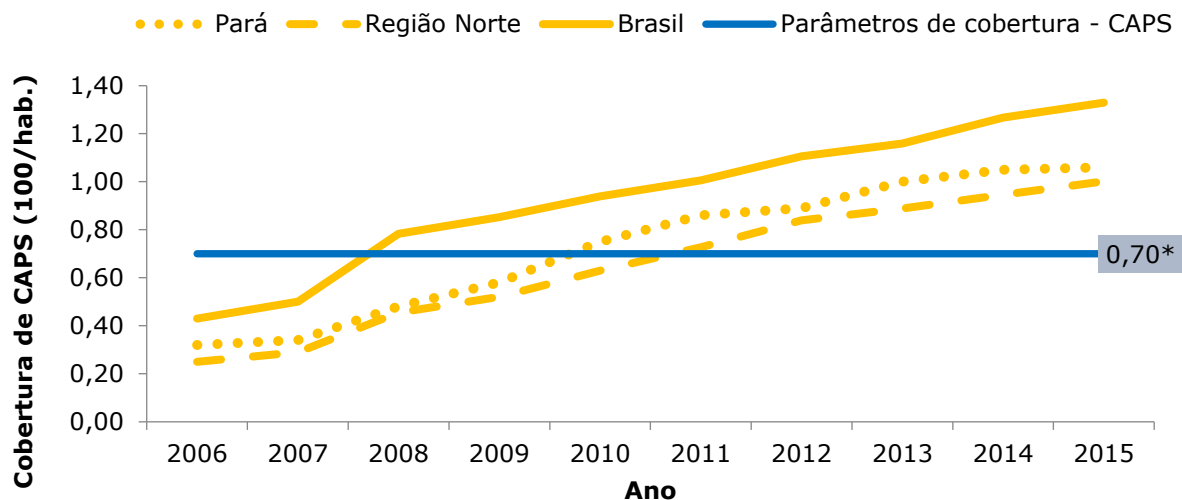
**TABELA 08:** Evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes no estado do Pará, região Norte e Brasil, de 2006 a 2015.

Ano	Pará	Região Norte	Brasil
2006	0,32	0,25	0,43
2007	0,34	0,29	0,50
2008	0,48	0,46	0,78
2009	0,58	0,52	0,85
2010	0,75	0,63	0,94
2011	0,86	0,73	1,01
2012	0,89	0,84	1,11
2013	1,00	0,89	1,16
2014	1,05	0,95	1,27
2015	1,06	1,00	1,33

Fonte: CNES/DATASUS - IBGE/Estimativa populacionais.

A figura 10 demonstra graficamente o momento no qual o Brasil, a região Norte e estado do Pará alcançam o considerado melhor nível de cobertura de assistência a saúde mental.

**FIGURA 10:** Taxa de cobertura de CAPS por 100.000 hab. para as três dimensões geográficas e parâmetro de cobertura de CAPS/100hab. nos anos de 2006 a 2015.

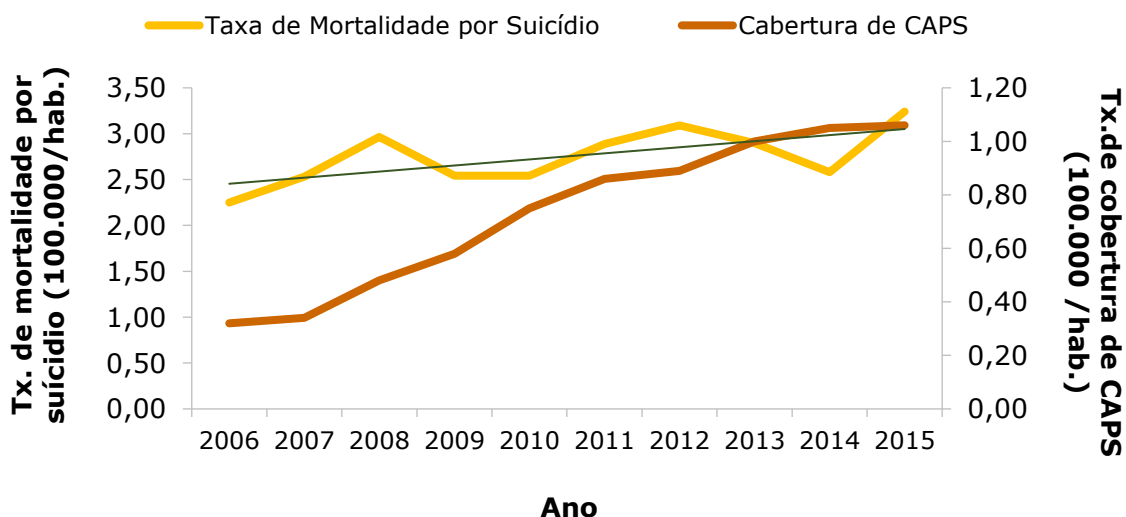


Fonte: CNES/IBGE. Elaborado pelo autor.

\*Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes: - Cobertura muito boa (acima de 0,70)  
Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69) Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49) Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)  
Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

#### 4.6 A correlação dos dados: taxa de suicídio e cobertura de CAPS

**FIGURA 11:** Taxa de mortalidade por suicídio e taxa de cobertura de CAPS por 100.000/habitantes, estado do Pará, de 2006 a 2015.



Fonte: SIM/CNES/IBGE. Elaborado pelo autor.

Na figura 11 observamos a evolução das taxas de suicídio e a cobertura de CAPS no estado do Pará. Nota-se que no período estudado a taxa de cobertura de CAPS só aumentou, já a taxa de mortalidade por suicídio, que ao longo da década teve um aumento de 44%, apresentou oscilações, chegando a ter reduções entre os anos de 2008 e 2009 bem como entre 2012 e 2014.

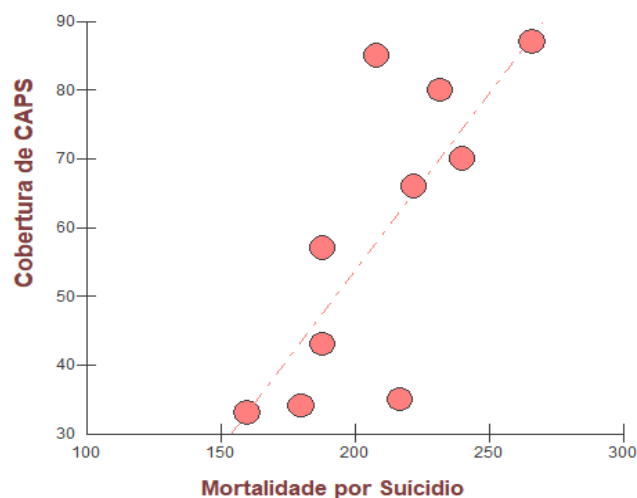
A tabela 09 e a figura 12 mostram o resultado do teste de correlação de Pearson para as variáveis taxa de mortalidade e cobertura de CAPS geral do estado do Pará. De acordo com o teste, pode-se concluir as variáveis apresentaram correlação entre si ao nível de decisão de 5%, com ( $r = 0,755$ ). Ou seja, existe uma correlação positiva de grau moderado com nível de significância ( $p < 0,0115$ ), de que a cobertura de CAPS e a taxa de mortalidade por suicídio estão diretamente relacionadas, isto é, quanto maior a cobertura de CAPS, maior a taxa de mortalidade por suicídio no estado do Pará.

**TABELA 09:** Teste de correlação de Pearson entre as variáveis taxa de mortalidade por suicídio e taxa de cobertura de CAPS no estado do Pará, de 2006 a 2015.

Variáveis	Coef. Correlação (r)	p - valor
Taxa de Mortalidade por suicídio	0,755	0,0115
Cobertura de CAPS		

Fonte: SIM/CNES/IBGE. Elaborado pelo autor.

**FIGURA 12:** Gráfico da correlação de Pearson entre as variáveis taxa de mortalidade por suicídio e cobertura de CAPS, no estado do Pará, de 2006 a 2015.



Fonte: elaborado pelo autor.

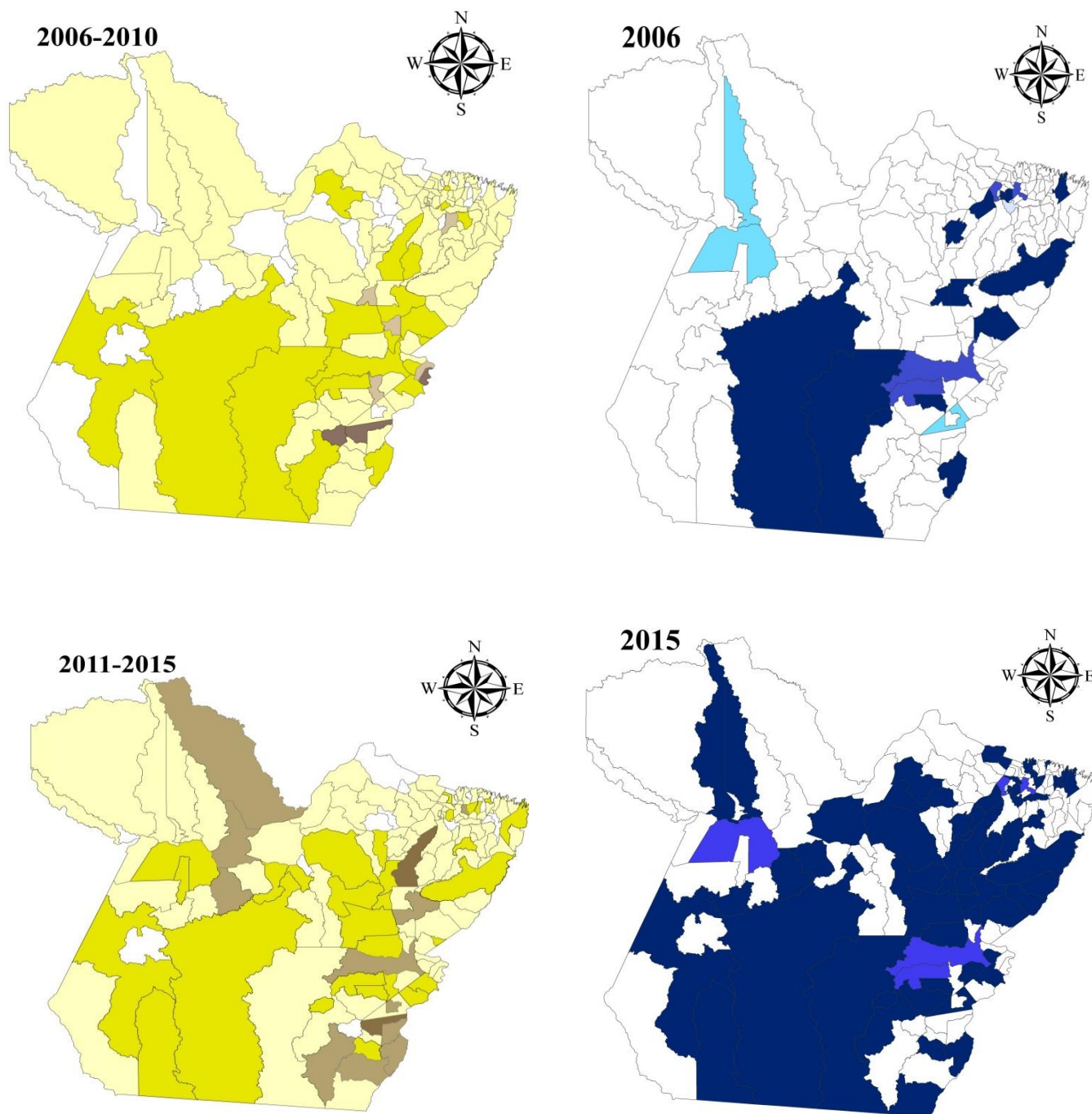
## 4.7 Cartografia das taxas de suicídio e de cobertura CAPS

A Figura 13 mostra, através de representação cartográfica, os municípios de maior e menor taxas de suicídio e de cobertura de CAPS no estado do Pará. Os mapas permitem observar o crescimento da cobertura de CAPS entre os anos de 2006 e 2015, bem como o aumento do número de municípios que melhoraram seu nível de cobertura, identificados pela cor azul marinho, que representa o melhor nível de cobertura assistencial. Os mapas permitem visualização da expansão dos serviços ao longo dos anos, sendo que, quanto mais escuro maior a cobertura.

Em 2006 o estado do Pará contava com apenas 35 CAPS, o que se traduzia em uma cobertura geral de 0,48 CAPS por 100 mil habitantes. Em 2015 o estado passou a ter 87 CAPS, o que elevou o nível de cobertura para 1,06 CAPS por 100 mil habitantes. Esta ampliação de 52 CAPS durante a década, representou um crescimento de 120,83% na cobertura de CAPS. O que se evidencia no maior adensamento e o importante crescimento da cobertura dos serviços nas regiões do Marajó, Lago do Tucuruí, Metropolitana III e Tapajós.

Tal como já apresentado anteriormente (subitem 4.4) a taxa de óbito por suicídio no estado do Pará de uma maneira geral apresentou um crescimento expressivo durante a década estudada. Na figura 13 observa-se que os municípios classificados com maiores taxas de suicídio, permaneceram sendo os mesmos durante o período estudado e são predominantemente das regiões do Tapajós (Novo Progresso, Itaituba), Araguaia (Cumaru do Norte, Santa Maria da Barreira e Conceição do Araguaia), Xingu (Altamira, Uruará e Medicilândia), Baixo Amazônia (Almeirim, Prainha e Uruará).

**FIGURA 13:** Cartografia das taxas de mortalidade por suicídio (100 mil/hab) de 2006-2010 e 2011-2015 e de cobertura de CAPS (100 mil/hab) em 2006 e 2015, Pará.

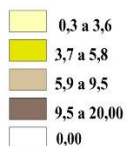


Processamento: Nov 2017  
 Projeção: Cilíndrica Equidistante  
 Datum: SIRGAS 2000  
 Sistema de Coordenadas Geográficas

Dados:  
 Base Cartográfica CODEM (2014).  
 Sistema de Informação de Mortalidade: SIM/DATASUS  
 Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Pará  
 MS: Ministério da Saúde

#### LEGENDA

Taxa de Mortalidade por suicídio por 100 mil/hab.

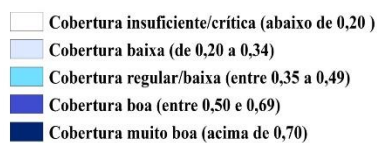


Processamento: Nov 2017  
 Projeção: Cilíndrica Equidistante  
 Datum: SIRGAS 2000  
 Sistema de Coordenadas Geográficas

Dados:  
 Base Cartográfica CODEM (2014).  
 Cadastro Nacional Nacional de Estabelecimentos de Saúde: CNES/DATASUS  
 Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará  
 MS: Ministério da Saúde

#### LEGENDA

Indicador CAPS/100.000 Mil Habitantes



Fonte: SIM/CNES/IBGE. Elaborado pelo autor.



## 5. DISCUSSÃO

Antes de iniciar a discussão sobre a mortalidade por suicídio, objeto deste estudo, cabe um breve assinalamento sobre as causas gerais de óbito na população paraense. Nota-se que as doenças cardiovasculares representam a causa da maioria (22,46%) dos óbitos, seguidas imediatamente pelas causas externas (17,86%), dentro das quais encontramos o suicídio, e pelas causas mal definidas (11,93%).

Este padrão observado no estado do Pará, é característico do processo de transição epidemiológica, no qual as doenças crônicas e degenerativas, principalmente as cardiovasculares, passam a apresentar maior impacto sobre a mortalidade em comparação com as causas infecto-parasitárias, o que se deve a melhorias nas condições de vida propiciadas por avanços nas áreas de saneamento básico e tratamento de condições infecciosas. Cabe observar, que o padrão atualmente encontrado no estado, foi vivido a nível nacional na década de 80, o que nos revela que esse processo de transição não se dá de forma homogênea dentro dos países e/ou regiões, sendo notadamente influenciado por suas condições de desenvolvimento social e econômico (BORGES, 2017).

Os países ditos desenvolvidos, por exemplo, viveram esse processo no início no século dezenove, quando passaram a usufruir dos avanços trazidos pela revolução industrial e descobertas nas áreas biomédicas, como os antibióticos, por exemplo. Depois disso, as infecções perderam impacto na mortalidade de suas populações, que passaram a ter maior expectativa de vida e morrer por doenças crônico-degenerativas (BORGES, 2017).

No estado do Pará, verifica-se que a alta mortalidade por causas crônico-degenerativas, coexiste com a permanência das doenças infecto-parasitárias entre as principais causas de óbito, como pode ser observado pela alta mortalidade por doenças respiratórias (9,25%) e infecto-parasitárias (5,59%), que representaram a quinta e a sétima principais causas, respectivamente. Chama atenção ainda, o enorme peso das causas externas (17,86%) entre os óbitos no estado, o que revela o alto impacto da violência sobre a mortalidade dos paraenses.

Este quadro é denominado por alguns autores de polarização epidemiológica, pois diferente da transição que se deu nos países desenvolvidos, nos países e regiões em desenvolvimento a análise da mortalidade revela a coexistência do alto peso das doenças crônicas degenerativas, das causas infecto-parasitárias e ainda, em alguns locais, das causas externas. Este quadro epidemiológico apresenta um triplo desafio as políticas de saúde: enfrentar a batalha contra as doenças infecto-parasitárias, que matam em decorrência de más condições de vida e falta de acesso a tratamentos médicos simples, como antimicrobianos; não negligenciar o aumento das mortes por complicações de doenças crônicas ligadas ao estilo de vida sedentário e a obesidade; e ainda lidar com problemas sociais deflagradores da violência traduzida nas elevadas taxas de mortalidade por causas externas (ARAÚJO, 2012).

Cabe sublinhar que a terceira causa de morte mais frequente (11,93%) no estado do Pará é ainda mal definida. Em recente estudo investigativo no banco de dados da OMS, encontrou-se que neste grupo de causas, bem como no grupo dos acidentes, existem fortes probabilidades de encontrarmos casos de suicídio subnotificados. Não foram avaliados, no referido estudo, dados brasileiros, porém, a subnotificação foi alta em países como Reino Unido, Portugal, Suíça, Dinamarca e Alemanha, nos quais muito já se avançou no enfrentamento do estigma associado ao tema. Isto nos faz supor que em países onde o tema não foi amplamente discutido, como o Brasil, a subnotificação seja ainda mais significativa. As maiores probabilidades de subnotificação dos casos foram observadas no sexo feminino e entre grupos etários específicos, como idosos e adolescentes (PRITCHARD; HANSEN, 2015).

A alta prevalência de morte por causa mal definida aponta também para dificuldades de acesso aos serviços de saúde de uma parcela significativa da população, que vai a óbito sem a devida assistência médica. Bem como, depõe contra a qualidade dos dados de uma proporção significativa dos casos de óbito no estado do Pará. É válido lembrar, entretanto, que a OMS qualifica os dados brasileiros sobre mortalidade como de boa qualidade, o que nos evidencia novamente significativas diferenças regionais encontradas dentro do território brasileiro. Nota-se que a proporção de causas mal definidas no Pará é em torno de dez vezes maior que no Rio Grande do Sul, estado que apresenta as maiores taxas nacionais de suicídio. Estes dados nos fazem inferir que a

menor proporção de causas mal definidas pode estar associada a menor subnotificação dos casos de suicídio (ISHITANI et al., 2017).

Vale lembrar, que estes dados baseiam-se nos certificados de óbito assinados por médicos legalmente autorizados, que de um modo geral, não deturpam ou manipulam informações. No entanto, por tratar-se de suicídio, vários fatores podem estar subestimando os números. Estima-se que, a depender de traços culturais presentes nas comunidades, como influência religiosa, ou aspectos sociais, como o estigma que recai sobre o tema, a subnotificação pode variar de 20% até mesmo a 100% dos casos de suicídio, o que ocorre mais frequentemente em áreas mais isoladas de países em desenvolvimento, como é o caso de grande parte dos municípios paraenses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Além disso, sabe-se que no Pará, existe ainda muitos cemitérios e/ou covas clandestinas, que não exigem documentação legal para sepultamento dos mortos, o que pode contribuir ainda mais para a subnotificação dos casos (ISHITANI et al., 2017).

De toda forma, mesmo considerando todas as possibilidades de subnotificação dos casos, os óbitos por suicídio são classicamente encontrados dentro das causas externas, e estas representaram a segunda principal causa de morte no estado do Pará. O suicídio representou a terceira causa mais frequente (3,68%) de mortalidade por causas externas, atrás das mortes por homicídio (53,28%) e acidentes de trânsito (37,89%).

Esta representatividade do suicídio entre as mortes violentas é considerada baixa mesmo se comparada a outros países da América Latina, por exemplo, onde o suicídio corresponde a cerca de vinte por cento do total de mortes violentas, 15% entre homens e 34% entre mulheres. Mundialmente estas proporções são de 50% entre os homens e 76% entre as mulheres, e nos países desenvolvidos, cerca de 80% para ambos os sexos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Este fato se deve ao alto peso dos homicídios observados (53,28%) na população paraense. Entretanto, é válido assinalar, que por mais que os números do suicídio proporcionalmente não chamem tanta atenção ao serem visualizados em conjunto com os casos de homicídio, estudos nacionais evidenciam que apesar das taxas de mortalidade

por homicídio serem sempre mais elevadas, são as taxas de suicídio que mais crescem no país: entre 1980 e 2012 a taxa de suicídio cresceu em 86,4 % no Brasil (BRASIL, 2014).

De 2002 a 2012, os óbitos por suicídio saltaram de 7.726 para 10.321 por ano, o que representou um crescimento (33,6%) maior que o crescimento da população brasileira (11,1%); e muito superior ao crescimento da mortalidade por outras causas violentas, como os homicídios (2,1%) e os acidentes de trânsito (24,5%). Destaca-se que na região Norte houve um aumento de 77,7% dos casos de suicídio, mais que o dobro do crescimento nacional, para o mesmo período (BRASIL, 2014).

Em relação a idade mais frequente do óbito por suicídio, no presente estudo, encontrou-se que um terço dessas mortes ocorrem entre 20 e 29 anos, e que mais da maioria (67%) dos casos concentram-se entre 10 e 39 anos de idade. Essa alta mortalidade entre os jovens se assemelha ao observado nos países desenvolvidos, e nos traz uma nova maneira de visualizar a dimensão do problema ao imaginarmos os anos potenciais de vida perdidos em decorrência do suicídio (HOUSTON; HAWTON; SHEPPERD, 2001).

O alto impacto do suicídio entre os jovens é um fenômeno global. Em 2012, por exemplo, se analisadas as causas de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, mundialmente, o suicídio representou a segunda principal, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Diferente do que em termos globais e nacionais se observa, a prevalência do suicídio no estado do Pará não aumentou nas idades mais avançadas (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). O que pode ocorrer pelo fato de que se optou neste estudo por uma análise proporcional da mortalidade por suicídio nas diferentes faixas etárias. Este fato, associado a estrutura demográfica em padrão de pirâmide observada no estado do Pará, pode mascarar os números do fenômeno entre os idosos, sendo mais apropriado o cálculo de taxas padronizadas para melhor investigação do fenômeno nesta faixa etária (GORDIS, 2010; IBGE, 2018).

Em relação ao sexo mais prevalente, no estado do Pará, encontrou-se a relação masculino/feminino de 4:1 óbitos, semelhante ao observado nacionalmente e na maioria dos países desenvolvidos. A proporção de suicídios entre em homens é via de regra maior que entre mulheres, porém guardam-se algumas diferenças regionais. Nos países em

desenvolvimento, esta relação não é tão alta, gira em torno de 1,6:1. A proporção encontrada nesse estudo se aproxima do observado nos países europeus e norte-americanos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A exceção mundial onde o número de suicídios é maior entre mulheres que homens, é a zona rural da China, o que provavelmente se deve a questões de desigualdade de gênero ligadas ao trabalho e disponibilidade de acesso aos meios venenos e pesticidas (CHEN et al., 2017).

Em relação a raça/cor, não se observou, como encontrado nos recentes trabalhos nacionais, os maiores números entre pessoas indígenas (BRASIL, 2017). E isto, novamente pode se atribuir ao fato de que as características demográficas foram analisadas proporcionalmente e não por coeficientes padronizados para cada uma das categorias raça/cor. Nesta análise proporcional, encontrou-se o predomínio da raça/cor parda, que também é a predominante entre os habitantes do estado do Pará, segundo informações censitárias (IBGE, 2018).

O estado civil solteiro, predominante (74,34%) entre os óbitos por suicídio observado neste estudo é reconhecidamente uma das características demográficas mais associadas ao suicídio e especula-se que isto se deve ao maior sentimento de isolamento, menos laços afetivos e por vezes falta de rede de apoio familiar neste grupo (DE MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005; LOVISI et al., 2009).

Há na literatura uma divisão teórica dos métodos de suicídio entre violentos e não violentos a qual frequentemente se fazem referência para se descrever que os primeiros estão mais associados ao sexo masculino, o que explica o maior número de casos de suicídio entre homens; ao passo que os últimos, não violentos, são mais observados entre o sexo feminino, explicando porque entre as mulheres as tentativas são mais prevalentes que os suicídios em si (CORREIA; NEVES, 2012).

Outros autores, entretanto, questionam o uso do termo “não violento” para se referir ao suicídio, e sugerem a utilização dos termos métodos de alta letalidade, para se referir, por exemplo a disparo de arma de fogo, salto de grandes alturas, entre outros métodos via de regra mais associados a um desfecho fatal; e métodos de baixa letalidade

para descrever o envenenamento, cortes superficiais, entre outros (MISHARA; WEISSTUB, 2016).

A importância em se conhecer os métodos de suicídio utilizados pelas comunidades se justifica diante das evidências eficazes de prevenção dos casos através da restrição de acesso aos pesticidas (MEW et al., 2017), às armas de fogo (ANESTIS; SELBY; BUTTERWORTH, 2017), aos trilhos de trens e metrô (LEENAARS, 2005), por exemplo. Entretanto, a OMS dispõe de poucos dados nacionais a respeito. Em sua base de dados, os métodos não são identificados em cerca de 72% dos casos. Isto gera a necessidade de investigações regionais para que se possam formular políticas de intervenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O presente estudo evidenciou que a maioria dos suicídios no estado do Pará se dão através de enforcamento (65%), o que torna difícil pensar em uma estratégia de prevenção restringindo-se o acesso aos meios para tal. Entretanto, o disparo de arma de fogo teve importante peso entre homens (16,7%) e a intoxicação exógena entre mulheres (24,3%). Nestes grupos sim, há evidência suficiente que políticas de restrição dos meios, embora muitas vezes difíceis de serem obtidas por razões comerciais, tem eficácia na prevenção e não estão associadas ao aumento da morte por suicídio por outros métodos (ANESTIS; SELBY; BUTTERWORTH, 2017).

Destaca-se, neste estudo, que dentro do grupo das intoxicações medicamentosas a maioria dos óbitos (57,4%) foram provocados pela ingestão intencional de medicações dispensadas e/ou comercializadas sem controle especial, isto é, analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não hormonais, antitérmicos, antipiréticos, dentre outras medicações que não requerem prescrição médica.

Isto chama atenção diante de um cenário internacional, no qual se fala em uma “epidemia de suicídios causada por opioides” nos Estados Unidos da América, que fez o presidente americano Donald Trump declarar tratar-se de “uma emergência em saúde pública” e contrariando sua política governamental de cortar gastos com a saúde, deu ordem para que a crise fosse investigada e que se aumentasse imediatamente a capacidade de resposta a esta condição através do financiamento do *Medicaid*, programa de saúde social americano (THE LANCET, 2017).

Enquanto no Pará os suicídios causados por uso de opioides representaram 0,95% dos casos, nos Estados Unidos observou-se que esta proporção era de 2,0% em 1999 e passou a ser de 4,4% em 2014, se mantendo assim até 2016 (BRADEN; EDLUND; SULLIVAN, 2017).

Estes dados nos trazem importantes reflexões: a primeira delas corrobora a ideia de que uma parcela significativa da população paraense não tem acesso aos serviços de saúde e atendimento médico, tal como já evidenciado pela alta proporção de mortes com causa mal definida, o menor acesso a medicações opioides é também característico de países pobres e de renda média que não possuem serviços de saúde consistentemente sólidos. Ao passo que se estima que os Estados Unidos produzem ou importam 31 vezes mais medicações analgésicas opioides do que sua necessidade de uso (BERTERAME et al., 2016).

A maior proporção de utilização de medicações que não requerem prescrição médica nos casos de suicídio no Pará, nos sugere que estas pessoas não tiveram acesso e/ou não estavam em atendimento médico, principalmente psiquiátrico, quando praticaram o ato suicida.

Considerando a campanha nacional intitulada “Não a medicalização da Vida” de 2013, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que aponta os problemas por excessiva prescrição de medicações controladas para sentimentos humanos como tristeza, medo e angústia, que foram transformados em condições patológicas passíveis de controle ou cura medicamentosa; e considerando os dados expostos neste estudo que demonstram a pequena proporção de óbitos por suicídio entre residentes do estado do Pará que teve como causa a intoxicação por estas medicações; e considerando ainda que grande maioria dos casos de suicídio ocorrem em pessoas que estavam sofrendo agudamente por transtornos mentais (BERTOLE; FLEICHMANN, 2002), podemos inferir que a população paraense que foi a óbito por suicídio no período estudado, sofreu na verdade o oposto do que se diz na campanha que alerta os riscos da “medicalização da vida”, pois, provavelmente não obtiveram acesso ao tratamento médico, que envolve, via de regra, a prescrição de tais medicações controladas diante de quadros de sofrimento significativo a ponto de gerar pensamentos suicidas.

Estes dados e estas inferências, longe de invalidarem a campanha que alerta profissionais da saúde e a sociedade aos riscos da excessiva medicalização do comportamento humano, nos evidenciam, mais uma vez, as desigualdades existentes na oferta e no acesso aos serviços de saúde que encontramos dentro do território nacional. O que reforça a necessidade de se aprofundar o conhecimento e vigilância em saúde em todas as regiões, para que políticas públicas sejam pensadas e aplicadas de forma mais efetiva, direcionadas tanto ao combate à excessiva medicalização quanto a garantir assistência médica com prescrição de remédios controlados quando for necessário.

No Atlas da Saúde Mental da OMS (2011), os dados também demonstram a inequidade e uso ineficiente dos recursos para atender as necessidades em saúde mental. Estima-se que entre 76% a 85% das pessoas que sofrem de transtornos mentais no mundo e que necessitam receber algum tipo de tratamento, incluindo o medicamentoso, não tem nenhum acesso a isto. Estes casos encontram-se em sua totalidade nos países de baixa e média renda da África, Ásia, América Central e América do Sul. Os gastos mundiais com saúde mental são em média de US\$ 2,00 por pessoa, por ano, porém, nestes países muitas vezes não chegam a US\$ 0,25.

No que diz respeito as taxas de suicídio encontradas neste estudo, é notável que as taxas nacionais, durante todo período estudado, foram mais elevadas que as da região Norte, e estas, por sua vez, maiores que as do estado do Pará. Entretanto, deve-se observar, que o crescimento da taxa paraense (44%) foi mais que o dobro do crescimento da taxa nacional (20%), porém não superou o aumento da região Norte (58,5%).

Vale ressaltar que as taxas nacionais, apesar de terem apresentado o menor crescimento no período desde estudo, vem aumentando de forma progressiva e constante: na década de 80 o crescimento foi de 9,4%; na década de 90 o aumento foi de 23,9%; e dos anos 2000 até 2012, foi de 37,6%. (BRASIL, 2014). Valor próximo ao observado atualmente para a taxa no estado do Pará (44%).

Esses dados, corroboram com estimativas da OMS feitas na virada do século XX para o século XXI, que apontam o crescimento constante das taxas. Chama atenção, que estas estimativas mostram o grande aumento do suicídio, chegando a mais de 1,5 milhão de mortes no ano de 2020, caso medidas preventivas não sejam adotadas a nível regional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).



As pequenas oscilações nas taxas de suicídio para mais ou menos, via de regra, foram correspondentes na região Norte e no estado do Pará. Os “picos” observados na taxa nacional nos anos de 2008, 2012 e 2015, tem correspondentes aumentos nas taxas da região norte e/ou do estado do Pará. O que nos permite concluir que estas exerceram significativo peso no aumento da taxa do Brasil, tal como evidenciado por estudo de série histórica nacional (BRASIL, 2014).

Entre 2014 e 2015, a curva de crescimento da taxa de suicídio da região Norte foi mais acentuada que a mesma curva referente ao estado do Pará. Esse período de maior crescimento na taxa da região Norte, provavelmente explica o maior aumento desta no período como um todo, uma vez que, anteriormente, as curvas mantinham uma significativa proporção uma com a outra (figura 07).

Ao analisarmos as taxas de suicídio por regiões de saúde dentro do estado do Pará, uma das características que chama atenção é o fato de não encontrarmos uma relação diretamente proporcional entre regiões mais populosas e taxas mais elevadas de suicídio (figura 08), como sugerem alguns autores que apontam para viver em grandes centros urbanos como fatores demográficos associados ao suicídio (DANTAS et al., 2017).

Ao contrário disso, a região Metropolitana I, por exemplo, a mais populosa do estado, com 2.146.163 habitantes, apresentou a terceira menor taxa de suicídio em 2015 (2,47 óbitos/100 mil hab). Em contrapartida, a região do Tapajós, segunda menos populosa do estado, com 245.909 habitantes, apresentou, em 2015, a maior taxa de suicídio do estado (5,29 óbitos/100 mil hab) (figura 08). Talvez esse fato possa estar associado a presença de CAPS nas regiões, uma vez que 100% das cidades da região Metropolitana I possuem o serviço (tabela 07).

Como afirmado pelo Ministério da Saúde, os CAPS estão associados, nacionalmente a uma redução de até 14% das mortes por suicídio, se configurando assim como um fator protetor ao suicídio a presença destes serviços nos municípios (BRASIL, 2017).

Quando observamos a cobertura de CAPS e as taxas de mortalidade por suicídio gerais, isto é, para todo o estado do Pará, o que se vê, entretanto, é oposto a isso. Apesar da significativa melhora da cobertura de CAPS no estado, que era de 0,48 (CAPS/100 mil

hab) em 2006, considerada de nível regular/baixa e passou a ser de 1,06 (CAPS/100 mil hab) em 2015 (tabela 08), melhor nível de cobertura segundo critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017); as taxas de suicídio no estado como um todo tiveram aumento de 44%, saindo de 2,25 (óbitos/100 mil hab) em 2006 para 3,24 (óbitos/100 mil hab) em 2015 (figura 11).

Em outras palavras, nota-se que no período estudado a taxa de cobertura de CAPS e a taxa de mortalidade por suicídio aumentaram conjuntamente, à exceção dos períodos entre 2008 e 2009 e entre 2012 e 2014, nos quais se observou uma pequena redução na taxa de suicídio paraense (figura 11). O teste de correlação de Pearson aplicado, ao contrário do observado nacionalmente que evidenciou fator protetor dos CAPS, aqui revelou uma correlação positiva de grau moderado entre a cobertura de CAPS e a taxa de mortalidade por suicídio, como variáveis diretamente, isto é, quanto maior a cobertura de CAPS no estado do Pará maiores foram as taxas de suicídio observadas (figura 12).

Este fato provavelmente se explica por não terem sido utilizados os municípios como unidades de análise e sim o estado do Pará como um todo. Assim, não se pode avaliar a efetividade dos CAPS na prevenção do suicídio ao nível municipal, tal como foi feito em estudo nacional (BRASIL, 2017).

Este recorte de estudo não foi realizado por dificuldades metodológicas que o autor encontrou para agrupar valores de quatro variáveis, taxas quinquenais de suicídio em 2006-2010 e em 2011-2015 e taxas de cobertura de CAPS em 2006 e 2015, para cada um dos 144 municípios paraenses. O boletim epidemiológico que divulga o fator protetor dos CAPS nos municípios não traz detalhes da metodologia utilizada e até a presente data, o autor não obteve resposta ao correio eletrônico enviado à acessória de comunicação ministerial sobre isto.

Como alternativa, procedeu-se a análise cartográfica com recorte municipal que identificou que alguns municípios apresentaram crescimento ou mantiveram altas taxas de suicídio apesar da melhoria na cobertura de CAPS; outros obtiveram pequenas, porém significativas, reduções em suas taxas de mortalidade em concomitância com melhoria do nível de cobertura de CAPS municipal; um terceiro grupo de municípios, mesmo com altas taxas de morte por suicídio não receberam nenhum investimento no que diz respeito a cobertura de CAPS durante o período estudado (figura 13).

A análise espacial dos dados em saúde tem desafios e ao mesmo tempo traz importantes contribuições. Se por um lado podemos pensar que os transtornos mentais e/ou o suicídio são eventos que ocorrem nos indivíduos e que as análises espaciais se dão a nível populacional, por outro, devemos lembrar que a reforma psiquiátrica brasileira, seguindo os moldes italianos, tratou de desospitalizar a saúde mental criando uma rede pautada na territorialidade dos serviços de atenção – os CAPS – nas comunidades (MOTA, 2014).

Bailey (2001) afirma que a Geografia tem a contribuir com os estudos epidemiológicos e com a Saúde Coletiva, de forma geral, e denomina esta área de Epidemiologia Geográfica, que associa ao mapeamento de doenças, estudo ecológico, análises de clusters de doenças e a avaliação ambiental e o monitoramento.

Nesse sentido, é importante que estudos sejam feitos com o objetivo de apontar onde, em quais territórios, o suicídio revela-se um problema de maior dimensão para que assim possa-se ampliar ou fortalecer os CAPS nestes lugares (MOTA, 2014). O que pode ser visualizado neste estudo através da cartografia criada a partir dos mapas temáticos.

A análise desses mapas, como mencionado anteriormente, revela que alguns municípios, com altas taxas de suicídio não receberam nenhum investimento no que diz respeito a cobertura de CAPS; já outros tiveram uma redução das taxas com o avanço da cobertura dos CAPS; e um terceiro grupo de municípios manteve altas taxas de suicídio ou ainda teve um crescimento, mesmo com a ampliação significativa da cobertura de CAPS. Neste caso, gera-se uma necessidade de avaliar o porquê deste fenômeno que podemos considerar inverso ao esperado, isto é, os suicídios aumentarem ou não sofrerem influência da melhoria na cobertura de CAPS.

Apesar dos CAPS serem considerados estratégicos na reformulação das políticas de saúde mental no Brasil ainda faltam mecanismos de avaliação sistemáticos (ROCHA; MENDES, 2016). Segundo Santos e Cruz (2014) o campo de avaliação das políticas e estratégias em saúde tem crescido bastante nos últimos anos no Brasil e em saúde mental importantes avanços ocorreram sustentados por avaliações qualitativas com construção de indicadores, através de grupos focais com usuários, profissionais, gestores e familiares. Como é o caso dos estudos realizados na RAPS da cidade de Campinas (ONOCKO-

CAMPOS et al, 2009) e mais recentemente ampliado para um número maior de CAPS no estado de São Paulo, através da mesma metodologia (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017).

Nestes estudos, os indicadores estão divididos entre oito eixos temáticos, sendo o primeiro deles “atenção às situações de crise”, que se define como a capacidade de o CAPS ser resolutivo nas situações de crise, dentro das quais se encontra o comportamento suicida. A elaboração destes indicadores é de fato um importante passo dentro do processo de avaliação dos CAPS, porém, foge a possibilidade de ser executado em um estudo ecológico como o realizado no presente trabalho, uma vez que necessita de entrevistas, acesso a livro de controles de pacientes, dentre outras estratégias que só são possíveis de serem realizadas de forma presencial (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017).

Nesse sentido, apesar da questão da avaliação dos CAPS fugir ao escopo deste estudo, mostrou-se possível realizar uma investigação capaz de gerar reflexões importantes e coerentes que nos ajudam a compreender as configurações e desafios dos CAPS no estado do Pará.

Começamos então, evidenciando a escassez de médicos psiquiatras e/ou com formação em saúde mental. Mas antes disso cabe ressaltar, que este problema não é restrito a médicos com formação especializada no estado do Pará. Observa-se que a razão médico/população no estado é de 0,91 médicos por mil habitantes, sendo a mais baixa da região Norte e a segunda mais baixa do Brasil, que tem média de 2,09. Além disso, a população que vive na capital Belém conta com uma oferta de profissionais cerca de doze vezes maior que a população que vive no interior do estado. Soma-se a isso o fato de que os médicos ocupam cerca de dez vezes mais postos de trabalho no setor privado que no setor público, o que comprovadamente não garante maior acesso ou mais serviços a disposição da maior parte da população, e entenderemos o problema da escassez de profissionais de profissionais na região (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

O estado do Pará conta com o total de 77 médicos psiquiatras, o que se traduz em uma razão de 0,96 psiquiatras por cem mil habitantes, razão cinco vezes menor que média nacional de 4,48 psiquiatras por cem mil habitantes e cerca de doze vezes mais baixo que razão encontrada no Rio Grande do Sul, que dispõe de 11,94 psiquiatras para cada cem mil habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Estes dados nos revelam mais uma vez as grandes desigualdades em saúde existentes dentro do Brasil, onde algumas regiões tem uma oferta considerada adequada de profissionais especializados em saúde mental e outras um número insuficiente. A OMS aponta que esta insuficiência é característica de países de baixa e média renda, nos quais há uma oferta em torno de 0,5 médicos psiquiatras para cada cem mil habitantes, valor próximo ao encontrado no estado do Pará. Já o valor observado no Rio Grande do Sul é cerca de duas vezes superior ao encontrado em países centro-europeus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Se analisarmos o número de especialistas em psiquiatria, especialidade diretamente relacionada a assistência à saúde mental e recomendada para atuação nos CAPS II, III ad e infantil, conforme estabelecido em portaria ministerial (BRASIL, 2002) e exposto na tabela 01 deste estudo, verificamos que apesar do pequeno número de médicos especialistas no estado (77 profissionais), o quantitativo é suficiente para ocupar os cargos nos CAPS que requerem este profissional (CAPS II e III), uma vez que os CAPS I podem funcionar com médicos com formação em saúde mental, não necessariamente psiquiatras. Entretanto, o autor deste estudo sabe, por ser médico residente em psiquiatria e por isso inserido na RAPS, que são poucos os CAPS, sobretudo do interior do estado que contam com médicos psiquiatras ou mesmo com formação em saúde mental em suas equipes.

Este problema é notadamente dos países e/ou regiões pobres e a OMS, diante deste difícil cenário, lançou recentemente o aplicativo *mhGAP Intervention Guide*. Uma ferramenta destinada a ajudar profissionais de saúde não especializados a realizarem avaliação e gerenciamento de uma série de transtornos mentais, transtornos por uso de substâncias e comportamentos suicidas, considerados aspectos fundamentais a serem manejados por profissionais da rede de atenção básica. A iniciativa que reconhece a problemática da falta de profissionais adequadamente capacitados para atuar na assistência a saúde mental, visa reduzir as inequidades a ela relacionadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018c).

## 6. CONCLUSÃO

Estes dados nos fazem concluir que a presença de CAPS nos municípios paraenses pode estar, em algumas localidades, associada à redução nas taxas de mortalidade por suicídio e, em outras, não parecem ter nenhum efeito protetor, uma vez que o aumento do nível de cobertura de CAPS se deu juntamente com o aumento nas taxas de suicídio. Avaliações destes serviços se fazem necessárias e mecanismos para isso estão sendo desenvolvidos por pesquisadores nacionais (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017).

Para melhor investigação da correlação entre taxa de suicídio e cobertura de CAPS, análises com recorte municipal se mostraram mais eficazes. O que remete à ideia de que o suicídio deve ter uma rígida vigilância para que se visualize com fidedignidade sua distribuição territorial, uma vez que parte importante da estratégia de enfrentamento ao problema é a ampliação da cobertura dos CAPS, serviços que funcionam em uma lógica de Geografia da Saúde (BRASIL, 2017).

Pode-se afirmar que as taxas de suicídio cresceram significativamente mais na região Norte e no estado do Pará, no período estudado, em comparação com as taxas do Brasil como um todo. O que sugere fortemente que é o aumento do suicídio na região Norte o responsável pelo crescimento da média nacional nos últimos anos. Estes dados nos apontam a necessidade e importância de serem realizados estudos de série temporal, uma vez que analisadas de forma estática, as taxas de suicídio são sempre mais elevadas nos estados da região Sul (BRASIL, 2014).

Este dado ganha especial importância a nível de saúde pública quando observamos que historicamente as taxas de suicídio mais elevadas na região Sul do país, garantiram a esta, maior atenção e investimentos em estratégias de enfrentamento ao problema. O que podemos evidenciar, por exemplo, pelo fato de que o nível de cobertura de CAPS considerada muito boa foi alcançada muito anteriormente entre os estados do Sul em comparação aos estados da região Norte, respectivamente 2005 e 2011, bem como, no direcionamento de serviços, tal como a gratuidade na chamada telefônica ao Centro de Valorização da Vida 188 para os estados sulistas (BRASIL, 2017).

Quanto as características do suicídio no estado do Pará, conclui-se que a maioria das mortes ocorrem entre jovens e adultos jovens, o que se traduz em muitos anos

potenciais de vida perdidos. Proporcionalmente o suicídio é mais frequente no sexo masculino e entre pessoas do estado civil solteiro, seguindo tendência mundial observada, com raras exceções. Quanto a mortalidade por suicídio entre pessoas indígenas no estado do Pará, não foi evidenciado tal como a nível nacional, um grande impacto epidemiológico (BRASIL, 2017). O que provavelmente se atribui a forma como os dados de raça/cor foram trabalhados, isto é, uma análise por mortalidade proporcional e não por coeficientes específicos para cada grupo da categoria.

O método mais prevalente de suicídio foi o enforcamento, o que se traduz em um desafio ainda maior para prevenção do suicídio no estado. Uma vez que é inviável restringir o acesso a cordas. A análise dos métodos empregados, corroborou a ideia de que no sexo masculino há uma certa tendência para escolha de métodos mais letais, como disparo de arma de fogo, enquanto no sexo feminino é mais prevalente formas “menos violentas”, como intoxicações. A análise deste subgrupo também possibilitou importantes inferências, ao evidenciar que a maior parte dos óbitos ocorrem por uso de pesticidas e neste sentido compreender que políticas de restrição dos meios são eficazes e não estão associadas ao aumento da mortalidade por outros métodos, bem como, nos evidenciaram ainda a baixa proporção de casos que utilizaram medicações psicotrópicas, o que possibilitou inferir que esta população provavelmente não teve acesso a consultas médicas especializadas em saúde mental.

Por fim, cabe lembrar, que há evidências significativas de que a melhor forma de se começar um trabalho preventivo é quebrar o tabu que recai sobre o tema, o que pode ser feito com o entendimento de que o suicídio é uma fenômeno, apesar de complexo, capaz de ser prevenido através de ações multisetoriais.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANESTIS, M. D.; SELBY, E. A.; BUTTERWORTH, S. E. Rising longitudinal trajectories in suicide rates: The role of firearm suicide rates and firearm legislation. **Preventive Medicine**, v. 100, p. 159–166, 2017.
- ANSELIN, L. **GeoDa 0.9 User's guide, spatial analysis laboratory**, Department of Agricultural and Consumer Economics and CSISS. University of Illinois, p. 125, 2003.
- ARAÚJO, J. D. DE. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012.
- ARSENAULT-LAPIERRE, G.; KIM, C.; TURECKI, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 4, p. 1–11, 2004.
- BERLIM MT, MATTEVI BS, PAVANELLO DP, CALDIERARO MA, FLECK MP, WINGATE LR, JOINER TE Jr. **Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. Suicide Life Threat Behaviour**. v. 33(3), p. 242-248, 2003.
- BERTERAME, S. et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study. **The Lancet**, v. 387, n. 10028, p. 1644–1656, 2016.
- BERTOLETE, J.M.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO D, BOLHARI J, BOTEGA N, DE SILVA D, HUONG TRAN THI THANH, PHILLIPS M, SCHLEBUSCH L, VÄRNIK A, VIJAYAKUMAR L, WASSERMAN D. **Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey**. *Psychological Medicine*. V. 35: 1457-1465, 2005.
- BORGES, G. M. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/convergence in mortality. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. 1–15, 2017.
- BOTEGA, N. J.; BARROS, M. A. B.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARIN-LEÓN, L. **Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), p. 2-5, 2005.
- BRADEN, J. B.; EDLUND, M. J.; SULLIVAN, M. D. Suicide deaths with opioid poisoning in the United States: 1999-2014. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 3, p. 421–426, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 1.876/MS/GM. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006a.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 3.088/MS/GM. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.



BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 336/ MS/GS, 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades de serviço dos Centros de Atenção Psicossocial por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Suicídio. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Vol 48, n 30: **Suicídio. Saber, Agir e Prevenir.** Brasília, 2017.

BRASIL, Secretária-geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Secretaria Nacional de Promoção da Igualdade Racial. **Mapa da Violência: Os Jovens no Brasil.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a18.htm>, acessado em 13/02/2018.

CARVALHO, M.J.P. **As letras escarlates: representações e histórias de suicídio em Belém do Pará: 1981 -1920.** Universidade Federal do Pará. Belém, 2012

CAVANAGH JT, CARSON AJ, SHARPE M, LAWRIE SM: **Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review.** Psychol Med. v. 33, p. 395-405, 2003.

CHEN, Y. Y. et al. Female labour force participation and suicide rates in the world. **Social Science and Medicine**, v. 195, n. August, p. 61–67, 2017.

CHO, S. E. et al. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 190, p. 704–713, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica No Brasil.** v. 3. São Paulo, 2015.

DANTAS, A. P. et al. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 0, p. 1–7, 2017.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P.; SILVA, P.; CHAN, B. **Análise de Dados. Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões.** Rio de Janeiro: Campos Elsevier, 2009.

FLEISCHMANN A, BERTOLOTE JM, DE LEO D, BOTEGA N, PHILLIPS M, SISASK M, VIJAYAKUMAR L, MALAKOUTI K, SCHLEBUSCH L, DE SILVA D, NGUYEN VT, WASSERMAN D. **Characteristics of attempted suicides seen in emergency care settings of general hospitals in eight low and middle income countries.** Psychological Medicine. 35: 1467-1474, 2005.

GORDIS, L. **Epidemiologia.** 4ª edição. ed Revinter, Rio de Janeiro, 2010.

HAMLETT, J.M.; HORTON, R.; CRESSIE, N.A.C. **Resistant and exploratory techniques for use in semivariogram analyses.** Soil Science Society of America Journal, v.50, n. 4, p. 858-875, 1986.

HOUAISS, A.V. **Dicionário da língua portuguesa**. Ed Objetiva. Rio de Janeiro, 2009.

HOUSTON, K.; HAWTON, K.; SHEPPERD, R. Suicide in young people aged 15-24: A psychological autopsy study. **Journal of Affective Disorders**, v. 63, n. 1-3, p. 159-170, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultado da amostra do censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.gov.br>>. Acesso em: 4 de janeiro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>, acessado em 21/01/2018.

ISHITANI, L. H. et al. Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos garbage declarados como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 34-45, 2017.

KHAZAEI, S. et al. Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 7, n. 2, p. 131-134, 2017.

KIM, B. et al. Characteristics of methods of suicide attempts in Korea: Korea National Suicide Survey (KNSS). **Journal of Affective Disorders**, v. 188, p. 218-225, 2015.

LI, Z. et al. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. **Social Science and Medicine**, v. 72, n. 4, p. 608-616, 2011.

LUDWIG, B.; DWIVEDI, Y. The concept of violent suicide, its underlying trait and neurobiology: A critical perspective. **European Neuropsychopharmacology**, 2017.

MARIA, C.; ROCHA, F. ARTIGO ORIGINAL AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL : UMA ANÁLISE DE POLÍTICAS NACIONAIS E. v. 2, n. 4, p. 352-359, 2016.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): Characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MEW, E. J. et al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 219, p. 93-104, 2017.

MISHARA, B. L.; WEISSTUB, D. N. The legal status of suicide: A global review. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 44, p. 54-74, 2016.

MOTA, A. A. DA. Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental. p. 1-226, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 16-22, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 71–83, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Vol II. Ed. Edusp, São Paulo, 2007.

PRITCHARD, C.; HANSEN, L. Examining Undetermined and Accidental Deaths as Source of “Under-Reported-Suicide” by Age and Sex in Twenty Western Countries. **Community Mental Health Journal**, v. 51, n. 3, p. 365–376, 2015.

ROGERS, M. L.; JOINER, T. E. Suicide-Specific Rumination Relates to lifetime suicide attempts above and beyond a variety of other suicide risk factors. **Journal of Psychiatric Research**, v. 98, p. 78–86, 2018.

TEISMANN, T. et al. Dual factor model of mental health: Co-occurrence of positive mental health and suicide ideation in inpatients and outpatients. **Psychiatry Research**, v. 260, p. 343–345, 2018.

THE LANCET ONCOLOGY. Access to opioids: a balance of harms. **The Lancet Oncology**, v. 18, n. 10, p. 1285, 2017.

TURECKI G, ERNST C, JOLLANT F, LABONTÉ B, MECHAWAR N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. **Trends in Neurosciences**, v. 35, n. 1, p. 14–23, 2012.

UNITED NATIONS. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. **General Assembly 70 session**, v. 16301, n. October, p. 1–35, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent), acessado em 25/05/2018. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. Acessado em 20/02/2018, 2018b

WORLD HEALTH ORGANIZATION, disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/e\\_mhgap/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/e_mhgap/en/). Acessado em 20/03/18, 2018c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Library Cataloguing-in-Publication Data, p. 1–44, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Library Cataloguing-in-Publication Data. n. 7, p. 609–610, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: A resource for media professionals. Update 2017.** Geneva, 2017a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide Prevention.** Public Health Notebooks. n° 35. Geneva, 1969.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2017 : Monitoring Health for The SDGs.** Geneva, 2017b