

Artigo Original

Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012

Epidemiologic suicide profile in microregion of Barbacena from 1997 until 2012

Carlos Eduardo Leal Vidal¹, Camila Braz Gomes², Cecília Alves Mariano²,
Lúcia Maria Rocha Leite², Renato Alves da Silva², Sabrina de Castro Lasmar²

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever a mortalidade por suicídio em uma região de Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS) e analisados segundo variáveis como sexo, faixa etária, raça, estado civil e método empregado. Utilizou-se o modelo de regressão linear simples para verificar a tendência dos óbitos no referido período. No período estudado ocorreram 241 óbitos por suicídio na microrregião, o que correspondeu a uma taxa média de 6,9 mortes por 100 mil habitantes. Os resultados encontrados apontaram para predomínio das mortes nos indivíduos do sexo masculino, de cor branca, na faixa etária de 30–39 anos e solteiros. O método mais utilizado foi o enforcamento. Observou-se tendência crescente das taxas de mortalidade por suicídio. Mais estudos devem ser realizados na região, procurando identificar os fatores associados à ocorrência do suicídio e, principalmente, analisar criticamente o funcionamento da rede assistencial de saúde.

Palavras-chave: suicídio; medidas em epidemiologia; mortalidade.

Abstract

The aim of this study was to describe the suicide mortality in a region of Minas Gerais, from 1997 until 2012. Data were obtained from the Mortality Information System of the Ministry of Health and analyzed according to variables such as gender, age, race, marital status and method employed. The simple linear regression model was used to verify the trend of deaths in that period. During the study period, 241 deaths by suicide occurred in the microregion, which corresponded to an average rate of 6.9 deaths per 100 thousand inhabitants. The results pointed to a predominance of deaths in: males; whites; individuals aged 30–39 years; unmarried. The most common method was hanging. It was observed an increasing trend in mortality rates from suicide. More studies should be conducted in the region seeking to identify the factors associated with suicide and, mostly, critically analyze the functioning of the health care system.

Keywords: suicide; epidemiologic measurements; mortality.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena (MG), Brasil.

¹Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena; Psiquiatra do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Barbacena (MG), Brasil.

²Acadêmico da Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Carlos Eduardo Leal Vidal – Rua Professor Vasconcelos, 467 – CEP: 36205-238 – Barbacena (MG), Brasil –

E-mail: celv@uol.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, as mortes por suicídio aumentaram 60% nas últimas 5 décadas. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno de 16 óbitos por 100 mil habitantes e estima-se que cerca de 1 milhão de pessoas cometeram suicídio no ano 2000, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Existe uma tendência de aumento nesses números, projetando-se que mais de 1,5 milhão de pessoas cometam suicídio em 2020².

No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio encontra-se entre quatro e cinco óbitos por cem mil habitantes, observando-se coeficientes maiores em alguns Estados da federação, como no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina³. Comparada a outros países, a taxa de mortalidade brasileira por suicídio é considerada baixa, mas o país ocupa a nona posição quando se considera o número absoluto de mortes consequentes de suicídio³.

Entre 1980 e 2006, foram registrados, no Brasil, 158.952 casos de suicídio na população acima de 10 anos de idade. Nesse período, a taxa de suicídio cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100 mil habitantes. As taxas mais altas foram encontradas entre os idosos acima de 65 anos, mas o maior crescimento do número absoluto de suicídios foi observado na faixa etária de 15 e 24 anos. Proporcionalmente, os suicídios representaram 0,8% do total de óbitos dos brasileiros e 6,6% das mortes por causas externas^{4,5}.

Com relação ao gênero, os homens se suicidaram de 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres. Entre os homens, a taxa de suicídio teve um aumento de 40% (de 4,6, em 1980, para 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, em 2000), enquanto entre as mulheres observou-se uma redução de 20% (de 2 para 1,6 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período)⁵.

De forma geral, os homens cometem mais suicídio e utilizam métodos com alto grau de letalidade, como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio e o método mais usado é a ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas⁶⁻⁸.

O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas. Entre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, estima-se que de 30 a 60% tentaram previamente e de 10 a 25% tentarão novamente no prazo de um ano¹. Em estudo realizado por um dos autores, 90% das mortes por suicídio ocorreram no período de 24 meses depois da tentativa, sendo que 60% dos pacientes morreram no primeiro ano que se seguiu à tentativa-índice⁹.

O conhecimento das taxas de incidência de suicídio e de tentativas de suicídio nas diversas populações, além dos fatores

considerados de risco, possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise. Para tanto, é necessário realizar estudos descritivos e analíticos para se conhecer as características epidemiológicas de cada região com relação aos suicídios e as tentativas¹⁰.

Pesquisa recente sobre taxas de suicídio em municípios brasileiros apontou a cidade de Barbacena, Minas Gerais, com coeficiente médio de 8,8 óbitos por 100 mil habitantes, o 4º maior coeficiente em cidades da Região Sudeste com população entre 100 e 200 mil habitantes¹¹. Outro dado significativo é que o número de suicídios na microrregião de Barbacena é 25% maior que o número de homicídios⁴, ao contrário do observado na maioria das outras regiões do Estado de Minas Gerais

Com base nessas observações e na relevância do tema, este trabalho objetivou: 1) verificar as taxas de mortalidade por suicídio na microrregião de Barbacena, no período de 1997 a 2012; 2) analisar a distribuição e a tendência temporal dos coeficientes de mortalidade por suicídio no mesmo período; 3) descrever as características epidemiológicas dos suicídios, de acordo com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça e método utilizado.

METODOLOGIA

Local do estudo

Trata-se de estudo transversal no qual se realizou uma análise dos dados referentes à mortalidade por suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais. Essa área é composta por 15 municípios e compreende uma população aproximada de 230.000 habitantes, sendo 51% do sexo feminino. A pesquisa teve caráter censitário, utilizando dados de mortalidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS)⁴, incluindo todos os indivíduos de ambos os sexos a partir da idade de 10 anos. Barbacena é a cidade polo da região e dispõe de ampla estrutura de saúde mental, com uma rede composta por 4 hospitais psiquiátricos, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 ambulatórios, 2 centros de convivência e 25 residências terapêuticas.

Procedimentos

Para estudar a mortalidade, a fonte de dados adotada foi o SIM/DATASUS⁴. O período considerado no levantamento dos dados compreendeu os anos de 1997 a 2012. Foram estudadas as seguintes características e indicadores: a) sexo, idade, estado civil, escolaridade e raça; b) taxa de mortalidade geral;

c) mortalidade proporcional por grupo de causas; d) coeficiente de mortalidade específico por causas externas e por suicídio; e) coeficiente de mortalidade específico por sexo; f) descrição dos meios empregados para o suicídio.

As faixas etárias, em anos completos, foram descritas conforme a especificação do DATASUS e agrupadas como se segue: a) 10 a 19; b) 20 a 29; c) 30 a 39; d) 40 a 49; e) 50 a 59; f) 60 a 69; g) 70 ou mais. Para o período considerado neste estudo, foram utilizadas as categorias diagnósticas compreendidas entre X60 e X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹².

Análise estatística

Os dados foram analisados em termos de frequências simples absoluta (números absolutos) e relativa (proporções, razão e taxas). Para o cálculo das taxas de mortalidade (geral e proporcional), foi considerado como numerador o número de mortes e como denominador a população dos censos e das contagens populacionais realizadas a partir de 1996. Para os demais anos, foram utilizadas as estimativas populacionais intercensitárias de 1º de julho, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do referido ano. Para verificação da tendência dos óbitos por suicídio no período analisado, adotou-se o modelo de regressão linear simples. Os dados foram colhidos em formulário próprio, criado para tal finalidade pelos pesquisadores, e digitados em planilhas no programa *Excel*. A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

Questões éticas

Os autores cumpriram os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos, de Barbacena (MG) (protocolo nº 726/2010).

RESULTADOS

Nos 15 municípios que constituem a microrregião de Barbacena ocorreram 24.294 óbitos no período de 1997 a 2012, sendo 1.847 por causas externas e 241 por suicídio. As mortes por suicídio corresponderam a 13,0% das mortes por causas externas e, aproximadamente, a 1,0% da mortalidade geral.

As mortes de indivíduos do sexo masculino corresponderam a 80,1% do total de suicídios. Entre os homens, o maior percentual de óbitos ocorreu no grupo etário de 30–39 anos

(26,4%), seguido pelos indivíduos na faixa etária de 20–29 e 40–49 anos, ambos com (21,8%), compreendendo mais de 70,0% de todos os óbitos masculinos. Entre as mulheres, ocorreram mais óbitos na faixa etária dos 40–49 anos (29,2%) e 30–39 anos (27,1%).

Tanto para os homens quanto para as mulheres os óbitos predominaram nas pessoas solteiras (45,6%) e nas da raça branca (72,6%). O local de ocorrência mais comum foi o domicílio, registrando 47,7% dos casos. Em relação ao grau de instrução, não foi possível obter informações para a maioria dos casos de suicídio.

Em ambos os sexos e em todas as faixas etárias o método mais empregado para consumar o suicídio foi o enforcamento, responsável por 51,0% das mortes, seguido por ingestão de pesticidas e uso de arma de fogo. Os dados referentes às características da amostra e aos métodos utilizados são apresentados na Tabela 1.

Entre os homens, o enforcamento foi o método empregado em 58,5% na execução do suicídio, seguido por uso de pesticidas e arma de fogo, ambos com 11,9%. Já entre as mulheres, as mortes por enforcamento e por atear fogo no próprio corpo foram as mais frequentes, ambas com 20,8%.

Os coeficientes anuais de mortalidade por suicídio variaram de 2,9, em 1998, a 11,1 mortes por 100 mil habitantes, em 2008. O coeficiente médio no período foi de 6,9 óbitos por 100 mil habitantes. Entre os homens, o coeficiente médio de mortalidade foi de 11,2 óbitos por 100 mil, variando de 4,9 a 19,6; entre as mulheres, o coeficiente foi de 2,5 por 100 mil, com variação de 0,0 a 5,2, indicando uma razão homem/mulher de 4,5:1. Esses dados são apresentados na Tabela 2. Os dados relativos aos diversos grupos etários são apresentados no Gráfico 1, no qual é possível observar tendência de crescimento para todas as faixas etárias consideradas no presente estudo.

A Tabela 3 apresenta a tendência linear para as taxas de mortalidade por suicídio em ambos os sexos na série histórica. O coeficiente de determinação (R^2), mesmo não sendo elevado, indicou tendência crescente e estatisticamente significativa para o sexo masculino e para a taxa global de suicídio na região analisada. Para o sexo feminino também foi observada tendência crescente, apesar de não ter se mostrado significativa. Com relação à idade, verificou-se tendência crescente apenas para o grupo dos jovens de 10 a 19 anos.

DISCUSSÃO

O coeficiente médio verificado na microrregião de Barbacena, no período de 15 anos, foi superior ao observado no Brasil e em Minas Gerais, que se situa em torno de 5 óbitos por 100 mil habitantes. Especificamente no ano de 2008, a microrregião de Barbacena apresentou taxa de 11,1 mortes

por suicídio/100 mil habitantes, mais que o dobro dos coeficientes estadual e nacional.

Diekstra e Gulbinat¹³ classificaram a mortalidade por suicídio como baixa, média, alta e muito alta quando os coeficientes são, respectivamente, menores que 5 óbitos/100 mil habitantes, entre 5 e menos de 15 óbitos/100 mil habitantes, entre 15 e menos de 30 óbitos/100 mil habitantes e de 30 ou

mais óbitos/100 mil habitantes. Esta última categoria é observada somente em alguns países de Ásia e Europa, como a Hungria, Finlândia e Japão¹⁴. Segundo esse critério, a taxa de mortalidade por suicídio na microrregião de Barbacena é classificada como média.

Nos últimos anos, a descrição do perfil epidemiológico do suicídio aponta para diferenças entre as cinco Regiões brasileiras.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com o sexo, variáveis sociodemográficas e métodos utilizados em casos de suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, 1997–2012

| Variáveis | Número de óbitos | | Total n (%) |
|-------------------------------|------------------|-----------|----------------|
| | Masculino | Feminino | |
| | n (%) | n (%) | |
| | 193 (80,1) | 48 (19,9) | 241 (100) |
| Idade (anos) | | | |
| 10–19 | 10 (5,2) | 6 (12,5) | 16 (6,6) |
| 20–29 | 42 (21,8) | 8 (16,7) | 50 (20,7) |
| 30–39 | 51 (26,4) | 13 (27,1) | 64 (26,5) |
| 40–49 | 42 (21,8) | 14 (29,2) | 56 (23,2) |
| 50–59 | 27 (13,9) | 1 (2,1) | 28 (11,6) |
| 60–69 | 10 (5,2) | 4 (8,3) | 14 (5,8) |
| Maior que 70 | 11 (5,7) | 2 (4,2) | 13 (5,4) |
| Raça | | | |
| Branca | 141 (73,1) | 34 (70,8) | 175 (72,6) |
| Parda | 31 (16,1) | 9 (18,8) | 40 (16,6) |
| Preta | 18 (9,3) | 4 (8,3) | 22 (9,1) |
| Ignorada | 3 (1,5) | 1 (2,1) | 4 (1,7) |
| Estado civil | | | |
| Solteiro | 90 (46,6) | 20 (41,7) | 110 (45,6) |
| Casado | 78 (40,4) | 19 (39,6) | 97 (40,2) |
| Separado | 17 (8,8) | 2 (4,2) | 19 (7,9) |
| Viúvo | 5 (2,6) | 6 (12,5) | 11 (4,6) |
| Não informado | 3 (1,5) | 1 (2,1) | 4 (1,7) |
| Método | | | |
| Enforcamento | 113 (58,5) | 10 (20,8) | 123 (51,0) |
| Intoxicação por pesticidas | 23 (11,9) | 8 (16,7) | 31 (12,8) |
| Uso de arma de fogo | 23 (11,9) | 3 (6,3) | 26 (10,8) |
| Intoxicação por medicamentos | 10 (5,2) | 8 (16,7) | 18 (7,5) |
| Precipitação de local elevado | 6 (3,1) | 2 (4,2) | 8 (3,3) |
| Uso de objeto cortante | 5 (2,6) | 1 (2,1) | 6 (2,5) |
| Afogamento | 3 (1,5) | 4 (8,3) | 7 (2,9) |
| Atear fogo em si próprio | 2 (1,0) | 10 (20,8) | 12 (4,9) |
| Outros | 8 (4,1) | 2 (4,2) | 10 (4,1) |
| Local de ocorrência do óbito | | | |
| Domicílio | 97 (50,3) | 18 (37,5) | 115 (47,7) |
| Hospitais | 42 (21,8) | 23 (47,9) | 65 (27,0) |
| Vias públicas | 13 (6,7) | 3 (6,3) | 16 (6,6) |
| Não informado | 41 (21,2) | 4 (8,3) | 45 (18,7) |

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2013.

Tabela 2. Coeficientes anuais de mortalidade por suicídio segundo o sexo, microrregião de Barbacena, Minas Gerais, 1997–2012 (óbitos por 100 mil habitantes)

| Ano | Masculino | Feminino | Total |
|------|-----------|----------|-------|
| 1997 | 5,9 | 1,9 | 3,9 |
| 1998 | 4,9 | 0,9 | 2,9 |
| 1999 | 13,6 | 1,0 | 7,3 |
| 2000 | 9,6 | 3,7 | 6,7 |
| 2001 | 9,5 | 3,7 | 6,6 |
| 2002 | 9,4 | 1,8 | 5,6 |
| 2003 | 6,6 | 1,8 | 4,2 |
| 2004 | 15,8 | 1,8 | 8,8 |
| 2005 | 6,4 | 0,9 | 3,7 |
| 2006 | 16,3 | 4,4 | 10,4 |
| 2007 | 12,6 | 1,7 | 7,2 |
| 2008 | 19,6 | 2,6 | 11,1 |
| 2009 | 11,5 | 2,6 | 7,1 |
| 2010 | 8,2 | – | 4,1 |
| 2011 | 12,7 | 5,2 | 9,0 |
| 2012 | 16,2 | 4,3 | 10,3 |

Os índices mais altos foram observados nas Regiões Sul e Centro-Oeste (média de 9,3 e 6,1 óbitos/100 mil habitantes, respectivamente)^{5,6,15}. As taxas mais baixas foram verificadas nas Regiões Norte e Nordeste (média de 3,4 e 2,7/100 mil habitantes).

Os Estados com as taxas mais baixas (menor que 2 mortes/100 mil habitantes) foram Maranhão, Bahia e Pará. O Estado de Minas Gerais apresentou, em 2004, coeficiente de 4,8 mortes por 100 mil habitantes^{5,16}.

Nas capitais dos Estados, as proporções e as taxas de suicídio observadas também exibem diferenças. No período de 1980 a 2006, as maiores taxas foram observadas em Boa Vista (7,6 mortes/100 mil habitantes), Porto Alegre (7,3 mortes/100 mil habitantes) e Florianópolis (6,5 mortes/100 mil habitantes). Em Belo Horizonte, o coeficiente foi de 4,7/100 mil habitantes⁵.

No interior, Marín-León e Barros¹⁷ analisaram as taxas de suicídio entre os anos de 1976 e 2001 na cidade de Campinas (SP) e descreveram taxa de suicídio inferior a 5 óbitos por 100 mil habitantes. Em Maringá (PR), Grossi e Vansan¹⁸ encontraram coeficiente médio anual de 4,2 suicídios por 100 mil habitantes.

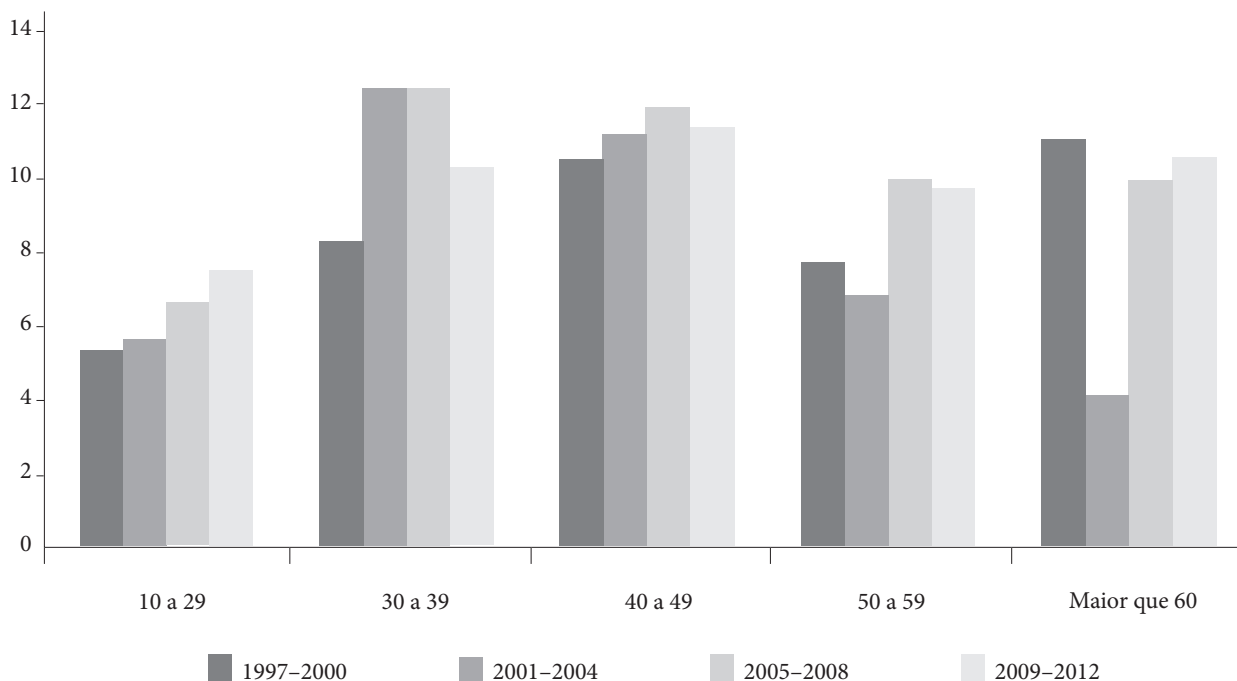


Gráfico 1. Coeficientes anuais de mortalidade por suicídio segundo grupos etários, em anos, microrregião de Barbacena, Minas Gerais, 1997–2012 (óbitos por 100 mil habitantes)

Tabela 3. Equações de tendência linear para as taxas de mortalidade por suicídio, microrregião de Barbacena, Minas Gerais, 1997–2012

| Sexo | Modelo | R ² | Valor p | Tendência |
|-----------|---------------|----------------|---------|-----------|
| Masculino | Y=0,470+7,175 | 0,267 | 0,041 | Crescente |
| Feminino | Y=0,100+1,545 | 0,105 | 0,216 | Crescente |
| Total | Y=0,287+4,370 | 0,277 | 0,039 | Crescente |

No Extremo Oeste de Santa Catarina, o coeficiente médio foi de 10 casos para cada 100 mil habitantes¹⁹.

Em Minas Gerais, Souza et al.²⁰ avaliaram o impacto do suicídio na mortalidade geral e por causas externas na cidade de Itabira no período de 1990 a 2001, verificando taxas de mortalidade por suicídio variando de 3,5 a 8,2 casos por 100 mil habitantes. No período de 2005 a 2007, os municípios de Guaxupé, Itaúna e Curvelo exibiram as maiores taxas de mortalidade por suicídio do Estado, variando de 13,5 a 15,2/100 mil habitantes³. No período de 2000 a 2004, o município de Luz apresentou uma das maiores taxas de mortalidade por suicídio do Estado, com média de 22,6 suicídios/100 mil habitantes, a maioria associada ao uso de agrotóxicos²¹.

A microrregião estudada apresentou sobremortalidade masculina significativa e esta característica parece refletir um perfil nacional^{6,17,22,23}. A menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida²³. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam nas redes de apoio social. Em relação aos homens, estes desempenham comportamentos que predispõem ao suicídio, incluindo: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. São também mais sensíveis a instabilidades econômicas, como desemprego e empobrecimento, fatores que podem levar ao suicídio².

Com relação à distribuição etária, em ambos os sexos prevaleceram as mortes entre os adultos. Entre os homens, o risco de morrer por suicídio foi maior para aqueles na faixa etária de 30 e 39 anos e, entre as mulheres, o maior risco foi entre 40 e 49 anos. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, com predomínio de mortes no adulto de meia-idade em ambos os sexos^{2,17,23}.

No período estudado, observou-se que o enforcamento foi o método mais utilizado para efetuar o suicídio, responsável por cerca da metade das mortes, coincidindo com o observado em outros trabalhos^{17,23}. De forma geral, tanto o enforcamento como o uso de arma de fogo são os métodos mais utilizados pelos brasileiros para a sua autoeliminação^{2,24}.

No presente estudo, a intoxicação por pesticidas foi o segundo método mais utilizado, seguido de perto pelo uso de arma de fogo. É provável que a vocação agrícola da região, ao facilitar a disponibilidade e manipulação de agrotóxicos, contribua para a escolha desse método. Porém, a pequena diferença observada no número de óbitos devido a cada um dos dois métodos utilizados limita essa conclusão. Por outro lado, mesmo a literatura apontando que pessoas ligadas à ocupação agropecuária apresentam maiores coeficientes de

mortalidade por suicídio²³, ainda não foram realizados estudos específicos sobre tal associação na região, o que seria fundamental para estabelecer estratégias preventivas nas populações expostas.

Com relação à mortalidade proporcional na microrregião, observou-se elevada quantidade de óbitos por suicídio em relação à mortalidade por causas externas, bem superior ao valor observado em Minas Gerais e no Brasil. No Brasil, os suicídios representam 0,8% do total de óbitos e 6,6% das mortes por causas externas. Em Minas Gerais, a proporção é de 1,1% e 9,0%, respectivamente⁴.

Dada a oferta de serviços de saúde mental existentes na região, eram esperados coeficientes mais baixos de suicídio. Duas possibilidades são consideradas, a primeira seriam deficiências na detecção e encaminhamento de casos de depressão ou de risco para suicídio pelos profissionais da atenção básica. A segunda estaria relacionada à dificuldade de acesso aos serviços especializados. Em trabalho contemplando o período de 2006 a 2012, verificou-se que apenas 28,6% dos pacientes que cometeram suicídio foram atendidos previamente no CAPS do município de Barbacena²⁵. Em outro estudo, evidenciou-se que, dos pacientes que haviam tentado suicídio, somente 1,0% foi atendido no referido serviço²⁶.

A utilização de dados obtidos do SIM apresenta desvantagens e limitações metodológicas, como o viés de informação, por exemplo. No caso específico das causas externas, existe subnotificação ou preenchimento inadequado das declarações de óbito. Mesmo que a legislação brasileira determine que nas mortes suspeitas ou decorrentes de causas externas a declaração de óbito seja fornecida sempre por perito após necropsia, os médicos legistas costumam colocar no atestado somente a natureza da lesão, negligenciando o aspecto relativo ao tipo de causa externa. Casos suspeitos de suicídio podem ter sido registrados como mortes acidentais por envenenamento ou por outras causas externas de mortalidade. No entanto, embora a qualidade das informações do SIM ainda seja controversa, observa-se crescente ampliação da sua cobertura e confiabilidade^{9,27}. O problema da subnotificação e registro das mortes por suicídio não se restringe ao sistema brasileiro de informação sobre mortalidade. Uma meta-análise publicada recentemente e englobando estudos europeus aponta para a baixa confiabilidade das estatísticas sobre as mortes por suicídio²⁸.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a taxa de mortalidade por suicídio foi expressiva na microrregião

de Barbacena, apontando para a necessidade de formulação de estratégias preventivas e terapêuticas, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde para a prevenção do suicídio²⁹. A prevenção do suicídio não é tarefa fácil e requer ações que considerem aspectos médicos, sociais, psicológicos, familiares, culturais, religiosos e econômicos.

Mais estudos devem ser realizados na região, procurando identificar os fatores associados à ocorrência do suicídio e, principalmente, analisar criticamente o funcionamento da rede assistencial de saúde. Tais estudos poderiam auxiliar na identificação precoce do risco e a consequente intervenção, as quais, certamente, teriam impacto na redução das taxas de suicídio.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviors [Internet]. Geneva; 2002. [cited 2009 Jan 20] Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf
- Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-39.
- Botega N, Cais CFS, Correa H, Segal J, Carvalho JA, Bertolote JM, et al. Comportamento Suicida: conhecer pra prevenir dirigido para profissionais de imprensa. São Paulo: Editora ABP; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Sistema de Informações sobre Mortalidade. [cited 2010 Sep 10] Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
- Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl. 2):S86-S93.
- Meleiro AMAS, Teng CT. Fatores de risco de suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Yuan PW. Suicídio Estudos Fundamentais. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda; 2004. p.109-132.
- Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J Bras Psiquiatr. 2005;54(2):146-54.
- Nicolato R, Perez S, Correa H. Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. In: Perez S, Correa H. Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 103-14.
- Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública. 2013;29(1):175-87.
- Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad Saúde Colet. 2013;21(2):108-14.
- Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. Rev Panam Salud Publica. 2012;32(5):351-9.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993.
- Diekstra RE, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. World Health Stat Q. 1993;46(1):52-68.
- Volpe FM, Correa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Correa H, Perez S. Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 11-27.
- D'Oliveira CFA. Perfil epidemiológico dos suicídios. Brasil e regiões, 1996 a 2002 [Internet]. Ministério da Saúde; 2005. [cited 2009 Jan 15] Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>
- Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(2):407-16.
- Marin-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública. 2003;37(3):357-63.
- Grossi R, Vassan GA. Mortalidade por suicídio no município de Maringá, Paraná. J Bras Psiquiatr. 2002;51(2):101-11.
- Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008;30(2):115-23.
- Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;11(Suppl):1333-42.
- Meyer TN, Resende ILC, Abreu JC. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. Rev Bras Saúde Ocup. 2007;32(116):24-30.
- Parente ACM, Soares RB, Araújo ARE, Cavalcante IS, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):377-81.
- Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública. 2004;38(6):804-10.
- Santos SA, Legay LF, Lovisi GM. Substâncias tóxicas e tentativas de suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. Cad Saúde Colet. 2013;21(1):53-61.
- Vidal CEL, Vidal LMV, Suguino M. Suicídio e uso de substâncias psicoativas. Pôster submetido ao I Congresso Ibero-Brasileiro de Patologia Dual; 2014 Mar 06-08; Coimbra.
- Mangualde AAS, Botelho CC, Soares MR, Costa JF, Junqueira ACM, Vidal CEL. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Mental. 2013;10(19):235-48.
- Drumond EF, Machado CJ, Vasconcelos MR, França E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. Rev Bras Est Pop. 2009;26(1):7-19.
- Tollefsen IM, Hem E, Ekeberg O. The reliability of suicide statistics: a systematic review. BMC Psychiatry. 2012, 12(1):9
- Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [cited 2012 Mar 10] Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

Recebido em: 26/01/2014
Aprovado em: 08/05/2014