

Caracterização dos casos de suicídio da região de Bauru/SP

A.C. Castro ^{a*}, W.D. Delgallo ^a, S.O.B. Franzolin ^b

^a Instituto Médico Legal, Superintendência de Polícia Técnico-Científica, Bauru/SP, Brasil.

^b Universidade Nove de Julho, Bauru/SP, Brasil.

*Endereço de e-mail para correspondência: anacarinadecastro.acc@gmail.com. Tel.: +55-14-99680-6335.

Recebido em 04/02/2020; Revisado em 21/03/2021; Aceito em 30/12/2021

Resumo

O presente estudo é um levantamento descritivo retrospectivo que objetivou a caracterização dos casos de suicídio da região de Bauru/SP, no período de 2015 a 2017. Foram analisados o perfil epidemiológico, data de ocorrência, métodos utilizados e a relação entre álcool e drogas com o cometimento de suicídio. Os dados foram obtidos através dos laudos do Instituto Médico Legal e apontaram que o maior índice de suicídio ocorre entre homens (78,9%), indivíduos de cor branca (68,3%), com faixa etária referente aos adultos jovens (44,7%), solteiros (41,5%), com nível de escolaridade Fundamental II (47,7%), ocupação referente a trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados. Não foi encontrada uma relação entre suicídio e dias da semana e/ou meses do ano. Não houve variação significativa entre o número de casos por ano no decorrer do período. O método mais utilizado para ambos os sexos foi o enforcamento (69,1%). Foi encontrada uma alta porcentagem de uso de drogas de abuso, álcool e medicamentos relacionados ao tratamento de transtornos mentais (38,2%). A compilação e análise desses dados podem auxiliar na elaboração de programas de prevenção ao suicídio e direcionamento de medidas protetivas.

Palavras-Chave: Epidemiologia; Suicídio; Enforcamento; Drogas de abuso; Medicina Legal; Ciências Forenses.

Abstract

The present study is a descriptive retrospective survey that objectified the characterization of suicide cases in the region of Bauru/SP, in the period from 2015 to 2017. Epidemiological profile, date of occurrence, utilized methods and the relation between alcohol and drugs with the occurrence of suicide were analyzed. The data were obtained from reports of Medical Legal Institute and indicate higher suicide rate occur among men (78,9 %), white individuals (68,3%), with age group referred to young adults (44,7%), singles (41,5%), with Fundamental II education level (47,7%), occupation related to service workers, commercial sellers of shops and markets. No relationship was found between suicide and days of the week and/or months of the year. There were no significant variations between the number of cases per year during the period. The most utilized method to both genders was the hanging (69,1%). It was found a high percentage of use of drugs of abuse, alcohol and medicines related to the treatment of mental disorders (38,2%). The compilation and analysis of such data may aid in the elaboration of suicide prevention programs and direction of protective measure.

Keywords: Epidemiology; Suicide; Hanging; Drugs of Abuse; Legal Medicine; Forensic Science.

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é uma ação consciente de autoextermínio definido como: “ato humano de causar a cessação da própria vida” [1]. É considerado uma questão de saúde pública devido ao elevado número de ocorrências: cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, ficando entre as dez principais causas de morte [1]. Os

fatores de risco para o cometimento do suicídio são classificados em biológicos, psicológicos e sociais [2,3]. Esses fatores podem ser categorizados em proximais, que são os que possuem relação direta ao ato suicida, e distais, que são aqueles que aumentam a vulnerabilidade dos fatores de riscos proximais [4]. Também podemos agrupar os fatores de risco em modificáveis e não modificáveis. Entre os modificáveis podemos citar doenças tratáveis

como a depressão, e entre os não modificáveis, a vida pregressa do indivíduo, contexto familiar, idade e sexo [5,6].

Deficiências físicas e doenças crônicas também são consideradas fatores de risco, porém distúrbios psiquiátricos são os mais relatados, entre eles a depressão, ansiedade, transtornos de personalidade e uso de substâncias psicoativas [7].

As taxas de suicídio são altas entre os grupos que sofrem algum tipo de discriminação, tais como: imigrantes, indígenas, homossexuais, bissexuais, transexuais e presidiários [1].

O perfil epidemiológico de risco é representado por pessoas do sexo masculino, faixa etária de 15 a 44 anos ou acima de 75 anos, riqueza ou pobreza acentuada, domiciliados em áreas urbanas, desempregados ou aposentados, grupos com isolamento social, solteiros, viúvos ou separados, além da associação do suicídio aos transtornos mentais [1].

Apesar dos fatores citados acima estarem relacionados ao suicídio, muitos casos ocorrem por impulsividade em momentos de crise, como problemas financeiros e término de relacionamento [1]. Foi constatado clinicamente que pacientes deprimidos veem o suicídio como solução para os problemas, quando a situação se torna intolerável, não sendo este, um ato ao acaso [8].

Assim como os fatores de risco, existem também os fatores de proteção, entre eles a convivência entre amigos, estruturação familiar, gravidez, habilidades de enfrentamento e até mesmo suporte de rede social [9].

Casos de suicídio ocorrem com uma certa proximidade, tanto geográfica quanto temporal, podendo haver uma ligação direta entre os casos. O termo utilizado para designar essa relação é “*cluster*”, do inglês, “agrupamento”, e “contágio”, o termo utilizado para fazer referência ao processo de facilitação de ocorrência de novos suicídios a partir do conhecimento de um evento prévio [6,10].

O maior prognóstico de suicídio são as tentativas recorrentes, presume-se que 30% a 60% dos pacientes que cometeram tentativas de suicídio e que receberam socorro em setores de emergência, tiveram tentativas anteriores e que 10% a 25% tentarão outras vezes no decorrer de um ano; o risco de suicídio aumenta à medida que o número de tentativas aumenta e o intervalo de tempo entre estas, diminui [11].

No estado do Paraná, no período entre 1996 e 2012 houve uma diminuição nos casos de suicídio de 0,16 óbitos a cada 100 mil habitantes por ano, sendo esse resultado atribuído à reorganização da rede de atendimento à saúde mental. Houve, também, a implantação da “Política Estadual de Saúde Mental”, tornando os municípios responsáveis pela elaboração e planejamento das atividades voltadas à área, investimento em ambulatórios para esse tipo de atendimento, maior

controle na dispensa de medicamentos psiquiátricos, supervisão da população de risco e implantação de leitos para emergência psiquiátrica em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde [12].

O suicídio não é considerado crime, porém passa por investigação policial para esclarecimento das circunstâncias da morte. Essa perícia fica a cargo dos Institutos Médico Legais (IML) e é feita a partir de exames necroscópicos.

O IML do município de Bauru/SP é um órgão público pertencente à Secretaria de Segurança Pública, está subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica e é responsável por realizar exames de corpo de delito, embriaguez, sexológicos, necroscópicos e exumações.

Perícias médico legais de 19 municípios do estado de São Paulo são de responsabilidade do IML de Bauru, sendo elas: Bauru, Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Borebi, Cabrália Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves, Reginópolis e Ubirajara.

Visando divulgar os dados e subsidiar o planejamento de ações preventivas nos serviços de saúde, este estudo descreve o perfil das vítimas de suicídio em Bauru/SP e região, no período de 2015 a 2017.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo retrospectivo sobre os casos de suicídio registrados pelo Instituto Médico Legal (IML) do município de Bauru, Estado de São Paulo.

A coleta de dados ocorreu após a autorização pela Comissão de Ética em Pesquisa da Superintendência da Polícia Técnico-Científica por meio de Declaração de Aprovação e Anuência de Pesquisa Científica, e foi efetuada através de um levantamento dos casos ocorridos no período de 2015 a 2017.

Foi feita uma triagem a partir do livro de registros e, posteriormente, a análise documental dos laudos de exames necroscópicos que estão arquivados no programa Gestor de Laudos (GDL) onde as variáveis: número absoluto e taxa de mortalidade por suicídio, sexo, cor, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, cidade de ocorrência do evento, método utilizado, dia da semana, mês e ano do óbito, e resultado de exame toxicológico e/ou dosagem alcoólica (quando solicitado) foram compilados em uma planilha.

Para a análise geral, os dados de todos os anos foram agrupados e utilizou-se o teste qui-quadrado para as verificar se houve diferença estatística entre o número de ocorrências para cada categoria dentro de cada variável estudada. A comparação entre as variáveis no decorrer dos anos, foi feita através do teste ANOVA. Utilizou-se o

programa estatístico Past 3.11 [13]. Adotou-se nível de significância 5%.

O cálculo da taxa de suicídio foi realizado a partir das estimativas populacionais [14-16] e informações sobre mortalidade [17], utilizando como padrão 100 mil habitantes por ano.

Foi analisado apenas o sexo biológico, não levando em consideração a identidade de gênero. A cor foi descrita da forma como é apresentada na Declaração de Óbito (D.O.): branca, preta, amarela, parda e indígena. Para análise da idade, os dados foram agrupados em faixas etárias, assim classificadas: infância (0 a 12 anos), adolescência (13 a 20 anos), jovem adulto (21 a 40 anos), meia-idade (41 a 64 anos) e terceira idade (de 65 anos em diante) [18].

Os níveis de escolaridade foram agrupados de maneira semelhante com que são apresentadas na D.O.: Sem escolaridade, Fundamental I, Fundamental II, Médio e Superior. Do mesmo modo, o estado civil: solteiro, casado, viúvo, separado/divorciado e união estável.

Como forma de agrupar as ocupações de maneira padronizada, utilizou-se a Classificação Brasileira de Ocupações, a qual segrega as funções em 10 grandes grupos, por nível de competência e similaridade das atividades:

Grande Grupo 0: Forças Armadas, policiais e bombeiros militares; Grande Grupo 1: Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes; Grande Grupo 2: Profissionais das ciências e das artes; Grande grupo 3: Técnicos de nível médio; Grande grupo 4: Trabalhadores de serviços administrativos; Grande grupo 5: Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; Grande grupo 6: Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; Grande Grupo 7 e 8: Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais e Grande Grupo 9: Trabalhadores de manutenção e reparação [19].

Em relação aos métodos de suicídio, os casos foram relacionados às lesões autoprovoçadas (X70-X84) e à autointoxicação por exposição intencional (X60-X69) [20].

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 123 laudos de óbitos referentes ao período de três anos consecutivos (Tab. 1). A média anual foi de 41 casos.

Tabela 1. Número absoluto e taxa de mortalidade por suicídio (para 100 mil habitantes) no período de 2015 a 2017, por cidade e região, conforme a população estimada pelo IBGE.

MUNICÍPIO	2015			2016			2017		
	P	N	T	P	N	T	P	N	T
Agudos	36.524	6	16,4	36.704	1	2,7	36.880	6	16,3
Arealva	8.351	0	0	8.402	1	11,9	8.452	0	0
Avai	5.275	0	0	5.306	1	18,8	5.337	0	0
Balbinos	4.819	0	0	5.006	1	20	5.188	2	38,6
Bauru	366.992	26	7,1	369.368	21	5,7	371.690	24	6,5
Borebi	2.519	0	0	2.548	0	0	2.577	0	0
Cabrália Paulista	4.390	0	0	4.371	0	0	4.352	0	0
Duartina	12.567	0	0	12.558	2	15,9	12.549	1	8
Iacanga	11.066	0	0	11.206	3	26,8	11.343	1	8,8
Lençóis Paulista	66.131	4	6	66.664	0	0	67.185	2	3
Lucianópolis	2.364	0	0	2.372	0	0	2.381	0	0
Macatuba	17.013	0	0	17.063	2	11,7	17.111	1	5,8
Paulistânia	1.839	0	0	1.840	0	0	1.841	0	0
Pederneiras	44.910	2	4,5	45.314	0	0	45.708	3	6,6
Pirajuí	24.546	3	12,2	24.762	3	12,1	24.973	3	12
Piratininga	13.093	0	0	13.216	2	15,1	13.335	0	0
Presidente Alves	4.179	0	0	4.167	0	0	4.155	0	0
Reginópolis	8.640	0	0	8.844	0	0	9.042	2	22,1
Ubirajara	4.687	0	0	4.711	0	0	4.734	0	0
TOTAL	639.905	41	6,4	644.422	37	5,7	648.833	45	6,9

P= População; N= Número de casos de suicídio; T= Taxa a cada 100 mil habitantes.

Em relação ao número de casos por ano, foram registrados 41 casos em 2015; 37 casos em 2016 e 45 casos em 2017, resultando em taxas de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes para Bauru e região de 6,4; 5,7 e 6,9, respectivamente; números superiores às taxas nacionais, que durante o período sofreram variação de 5,5 a 5,7. As maiores taxas, de acordo com a cidade, para cada ano, estão evidenciadas em negrito na **Tab. 1**.

Apesar da literatura apresentar referenciais de aumento significativo do número de suicídios no decorrer dos anos [21-24], o presente estudo apresenta pouca variação neste aspecto, diminuindo o número de casos no segundo ano estudado em relação ao primeiro, seguido de um aumento no terceiro ano, porém com um desvio padrão baixo, representando apenas 4 casos desviando da média.

A taxa de mortalidade por suicídio não obedeceu a um padrão durante o período. As taxas referentes aos municípios de Balbinos (38,6/100 mil hab.), Iacanga (26,8/100 mil hab.) e Agudos (16,4/100 mil hab.) apresentam um número elevado, o que pode ser explicado pelo fato destas cidades possuírem um número populacional menor (**Tab. 1**).

Dentre as cidades estudadas, a que apresentou maior número absoluto de casos foi Bauru, com 71 casos, o que representa 57,7%, sendo justificado pelo fato desta dispor de uma grande população comparada às demais. Em contrapartida, as cidades de Borebi, Cabrália Paulista, Lucianópolis, Paulistânia, Presidente Alves e Ubirajara, não apresentaram casos durante o período (**Tab. 2**).

Tabela 2. Distribuição de casos de suicídio de acordo com os municípios de procedência. Teste ANOVA; $p = 0,9719$.

MUNICÍPIO	F	%
Agudos	13	10,6
Arealva	1	0,8
Avaí	1	0,8
Balbinos	3	2,4
Bauru	71	57,7
Borebi	0	0
Cabrália Paulista	0	0
Duartina	3	2,4
Iacanga	4	3,3
Lençóis Paulista	6	4,9
Lucianópolis	0	0
Macatuba	3	2,4
Paulistânia	0	0
Pederneiras	5	4,2
Pirajuí	9	7,3
Piratinunga	2	1,6
Presidente Alves	0	0
Reginópolis	2	1,6
Ubirajara	0	0
TOTAL	123	100

F = frequência.

Os dados epidemiológicos demonstram que a maioria da amostra era do sexo masculino, de pele branca, faixa etária referente ao jovem adulto, grau de escolaridade Fundamental II, estado civil solteiro e ocupações inseridas no Grande Grupo 5 (**Tab. 3**).

Perfil semelhante foi encontrado nos Institutos Médico Legais de Adamantina e Bragança Paulista, ambos no interior de São Paulo, no período de 2004 a 2008, onde a maioria da amostra era representada pelo sexo masculino, de cor branca, faixa etária de maior frequência referente aos grupos de 20 a 40 anos e estado civil solteiro [25].

Os dados divergiram apenas quanto às ocupações, devido à forma de agrupamento utilizada. No presente estudo, as ocupações não especificadas foram analisadas de maneira isolada, já no estudo de 2012, as ocupações indefinidas foram unidas aos estudantes, obtendo assim uma maior quantidade em relação aos outros grupos. O grupo formado por estudantes e ocupações não especificadas no estudo de 2012 é seguido pelo Grande Grupo 5, que apresentou maior frequência no estudo atual.

A **Tab. 3** demonstra que, em relação à variável sexo, há uma prevalência do masculino, com 97 casos (78,9%), contra 26 do feminino (21,1%), o que é coerente com outros estudos [6,22,25,26]. Em todos os anos analisados a frequência de suicídio foi maior entre os homens, entretanto, o ano de 2017 apresentou um crescimento significativo entre as mulheres (**Fig. 1**).

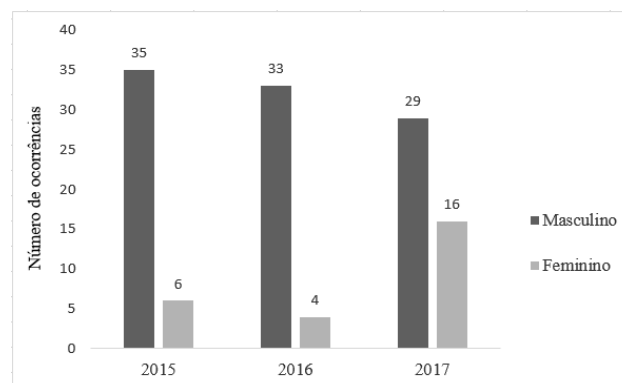


Figura 1: Distribuição do número de casos de suicídio de acordo com o sexo. Teste ANOVA; $p = 0,9746$.

A proporção de suicídio em relação ao sexo durante o período foi de 3,7 homens para cada mulher, variando entre os anos, com 5,8:1 em 2015, 8,3:1 em 2016 e 1,8:1 em 2017. Apesar da população da região estudada apresentar maior proporção de indivíduos do sexo feminino (razão: 98,64), os resultados indicam uma predominância de suicídio entre os homens.

A proporção de suicídio em relação ao sexo relatada na literatura apresenta valores próximos a 5:1 [6,25,27].

A predominância do suicídio entre o sexo masculino pode ser atribuída ao fato de que entre as mulheres há uma baixa prevalência de alcoolismo, maior religiosidade,

maior aptidão em desenvolver e manter vínculos sociais, maior atenção à saúde, o que facilita o diagnóstico de depressão e doenças mentais e seu respectivo tratamento, além de participem de redes de apoio social e devido às funções que desempenham em relação ao trabalho e família [27].

Foi encontrada uma maior prevalência de suicídio em pessoas de cor branca, com 84 casos (68,3%), seguido de pessoas de cor parda com 35 (28,5%) e de cor preta com 2 (1,6%). Pessoas de cor amarela e indígena não cometeram suicídio no período estudado, contudo, dois laudos não apresentavam a descrição da cor (Tab. 3).

Apesar da literatura relatar alta taxa de suicídio entre a população indígena em estudos de nível nacional [1,21,23] e existirem aldeias na região, não houve casos durante o período estudado.

Pessoas de cor branca apresentam maior vulnerabilidade ao suicídio [25,28], entretanto, o resultado encontrado pode estar relacionado ao fato da população local apresentar maior número de habitantes com esta característica. As taxas de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes em relação à cor foram de 20,3 para pessoas de cor branca, 23,4 para pessoas de cor parda e 7,6 para pessoas de cor preta [14-16].

Tabela 3. Perfil epidemiológico dos 123 casos de suicídio.

Variável		F	%
Sexo	Masculino	97	78,9
	Feminino	26	21,1
Cor	Branca	84	68,3
	Parda	35	28,5
	Preta	2	1,6
	Amarela	0	0
	Indígena	0	0
	Não consta	2	1,6
Faixa etária	Criança	0	0
	Adolescente	9	7,3
	Jovem adulto	55	44,7
	Meia idade	45	36,6
	Idoso	11	9
	Sem registro	3	2,4
Escolaridade	Sem escolaridade	1	0,8
	Fundamental I	4	3,2
	Fundamental II	55	44,7
	Médio	30	24,4
	Superior	12	9,8
	Sem registro	21	17,1
Estado civil	Solteiro	51	41,5
	Casado	40	32,5
	Separado/Divorciado	13	10,6
	Viúvo	4	3,2
	União Estável	6	4,9
	Sem registro	9	7,3
Ocupação	Grande Grupo 5	19	15,5
	Grande Grupo 7	13	10,6
	Grande Grupo 2	5	4,1
	Grande Grupo 4	3	2,4
	Grande Grupo 6	3	2,4
	Grande Grupo 3	2	1,6
	Grande Grupo 8	1	0,8
	Sem especificação	32	26
	Aposentado	12	9,8
	Inespecífico	11	8,9
	Desempregado	10	8,1
	Prendas domésticas	7	5,7
	Estudante	5	4,1

Teste Qui-quadrado; $p < 0,05$

Nos casos de suicídio registrados, há grande amplitude em relação à idade, variando de 17 a 85 anos, com média de 41,1 anos, porém com um alto desvio padrão (15,32) o que indica que a variação desse item é grande e não há idade determinada para a execução do ato.

A literatura apresenta taxas de mortalidade por suicídio mais altas entre indivíduos mais velhos, com 70 anos ou mais [21,22], este é considerado como um fator de risco devido ao isolamento social [1], entretanto, vem ocorrendo nos últimos anos um aumento nas taxas de suicídio entre pessoas mais jovens [6,27,29].

Nos anos de 2015 e 2016, a maior frequência de suicídio em relação à idade foi encontrada na faixa etária dos adultos jovens, o que corrobora os dados encontrados em Limeira/SP no período de 1998 a 2002 [28]. No ano de 2017, o número de casos de suicídio na meia idade apresentou maior frequência (Fig. 2).

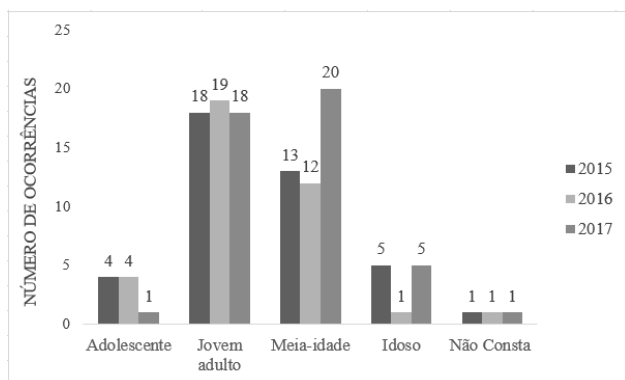


Figura 2: Distribuição do número de casos de suicídio de acordo com a faixa etária. Teste ANOVA; $p = 0,953$.

Todos os adolescentes que cometeram suicídio eram do sexo masculino. Não foram notificados casos de suicídio em crianças, podendo ter ocorrido o registro sob outra causa violenta.

Estudos demonstram correlação entre suicídio e nível de escolaridade mais baixo [6,22]. O presente estudo aponta que o maior índice de suicídio está presente em pessoas que apresentavam escolaridade nível Fundamental II (44,7%), o que representa cerca de 9 anos de estudo (Fig. 3).

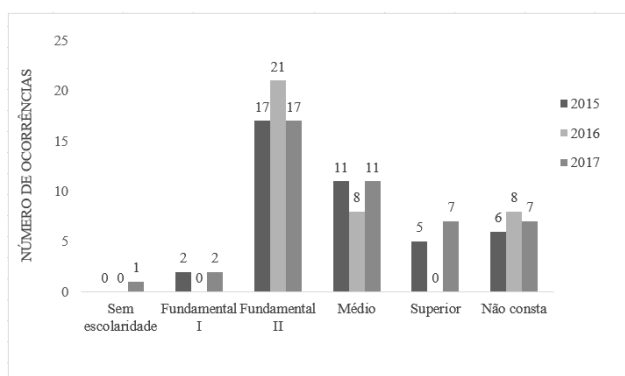


Figura 3: Distribuição do número de casos de suicídio de acordo com a escolaridade. Teste ANOVA; $p = 0,9315$.

A baixa escolaridade pode estar relacionada com o grupo de ocupações que apresentou maior índice de suicídio, o qual representa funções como: “trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”. A literatura demonstra grande número de suicídio entre ocupações relacionados à construção, manutenção ou trabalho rural, as quais exigem um menor nível educacional e conseqüentemente rendas mais baixas, o que acarreta uma menor qualidade de vida, situação considerada fator de risco para o suicídio [1,6,22].

Com relação ao estado civil, os grupos com maior incidência foram de solteiros (41,5%) e casados (32,5%) (Fig. 4). Foi encontrado baixo número de casos de suicídio em divorciados e viúvos o que corrobora resultados anteriores [6].

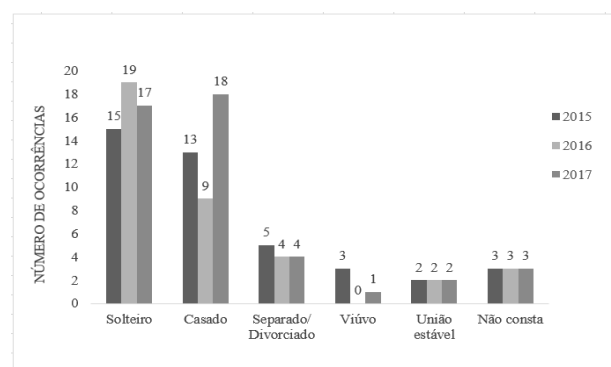


Figura 4: Distribuição do número de casos de suicídio de acordo com o estado civil. Teste ANOVA; $p = 0,9433$.

No período estudado, não houve um dia da semana determinado com maior frequência de ocorrências. Em 2015, predominou domingo e terça-feira; em 2016, segunda e sexta-feira; em 2017, sábado.

O mesmo ocorreu quanto aos meses do ano. Considerando os três anos, a média de casos por mês foi 3,41. Em 2015, o maior número de ocorrências aconteceu em fevereiro e agosto; em 2016, março e junho; em 2017, março. Neste período, o mês que apresentou menor número de casos, foi janeiro, com quatro eventos.

Os dados da literatura e do presente estudo demonstram que ainda não foi encontrada uma relação entre suicídio e dias da semana. Estudos anteriores citam como dias de maior incidência de suicídio: sábados, terças-feiras [25], segundas-feiras, quartas-feiras, sextas-feiras [30].

Entre os métodos de suicídio mais utilizados, em ambos os sexos, encontra-se o enforcamento, seguido de autointoxicação por exposição intencional para mulheres; e autointoxicação por exposição intencional, disparo de arma de fogo e precipitação de lugar elevado para homens (Tab. 4). Estudos demonstram que os métodos de suicídio mais utilizados no Brasil são, sequencialmente, o enforcamento, autointoxicação por exposição intencional e disparo de arma de fogo [21,23,31,32].

Tabela 4. Descrição dos dados referentes ao método de suicídio, no período de 2015 a 2017, de acordo com o sexo.

CID-10	Método de Suicídio	Total		Masculino		Feminino	
		F	%	F	%	F	%
	(n=123)						
X70	Enforcamento, estrangulamento e sufocação	85	69,1	68	70,1	17	65,4
X60-X69	Autointoxicação por exposição intencional	12	9,8	7	7,2	5	19,2
X74	Disparo de arma de fogo	9	7,3	7	7,2	2	7,7
X80	Precipitação de lugar elevado	9	7,3	7	7,2	2	7,7
X79	Objeto cortante ou penetrante	5	4,1	5	5,2	-	-
X82	Precipitação/permanência diante de objeto em movimento	2	1,6	2	2,1	-	-
X76	Fumaça, fogo e chamas	1	0,8	1	1	-	-
Total		123	100	97	100	26	100

F = frequência.

Há maior mortalidade por autointoxicação por exposição intencional para o sexo feminino e disparo de arma de fogo para o sexo masculino [6,22,31,33]. Neste estudo, a porcentagem de autointoxicação por exposição intencional foi de 19,2% entre as mulheres contra 7,2% entre os homens; em relação ao disparo de arma de fogo, foram 7 casos para o sexo masculino, contra 2 para o sexo feminino (Tab. 4).

Existem diferenças em relação a letalidade do método entre os sexos, mulheres geralmente escolhem métodos menos invasivos, o que explica o maior número de autointoxicação por exposição intencional entre estas, já os homens preferem métodos que evidenciem sua virilidade, o que é demonstrado pelo maior número de suicídio por arma de fogo [6,22].

O grau de letalidade está relacionado ao maior número de casos de suicídios consumados entre homens e maior número de tentativas entre mulheres, sugerindo, também, que os homens têm uma intenção de morte mais forte [6,22]. Outro fato que pode estar relacionado ao resultado é a facilidade de acesso a armas de fogo pelos homens, devido às questões culturais [6].

A Fig. 5 demonstra que ocorreram 12 eventos de autointoxicação por exposição intencional no período, onde os medicamentos foram as substâncias mais utilizadas para este fim, com seis casos (50%), um evento ocorreu por meio de ação combinada de medicamentos e álcool e outro por pesticida (8,3% cada). Quatro laudos não apresentavam a descrição da substância (33,3%).

Para a autointoxicação por exposição intencional, as substâncias mais utilizadas foram os medicamentos, porém, não houve diferença estatística entre estas devido ao número reduzido da amostra. Estudos apontam que as substâncias utilizadas com maior frequência para a autointoxicação por exposição intencional/suicídio são pesticidas, álcool e medicamentos [34].

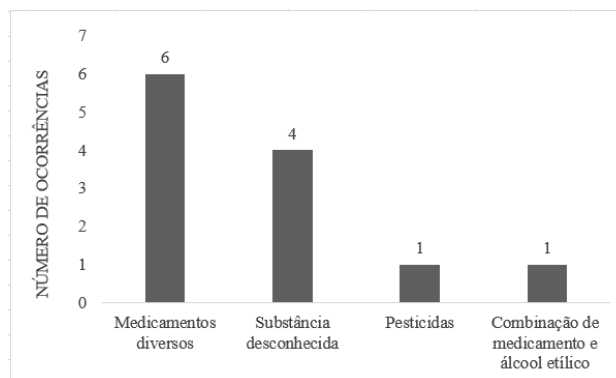


Figura 5: Substâncias utilizadas para suicídio por autointoxicação por exposição intencional. Teste Qui-quadrado; $p = 0,29663$.

Com base nos resultados de exames toxicológicos e dosagem alcoólica, além dos casos de autointoxicação por exposição intencional, foi comprovado que 38,2% da amostra fez o uso de algum tipo de substância nas horas que precederam o suicídio.

Os resultados dos exames de dosagem alcoólica apontaram que 26 vítimas apresentavam diferentes concentrações de álcool etílico no sangue, variando de 0,5g/l à 3,4g/l, sendo que destas, 24 eram homens. Estudos relacionam o uso de álcool ao suicídio e citam a prevalência do alcoolismo entre o sexo masculino [27].

A partir dos resultados dos exames toxicológicos foi constatada a presença de metabólitos de medicamentos, cocaína e pesticidas. A Tab. 5 representa a porcentagem de vítimas da amostra geral que fizeram o uso dessas substâncias de maneira isolada ou associada.

Entre os medicamentos encontrados, 5,9% eram destinados ao tratamento de distúrbios da motilidade gastrointestinal, 8,8% tinham efeito analgésico e 85,3% eram psicotrópicos, entre estes a maioria era de efeito antidepressivo e ansiolítico (44,8% cada). Dos medicamentos utilizados em combinação com álcool e cocaína, 100% eram de efeito psicotrópico.

Tabela 5: Substâncias utilizadas nas horas que precederam o suicídio, independentemente do método. Teste Qui-quadrado; $p = 0,0006$.

Substância	F	%
Álcool	21	17,1
Medicamentos	15	12,2
Pesticida	1	0,8
Cocaína	4	3,3
Álcool + Cocaína	1	0,8
Álcool + Pesticida	1	0,8
Álcool + Medicamentos	3	2,4
Medicamentos + Cocaína	1	0,8
Nenhuma substância Detectada	76	61,8
TOTAL	123	100

Estudos apontam que em mais de 90% dos casos de suicídio cabe diagnóstico de transtorno mental [35]. No perfil considerado de alto risco para o suicídio incluem-se pessoas que cometeram tentativas de suicídio anteriores, que possuem transtornos mentais como depressão, transtorno bipolar e a associação destas doenças ao uso de álcool e/ou drogas de abuso [12]. Revalidamos os dados devido à alta porcentagem de uso de álcool, drogas e medicamentos que estão relacionados ao tratamento de transtornos mentais e a associação entre estes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao fato do suicídio ser considerado um problema de saúde pública, é de fundamental importância conhecer as variáveis relacionadas ao fenômeno, bem como realizar estudos epidemiológicos a fim de direcionar estratégias de controle e assistência à indivíduos propensos à ideação suicida.

Apesar do elevado número de casos de suicídio, pode-se estimar que este seja ainda maior, devido à subnotificação, registro de morte por causa indeterminada ou sob outra causa violenta.

É pertinente salientar a limitação quanto à coleta de dados, devido à grande quantidade de declarações de óbito incompletas, principalmente quanto a informações referentes ao estado civil, escolaridade e ocupação, variáveis de suma importância para traçar o perfil epidemiológico. Dados mais detalhados são de crucial importância para a criação e aperfeiçoamento de programas de prevenção ao suicídio, principalmente por estreitar o público alvo e forma de abordagem.

Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que o perfil de risco para a região estudada compreende homens, indivíduos de cor branca, com idade entre 21 a 40 anos, com grau de escolaridade nível Fundamental II, solteiros e com ocupação relacionada à serviços e comércio. O método mais utilizado para ambos os sexos é o enforcamento. Há um grande percentual de uso de medicamentos psicotrópicos, álcool e drogas de abuso nas horas que precedem o suicídio.

Dados desta pesquisa corroboram os da literatura científica, porém, sugere-se a ampliação de estudos sobre o fenômeno na região.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Superintendência da Polícia Técnico-Científica de São Paulo por autorizar a divulgação dos dados utilizados na realização do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] World Health Organization. *Suicide*. Geneva 2018. Retirado em 05/03/2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. *Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II*. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasil, 2008, 27-29.
- [3] G.L. Werneck; M.H. Hasselmann; L.B. Phebo; D.E. Vieira; V.L.O. Gomes. Suicide attempts recorded at a general hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública* **22**, 2201-2206, 2006.
- [4] E.K. Moscicki. Identification of suicide risk factors in epidemiologic studies. *The Psychiatric Clinics of North America* **20**, 499-517, 1997.
- [5] A.M.A.S. Meleiro; C.T. Teng, Y.P. Wang. *Suicídio: estudos fundamentais*. Segmento Farma. Brasil, 2004.
- [6] A.C.M. Parente; R.B. Soares; A.R.F. Araújo; I.S. Cavalcante; C.F.S. Monteiro. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Enferm.* **60**, 377-381, 2007.
- [7] M.F. Mello. Suicide and its psychopathological relations: a qualitative analysis of 6 rational suicidal patients. *Cad. Saúde Pública* **16**, 163-170, 2000.
- [8] A.T. Beck; R.A. Steer; M. Kovacs; B. Garrison. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am. J. Psychiatry* **142**, 559-563, 1985.
- [9] N.J. Botega, M.B.A. Barros; H.B. Oliveira; P. Dalgalarondo; L. Marín-León. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev. Bras. Psiquiatr.* **27**, 45-53, 2005.
- [10] Organização Mundial De Saúde. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia*. Genebra 2000, 2-6.
- [11] J.M. Bertolote, A. Fleischmann; D. Leo; J. Bolhari; N. Botega, D. Silva; H.T.T. Thanh; M. Phillips; L. Schlebusch; A. Wörnig; L. Vijayakumar; D. Wasserman. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the who supre-miss community survey. *Psychol Med* **35**, 1457-1465, 2005.
- [12] N.M. Rosa; C.M.D. Agnolo; R.R. Oliveira; T.A.F. Mathias. Trend of declining suicide mortality rate in Paraná, Brazil: contribution to public mental health policies. *J Bras Psiquiatr.* **66**, 157-163, 2017.
- [13] Ø. Hammer; D.A.T. Harper; P.D. Ryan. PAST: Paleontological statistics package for education 2001.
- [14] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015*.

- Brasil, 2015. Retirado em 07/10/2018, de ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf
- [15] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016*. Brasil, 2016. Retirado em 07/10/2018, de ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016.pdf
- [16] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2017*. Brasil, 2017. Retirado em 07/10/2018, de ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf
- [17] DATASUS. *Sistema de Informação sobre Mortalidade*. Retirado em 07/10/2018, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- [18] D.E. Papalia; R.D. Feldman., *Desenvolvimento humano*. ArtMed. Brasil, 2000, 40-41.
- [19] Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasil, 2002, 21-825.
- [20] Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. Genebra, 1992.
- [21] Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. *Suicídio. Saber, agir e prevenir*. Brasil, 2017.
- [22] G.M. Lovisi; S.A. Santos; L. Legay; L. Abelha; E. Valencia. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.* **31**, 86-93, 2009.
- [23] D.B. Machado; D.N. Santos. Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. *J Bras Psiquiatr.* **64**, 45-54, 2015.
- [24] J.J. Waiselfisz. *Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil*. Flacso. Brasil 2014, 96-128.
- [25] M N. Baptista; A.M. Carneiro; J.O. Gomes; H.F. Cardoso. Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do Estado de São Paulo entre 2004 e 2008. *Psicologia em Pesquisa* **6**, 02-12, 2012.
- [26] V.S. Souza; M.S. Alves; L.A. Silva; D.C.S.F. Lino; A.A. Nery; C.A. Casotti. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J. Bras. Psiquiatr.* **60**, 294-300, 2011.
- [27] S.N. Meneghel; C.G. Victora; N.M.X. Faria; L.A. Carvalho; J.W. Falk. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev. Saúde Pública* **38**, 804-810, 2004.
- [28] M.N. Baptista; A. Borges. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estud. Psicol.* **22**, 425-431, 2005.
- [29] E.R. Souza; M.C.S. Minayo; J.V. Malaquias. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad. Saúde Pública* **18**, 673-683, 2002.
- [30] L.B. Macente; E.G. Santos; E. Zandonade. Tentativas de suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *J. Bras. Psiquiatr.* **58**, 238-244, 2009.
- [31] L. Marín-León; M.B.A. Barros, Suicide mortality: gender and socioeconomic differences. *Rev Saúde Pública* **37**, 357-363, 2003.
- [32] C. Wanzinack; A. Temoteo; A.L. Oliveira. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. *Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar* **10**, 106-117, 2017.
- [33] J.F.M. Oliveira; G.A. Wagner; N.S. Romano-Lieber; J.L.F. Antunes. Medicine poisoning mortality trend by gender and age group, São Paulo State, Brazil, 1996-2012. *Ciência & Saúde Coletiva* **22**, 3381-3391, 2017.
- [34] S.A. Santos; L.F. Legay; G.M. Lovisi. Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. *Cad. Saúde Colet.* **21**, 53-61, 2013.
- [35] J.M. Bertolote; A. Fleischmann. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry* **1**, 181–185, 2002.