

INVESTIGAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SUICÍDIO E FATORES ASSOCIADOS NO BRASIL EM 2011 ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE.

**LUIS HENRIQUE DA SILVA ROCKENBACH¹; NICOLE ROMMEL NUNES²;
MATHEUS BERNARDON MORILLOS³; GUSTAVO FIORENTIN BISCAIA⁴;
MARIANA MOTTA GOMES⁵; ELAINE TOMASI⁶**

¹Universidade Federal de Pelotas – luish.1893@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – nicolerommelnunes@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – matheus_907@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – gustavo.f.biscaia@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – marimgomes@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – tomasiet@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A palavra suicídio deriva do latim *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), sendo utilizada pela primeira vez em 1737¹. Desde a antiga sociedade grega até hoje, a concepção de suicídio e de vida e morte vem mudando continuamente. Com a criação da “polis” e do conceito de “cidade-estado” na Grécia pré-Cristã, o cidadão passou a não ter direito de decidir sobre sua própria vida, sendo então o suicídio considerado como uma transgressão. Apesar disso, na maioria das épocas o suicídio era bem visto, principalmente em tempos de batalhas e guerras, onde se suicidar era um ato de coragem perante sua nação².

No monoteísmo, englobando religiões como cristianismo, judaísmo e islamismo, a vida é considerada um dom divino, sendo o suicídio um ato não merecedor de rituais sagrados, como o velório. Posteriormente, nos séculos XVII e XVIII, surgem os estudos de Durkheim, nos quais ele conclui que o suicídio é um fenômeno social, não podendo ser avaliado somente pelo aspecto individual. Nesses estudos, a definição de suicídio como “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” foi proposta. A partir do século XX, o suicídio passa a ser objeto de estudo da psiquiatria, passando a ser indício de doença mental. Além disso, os códigos penais dos países deixam de considerar o suicídio como crime. O último país a abolir a criminalização foi a Inglaterra, em 1961².

Considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um problema de saúde pública, o suicídio atinge, aproximadamente, quase um milhão de pessoas por ano e, nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram em torno de 60%. Com isso, houve a criação do Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, no dia 10 de setembro¹.

2. METODOLOGIA

O principal desfecho do presente estudo é o número de suicídios no Brasil no ano de 2011 utilizando dados secundários oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O desfecho foi definido como a variável coletada na linha “d” da parte I do campo 40 da declaração de óbito utilizada. Essa variável se refere à causa básica de morte, e seus valores devem estar em conformidade com a 10ª

revisão da Classificação Internacional de Doenças, sendo utilizadas as categorias X60.0 a X84.9 como referentes à suicídio.

Com base na disponibilidade de variáveis e na revisão de literatura realizada, foram utilizadas variáveis por nível de determinação:

- Determinantes demográficos coletivos

a) Macrorregião de ocorrência do óbito: Variável coletada no campo 26 de declaração de óbito que pode ter os valores “Sul”, “Sudeste”, “Centro-Oeste”, “Norte” ou “Nordeste”.

- Determinantes demográficos individuais

b) Sexo: Variável coletada no campo 10 da declaração de óbito que pode assumir os valores “Masculino”, “Feminino” ou “Ignorado” (somente em casos especiais como cadáveres mutilados e/ou em estado avançado de decomposição, além de genitália indefinida ou hermafroditismo).

c) Idade: Variável coletada no campo 9 da declaração de óbito, sendo que seu preenchimento varia conforme a idade (conhecida ou presumida) do falecido. Considerando que, nesse trabalho, as idades ao morrer serão maiores do que um, a variável está na forma de anos de idade completos.

d) Cor da pele: Variável coletada no campo 11 da declaração de óbito que pode assumir os valores “Branca”, “Preta”, “Amarela”, “Parda” ou “Indígena”.

e) Estado civil: Variável coletada no campo 12 da declaração de óbito que pode assumir os valores “Solteiro”, “Casado”, “Viúvo”, “Separado Judicialmente/Divorciado”, “União Estável” ou “Ignorado”.

- Determinantes socioeconômicos

f) Escolaridade: Variável coletada no campo 13 da declaração de óbito que pode assumir os valores “Sem escolaridade”, “Fundamental I (1ª a 4ª série)”, “Fundamental II (5ª a 8ª série)”, “Médio”, “Superior incompleto”, “Superior completo” ou “Ignorado”.

g) Ocupação: Variável coletada no campo 14 da declaração de óbito. Deve ser preenchida com o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (2002).

As análises estatísticas serão realizadas no programa Stata, versão 12.1. Será realizada uma análise descritiva da amostra conforme as variáveis em estudo, estratificando por sexo. A seguir, os dados da projeção intercensitária de 2011 (disponibilizados pelo IBGE) serão utilizados para definir o denominador das taxas de mortalidade por suicídio em 2011 ($\frac{\text{número de suicídios}}{\text{população residente}} \times 100.000$), cuja associação com os determinantes disponíveis nos dois bancos de dados será avaliada. A razão de mortalidade ($\frac{\text{número de suicídios}}{\text{número de óbitos}} \times 100.000$) por suicídio em 2011 (excluindo óbitos não-fetais do denominador) também será calculada, bem como sua associação com os determinantes selecionados. As análises de associação serão realizadas através de análises bivariadas utilizando o teste do Chi-quadrado ($\alpha = 0,05$, definido a priori).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade encontrada em nosso estudo é quatro vezes maior em homens do que em mulheres. Essa proporção está de acordo com a literatura, a

qual mostrou que no período de 1980 a 2006, 77% dos casos de suicídios foram em homens⁴. Esse fato pode ser atribuído devido ao fato de homens possuírem características de agressividade, maior prevalência de alcoolismo e acesso a armas de fogo, além de buscar menos ajuda quando estão em crise depressivas⁵.

A maior parcela do contingente de óbitos por suicídios (38%) está na faixa etária entre 18 e 34 anos, enquanto a maior taxa de mortalidade por suicídio situa-se em pessoas maiores de 35 anos. Esses dados convergem com os encontrados na literatura, visto que 34% dos suicídios ocorreram no intervalo de 20 a 29 anos e as maiores taxas de mortalidade por suicídio foram em pessoas com mais de 50 anos⁴. A alta taxa de mortalidade por suicídio em pessoas mais velhas foi explicada em um estudo que afirmou ser a principal razão do suicídio nos idosos a perda de status que o emprego ou ocupação proporcionava, criando uma sensação de ausência de lugar social que o recolhimento não consegue preencher^{3, 5}.

A taxa de mortalidade por suicídio de 8% obtida na macrorregião sul converge com a literatura, a qual colocou essa região em primeiro lugar nesse quesito⁴. Esses números podem ser explicados pela influência da colonização europeia nesses estados, visto que os países europeus apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio do que o Brasil, pela alta proporção de pessoas idosas e pela grande exposição a pesticidas dos trabalhadores rurais que podem levar a distúrbios neurológicos como a depressão^{4, 5}.

Em relação à cor da pele, a maioria dos indivíduos que se suicidaram era de cor branca (53%). Na literatura, encontramos alguns estudos que apontam a cor branca sendo a mais comum em suicidas. No entanto, não há explicação para tal causa⁶. Já o alto valor para razão de mortalidade em indígenas indica relação com a grande desintegração cultural, marginalização e abuso do álcool das tribos da atualidade⁴.

No que diz respeito ao estado civil, obteve-se maior parcela de óbitos por suicídios em solteiros (55%), independente do sexo. Esses dados são corroborados pela literatura, onde os solteiros também são a classe com mais suicidas⁴. Esse alto valor destaca a relevância do isolamento social no suicídio. Em mulheres casadas, a porcentagem de suicídio é o dobro do que em homens casados. Essa maior prevalência pode ser explicada de acordo com um estudo realizado com 100 mulheres que sofreram agressão pelos seus maridos, que mostrou que 72% foram diagnosticadas com depressão e 38% pensaram em suicídio. É um dado de extrema importância, pois outro estudo evidencia que 33% das mulheres admitem já ter sido vítima de agressão em algum momento de sua vida^{7, 8}.

Quanto à escolaridade, cerca de 31% dos suicidas apresenta nível médio. Na literatura, encontramos que a maior parcela dos óbitos por suicídio é em indivíduos com pouca educação formal (38%)⁴.

Os indivíduos ocupantes do grupo C, que inclui trabalhadores de nível de competência 2 (trabalhadores de serviços administrativos; dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; agropecuários, florestais, da caça e pesca; da produção de bens e serviços industriais; da produção de bens e serviços industriais; de manutenção e reparação), são os que apresentaram maior taxa de suicídio, 86%. Já a maior razão de mortalidade foi observada em pessoas do grupo A, que inclui trabalhadores de forças armadas, policiais e bombeiros. Não foram localizados dados que corroborem os achados na literatura. Porém, postulamos a hipótese de que o maior número de suicídio ocorre no grupo C por abranger a maior variedade de profissões. O fato de a maior razão de mortalidade ser no grupo A, pode ser o resultado da pressão exercida no indivíduo pela profissão.

Tendo em vista que os dados deste estudo são secundários e derivados do SIM do Ministério da Saúde, nossa principal limitação são os dados subestimados. O IBGE afirma que mais de 15% dos óbitos não são registrados. Além disso, é comum o atestado de óbito registrar o tipo de lesão que a pessoa sofreu ao morrer, deixando de registrar a circunstância que ocasionou essa lesão. Assim, no caso de mortes por causas externas, em torno de 10% delas, fica-se sem saber se as mortes foram por homicídio, suicídio ou acidente.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se, então, que numa frequência muito maior do que se imagina, o suicídio é um problema de saúde pública. A identificação precoce de transtornos mentais, que têm como complicação mais grave o risco de suicídio, e o correto encaminhamento podem ajudar a prevenir essa fatalidade. Atualmente, a vida contemporânea pode contribuir para o aumento da mortalidade por suicídio, pois existem vários fatores relacionados como a violência ou a falta de expectativa de vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toro GVR, Nucci NAG, de Toledo TB, de Oliveira AEG, Prebianchi HB. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*. 2013; 19(3): 407-21.
2. Ribeiro DM. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. E-GOV. 2006: Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/suic%C3%ADdio-crit%C3%A9rios-cient%C3%ADficos-e-legais-de-an%C3%A1lise>.
3. Minayo MC, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(10): 2665-74.
4. 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 Suppl 2: S86-94.
5. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(6): 804-10.
6. Filho WM, Mezzaroba L, Turini CA, Koike A, Junior AM, Shibayama EEM, et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolesc Latinoam*. 2002; 3(2): 0-.v
7. Adeodato VG, Carvalho Rdos R, de Siqueira VR, de Matos e Souza FG. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(1): 108-13.
8. Almeida O, Dratcu L, Laranjeira R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 1996.9. Vidal CE, Gontijo EC, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(1): 175-87.