



ARTIGO ORIGINAL

DIFERENÇAS MACRORREGIONAIS DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

MACRO-REGIONAL DIFFERENCES IN MORTALITY BY SUICIDE: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS

DIFERENCIAS MACRORREGIONALES EN LA MORTALIDAD POR SUICIDIO: UN ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Nadja Cristiane Lappann Botti¹, Isabela Rodrigues Mesquita², Maria Luísa Nogueira Benjamim³

RESUMO

Objetivo: analisar epidemiologicamente as mortes por suicídio nas macrorregiões de Minas Gerais no quadriênio 2006-2009. **Método:** estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo baseado em dados secundários. Foram incluídos os óbitos de residentes em Minas Gerais/MG, entre 2006 e 2009, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Resultados:** o Estado apresenta taxa média de suicídio, porém sua distribuição não é homogênea entre as macrorregiões. Verifica-se maior ocorrência de suicídio entre os homens e maior concentração dessas taxas, para ambos os sexos, no Oeste, Noroeste e Triângulo do Sul do Estado. Os indivíduos entre 20 e 49 anos corresponderam a 67,42% do total de suicídios no Estado. O enforcamento é o método mais utilizado de perpetração do suicídio em todas as macrorregiões do Estado. **Conclusão:** a distribuição dos casos de suicídio possibilitou a identificação de áreas de risco nas macrorregiões de Minas Gerais. **Descritores:** Suicídio; Violência; Estudos Epidemiológicos; Coeficiente de Mortalidade.

ABSTRACT

Objective: analyzing, through an epidemiological perspective, suicide deaths in the macro-regions of Minas Gerais in the quadrennium 2006-2009. **Method:** a descriptive and retrospective epidemiological study based on secondary data. There were included deaths of residents in Minas Gerais/MG, between 2006 and 2009, recorded in the Mortality Information System. **Results:** the State shows an average suicide rate, but its distribution is not homogeneous among regions. There is a higher incidence of suicide among men and higher concentration of these rates for both sexes in the West, Northwest and Triângulo do Sul of the State. Individuals between 20 and 49 years old accounted for 67,42% of total suicides in the State. Hanging is the most common method of committing suicide in all geographical regions of the State. **Conclusion:** the distribution of suicide cases allowed the identification of risk areas in the macro-regions of Minas Gerais. **Descriptors:** Suicide; Violence; Epidemiologic Studies; Mortality Rate.

RESUMEN

Objetivo: analizar las muertes por suicidio epidemiologicamente en las macroregiones de Minas Gerais en el cuatrienio 2006-2009. **Método:** es un estudio epidemiológico descriptivo y retrospectivo basado en datos secundarios. Se incluyeron las muertes de residentes en Minas Gerais/MG entre 2006 y 2009, registradas en el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad. **Resultados:** el Estado tiene una tasa de suicidio, pero su distribución no es homogénea entre las regiones. Hay una mayor incidencia de suicidio entre los hombres y la mayor concentración de estas tasas para ambos sexos en el Oeste, Noroeste y Triángulo del Sur del Estado. Las personas entre 20 y 49 años representaron el 67,42% del total de suicidios en el Estado. Colgante es el método más común de suicidio en todas las macroregiones del Estado. **Conclusión:** La distribución de los casos de suicidio permitió la identificación de zonas de riesgo en las macroregiones de Minas Gerais. **Descritores:** Suicidio; Violencia; Los Estudios Epidemiológicos; Tasa de Mortalidad.

¹Enfermeira, Psicóloga, Professora Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br; ²Acadêmica, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São João Del Rei. Bolsista de Iniciação Científica. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: isabela.mesquita@hotmail.com; ³Acadêmica, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São João Del Rei. Bolsista de Iniciação Científica. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: maria_luisanr@hotmail.com



INTRODUÇÃO

A intenção de morrer é o elemento chave que guarda referência direta com a violência, por isso, o suicídio é categorizado como “causa externa” na Classificação Internacional de Doenças (CID), rubrica inclui as formas de violências e acidentes. O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de óbito para todas as pessoas maiores de 5 anos de idade. Em todos os países onde há informações fidedignas sobre a mortalidade, esse fenômeno encontra-se entre as três principais causas de morte para as pessoas de ambos os sexos com idade entre os 15 aos 34 anos. Neste sentido, o suicídio é entendido como importante problema de saúde pública de caráter endêmico.¹

Seus impactos, para o setor de saúde, não contabilizam apenas as mortes provocadas por essa violência autoinfligida, pois também convergem os danos, as lesões e os traumas relacionados.² Dados epidemiológicos mundiais apontam que em 2020, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas morrerão por suicídio sendo um número de 10 a 20 vezes maior de tentativas. Este cenário representa uma morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa a cada 1 a 2 segundos.³ As mortes resultantes do suicídio devem ser destacadas, especialmente, quando considera-se os impactos sociais e familiares. Para cada óbito há, em média, cinco ou seis pessoas próximas que sofrem sérias consequências emocionais, sociais e econômicas, resultando em 1,4% do ônus global ocasionado por doenças.¹ Por trás do ato suicida existe complexa rede de fatores que foram interagindo ao longo da vida da pessoa, de formas variadas e peculiares. Dessa complexidade fazem parte fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, históricos e culturais conhecidos por fatores desencadeantes que se juntam a outros que aparentemente estimularam o desenlace.⁴

O Brasil apresenta taxa geral de suicídio considerada baixa quando comparado a outros países (71º lugar), porém ocupa o 9º lugar na lista de países líderes em termos absolutos de mortes por suicídio.¹ Verifica-se aumento do suicídio no país, chegando a um acréscimo de 34% em suas taxas nos anos de 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. Em 2003, foram 7.861 casos, enquanto, em 2004, registrou-se 8.017 óbitos, representando 0,8% do total de óbitos no país.⁵ Em 2000, o suicídio foi responsável por 6.778 óbitos, com taxa de mortalidade de 4,0/100.000 habitantes (hab.). Destaca-se que, entre os homens a taxa de mortalidade foi de

Diferenças macrorregionais da mortalidade por suicídio...

5,0/100.000 hab. e, para as mulheres, de 1,6 óbitos/100 mil hab.⁶ As taxas nacionais de morte por suicídio entre os 1980 e 2000 assinalam média de 3 a 4/100.000 hab., sendo a incidência quatro vezes maior entre homens e com taxas crescentes nas faixas etárias mais jovens.⁷ Diversas capitais do Brasil apontam o suicídio como sexta causa de morte em populações jovens e urbanas (15 a 24 anos).⁸

A distribuição do suicídio no país demonstra que as taxas variam muito entre as regiões. O Sudeste concentra 50% dos registros enquanto a região Sul possui as maiores taxas e o Norte, as menores.⁵ Especificamente, o Rio Grande do Sul apresenta a maior incidência do país (10,2/100.000 hab. no período 1980 a 1999).⁹ Em Minas Gerais, no período de 1996 a 2007, ocorreram 123.986 óbitos por causas externas, sendo 7,6% por suicídio. A taxa de mortalidade por esse agravo de 4,29 casos/100.000 hab., é considerado baixo, conforme índice da OMS.² No Estado, em números absolutos, as mortes por suicídio se encontravam concentradas na faixa etária social e economicamente produtiva (20 a 59 anos) e as maiores taxas na faixa etária de 40 a 59 anos.¹⁰

As estatísticas de suicídio distribuem-se desigualmente pelo mundo, pelos países, entre os sexos, grupos de idade e modo de perpetração.¹¹ Em Minas Gerais inexistem estudos descritivos sobre o perfil epidemiológico do suicídio nas macrorregiões do Estado. Por essas razões, esse estudo tem como objetivo realizar análise epidemiológica das mortes por suicídio nas macrorregiões do Estado de Minas Gerais no quadriênio 2006-2009. Em última instância, os resultados encontrados podem subsidiar pesquisas futuras na área além de colaborar na construção de políticas públicas de enfrentamento do problema.

MÉTODO

Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo baseado em dados secundários. Foram incluídos os óbitos de residentes em Minas Gerais, entre 2006 e 2009, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), os quais possuíam como causa básica o suicídio. O Estado de Minas Gerais, situado na região Sudeste do Brasil, possui extensão territorial de 586.528,293 Km² e 853 municípios, com estimativa populacional, em 2009, de 20.033.665 hab. Para fins administrativos, a Secretaria Estadual de Saúde, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) agrega os municípios em 13 Macrorregiões Sanitárias.¹²

Para cálculo da Taxa de Mortalidade Padronizada para as macrorregiões do Estado



utilizaram-se as categorias: Taxa de Mortalidade Específico (nº total de óbitos sobre a população x 10⁵), Taxa de Mortalidade por Sexo (nº de óbitos de um dado sexo sobre a população do mesmo sexo x 10⁵) e Taxa de Mortalidade por Idade (nº de óbitos de determinado grupo etário sobre a população deste grupo x 10⁵). Para estes cálculos utilizou-se a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), incluindo as categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente).¹³ As faixas etárias foram agrupadas em seis grandes grupos: a) 10 aos 19 anos; b) 20 aos 29 anos; c) 30 aos 39 anos; d) 40 a 49 anos; e) 50 a 59 anos; f) 60 anos ou mais.

As taxas de mortalidade foram obtidos a partir das estatísticas de mortalidade publicadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde.¹⁴ Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹⁵

A pesquisa foi conduzida conforme a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu (CEPES/CCO), sob parecer n.º 31969, CAAE 03054812.0.0000.5545, em 5 de junho de 2012.

RESULTADOS

Em Minas Gerais, no período de 2006 a 2009, ocorreram 450.230 óbitos, sendo 10,99% por causas externas. Entre os 49.466 óbitos por causas externas verifica-se que 8,53%

foram por suicídio (4.217 óbitos) (Tabela 1). A macrorregião Centro representou 25,35% do total de suicídios (1.069 óbitos), seguido da Sul, que totalizou 16,81% dos óbitos. A macrorregião Oeste mineira foi a 3ª em número absoluto de óbitos, representando 9,77% do total de suicídios. Verificou-se que entre os 853 municípios mineiros somente 214 (25,09% do total de municípios) não apresentam registros de suicídio no período.

A taxa média de mortalidade por suicídio encontrada no Estado no quadriênio (5,33 casos/100.000 hab.) é considerado índice médio, segundo a OMS.² Quando analisada a taxa média nas macrorregiões de saúde do Estado verifica-se índice baixo no Centro e médio no Centro Sul, Jequitinhonha, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Triângulo do Norte e do Sul. Por outro lado, as macrorregiões Leste, Norte, Oeste e Sudeste apresentaram índices alto e a Sul, índice considerado muito alto. A taxa média da macrorregião Sul foi de 43,25 óbitos/100.000 hab., sendo o maior do Estado. Exceto o Centro, todas as outras macrorregiões apresentaram taxas maiores que a encontrada para o Estado, considerada neste trabalho como base. A taxa média da macrorregião Sul foi 711,31% maior comparativamente a do Estado. As outras regiões que apresentaram taxas expressivamente maiores que a do Estado foram Oeste, Sudeste, Norte, Leste e Noroeste, sendo de 444,53%; 368,75%; 232,05%; 230,91% e 112,26%, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa média de mortalidade geral, causas externas e suicídio por 100.000 habitantes nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais entre 2006 e 2009.

	Taxa média mortalidade por suicídio (2006-2009)	Escore OMS*	Δ (Base MG - %)
Minas Gerais			
Mortalidade Geral	569,33		
Mortalidade por Causas Externas	62,55		
Mortalidade por Suicídio	5,33	a	
Macrorregiões			
Centro	4,26	a	-20,12
Centro Sul	6,26	b	17,34
Jequitinhonha	5,44	b	1,99
Leste	17,64	c	230,91
Leste do Sul	10,81	b	102,85
Nordeste	9,37	b	75,82
Noroeste	11,32	b	112,26
Norte	17,70	c	232,05
Oeste	29,03	c	444,53
Sudeste	24,99	c	368,75
Sul	43,25	d	711,31
Triângulo do Norte	6,88	b	29,13
Triângulo do Sul	9,22	b	72,98

*Escore: a) baixo - menor que 5/100.000 hab.; b) médio - entre 5 e 15/100.000 hab., c) alto - entre 15 e 30/100.000 hab.; d) muito alto - acima de 30/100.000 hab.²



Os homens corresponderam a 78,78% do total de suicídios do Estado entre 2006 e 2009. A razão entre as taxas indicam proporção média de 4:1 entre homens e mulheres. A taxa média entre homens foi de 8,49/100.000 hab. e entre mulheres de 2,24/100.000 hab. No período em questão, houve gradativo aumento da taxa média em ambos os sexos. As maiores taxas entre mulheres foram encontrados nas macrorregiões Oeste, Noroeste e Triângulo do Sul, sendo 3,73/100.000 hab., 3,43/100.000 hab. e 3,09/100.000 hab., respectivamente. As maiores taxas entre homens foram encontrados nas macrorregiões Noroeste, Oeste e Triângulo do Sul, sendo 14,85/100.000 hab., 13,84/100.000 hab. e 12,33/100.000 hab., respectivamente. Segundo a OMS, essas

taxas encontrados colocam o suicídio entre os homens no Estado, em nível médio, e entre as mulheres, em nível baixo. Comparando-se a taxa média para os sexos masculino e feminino, percebe-se que ocorreram diferenças entre as macrorregiões. Em relação ao sexo feminino, as regiões Oeste (66,69%), Noroeste (53,47%), Triângulo do Sul (38,22%) e do Norte (23,63%), Sudeste (8,43%), Leste do Sul (3,94%), Centro Sul (3,60%) e Sul (1,92%) apresentaram taxas maiores que a taxa média das mulheres para o Estado. Em relação ao sexo masculino, as regiões Noroeste (74,88%), Oeste (62,93%), Triângulo do Sul (45,14%), Sul (31,06%), Centro Sul (21,31%), Triângulo do Norte (12,80%) e Jequitinhonha (3,57%) apresentaram taxas maiores que a taxa média dos homens para o Estado (Tabela 2).

Tabela 2. Taxa média de mortalidade por suicídio por sexo por 100.000 habitantes nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais entre 2006 e 2009.

	Taxa média de suicídio (2006-2009)	Escore OMS*	Taxa média de mortalidade 2006-2009	Escore OMS*	Δ (Base MG - %)	
	Mulheres		Homens		Mulheres	Homens
Minas Gerais	2,24	a	8,49	b		
Macrorregiões						
Centro	1,90	a	6,76	b	-15,00	-20,39
Centro Sul	2,32	a	10,30	b	3,60	21,31
Jequitinhonha	2,08	a	8,80	b	-7,17	3,57
Leste	1,09	a	5,07	b	-51,15	-40,32
Leste do Sul	2,33	a	7,99	b	3,94	-5,90
Nordeste	1,95	a	5,38	b	-12,67	-36,62
Noroeste	3,43	a	14,85	b	53,47	74,88
Norte	2,15	a	6,78	b	-3,76	-20,13
Oeste	3,73	a	13,84	b	66,69	62,93
Sudeste	2,43	a	7,57	b	8,43	-10,81
Sul	2,28	a	11,13	b	1,92	31,06
Triângulo do Norte	2,77	a	9,58	b	23,63	12,80
Triângulo do Sul	3,09	a	12,33	b	38,22	45,14

*Escore: a) baixo - menor que 5/100.000 hab.; b) médio - entre 5 e 15/100.000 hab., c) alto - entre 15 e 30/100.000 hab.; d) muito alto - acima de 30/100.000 hab.²

No Estado no quadriênio analisado ocorreu, em 2006, um suicídio em menores de 9 anos na macrorregião Jequitinhonha. De acordo com a faixa etária verifica-se que os suicídios entre 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e mais 70 anos corresponderam a 6,14%, 23,83%, 22,88%, 20,7%, 14,18%, 6,92% e 5,31%, respectivamente, do total de suicídios. Neste caso, os indivíduos entre 20 e 49 anos corresponderam a 67,42% do total de suicídios no Estado. Em Minas Gerais a taxa média encontrada para faixa etária entre 10 a 19 anos (1,83/100.000 hab.) é considerada baixa segundo a OMS. Para as faixas etárias 20 a 29 anos (7,05/100.000 hab.), 30 a 39 anos

(8,12/100.000 hab.), 40 a 49 anos (8,60/100.000 hab.), 50 a 59 anos (8,41/100.000 hab.), 60 a 69 anos (6,54/100.000 hab.) e mais 70 anos (6,03/100.000 hab.) verifica-se níveis médios de suicídio. A macrorregião Noroeste apresenta as maiores taxas entre as faixas etárias de 10 a 19, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e mais 70 anos (3,97/100.000 hab.; 16,53/100.000 hab.; 12,85/100.000 hab.; 13,59/100.000 hab.; 19,56/100.000 hab.). O Triângulo do Sul e o Oeste apresentam as maiores taxas entre as faixas etárias de 20 a 29 e 30 a 39 anos, respectivamente (10,63/100.000 hab.; 13,86/100.000 hab.) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Taxa média de mortalidade por suicídio por faixa etária por 100.000 habitantes nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais entre 2006 e 2009.

Faixa etária (anos)	Taxa média de suicídio (2006-2009)/Escore OMS*													
	10	20	30	40	50	60	> 70							
	a	a	a	a	a	a								
	19	29	39	49	59	69								
Minas Gerais	1,83	a	7,05	b	8,12	b	8,60	b	8,41	b	6,54	b	6,03	b
Macrorregiões														
Centro	1,09	a	6,02	b	6,29	b	6,58	b	6,86	b	6,15	b	4,16	a
Centro Sul	1,42	a	8,99	b	10,8	b	9,34	b	6,90	b	8,67	b	6,99	b
Jequitinhonha	2,85	a	6,75	b	7,89	b	11,56	b	6,31	b	11,94	b	7,38	b
Leste	1,21	a	4,55	a	4,63	a	4,99	a	4,88	a	2,04	a	3,54	a
Leste do Sul	1,98	a	6,14	b	7,94	b	8,86	b	6,83	b	5,60	b	10,25	b
Nordeste	1,35	a	6,12	b	7,10	b	5,61	b	6,47	b	3,46	a	2,69	a
Noroeste	3,97	a	10,34	b	13,18	b	16,53	b	12,85	b	13,59	b	19,56	b
Norte	2,13	a	6,81	b	8,36	b	8,10	b	6,33	b	4,36	a	3,27	a
Oeste	3,08	a	9,88	b	13,86	b	13,56	b	14,14	b	8,99	b	11,96	b
Sudeste	2,30	a	7,05	b	7,43	b	10,46	b	10,01	b	7,78	b	6,18	b
Sul	1,84	a	8,52	b	9,99	b	11,20	b	12,36	b	6,95	b	6,29	b
Triângulo do Norte	2,65	a	8,08	b	9,96	b	8,14	b	7,22	b	7,92	b	8,04	b
Triângulo do Sul	3,70	a	10,63	b	9,89	b	10,59	b	11,28	b	10,96	b	7,43	b

*Escore: a) baixo - menor que 5/100.000 hab.; b) médio - entre 5 e 15/100.000 hab.; c) alto - entre 15 e 30/100.000 hab.; d) muito alto - acima de 30/100.000 hab.2

Comparando-se a taxa média entre as faixas etárias, percebe-se que ocorreram diferenças entre as macrorregiões. As macrorregiões Noroeste, Oeste, Sul e

Triângulo do Sul apresentaram taxas maiores que a taxa média entre todas as faixas etárias para o Estado (Tabela 4).

Tabela 4. Variação da taxa média de mortalidade por suicídio por sexo por 100.000 habitantes nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais entre 2006 e 2009.

Faixa etária (anos)	Δ (Base MG - %)						
	10	20	30	40	50	60	> 70
	a	a	a	a	a	a	
	19	29	39	49	59	69	
Minas Gerais							
Macrorregiões							
Centro	-40,24	-14,62	-22,57	-23,57	-18,36	-5,98	-30,99
Centro Sul	-22,44	27,52	32,95	8,54	-17,95	32,71	15,95
Jequitinhonha	56,35	-4,29	-2,83	34,40	-25,00	82,69	22,52
Leste	-33,74	-35,45	-43,04	-41,96	-41,93	-68,78	-41,32
Leste do Sul	8,44	-12,89	-2,22	2,98	-18,82	-14,36	70,19
Nordeste	-25,92	-13,17	-12,56	-34,80	-23,05	-47,00	-55,36
Noroeste	117,69	46,70	62,30	92,18	52,87	107,98	224,67
Norte	16,65	-3,40	2,98	-5,84	-24,75	-33,35	-45,65
Oeste	68,47	40,25	70,64	57,65	68,14	37,49	98,53
Sudeste	26,10	0,03	-8,57	21,56	19,04	19,00	2,63
Sul	0,73	20,86	23,05	30,23	46,98	6,30	4,39
Triângulo do Norte	45,10	14,58	22,59	-5,35	-14,10	21,15	33,51
Triângulo do Sul	102,82	50,80	21,75	23,08	34,18	67,64	23,23

Quando ao meio empregado observa-se que 58,27% dos óbitos por suicídio ocorridos foram enquadrados como enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), 7,60% como exposição intencional a pesticidas (X68) e 7,34% como disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (X74). Estas foram as categorias de maior ocorrência no Estado e que em conjunto perfazem 73,21% das ocorrências. Verifica-se que autointoxicação intencional com drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos,

antiparkinsonianos e psicotrópicos (X61); com outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas (X64); com pesticidas (X68); com outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas (X69); enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70); disparo de arma de fogo de mão (X72); de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (X74) e fumaça, fogo e chamas (X76) foram meios empregados no suicídio encontrados em todas as macrorregiões do Estado (Tabela 5).

**Tabela 5.** Distribuição percentual da mortalidade por suicídio segundo categoria do CID-10 nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais entre 2006 e 2009.

Macrorregiões													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Categoria CID 10 (%)													
X60	0,10	0	0	0	0	0	0	1,05	0	0,96	0	0	0
X61	2,78	3,33	6,35	1,65	1,22	1,54	0,40	0,70	0,48	3,51	2,43	3,51	0,49
X62	0,58	0	0	0	1,22	0	0	0	0	0	0,14	0,35	0
X63	0,29	0,56	0	0	0	0	0	0	0,24	0,32	0	0	0
X64	1,34	2,22	1,59	6,04	1,22	3,08	2,82	0,70	1,69	4,15	1,29	0,70	0,98
X65	0,29	0	1,59	0	0	0	0	0	0,24	0,32	0,57	0	0
X66	0,10	0	1,59	0	0	0	0,40	0	0	0	0,14	0	0
X67	0,29	0	0	0	0	0,77	0	0	0,48	0,32	0,29	0,35	0
X68	10,27	3,89	14,29	3,85	9,76	10,77	8,47	8,77	6,76	9,27	3,72	8,07	3,90
X69	3,17	2,22	12,70	1,65	3,05	6,92	7,26	12,98	1,21	3,19	3,58	3,51	6,83
X70	50,67	60,00	31,75	59,89	57,32	47,69	63,31	49,47	72,95	47,60	66,81	64,91	63,90
X71	1,15	2,22	0	2,75	4,88	0,77	3,63	0,35	0,48	2,56	2,86	0,70	0,98
X72	2,59	0,56	1,59	0,55	4,27	3,08	3,63	3,86	0,97	1,60	3,00	0,70	1,95
X73	0	0	0	0	0	1,54	1,21	0,35	0,24	0	0	0	0
X74	8,06	7,78	20,63	7,69	6,10	13,08	2,42	8,42	5,56	9,58	5,44	7,02	7,80
X75	0,10	0,56	0	0	0	0	0	0	0,48	0	0,14	0	0
X76	4,03	2,78	1,59	1,65	5,49	2,31	1,21	1,75	3,14	3,51	3,00	2,46	3,90
X77	0,10	0	0	0	0	0,77	0	0	0	0	0	0	0,49
X78	1,82	2,22	3,17	1,10	0	1,54	0,40	2,46	1,21	0,96	1,14	2,46	0,49
X79	0	1,67	1,59	1,10	1,22	0,77	1,61	1,05	0	0	1,29	0,35	0
X80	8,06	2,22	0	4,95	2,44	1,54	1,21	0,70	1,69	5,75	0,57	2,81	2,93
X81	0,38	2,78	0	0	0,61	0	0	0,35	0,48	0	0	0	0
X82	0,58	1,11	0	0,55	0	0,77	0	0	0,97	0,32	0,57	0,35	0,49
X83	0,29	0	1,59	0	0	0,77	0,40	0	0,24	0	0,86	0	1,46
X84	2,98	3,89	0	6,59	1,22	2,31	1,61	7,02	0,48	6,07	2,15	1,75	3,41

Autointoxicação intencional: X60 - analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não opiáceos; X61 - drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos; X62 - narcóticos e psicodislépticos;

X63 - outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo; X64 - outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas; X65- álcool; X66 - solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores; X67 - outros gases e vapores; pesticidas; X69 - outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas

Lesão autoprovocada intencionalmente: X70 - enforcamento, estrangulamento e sufocação; X71 - afogamento e submersão; X72 - disparo de arma de fogo de mão; X73 - disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre; X74 - disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada; X75 - dispositivos explosivos; X76 - fumaça, pelo fogo e por chamas; X77 - vapor de água, gases ou objetos quentes; X78 - objeto cortante ou penetrante; X79 - objeto contundente; X80 - precipitação de um lugar elevado; X81 - precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento; X82 - impacto de um veículo a motor; X83 - outros meios especificados; X84 - meios não especificados.¹³

Macrorregiões: Centro (1); Centro Sul (2); Jequitinhonha (3); Leste (4); Leste do Sul (5); Nordeste (6); Noroeste (7); Norte (8); Oeste (9); Sudeste (10); Sul (11); Triângulo do Norte (12) e Triângulo do Sul (13).¹²

DISCUSSÃO

Segundo os critérios da OMS² a mortalidade por suicídio em Minas Gerais pode ser considerada como média para a população total no Estado (5,33 óbitos/100.000 hab.) no período 2006-2009 e com tendência crescente quando comparado com estudo realizado com séries históricas de 1996 a 2007 onde encontrou taxa de suicídio de 4,29 óbitos por 100.000 hab.¹⁰ Neste caso parece haver aumento da taxa e suicídio no Estado. Este aumento apresenta-se em acordo com pesquisas que apontam aumento das taxas de suicídio na população brasileira (4,4 para 5,8 por 100.000 hab. 1980-2006) colocando o país no limiar do segundo nível definido pela OMS² (entre cinco e 15 por 100 mil hab.).¹⁶ A taxa de mortalidade por violência autoinfligida nas principais capitais brasileiras tem apresentado crescimento de 35,3% entre jovens de 15 a 24 anos. Belo Horizonte, capital do Estado, apresentou, em 1979, taxa de mortalidade de 4,3/100.000 hab., e em 1995, de 6,8/100.000 hab.; portanto, crescimento de 58,1% entre 1979 e 1995.⁸

No entanto, apesar do Estado apresentar índice médio de suicídio no quadriênio (5,33 óbitos/100.000 hab.), a distribuição dessas taxas não são homogêneas entre as diversas macrorregiões do Estado. Para cinco macrorregiões os achados encontram-se em níveis altos ou muito altos (Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul). A macrorregião Sul detém taxas oito vezes maiores que a taxa média de suicídio do Estado. Sabe-se que as macrorregiões do Estado apresentam



características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. As desigualdades regionais têm reflexos na área da saúde, ocorrendo maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados. As regiões ao Sul, ao Centro e do Triângulo Mineiro se destacam por seu maior desenvolvimento econômico e maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados.¹² A literatura aponta que variáveis como escolaridade, nível socioeconômico e grau de investimento em saúde, também parecem estar correlacionadas com as taxas de suicídio.¹⁷

Fato bem documentado acerca da epidemiologia do suicídio é a relação homem/mulher. Os resultados desta pesquisa também destacam a relação (4:1) no Estado, apontando maior ocorrência do fenômeno entre os homens. Esses resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais, como os desenvolvidos nas regiões e capitais do país (1980 e 2006)¹⁸, no Estado do Espírito Santo (1980 a 2006)¹⁹, interior paulista (1976 e 2001)²⁰. Essa diferença entre os sexos pode ser explicada por diversos fatores, como: os métodos escolhidos pelos homens são, em geral, mais letais²¹; maior sensibilidade a reveses econômicos como desemprego e empobrecimento, maior competitividade, impulsividade e acesso a tecnologias letais e armas de fogo entre os homens²²; a baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade, atitudes flexíveis em relação as aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida entre as mulheres.²³

No que se refere à distribuição dos casos de suicídio nas macrorregiões de Minas Gerais por gênero, verifica-se maior concentração dessas taxas, para ambos os sexos, no Oeste, Noroeste e Triângulo do Sul. Novamente, esses achados remete a necessidade de maiores investigações a fim de explicar as altas taxas de suicídio nessas macrorregiões. No entanto, essas diferenças, podem expressar parte da realidade, como mudanças socioculturais e crises profundas na sociedade contemporânea, se entendido o caráter estrutural da violência em geral e do suicídio em particular.²⁴ O suicídio é um ato mais consumado para o homem do que para a mulher, enquanto o homem busca no ato extremo a solução drástica para seu fracasso pessoal, a mulher tenta por meio de suicídio encontrar uma saída para reverter alguma situação adversa vivenciada, principalmente, condições em desequilíbrio.²⁵

Estudo epidemiológico desenvolvido no Estado no período de 1996 a 2007 revela que a faixa etária de 40 a 59 anos atingiu mortalidade de 7,0 óbitos por 100.000 hab. Em relação aos anos de vida perdidos a média da idade de óbitos manteve-se em torno dos 40 anos, evidenciando a perda do potencial social do sujeito acometido pelo suicídio em Minas Gerais.¹⁰ Nesta pesquisa, os indivíduos entre 20 e 49 anos corresponderam a 67,42% do total de suicídios no Estado. Segundo dados da OMS, em 1998, 55% dos suicídios foram cometidos por pessoas entre 5 e 44 anos de idade. Em 2004, 76,2% dos óbitos por suicídio no país concentraram-se na faixa etária de 20 a 59 anos.⁵ Esses achados refletem uma tendência mundial de crescimento das taxas de suicídio nos jovens, a ponto de estes passarem a ser o principal grupo de risco em um terço dos países.²¹

Em relação à idade, as taxas de suicídio são cada vez mais elevadas, à medida que se aumenta a faixa etária do grupo estudado.²¹ Tal fato não foi observado na presente pesquisa, visto que as maiores taxas ocorreram nas faixas etárias entre 40 e 49 anos. Estudo realizado em nove capitais brasileiras, destacaram os altos índices de suicídio entre os jovens e chamaram a atenção para o fato dessa população estar morrendo, cada vez mais, por causas violentas. Esta vulnerabilidade da população jovem brasileira ao risco de suicídio pode ser explicado devido a grande pressão ocupacional e o aumento da competitividade no mercado de trabalho.⁸ Estudo sobre a morbimortalidade por suicídio na faixa etária de 10-19 anos de residentes em Minas Gerais, verificaram maior frequência de internações entre mulheres, sendo a auto-intoxicação o meio mais comum nas tentativas de suicídio para ambos os sexos, maior mortalidade entre os homens, cujos principais meios escolhidos foram enforcamento e arma de fogo, formas mais letais do que as utilizadas pelas mulheres (intoxicação).²⁶

Entre os métodos mais utilizados em todas macrorregiões do Estado para cometer o suicídio, observa-se a prevalência do enforcamento, com 58,27% dos casos, parecendo ser um método simples e de fácil alcance, semelhante aos encontrados na literatura que aponta em todo o âmbito nacional o enforcamento ocupando o primeiro lugar.²⁷

CONCLUSÃO

O presente estudo completou seu objetivo de realizar a análise epidemiológica das mortes por suicídio nas macrorregiões do



Estado de Minas Gerais no quadriênio 2006-2009. Deve-se levar em consideração que o suicídio é um problema de saúde pública e se faz necessário o desenvolvimento de programas de prevenção e informação com a finalidade de tentar minimizar a ocorrência do mesmo. É necessário que haja investigação para saber até que ponto essas diferenças de características entre as macrorregiões do Estado interferem nas taxas de suicídio, pois um estudo descritivo como este não tem o poder de sugerir relações causais, assim as explicações para a alta taxa de suicídio na região Sul do Estado ainda não estão claras.

Diante disto a distribuição dos casos de suicídio em Minas Gerais segundo as macrorregiões possibilitou a identificação das áreas de risco. Fato que revela a necessidade da busca de explicações para as variações das taxas em cada macrorregião do Estado e mostra a necessidade de vigilância epidemiológica e pesquisas para melhor compreender esse problema de saúde pública e, assim, melhorar as possibilidades de prevenção. Neste caso a principal limitação do presente trabalho se refere a sua característica descritiva. Um estudo dessa natureza auxilia no diagnóstico de saúde e sistematização dos dados, mas prescinde da capacidade de estabelecer associações e estimar riscos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS; 2001. 150 p.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002. 380 p.
3. Bertolote JM, Fleishmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002 Oct [cited 2013 June 10];1(3):181-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>
4. Banza APL. Perspectiva cultural na conduta suicida: abordagem reflexiva. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 June [cited 2013 June 12];6(6):1459-67. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewArticle/2753> DOI: 10.5205/reuol.2365-18138-ISSN: 1981-8963 1-LE.0606201225
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília; 2006.
6. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no

- ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 July/Aug [cited 2013 June 10];20(4):995-1003. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400014&script=sci_arttext
7. Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2005 June [cited 2013 June 10];7(2):131-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200011
 8. Souza ER, Minayo MC, Malaquias JV. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2002 May/June [cited 2013 June 10];18(3):673-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300016
 9. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev saúde pública* [Internet]. 2004 Dec [cited 2013 May 5];38(6):804-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600008&script=sci_arttext
 10. Camargo FC, Iwamoto HH, Oliveira LP, Oliveira RC. Violência autoinfligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis* [Internet]. 2011; [cited 2013 May 5];20(spe):100-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea13.pdf>
 11. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 May 2];46(2):300-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200012
 12. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: SESMG; 2010. 223 p.
 13. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10a revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp; 1993.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos por causas externas [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 19]. Available



from:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10mg.def>

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População [homepage na internet]. [cited 2012 Aug 19]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao

16. Minayo MCS, Assis SG, Souza ERS, Correia BSC, Pacheco ML, Godinho PGD. Suicídios no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação, comportamento autopunitivo e prevenção. Brasília (DF): RIPS/OPAS/MS; 2010. 223 p.

17. Faria NMX, Victora CG, Meneghel SN, Carvalho LA, Falk JW. Suicide rates in the state of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural and agricultural factors. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Dec [cited 2013 May 5];22(12):2611-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200011

18. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatria [Internet]. 2009; [cited 2013 May 5]; 31(Supl II):S86-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009000600007&script=sci_abstract&lng=pt

19. Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). J Bras Psiquiatr [Internet]. 2011 Jan [cited 2013 May 25];60(3):151-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852011000300001&script=sci_arttext

20. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública [Internet]. 2003 June [cited 2013 May 25];37(3):357-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000300015&script=sci_arttext

21. Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006; p. 11-27.

22. Leal OF. Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. Cad Antropologia UFRGS. 1992;07-14

23. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature Part I: cultural and economic factors. Suicide Life Threaten Behav [Internet]. 2000 [cited 2013 May 25];30:145-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888055>

24. Durkheim E. O suicídio. Tradução de Caixeiro N. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

25. Pacheco JS, Damasceno AKC, Souza AMA, Brito MEM. Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. Rev Rene Fortaleza [Internet]. 2010 Mar/Apr [cited 2013 May 25];11(2):152-60. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/resumo_portugues/a17v11n2.htm

26. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. Cienc Saúde Coletiva [Internet]. 2009 Mar/Apr; [cited 2013 May 25];14(2):407-16. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200010&script=sci_arttext

27. León LM, Barros MB. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública [Internet]. 2003 June [cited 2013 June 25];37(3):357-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000300015&script=sci_arttext



Submissão: 19/08/2013

Aceito: 22/08/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Nadja Cristiane Lappann Botti

Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400 / Sala 301.1 / Bloco D

Bairro Chanadour

CEP 35501-296 – Divinópolis (MG), Brasil