

Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do Estado de São Paulo entre 2004 e 2008^{*,**}

Epidemiological Analysis of Suicide in two Regions of the State of São Paulo between 2004 and 2008

Makilim Nunes Baptista^I
Adriana Munhoz Carneiro^I
Juliana Oliveira Gomes^I
Hugo Ferrari Cardoso^{II}

Resumo

O suicídio é um problema de saúde pública, o qual vem aumentando nas últimas décadas. Estudos de levantamento são importantes no sentido de apontar regiões em que esse fenômeno ocorre com maior frequência a fim de desenvolver programas preventivos. Assim, este estudo visa a contribuir para este campo, mediante o levantamento de perfis de suicidas entre os anos de 2004 a 2008 em duas cidades interioranas. Os resultados mostraram convergência com a literatura em relação a sexo, uma vez que o sexo masculino se apresentou em maior número, e quanto ao método, o enforcamento sendo o mais utilizado em ambos os sexos. A estimativa média de suicídio por 100 mil habitantes/ano nas duas regiões foi de 5,4, similar ao encontrado na literatura. Discute-se sobre a necessidade de realização de mais pesquisas, com maior atenção por parte dos profissionais da saúde em traçar um perfil destes sujeitos.

Palavras-chave: Suicídio; métodos de suicídio; epidemiologia.

Abstract

Suicide is a public health problem which has increased in recent decades. Survey studies are important to point out areas where this phenomenon occurs more frequently in order to develop prevention programs. This study aims to contribute to this field a survey of suicide profiles between the years 2004 to 2008 in two cities in the interior. The results show correlation with the literature on gender, since males are presented in greater numbers, and on method, hanging being the most widely used in both sexes. The average estimate of suicide per 100 thousand inhabitants in the two regions was 5.4, similar to that found in the literature. It discusses the need for more research and greater attention by health professionals in drawing a profile of these subjects.

Keywords: Suicide; methods of suicide; epidemiology.

^I Universidade São Francisco

^{II} Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000; 2001) classifica o suicídio como uma ação deliberada, iniciada e finalizada por alguém com consciência e conhecimento do resultado fatal de seu ato. Quando o resultado final da ação, por motivos diversos, não se concretiza em óbito, é classificado como tentativa de suicídio. Tal ato autoagressivo tem sido uma das principais causas de mortalidade no mundo, principalmente entre jovens, tendo aumentado 60% nos últimos 45 anos (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; OPAS & OMS, 2006; WHO, 2000).

Estima-se que para cada caso de óbito, haja entre 10 a 40 casos de tentativa de morte (WHO, 2000). Nos Estados Unidos, segundo dados disponíveis pelo *National Center for Injury Prevention and Control* (NCIPC, 2010), o suicídio aparece como uma das cinco principais causas de morte em pessoas de 15 a 54 anos. No Brasil, foi possível verificar em 2005 uma taxa de mortalidade menor em relação a outros países, mas não

pouco preocupante, visto que se concentrou em torno de 5,6 mortes a cada 100 mil habitantes (RITLA, 2008). Devido às taxas tão expressivas de mortalidade, o suicídio se tornou uma questão de saúde pública em vários países (Lovisi, Santos, Legay, Abelha & Valencia, 2009; OMS, 2000; 2001; WHO, 2000).

Ao lado disso, observam-se alguns fatores interessantes, como por exemplo a alta tendência do sexo feminino realizar tentativas de suicídio, que chegam a ser 20 vezes maiores que a dos homens (Chachamovich et al., 2009; OMS, 2001). De acordo com a OMS (2000), uma das explicações possíveis para essa discrepância entre o número de casos de suicídio e tentativa entre homens e mulheres está relacionada aos métodos escolhidos por cada gênero para por fim à própria vida. Dessa forma, poder-se-ia indicar que, apesar das mulheres realizarem um número maior de tentativas de suicídio, a eficácia dos métodos é menor que a dos homens (González, Rodríguez, Aristizábal, García, Jenny & Carlos, 2010;

Lovisi et al., 2009; Macente, Santos & Zandonade, 2009; Mazacová, Aracely & Martínez, 2006; Medina Pérez, Piernagorda & Rengifo; Valencia et al., 2007).

A verificação desta eficácia dos métodos pode ser observada em estudos epidemiológicos e de levantamento, que destacam o enforcamento como o método mais realizado pelos homens, ao passo que as mulheres já optam por meios mais passíveis de receberem atendimento e apoio para se recuperarem, como, por exemplo, a ingestão de medicamentos ou intoxicação/envenenamento (Baptista & Borges, 2005; Botega et al., 2009; Faria, Victoria, Meneghel, Carvalho & Falk, 2006; González et al., 2010; Lovisi et al., 2009; Marín-León & Barros, 2003; Valencia et al., 2007). Outro dado comumente discutido em pesquisas sobre a temática refere-se à faixa etária, uma vez que alguns autores salientam que o suicídio atualmente é uma das três principais causas de mortalidade de pessoas entre 15 e 35 anos (Medina Pérez, Piernagorda & Rengifo, 2010; Mello-Santos, Bertolote & Wang, 2005; OMS, 2000; OPAS & OMS, 2006; WHO, 2000).

No Brasil, com base em dados do DATASUS, foi percebido um aumento de 21% dos suicídios entre 1980 e 2000, passando de 3,3 para 4 mortes por 100 mil habitantes, sendo que tais dados são ainda mais expressivos para os homens, cujas taxas de mortalidade variaram de 4,6 para 6,4 óbitos para cada 100 mil habitantes. No que concerne à faixa etária, foi observado aumento substancial para as pessoas com mais de 65 anos, mas as taxas foram maiores que a média para as pessoas a partir dos 25 anos (Lovisi et al., 2009; OMS, 2000; OPAS & OMS, 2006). Um estudo sobre a diferença de gênero e nível socioeconômico no comportamento suicida foi realizado para a região de Campinas- SP, com base em dados do Ministério da Saúde para o período de 1976 a 2001. Os coeficientes de mortalidade variaram entre 1,1 a 4,1 óbitos por 100 mil habitantes, havendo uma sobremortalidade masculina superior a 2,7 em relação à amostra feminina. O enforcamento foi a forma mais escolhida pelos homens, seguido de arma de fogo. Nas mulheres, a principal causa de morte foi por envenenamento, seguida de enforcamento e armas de fogo (Marín-León & Barros, 2003).

Foi realizada pesquisa sobre as tentativas de suicídio e suicídio em um município de 33 mil habitantes do Espírito Santo, sendo analisados 103 casos de óbito e 104 casos de tentativa, por meio dos boletins de ocorrência da Polícia Militar do município,

no período de 2001 a 2007. Dos que cometeram suicídio, 89,3% eram homens, enquanto que, do grupo composto pelos que tentaram suicídio, 62,5% eram do sexo masculino. Também foram verificados os dias da semana escolhidos para o ato, sendo que, nos casos de tentativa, 30% ocorreram no domingo e 16,25% na segunda-feira; e nos casos de morte, 21,42% se suicidaram na segunda-feira e 17,85% na quarta e sexta-feira (Macente, Santos & Zandonade, 2009).

Nessa mesma direção, Baptista e Borges (2005) realizaram uma pesquisa documental no Instituto Médico Legal de Limeira, SP, analisando 153 laudos de suicídio no período de 1998 a 2002. A faixa etária com maior número de óbitos foi entre 21 e 40 anos em ambos os sexos. Em relação ao estado civil, 21,6% eram casados, e no que concerne aos métodos escolhidos, a maior parte dos óbitos ocorreu por enforcamento, tanto para homens quanto para as mulheres.

Em estudo sobre a prevalência de ideação, planos e tentativa de suicídio no município de Campinas-SP, Botega e colaboradores (2009) entrevistaram 515 pessoas, sorteadas após o método de amostragem estratificada, por conglomerados. A prevalência foi maior para as mulheres tanto na ideação (20,6%) quanto no plano suicida ao longo da vida (3,04%). Neste estudo, 16 pessoas relataram tentativa de suicídio, sendo que 14 mulheres já haviam tentado o suicídio mais de uma vez. Os métodos escolhidos foram ingestão de medicamentos (12 casos), intoxicação por pesticida, enforcamento, afogamento e precipitação de altura (um caso cada).

Foi realizada pesquisa com base nos dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e do DATASUS para o período de 1994 a 1998 no Rio Grande do Sul. Foram relatados 4766 suicídios cometidos por pessoas maiores de 15 anos, sendo 962 mulheres e 3804 homens. A média geral de mortes por ano foi de 761 homens e 162 mulheres. O coeficiente de mortalidade para cada 100 mil habitantes foi igual a seis para as mulheres e 24,6 para os homens, sendo este um número notavelmente maior do que o observado para outros estudos nacionais. Os métodos mais comuns observados foram o enforcamento (60,6%) e armas de fogo (27,5%) (Faria et al., 2006).

Como se pode verificar, existem certos padrões relacionados ao comportamento suicida. Entretanto, a mortalidade por suicídio continua sendo um tema desafiador e que carece de estudos que possam ajudar no desenvolvimento de ações eficazes e eficientes

para sua prevenção (OMS, 2000; Lovisi et al., 2009; Macente, Santos & Zandonade, 2009). A OMS (2000) cita ainda a necessidade de se realizarem trabalhos de prevenção que foquem a diminuição de mitos e fantasias relacionado a este tema, de forma a diminuir obstáculos aos profissionais de saúde.

Os estudos sobre o tema têm descrito diferentes panoramas e fatores associados ao suicídio, que integrados a outros resultados podem contribuir para melhor compreensão do comportamento suicida, porém os estudos epidemiológicos nacionais possuem como principal limitação a imprecisão de alguns dados apresentados, uma vez que as informações a respeito de variáveis sociodemográficas nem sempre estão descritas nos protocolos dos Institutos Médicos Legais (Chachamovich et al., 2009; OMS, 2000). Diante do exposto e tendo em vista a necessidade de se ampliar a discussão sobre suicídio, o objetivo deste estudo foi realizar uma análise epidemiológica dos índices de suicídio registrados entre 2004 e 2008 em duas regiões do interior do estado de São Paulo. Esta pesquisa tem sua importância uma vez que os dados podem contribuir, juntamente com os resultados de estudos semelhantes já realizados, para a elaboração de programas de saúde pública visando à prevenção de suicídios. Além disso, outra característica relevante deste estudo é a análise de duas realidades em um mesmo estado, sendo uma região próxima à cidade de São Paulo e outra no extremo Oeste do estado.

Método

Por se tratar de um estudo documental epidemiológico retrospectivo, a coleta dos dados foi realizada nos Institutos Médicos Legais (IML) de Bragança Paulista e Adamantina, ambos no Estado de São Paulo. Após a entrega do termo de consentimento para autorização do levantamento, procedeu-se à análise dos laudos médicos referentes ao ato de suicídio, compreendidos entre os anos de 2004 e 2008. Nesses laudos, foi recolhido o máximo de informações referentes ao suicídio, cidade, idade, data de nascimento e falecimento, sexo, método escolhido para o suicídio e profissão. Alguns dados, como hora do suicídio, antecedentes de transtornos psicológicos, eventos de vida e roupas que o sujeito utilizava, também foram verificadas, entretanto, optou-se por excluí-las da pesquisa, pois nem todos os laudos continham tais informações preenchidas.

O IML de Bragança Paulista abrange 17 municípios, sendo eles: Bragança Paulista, Águas de Lindóia, Amparo, Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Joanópolis, Lindóia, Morungaba, Monte Alegre do Sul, Nazaré Paulista, Pedra Bela, Pinhalzinho, Piracaia, Serra Negra, Socorro, Tuiti e Vargem. Já o IML de Adamantina abrange 13 municípios, quais sejam: Adamantina, Lucélia, Mariápolis, Pracinha, Flórida Paulista, Inúbia Paulista, Osvaldo Cruz, Salmourão, Pacaembu, Irapuru, Sagres, Flora Rica e Parapuã. É importante ressaltar que estas cidades foram escolhidas de forma conveniente, pela gentileza das autoridades em ceder o espaço para a pesquisa.

Nesse sentido, a amostra do estudo contou com a análise de 193 laudos, sendo 28 do IML de Adamantina e 165 de Bragança Paulista. Em relação às variáveis analisadas, foram verificadas sexo, idade, estado civil, ocupação, cor, dia de nascimento, mês e dia de morte, dia da semana em que ocorreu o suicídio, frequência de casos e estimativas por 100 mil habitantes, além do método escolhido para o suicídio. Para análise da variável idade, foram formados grupos etários de acordo com critérios de Papalia, Olds e Duskin (2000), os quais são divididos em primeira infância (0 a 3 anos), segunda infância (4 a 6 anos), terceira infância (7 a 12 anos), adolescência (13 a 20 anos), jovem adulto (21 a 40 anos), meia-idade (41 a 65 anos) e, por fim, terceira idade (de 65 anos em diante).

Como forma de agrupar as ocupações coletadas na pesquisa de forma padronizada, utilizou-se a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (2002), para o qual as funções podem ser classificadas em 10 grandes grupos, agregados por nível de competência e similaridade nas atividades executadas, sendo que neste estudo serão descritos apenas os grupos nos quais estavam inseridos os indivíduos pesquisados. Com relação aos grandes grupos apresentados na pesquisa, de acordo com a CBO (2002), o Grande Grupo 2 está relacionado com profissões de nível superior, nas áreas científicas e das artes. O Grande Grupo 3 está relacionado com profissões de nível técnico. O Grande Grupo 4 está relacionado com profissões do setor administrativo, sendo que este grupo é subdividido em dois (trabalho burocrático e contato constante com o público). Com relação ao trabalho burocrático, as funções não necessitam contato com o público, porém, para seu desenvolvimento é esperado conhecimento e experiência em ordenar, armazenar, computar e recuperar informações. Por sua vez, nas funções de contato constante com o público, há fornecimento de informações e serviços a clientes.

O Grande Grupo 5 agrega ocupações cujas principais tarefas estão relacionadas a conhecimentos e experiências necessários para prestações de serviços. O Grande Grupo 6 compreende ocupações que requerem conhecimentos e experiências para obtenção de produtos da agricultura, silvicultura e da pesca. O Grande Grupo 7 compreende as ocupações que desempenham atividades na produção de bens e serviços industriais, sendo representado por trabalhadores de produção extrativa, indústria e da construção civil. O Grande Grupo 9 está relacionado com profissões que requerem conhecimentos e atividades para manter o funcionamento de bens e equipamentos, seja de uso profissional, de instituições, empresas e do governo.

Para a análise, os dados foram tabulados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Após tabulados, as variáveis sócio-demográficas, bem como os índices de suicídio, dias da semana de ocorrência de suicídio, mês e data da morte e métodos utilizados foram analisados de acordo com frequências e porcentagens. Já os dados referentes à estimativa de suicídio por cidades, regiões e total da amostra analisada foram obtidos com base nos dados disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para tanto, as estimativas por 100 mil habitantes foram calculadas levando-se em consideração a relação entre dados do IBGE com o número de habitantes de cada cidade e região, utilizando-se como padrão 100 mil habitantes por ano.

No que tange aos códigos da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 utilizados (OMS, 1993), foram adotados aqueles relacionados à autolesão intencional. Os códigos utilizados no presente estudo foram X60 (autoenvenenamento e exposição intencionais a analgésicos não opiáceos, antipiréticos e antirreumáticos), X61 (autoenvenenamento e exposição intencionais a drogas antiepiléticas, sedativo-hipnótica, antiparkinsonianas e psicotrópicas, não classificadas em outros locais), X62 (autoenvenenamento e exposição intencionais a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos), não classificados em outros locais), X63 (autoenvenenamento e exposição intencionais a outras drogas que atuam no sistema nervoso autônomo), X64 (autoenvenenamento e exposição intencionais a outras drogas e substâncias biológicas e a drogas e substâncias biológicas não especificadas), X65 (autoenvenenamento e exposição intencionais ao álcool), X66 (autoenvenenamento e exposição intencionais a solventes orgânicos e

hidrocarbonosalogenados e seus vapores), X67 (autoenvenenamento e exposição intencionais a outros gases e vapores), X68 (autoenvenenamento e exposição intencionais a pesticidas), X69 (autoenvenenamento e exposição intencionais a outras substâncias químicas e nocivas e à substância química e nociva não especificada), X70 (autolesão intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocação), X71 (autolesão intencional por afogamento e submersão), X72 (autolesão intencional por descarga de arma de mão), X74 (autolesão intencional por descarga por outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada), X78 (autolesão intencional por objeto cortante), X80 (autolesão intencional por pular de um lugar alto) e X81 (autolesão intencional por pular ou deitar-se ante um objeto móvel).

Resultados

Inicialmente, realizou-se um levantamento das mortes por suicídio, que foram registradas pelos institutos (IML) dos municípios de Bragança Paulista e Adamantina. Dessa forma, observou-se em Bragança Paulista que ocorreram 29 suicídios em 2004, 25 em 2005, 25 em 2006, 32 em 2007 e 54 em 2008, totalizando 165 suicídios no período analisado. No IML de Adamantina, foram registrados quatro suicídios em 2004, seis em 2005, três em 2006, nove em 2007 e seis em 2008, totalizando 28 suicídios.

Para realizar a análise dos dados, as amostras de Bragança Paulista e Adamantina foram unidas, sendo os resultados abaixo referentes a tal junção. Em relação ao sexo, verificou-se que entre os casos de suicídio nos municípios ocorreu prevalência do sexo masculino, com 162 (83,9%), e um aumento no número de suicídios a partir do ano de 2006. As idades variaram de 10 a 93 anos com média de 42,87 anos (DP=17,68). Para aqueles menores de 20 anos, classificou-se em apenas um grupo, que compreendeu 12 suicídios (6,2%) da amostra e os maiores de 60 anos corresponderam a 36 (19,1%). Já a faixa correspondente à vida adulta inicial, ou seja, entre 20 a 40 anos, foi de 78 (41,6%), e a vida adulta intermediária, responsável pelas idades entre 41 a 60 anos, foi de 62 (33,1%).

Os principais dados sociodemográficos, segundo a Tabela 1, demonstram que a maioria da amostra era do sexo masculino, tendo como maiores frequências de grupos etários os de 20 a 40 anos, seguido do grupo de 41 a 60 anos. Com relação ao estado civil, as maiores

frequências foram de solteiros e casados e, em relação às ocupações, o grupo de estudantes/indefinidos obtiveram maior quantidade apresentada, seguido do Grande Grupo 5. Por fim, no que concerne à cor, a maioria da amostra era da cor branca.

Tabela 1. *Perfil sociodemográfico da amostra estudada.*

Sexo (n=193)	<i>f</i>	%
Masculino	162	83,9
Feminino	31	16,1
Faixa etária (n=188)	<i>f</i>	%
Menores de 20 anos	12	6,2
De 20 a 40 anos	78	41,6
De 41 a 60 anos	62	33,1
Maiores de 60 anos	36	19,1
Estado Civil (n=193)	<i>f</i>	%
Solteiros	74	38,2
Casados	53	27,5
Desquitado, divorciado ou separado	19	9,9
Não possuíam esta informação nos prontuários	19	9,9
Amasiados	18	9,3
Viúvos	10	5,2
Ocupação (n=193)	<i>F</i>	%
Estudante/Indefinido	49	25,3
Grande Grupo 5	32	16,5
Aposentado/Desocupado/Do lar	29	15,0
Grande Grupo 7	27	14,0
Grande Grupo 6	23	12,0
Não havia registro	13	6,8
Funcionário público/Monitor	6	3,0
Grande Grupo 9	4	2,0
Autônomo/Catador de papelão	3	1,6
Grande Grupo 4	3	1,6
Grande Grupo 2	2	1,1
Grande Grupo 3	2	1,1
Cor (n=193)	<i>F</i>	%
Branco	160	83,0
Pardos	23	12,0
Negros	6	3,0
Amarelos	2	1,0
Não havia registro	2	1,0

Pela Tabela 1 é possível constatar que as maiores frequências encontradas foram a de estudantes/indefinido seguidos de ocupações inseridas no Grande Grupo 5 da CBO. Algumas das ocupações encontradas nos registros não foram inseridas nas classificações da CBO por falta de especificações, sendo essas: funcionários públicos, monitores, autônomo e catador de papelão. Os demais, ou seja, estudantes, indefinidos, aposentados, desocupados e do lar, não se enquadravam na CBO, porém constavam como ocupações nos registros dos institutos pesquisados.

Os dias de nascimento foram categorizados em três grupos, visando a uma maior distribuição das idades. Assim, G1 seriam aqueles nascidos entre o dia 01 ao dia 09, correspondente a 53 pessoas (26,4%); G2, do dia 10 ao dia 19, com 52 (28,6%); e G3, aqueles que nasceram do dia 20 ao dia 31, correspondendo a 49 (24,0%). Ressalta-se que em 41 dos protocolos (21,0%) não foi possível averiguar a data de nascimento. Os meses de nascimento foram classificados conforme divisão a seguir: entre dezembro e fevereiro, 43 (22,3%); de março a maio, 30 (15,6%); de junho a agosto, 47 (24,4%); e de setembro a novembro, 32 (16,6%). Do total, 41 (36,7%) dos prontuários não possuíam essa informações.

Já em relação aos meses e dias de morte, utilizaram-se os mesmos critérios para separação de grupos que a classificação anterior, para melhor distribuição dos dados conforme a curva normal, ou seja, a distribuição em grupos. Desta forma, G1 correspondeu a 44 (22,9%), G2 a 62 (31,7%) e G3 a 59 (28,5%), ao passo que o restante, 29 (16,9%), estava sem esta informação. No que se refere aos meses de suicídio, 49 (25,3%) ocorreram entre dezembro e fevereiro, 41 (21,3%) entre março e maio, 48 (22,3%) entre junho e agosto, e 30 (15,6%) entre setembro e dezembro. Desses, 30 (15,5%) não apresentavam tais informações.

No que concerne aos dias da semana que apresentaram maior ocorrência no número de suicídios, puderam ser analisados 83,41% dos prontuários, pois nem todos apresentaram a data da morte. Nesse sentido, os dias da semana mais escolhidos foram o sábado, com 29 (17,9%) dos casos registrados, seguido das terças-feiras, com 28 (17,3%) dos casos. Em relação aos dias com menores frequências de registros, a segunda-feira foi o dia da semana com menor índice, com 16 (9,9%), seguido pela quarta-feira, com 20 (12,3%) dos casos registrados. Ainda, é importante ressaltar que nem

Tabela 2. Descrição das frequências e estimativas de suicídio (para 100 mil habitantes) no período de 2004 a 2008, por cidade e região, conforme a população consultada no IBGE (2007).

Cidade	Habitantes	Total de óbitos no período		Média de óbitos no período	
		<i>F</i>	<i>S/100mil</i>	<i>M</i>	<i>M/100</i>
Brag. Pta.	145894	37	25,2	7,4	5,0
Atibaia	126757	30	23,3	6	4,6
Amparo	65928	34	51,2	6,8	10,2
Socorro	34447	12	34,8	2,4	6,9
Serra Negra	25912	12	46	2,4	9,2
Piracaia	22740	4	17,3	0,8	3,4
Bom J. P.	17993	5	27,7	1,0	5,5
Ág. Lindóia	16341	7	42,7	1,4	8,5
Nazaré Pta.	15232	7	45,7	1,4	9,1
Morungaba	13305	1	7,5	0,2	1,5
Pinhalzinho	12591	2	15,8	0,4	3,1
Joanópolis	11169	4	35,7	0,8	7,1
M. A. Sul	7473	3	39,9	0,6	7,9
Vargem	7098	1	14	0,2	2,8
Tuiuti	6284	1	15,9	0,2	3,1
Pedra Bela	6142	3	48,6	0,6	9,7
Lindóia	5974	2	33,4	0,4	6,6
Total (Região de Bragança Paulista)	541280	165	524,7	33	104,9
Adamantina	33289	7	21,1	1,4	4,2
Osv. Cruz	30150	7	23,1	1,4	4,6
Lucélia	19212	3	15,6	0,6	3,1
Flórida Pta.	13761	1	7,2	0,2	1,4
Pacaembu	13072	3	22,8	0,6	4,5
Parapuá	11.402	-	-	-	-
Irapuru	7556	3	39,6	0,6	7,9
Salmourão	4.779	-	-	-	-
Mariópolis	3.896	-	-	-	-
Inúbia Pta	3.841	-	-	-	-
Pracinha	2667	2	74,9	0,4	14,9
Sagres	2.338	-	-	-	-
Flora Rica	2019	2	99	0,4	19,8
Total (Região de Adamantina)	147982	28	303,3	5,6	60,6
Total (Amostra pesquisada)	689262	193	828	38,6	165,6

F = frequência de casos; S/100 = Soma do período/100mil habitantes; M = Média de casos do período; M/100 = Média por ano por 100 mil habitantes.

todos os corpos são encontrados no dia do suicídio, devendo os peritos verificar uma data aproximada, o que pode também enviesar tais interpretações.

Quando calculado o número de suicídios por ano (2004-2008), verificou-se, como pode ser observado na Tabela 2, que os maiores índices de suicídio foram em Bragança Paulista (n=37), seguida de Amparo (n=34) e Atibaia (n=30). Em contrapartida, Salmourão, Mariápolis, Inúbia Paulista, Sagres e Parapuã não tiveram registros, por parte do IML, no período de 2004 a 2008, seguidos das cidades de Tuiuti, Vargem e Morungaba, que tiveram o segundo menor índice de suicídio (n=1) durante esse período.

Por meio da Tabela 2, foi possível observar que a maior frequência de suicídios no período de 2004 a 2008 ocorreu na cidade de Bragança Paulista, com 37 ocorrências, seguidas de Amparo e Atibaia. Entretanto, ao se calcular a estimativa de suicídio por 100 mil habitantes, pode ser percebido que a cidade de Flora Rica apresentou estimativa de 99 suicídios a cada 100 mil habitantes no período analisado, seguida das cidades de Pracinha e Amparo. Nesse mesmo sentido, ao se calcular a média de suicídios e estimativas, pode ser observado que a cidade de Bragança Paulista apresentou média superior, com 7,4 suicídios, seguida das cidades de Amparo e Atibaia. Em relação à estimativa média de suicídio, a cidade de Flora Rica apresentou estimativa média de 19,8 suicídios a cada 100 mil habitantes/ano, seguida de Pracinha e Amparo. Por sua vez, a estimativa média de suicídio

da região de Bragança Paulista no período analisado foi de 6,1 suicídios a cada 100 mil/ano habitantes/ano, enquanto que na região de Adamantina a média foi de 4,6 suicídios a cada 100 mil habitantes/ano, totalizando 5,4 como média de ambas as regiões.

No que concerne ao número de suicídios por sexo, o grupo masculino, em ambas as regiões pesquisadas, apresentou taxa estimada por 100 mil habitantes cerca de cinco vezes maior do que o sexo feminino. Quanto aos métodos utilizados para o suicídio, a intoxicação e envenenamento foram considerados como equivalentes nos laudos avaliados. Especificamente a esse respeito, na amostra pesquisada, a maior parte se deu por venenos agrícolas. Tal como pode ser visualizado na Tabela 3, separando os métodos de suicídio por sexo, é possível verificar que os mais utilizados, em ambos os sexos, foram enforcamento e armas de fogo.

Discussão

A presente pesquisa busca realizar uma análise dos dados levantados nos protocolos dos IML de Bragança Paulista e Adamantina, discutindo-os com base nos achados de estudos epidemiológicos prioritariamente nacionais e alguns internacionais sobre suicídio. Antes, porém, torna-se digno de nota a dificuldade em coletar as informações, uma vez que nem todos os protocolos investigados apresentavam tais descrições, como, por exemplo, estado civil, cor, idade, ocupação e dias da semana em que ocorreu o suicídio.

Tabela 3. Descrição dos dados referentes ao método de suicídio entre 2004 e 2008 de acordo com o sexo.

Método de Suicídio	Masculino		Feminino		Geral	
	f	%	f	%	f	%
Enforcamento	105	64,8	15	48,4	120	62,5
Arma de fogo	31	19,1	5	16,1	36	18,8
Intoxicação endógena	14	8,6	4	12,9	18	9,4
Intoxicação exógena	3	1,9	3	9,7	6	3,1
Arma branca	3	1,9	-	-	3	1,6
Queda	1	0,6	2	6,5	3	1,6
Envenenamento	2	1,2	-	-	2	1,0
Ingestão medicamentosa sem especificação	1	0,6	-	-	1	0,5
Atirou-se em carro em movimento	1	0,6	-	-	1	0,5
Afogamento	-	-	1	3,2	1	0,5
Saltou de carro em movimento	-	-	1	3,2	1	0,5

Conforme discutido, o suicídio em muitos países se apresenta como um problema de saúde pública, considerando que a própria OMS (2000) já o classificou como uma das principais causas de mortalidades do mundo, principalmente entre jovens (Boslaugh, 2007; Holmes, 2007; Lovisi et al., 2009; OMS, 2000; OPAS & OMS, 2006; RITLA, 2008; WHO, 2000). Baptista (2004) discorre sobre alguns fatores associados com ideação suicida e suicídio, podendo ser destacados a baixa escolaridade, problemas financeiros, desemprego e dificuldades no trabalho.

Além disso, é possível verificar que o suicídio não tem uma idade determinada para ocorrer, podendo ser encontrados casos na infância até a terceira idade, como neste estudo, o qual verificou a presença de suicídio entre as idades de 10 a 93 anos. Ainda, diferentemente do que a literatura preza, a média de idade dos suicídios encontrada foi de 42,87 anos, porém, com um alto desvio padrão (DP=17,68). Este dado, assim como os outros verificados neste estudo, indica a necessidade de se estudar com maior cuidado as implicações do fenômeno para compreendê-lo melhor (Baptista & Borges, 2005; Chachamovich et al., 2009; Holmes, 2007; Lovisi et al., 2009).

Já na variável sexo, verificou-se que o sexo masculino cometeu mais suicídio do que o sexo feminino. Tal achado é coerente com outros estudos epidemiológicos que indicam esta prevalência (Baptista & Borges, 2005; Faria et al., 2006; González et al., 2010; Medina Pérez, Piernagorda & Rengifo, 2010; Valencia et al., 2007). Ainda, é importante levar em consideração que, assim como Botega e colaboradores (2009) relatam, o fato de haver uma maior incidência de suicídios no sexo masculino não indica que as mulheres não tentam suicídio, mas que talvez seus métodos não sejam tão eficazes, uma vez que é verificado que estas possuem um número maior de ideações ao se comparar com o sexo masculino (Andersson, 2009; Kposowa & McElvain, 2006; Holmes, 2007; Macente, Santos & Zandonade, 2009; Mazacová, Aracely & Martínez, 2006).

Ainda em relação à idade, variável de interesse em estudos epidemiológicos, vale a pena discutir também sobre a variação encontrada. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é crescente a ocorrência de suicídios na população jovem, compreendendo a faixa etária entre 15 e 35 anos (OMS, 2000; OPAS & OMS, 2006; WHO, 2000). Em acréscimo, Mello-Santos e colaboradores (2005)

destacaram que as taxas de maiores frequências são as acima de 25 anos. Na presente pesquisa, a média de idade foi de 42 anos com maior frequência na faixa etária entre 20 a 40 anos. Dados esses que estão de acordo com outros estudos nacionais e internacionais epidemiológicos e de levantamento (Baptista & Borges, 2005; Lovisi et al., 2009; Marín-León, & Barros, 2003; Macente, Santos & Zandonade, 2009; Noronha, 2006; Núñez et al., 2008).

Quanto ao estado civil, a maior frequência na pesquisa foi de pessoas solteiras, seguida das casadas, assim como nas pesquisas de Lovisi e colaboradores (2009), Valencia e colaboradores (2007), González e colaboradores (2010) e Aristizábal e colaboradores (2009). Entretanto tal dado vai de encontro ao estudo de Baptista e Borges (2009), o qual sugeriu maior frequência de morte em casados. Esta diferença pode indicar uma imprecisão quanto ao estado civil como fator de risco ou protetivo para o suicídio, uma vez que a amostra do presente estudo mostrou maior probabilidade de solteiros a cometer suicídio, o que pode estar ligado a variáveis como o suporte social que o indivíduo recebe. Ainda, considerando que o estudo tratou-se de cidades brasileiras relativamente próximas, é possível verificar uma variação quanto ao perfil do suicida, o qual necessita de maiores estudos de controle.

No que se refere à cor, o resultado encontrado também vai ao encontro dos achados do estudo realizado por Baptista e Borges (2009), os quais verificaram que os brancos corresponderam a 89% da população, ao passo que, na pesquisa atual, 84% eram brancos. Também corroborando o presente estudo, a segunda maior população foi a de pardos, e a terceira, negros, o que pode indicar que os brancos apresentariam maior propensão a cometerem suicídio. Com relação às ocupações, na presente pesquisa essa variável foi dificultada quanto a sua discussão, uma vez que a maior frequência encontrada foi de estudantes ou indefinidos. Cabe ressaltar também que a não especificação nos laudos analisados dificulta maiores aprofundamentos quanto a esses resultados encontrados.

Em relação à variável dia da semana de ocorrência do suicídio, os dados mostraram que as maiores frequências foram sábado e terça-feira. De acordo com Macente, Santos & Zandonade (2009), as maiores frequências de casos de suicídio foram no domingo, segunda, quarta e sexta-feira. Entretanto, esses dados,

como salientado anteriormente, devem ser analisados com ressalva, pois, em primeiro lugar, em muitos laudos das perícias não constavam tais informações, e também nos protocolos que possuem esses dados, o dia da semana registrado pode não ser a data exata de ocorrência do suicídio, visto que em muitos casos os corpos dessas pessoas não são encontrados no mesmo dia das mortes.

Dados nacionais sobre taxa de mortalidade por suicídio, disponibilizados por meio da Rede de Informação Tecnológica Latino Americana, evidenciaram que em 2005, no Brasil, a média de suicídios foi de 5,6 por 100 mil habitantes (RITLA, 2008). Na presente pesquisa, as regiões investigadas por meio da análise dos laudos dos IML atingiram média similar à citada anteriormente, com estimativa de 5,4 suicídios por 100 mil habitantes. Separadas por sexo, percebe-se tanto na presente pesquisa como em outras epidemiológicas do Brasil, que o valor estimado de suicídio para o sexo masculino é de quatro a cinco vezes maior que o valor estimado para o sexo feminino (Faria et al., 2006; Lovisi et al., 2009; Marín-León & Barros, 2003).

Fazendo referência às análises do tipo de método escolhido, os suicídios foram categorizados conforme a forma elencada pela pessoa para tirar a própria vida, sendo tais resultados separados quanto ao sexo. Como resultados, o presente artigo indicou maiores frequências tanto de enforcamento como arma de fogo para ambos os sexos, corroborando dessa forma com os estudos de Faria e colaboradores (2006), Lovisi e colaboradores (2009), Medina Pérez, Piernagorda e Rengifo (2010), González e colaboradores (2010), Macente, Santos e Zandonade (2009) e Kposowa e McElvain (2006), que apresentaram resultados semelhantes. É interessante notar que, no sexo feminino, as intoxicações se sobrepuseram a dos homens em números, indicando que as mulheres possuem uma maior tendência a esta técnica, tal como relatam Marín-León e Barros (2003).

À guisa de conclusão, vale ressaltar que este resultado difere do encontrado por Baptista e Borges (2005), o qual traz como segundo método de suicídio mais utilizado pelas mulheres a intoxicação/envenenamento, enquanto que, no presente estudo, foram armas de fogo, e difere também da pesquisa de Marín-León e Barros (2003), a qual indicou que no grupo feminino o envenenamento foi a forma mais utilizada. De uma forma geral, é possível verificar

que as mulheres, no presente estudo, possuem uma divergência dos padrões geralmente relatados pela literatura, isto é, que estas tendem a utilizar métodos mais internalizantes, visto que, no caso, as primeiras formas escolhidas são externalizantes.

Considerações Finais

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise descritiva dos óbitos por suicídio em diferentes cidades do interior paulista, com base na análise de prontuários de dois Institutos Médicos Legais (IMLs). Estudos epidemiológicos e de levantamento como este podem contribuir para que possam ser estipuladas normas preventivas, uma vez que auxiliam na compreensão desse complexo fenômeno. A aplicação do conhecimento científico sobre o suicídio pode também colaborar no combate aos mitos sobre o tema, na medida em que apresentam dados precisos e melhor entendimento do fenômeno (Baptista & Borges, 2005; Barrero, 2005).

Pôde-se perceber que esta pesquisa apresentou informações relacionadas com outros dados da literatura científica, contribuindo, assim, para um maior conhecimento sobre a área, e a possibilidade de se traçar um perfil do suicida. É importante levar em consideração que a pesquisa apresentou divergências com os outros estudos em variáveis como métodos escolhidos, sexo e estado civil, podendo assim, verificar a necessidade de se analisar o sujeito dentro de sua história e seu ambiente biopsicossocial.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como a dificuldade de coleta de informações nos laudos médicos, como, por exemplo, a data real do suicídio, idade, estado civil, entre outras variáveis que seriam de suma importância, como informações adicionais e relacionadas ao suicídio. Ainda, esta imprecisão sobre as possíveis tentativas de suicídio, que não são relatadas nas fichas, e também a falta de informações adicionais que facilitariam a investigação sobre as variáveis que estão associadas ao comportamento suicida, como, por exemplo, o ambiente social, histórico de doença mental, tentativa recorrente de suicídio, contribuem para que esta área seja imprecisa, com falta de evidências que sustentem a importância de políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio.

Sugere-se que, para novas pesquisas, possam ser realizados levantamentos e entrevistas com pessoas que já realizaram uma ou mais tentativas de suicídio,

e também com familiares e pessoas do círculo social dessas pessoas, ou ainda um acompanhamento maior juntamente ao IML, para que seja possível traçar fatores relacionados à ideação suicida de acordo com aqueles que prestam depoimentos sobre os fatos. Espera-se também que em futuras pesquisas seja possível a formulação de diferentes perfis de comportamento, fatores de risco e fatores protetivos em relação ao suicídio, informações que podem ajudar na prevenção e apoio às pessoas com ideação suicida ou desejo de por fim à própria vida.

Referências

- Andersson, T. E. (2009). Suicide. In J. O'Brian (Ed.), *Encyclopedia of Gender and Society*. (Vol. 2). Acesso em 25 maio de 2011, em http://www.sage-ereference.com/gender/Article_n408.html.
- Aristizábal, G. A., González, M. A., Palacio, A. C., García, V. J., & López, J. C. (2009). Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista colombiana de psiquiatria*, 38, 446-463.
- Baptista, M. N. (2004). Suicídio: aspectos teóricos e pesquisas internacionais. In M. N. Baptista (Org.), *Suicídio e Depressão: Atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., & Borges, A. (2005). Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 22, 425-431.
- Barrero, S. A. P. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 34(3), 386-394.
- Boslaugh, S. (2007). Suicide. *Encyclopedia of Epidemiology*. (Online). Acesso em 25 maio de 2011, em http://www.sage-ereference.com/epidemiology/Article_n445.html.
- Botega, N. J., Marín-Leó, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B. A., Silva, V. F., & Dalgalarrrondo, P. (2009). Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: Um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.
- Chachamovich, E., Stefanello S., Botega N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(supl I), 18-25.
- Classificação Brasileira de Ocupações [CBO]. (2002). *Códigos, Títulos e Descrições*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.
- Faria, N. M. X., Victoria, C. G., Meneghel, S. N., Carvalho, L. A., & Falk, J. V. (2006). Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural and agricultural factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2611-2621.
- González, A., Rodríguez, B. A., Aristizábal, A., García, V., Jenny, P., & Carlos, L. J. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): Estudio de autopsia psicológica. *Revista colombiana de psiquiatria*, 39, 251-267.
- Holmes, C. B. (2007). Suicide. *21st Century Psychology: A Reference Handbook*; (Online). Acesso em 25 maio de 2011, em http://www.sage-ereference.com/psychology/Article_n76.html.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2007). *Tábuas de mortalidade*. (Online). Acesso em 22 jun. 2010, em www.ibge.gov.br/home.
- Kposowa, A. J., & McElvain, J. P. (2006). Gender, place, and method of suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 35-443.
- Lovisi, G. H., Santos A. S., Legay, L., Abelha, L. G., & Valencia, E. (2009) Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(supl II), S86-S93.
- Macente, L. B. M., Santos, E. G., & Zandonade, E. (2009) Tentativas de suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 238-244.
- Marín-León, L., & Barros, M. B. A. (2003). Mortes por suicídio: diferenças entre gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 357-363.
- Mazacová, J. P., Aracely, M., & Martínez, C. (2006). El suicidio en la región su e reste del estado de Coahuila. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, 161-175.
- Medina Pérez, O., Piernagorda, D. C., & Rengifo, A. J. (2010). Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío - Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento Psicológico*, 8, 9-16.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., & Wang, Y-P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 131-134.

- National Center for Injury Prevention and Control. (2010). *10 Leading Causes of Death, United States (2005-2007)*. National Center for Health Statistics and National Vital Statistics System. Acesso em 28 de maio de 2010, em <http://webappa.cdc.gov/cgi-bin/broker.exe>
- Noronha, L. M. (2006). Cluster Suicide. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of Human Development*. Acesso em 25 maio de 2011, em http://www.sage-reference.com/humandevlopment/Article_n135.html.
- Núñez, G. N. A., Olivera, P. S. L., Losada, R. I. D., Pardo, T. M. P., Díaz, M. L. G., & Rojas, V. H. A. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicídio. *Pensamiento Psicológico*, 4, 85-100.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2000). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de saúde primária*. Geneva: Department of Mental Health.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2006). *Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias.
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], & Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2006). *Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Duskin, F. R. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: ArtMed.
- Rede de Informação Tecnológica Latino Americana [RITLA]. (2008). *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros*. Brasília, DF: Instituto Sangari, Ministério da Saúde.
- Valencia, J. G., Acosta, C. P., Arias, S., Ocampo, M., Calle, J., Restrepo, D., Vargas, G., & López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista colombiana de psiquiatria*, 36, 610-627.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours - SUPREMISS: components and instruments*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.

Endereço para correspondência:

Makilim Nunes Baptista
 Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia
 Av. Alexandre Rodrigues Barbosa, 45
 CEP 13251-900 – Itatiba/SP
 E-mail: makilim.baptista@saofrancisco.edu.br

Recebido em 13/02/2012

Revisto em 13/04/2012

Aceito em 31/05/2012

* Agradecimentos a Dr. Luiz Sakabe, responsável pelo Instituto Médico Legal da cidade de Bragança Paulista e ao Dr. Antonio Carlos Borsato, responsável pelo Instituto Médico Legal da cidade de Adamantina.

** Apoio Financeiro: CAPES; CNPq