

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO ESTADO DO CEARÁ,
NO PERÍODO 1997-2007**

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira^a

José Gomes Bezerra Filho^b

Regina Fátima Gonçalves Feitosa^c

Resumo

Considerado uma questão de saúde pública, em razão da crescente prevalência, o suicídio é uma das maiores causas de mortalidade no mundo, especialmente entre sujeitos jovens. O estudo objetivou caracterizar o perfil do suicídio no estado do Ceará, de 1997 a 2007, relacionado aos aspectos sociodemográficos, meios utilizados e ano de ocorrência. Os dados foram obtidos no Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS). De acordo com o DATASUS, ocorreram 4.326 mortes no período estudado, sendo 3.467 homens e 857 mulheres. De acordo com os dados encontrados, houve predominância de suicídios entre homens, com 80,1%, enquanto o índice entre as mulheres foi de 19,9%, uma razão masculino/feminino de 4:1. A maior incidência, de 34,0%, foi entre indivíduos de 20 a 49 anos, em ambos os sexos; 39,2% tinham menos de três anos de estudo, representando, assim, baixa escolaridade; 58,4% sem união consensual, como solteiros, viúvos e separados judicialmente, principalmente solteiros, 53,1%. O método mais utilizado foi o enforcamento, por ambos os sexos, com 55,7%, seguido de arma de fogo, com 9,07%. Por ser considerado um problema de saúde pública, sugere-se a implantação de políticas públicas de prevenção ao suicídio que possibilitem a redução das taxas existentes.

Palavras-Chave: Suicídio. Morte. Incidência. Sexo. Escolaridade.

^a Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC), em associação com a Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - UFC.

^b Bioestatístico. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará e da Universidade Estadual do Ceará.

^c Doutora em Farmacologia pela UFC. Professora da Graduação da UFC.

Endereço para correspondência: Rua Silva Paulet, n.º 2140, apart. 1101, Aldeota, Fortaleza, Ceará. CEP: 60020-021. oliveira_ivoneide@yahoo.com.br; verissimoo@hotmail.com

EPIDEMIOLOGIC STUDY OF SUICIDE MORTALITY IN THE STATE OF CEARÁ IN THE PERIOD 1997-2007

Abstract

Being considered as a public health issue, due to its increasing prevalence, suicide is one of the major causes of mortality worldwide especially among young people. This study aimed to characterize the profile of suicide in the state of Ceará, Brazil from 1997 to 2007, relating it to socio-demographic aspects, means used and year of occurrence. The data were obtained from the Unified Health System – SUS/Ministry of Health (DATASUS). According to the Department of Information, there were in the period studied, 4,326 deaths, 3,467 between male and 857 female. According to the data there was a predominance of suicides among men of 80.1% and of 19.9% among women. The male/female ratio was 4:1. The higher incidence 34.0% was between 20 to 49 years of age in both sexes. 39.2% hadn't attended school for more than three years, thus representing low level of education; 58.4% were single, widowed or legally separated. The percentage of unmarried was of 53.1. The most used method was hanging in both sexes with 55.7%, followed by firearm, 9.07%. Since it is a public health problem, we suggest the implementation of public policies on suicide prevention, which may allow a reduction of the existing rates.

Key words: Suicide. Death. Incidence. Sex. Educational. Status.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN EL ESTADO DE CEARÁ, EN EL PERÍODO 1997-2007

Resumen

Considerado como un problema de salud pública, debido a la creciente prevalencia, el suicidio es una causa importante de mortalidad en el mundo, especialmente entre sujetos jóvenes. El objetivo del estudio fue caracterizar el perfil de suicidio en el estado de Ceará, entre 1997 y 2007, relacionados a los aspectos sociodemográficos, medios empleados y el año de ocurrencia. Los datos fueron obtenidos en el Departamento de Informática del SUS/Ministerio de la Salud (DATASUS). De acuerdo con el DATASUS ocurrieron en el período 4.326 muertes, siendo 3.467 e hombres y 857 mujeres. De acuerdo con los datos predominó el suicidios entre los hombres con un 80,1% en cuanto que entre las mujeres fue de un 19,9%, una razón masculino/femenino de 4:1, la mayor incidencia de

un 34,0% fue entre individuos de 20 a 49 años de edad en ambos sexos, 39,2% no tenían más que tres años de asistencia escolar, lo que representa el bajo nivel educativo, el 58,4% sin unión consensual, como solteros, viudos o separados legalmente, sobresaliendo el de los solteros con un 53,1% . El método más utilizado, 55,7%, fue el ahorcamiento para ambos sexos, seguido por arma de fuego, 9,07%. Por considerarse un problema de salud pública, se sugiere la implementación de políticas públicas de prevención del suicidio, que permitan una reducción de las tasas existentes.

Palabras-Clave: Suicidio. Muerte. Incidencia. Sexo. Escolaridad.

INTRODUÇÃO

Suicídio é uma das maiores causas de mortalidade no mundo, especialmente entre sujeitos jovens. Em consequência da crescente prevalência, essa condição tem sido considerada como uma questão de saúde pública. Recentemente, estudos epidemiológicos têm descrito grandes variações interculturais e por faixa etária. A prevalência de mortes por suicídio é mais elevada em países da Europa Oriental e mais baixas em países das Américas Central e do Sul. As taxas dos Estados Unidos, Europa Ocidental e Ásia figuram na faixa central.¹ Entre aqueles com maiores taxas estão: Sri Lanka (46,5/100 mil), Lituânia (23,9/100 mil) e Rússia (23,6/100 mil).² O Canadá aparece na 15.^a posição mundial (10,8/100 mil) e os Estados Unidos na 34.^a (8,0/100 mil). No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio é considerada relativamente baixa (5,6 mortes por 100 mil habitantes) quando comparada com a de outros países. O país ocupa a 67.^a posição em uma classificação mundial, no entanto, em números absolutos, está entre os 10 países com mais suicídios.³

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as mortes por suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos. As estimativas da OMS apontam que cerca de 1 milhão de pessoas cometeram suicídio em 2000, o que representaria uma morte a cada 40 segundos,^{4,5} ocupando a terceira posição entre as causas mais frequentes de morte na população entre 15 e 44 anos de idade. A taxa mundial de suicídio é estimada em torno de 16 casos por 100 mil habitantes, variando de acordo com sexo e idade.⁶

Na maioria dos países, o suicídio encontra-se entre as 10 primeiras causas de morte em indivíduos de todas as idades e entre as três primeiras causas de morte para indivíduos mais jovens (entre 15 e 34 anos). O suicídio é um fenômeno complexo, provavelmente determinado pela interação de diversos fatores, entre os quais a constituição biológica do indivíduo, sua história pessoal, eventos circunstanciais, bem como o meio ambiente.^{7,8}

A descrição do perfil epidemiológico do suicídio no Brasil vem crescendo significativamente nas últimas décadas. Em 2005, pesquisadores realizaram um estudo sobre as taxas nacionais de morte por suicídio entre os anos de 1980 e 2000 e encontraram uma média de 3 a 4 suicídios/100 mil habitantes, sendo a incidência quatro vezes maior entre homens e com taxas crescentes nas faixas etárias mais jovens.⁹

No Brasil, 24 pessoas morrem diariamente por suicídio, mas essa informação acaba por não ser divulgada. Assim, o impacto do suicídio é obscurecido pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que excedem, em média, seis e quatro vezes, respectivamente, o número de suicídios.¹

Entre os estados brasileiros com maiores taxas estão Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Goiás, em ordem decrescente. No Rio Grande do Sul, a taxa anual está entre 8 e 10 mortes por suicídio por 100 mil habitantes; Santa Catarina está em segundo lugar nas estatísticas, com média de 7 e 8,5/100 mil habitantes; e o Paraná apresenta média de 7,1/100 mil habitantes.¹⁰

Em estudo realizado sobre análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006, o Nordeste brasileiro apresentou a taxa mais baixa relacionada a alguns outras regiões, com uma média de 2,7 mortes por 100 mil habitantes.³

No Ceará, as taxas de mortalidade por suicídio registraram ascensão significativa no período de 2000 a 2004. As mortes representaram 9,4% dos óbitos registrados em 2004. Na faixa etária de 15 a 29 anos, a taxa de mortalidade passou de 5,1/100 mil habitantes para 7,6/100 mil habitantes. Entre 30 e 59 anos, cresceu de 6,0/100 mil habitantes, em 1998, para 9,7/100 mil habitantes, em 2004. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, a mortalidade foi de 6,6/100 mil habitantes no primeiro ano estudado, e de 7,3/100 mil habitantes em 2004, havendo maior número de casos entre o sexo masculino.¹¹

O suicídio é estigmatizado, rodeado de tabus, é marcado pelo “não dito”. Dizer que uma pessoa morreu provoca comoção e solidariedade, entretanto, quando se diz que a morte foi provocada pelo suicídio, a fala emudece, causando constrangimento. O assunto é evitado ou proibido, ficando uma mácula. De modo geral, a população tende a negar essa atitude tão séria e grave contra o fluxo natural da vida, especialmente quando ocorre em adolescentes e, ainda mais, em crianças. A despeito disso, atualmente, os adolescentes são especialmente vulneráveis a reagirem com atitudes suicidas em resposta a sérios conflitos por que estejam passando.¹² Sabe-se que óbitos por suicídio podem ser notificados como causa externa do tipo ignorado, induzindo à subnotificação do agravo, que varia de acordo com a região e a cultura, já que o suicídio é um tema tabu na maioria dos grupos sociais.¹³

Esse fato tem instigado pesquisadores oriundos de vários campos da área científica, destacando-se as ciências sociais e da saúde, que apontaram a etnia, a cultura, as crises sociais, bem como aspectos climáticos da região como possíveis fatores ligados ao problema.¹³ Mesmo assim, poucos estudos têm sido conduzidos no sentido de descrever o fenômeno, seja no aspecto médico, epidemiológico ou social.⁴

Para alguns autores, o suicídio é um ato consciente de autodestruição, que também pode ser mais bem compreendido como uma enfermidade multidimensional em um indivíduo carente. Neste estudo, utiliza-se como conceito uma ação voluntária de matar a si mesmo, envolvendo uma tríade: a vontade de morrer, de ser morto e de matar.^{5,6}

Fazem-se necessários alguns cuidados ao se analisar dados sobre suicídio, pois existem questões que interferem no real dimensionamento desse problema. Entre elas, podemos citar: tendência à subnotificação de dados, falhas nos registros, taxas oficiais precárias, imprecisão na fonte de produção (Polícia, Institutos de Medicina Legal). Além disso, há um estigma que cerca este tipo de morte, o uso de conceitos e definições diversas do ato suicida, a dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional.¹²

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará, Brasil. Pretende-se trabalhar com dados que subsidiem pesquisas futuras na área e sirvam de auxílio na construção de políticas públicas para o enfrentamento do problema.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de caráter quantitativo, no qual será mostrado o coeficiente bruto de mortalidade por suicídio ocorrido no estado do Ceará, no período de 11 anos, entre 1997 e 2007.

O Ceará está localizado no Nordeste do Brasil, com uma área de 148.825.602 km², classificado como oitavo estado brasileiro em população, com 8.547.809 habitantes, sendo 6.135.652 habitantes na área urbana e 1.971.001 habitantes na área rural, o que corresponde a 15,95% da população do Nordeste e a 4,46% da brasileira. A taxa de escolarização líquida é de 57,3%.¹⁴

A população de estudo compreendeu todos os casos de óbitos ocorridos por suicídio no estado do Ceará, durante o período de 1997 a 2007, analisados segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil e método empregado.

Os dados utilizados de 1997 a 2007 foram coletados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), publicados pelo Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (DATASUS), disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.¹⁵

A padronização da faixa etária e a análise de cada variável foram estabelecidas conforme determina o banco de dados do DATASUS. Em algumas tabelas, alguns dados estão suprimidos por serem ignorados, como escolaridade, estado civil e local de ocorrência.¹⁵

Utilizou-se a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10),¹⁶ compreendendo as categorias x60 a x84: lesão autoprovocada voluntariamente.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará (UFC). Cumpriram-se as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, referentes à pesquisa com seres humanos, e aos quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.¹⁷

RESULTADOS

No presente estudo, foram encontrados, no período de 1997 a 2007, 4.326 mortes por suicídio do tipo Lesão Autoprovocada Voluntariamente (CID-10) no estado do Ceará, sendo 3.467 do sexo masculino e 857 do sexo feminino.

Na **Tabela 1**, os coeficientes de mortalidade por suicídio no estado do Ceará variaram de 1,2 mortes/100 mil habitantes (1997) até 11,0 mortes/100 mil habitantes (2005 e 2007, respectivamente). O coeficiente médio entre os homens é de 8,0/100 mil habitantes e para as mulheres é de 2,0/100 mil habitantes. A razão entre os coeficientes padronizados por gênero indica uma proporção média de 4:1 entre homens e mulheres. De um modo geral, o coeficiente foi de 5,1/100 mil habitantes. No entanto, tanto o número de óbitos quanto o coeficiente no sexo feminino, neste estudo, apresentou uma média de coeficiente dentro da estimativa da população brasileira; já o sexo masculino apresentou uma média superior à da população brasileira.⁴

Tabela 1. Perfil epidemiológico do suicídio, segundo o sexo – Ceará – 1997-2007

(continua)

Suicídio por sexo						
Ano	Masculino		Feminino		Total	%
	N	Coeficiente	N	Coeficiente		
1997	175	5,2	42	1,2	217	3,1
1998	206	6,0	60	1,7	266	3,8
1999	248	7,2	56	1,5	304	4,3
2000	216	5,9	57	1,4	273	3,6
2001	313	8,5	63	1,6	376	5,0
2002	356	9,6	101	2,6	459	6,0

Tabela 1. Perfil epidemiológico do suicídio, segundo o sexo – Ceará – 1997-2007

(conclusão)

Suicídio por sexo						
Ano	Masculino		Feminino		Total	%
	N	Coefficiente	N	Coefficiente		
2003	331	8,7	89	2,3	420	5,4
2004	367	9,5	90	2,2	457	5,8
2005	439	11,0	100	2,4	539	6,6
2006	397	9,9	95	2,3	492	6,0
2007	419	10,3	104	2,4	523	6,3
Média		8,0		2,0		5,1
Total	3.467		857		4.326	

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde.¹⁵

Nota: Coeficiente/100.000 habitantes padronizado pela população.

A **Tabela 2** apresenta o coeficiente de mortalidade, segundo faixa etária e ano de ocorrência. De modo geral, na análise estratificada por faixa etária, os resultados indicam o coeficiente de mortes por suicídio progressivamente mais alto de 20 a 49 anos, na maioria dos anos estudados. A faixa etária de 50 anos ou mais vem em segundo lugar, havendo uma variação de declínio em alguns dos anos estudados. Os coeficientes variaram de 0,2/100 mil habitantes (2000), de 10 a 14 anos, a 14,2/100 mil (2005) nos indivíduos de 40 a 49 anos. Ao analisar-se o coeficiente ano a ano, observou-se que cresceram gradativamente ao longo dos anos, com algumas variações.

Tabela 2. Coeficiente de mortalidade por suicídio, conforme faixa etária – Ceará – 1997-2007

Faixa etária (Anos) (1)	Anos/Coefficientes											
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
0 a 9	0	0	0	0	0,1	0,1	0	0,1	0	0	0	0
10 a 14	0,5	0,8	0,3	0,2	0,5	1	0,8	0,4	0,9	0,7	0,7	0,6
15 a 19	1,7	3,4	3,7	3,4	3,8	4,7	4,5	5,2	5,3	4,4	5,2	4,2
20 a 24	3,9	5,7	6,2	5,9	7,6	8,5	10,2	8,1	9,4	9,1	8,3	7,7
25 a 29	4,5	6,7	7,3	6,7	7,5	9,9	10	10,3	12,1	7,2	9,2	8,4
30 a 39	6,6	6,1	7,5	5,4	8,4	10,3	8,8	9,9	9,5	9,3	10,9	8,6
40 a 49	5,4	6,1	7,6	7,7	10,8	11,6	7,8	9,2	13,6	11,1	9,9	9,3
50 a 59	6,1	5,6	8	3,2	7,2	8	6,9	7,5	9,1	9,5	10,5	7,6
60 >	5,6	6,6	6,7	5,5	6	8,2	6,9	7,6	8,4	10	7,3	7,2
Total	3,1	3,7	4,3	3,6	5	6	5,4	5,7	6,6	6	6,3	5,1

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde.¹⁵

Nota: Coeficiente calculado por cem mil habitantes padronizado por faixa etária e população do período.

(1) Faixa etária conforme banco de dados do DATASUS.

Quanto à escolaridade, verificou-se, na **Tabela 3**, que grande parte das vítimas de suicídio, 745 (17,2%), não tinha nenhuma escolaridade, seguida de 953 (22%) com escolaridade até três anos de estudo, 452 (10,5%) tinham de 4 a 7 anos, 233 (5,5%) com 8 a 11 anos e apenas 119 (2,8%) tinham 12 anos ou mais de estudo. Houve um grande número de casos de vítimas com valor ignorado, num total de 1.744, representando 40,4%.

Tabela 3. Escolaridade das vítimas de suicídio, por ano – Ceará – 1997-2007

Escolaridade	Anos											Total	%
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nenhuma	39	60	83	54	83	63	74	55	92	88	54	745	17,2
1 a 3 anos	-	-	-	66	66	121	102	130	174	140	154	953	22,0
4 a 7 anos	-	-	-	17	35	61	55	61	86	56	81	452	10,5
8 a 11 anos	12	14	54	5	22	31	20	34	39	40	42	233	5,5
12 anos e mais	2	9	13	8	11	9	4	16	14	19	14	119	2,8
Ignorado	164	183	154	123	159	174	165	161	134	149	178	1744	40,4
Total	217	266	304	273	376	459	420	457	539	492	523	4326	100,0

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde.¹⁵

Quanto ao estado civil, conforme a **Tabela 4**, considerando o total geral de suicídios nos últimos 11 anos, observou-se maior predominância no grupo de solteiros, com 2.299 (53,2%) casos; em segundo lugar, os casados, com 1.583 (36,6%); e em relação aos demais: viúvos 142 (3,3%) e separados 88 (2%).

Tabela 4. Estado civil das vítimas de suicídio, por ano – Ceará – 1997-2007

Estado civil	Anos											Total	%
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Solteiro	89	144	138	124	182	221	234	243	328	272	324	2299	53,2
Casado	113	105	139	125	151	160	135	168	169	158	160	1583	36,6
Viúvo	10	11	10	6	13	20	12	16	19	18	7	142	3,3
Separado judicialmente	1	1	6	8	8	6	8	10	11	13	16	88	2,0
Sub-total	213	263	293	263	360	421	389	437	527	461	507	4112	95,0
Outro	1	0	2	4	6	14	3	0	0	4	1	35	0,8
Ignorado	3	5	9	6	16	38	28	20	12	27	15	179	4,1
Sub-total	4	5	11	10	22	52	31	20	12	31	16	214	4,9
Total	217	266	304	273	376	459	420	457	539	492	523	4326	100,0

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde.¹⁵

Quando se somaram os dados referentes aos grupos sem união estável, como separados judicialmente, viúvos e solteiros, observou-se 2.529 (58,5%) ocorrências. O número de casos “ignorados” e “outros” encontrados foi expressivo, 214, representando 4,9% dos casos.

Analisando-se o local de ocorrência dos óbitos por suicídio, verificou-se, de acordo com a **Tabela 5**, como local predominante o domicílio, com 2.450 (56,6%) casos, seguindo-se o hospital, com 942 (21,8%). Em via pública, 329 vítimas, representando 7,6% dos casos e, em outros locais, 468 casos (10,8%). Observou-se também um grande número de casos ignorados, totalizando 132 vítimas, 3% do total.

Tabela 5. Local de ocorrência do suicídio – Ceará – 1997-2007

Escolaridade	Anos											Total	%
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Domicílio	140	165	176	160	234	237	222	229	303	290	294	2450	56,6
Hospital	44	54	54	56	66	109	92	106	119	114	128	942	21,8
Outros	14	29	47	25	39	64	56	39	49	47	59	468	10,8
Via pública	12	13	17	25	28	32	38	49	38	36	41	329	7,6
Ignorado	7	5	10	7	9	17	10	34	29	3	1	132	3,1
Outro Estab. Saúde	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	0	5	0,1
Total	217	266	304	273	376	459	420	457	539	492	523	4326	100,0

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde.¹⁵

Como mostra o **Gráfico 1**, o método mais empregado para o suicídio em ambos os sexos foi o enforcamento, responsável por mais de 55,8% das mortes, sendo 45,6% do sexo masculino e 9,2% entre as mulheres. O uso de armas de fogo respondeu por 7,9% no sexo masculino e 0,9% no sexo feminino. O envenenamento com produtos químicos, por sua vez, apresentou taxas de 8,1% entre os homens e 2,6% entre as mulheres. Por outro lado, o uso de pesticida representou 6,4% entre os homens e 2,5% entre as mulheres. A lesão autoprovocada representou 4,2% de casos entre os homens e 1,7% entre as mulheres. Já a ingestão de medicamentos foi responsável por 1,8% dos casos entre os homens e 0,7% entre as mulheres. Quando o método utilizado foi a queda intencional de um lugar mais elevado, correspondeu a 1,1% entre os homens e 0,4% entre as mulheres. No caso do método por queimadura, a mulher apresentou um percentual maior (0,9%) em relação aos homens (0,6%). Vale ressaltar que este foi o único método para a prática do suicídio em que o número de casos no sexo feminino foi superior ao do masculino. Diversos outros métodos estão registrados nas estatísticas do DATASUS, como afogamento, gases e vapores, álcool etc., cada um representando taxas muito baixas, em torno de 1,0/100 mil habitantes, motivo pelo qual foram agrupadas na categoria “outros”, conforme apresentado no **Gráfico 1**.

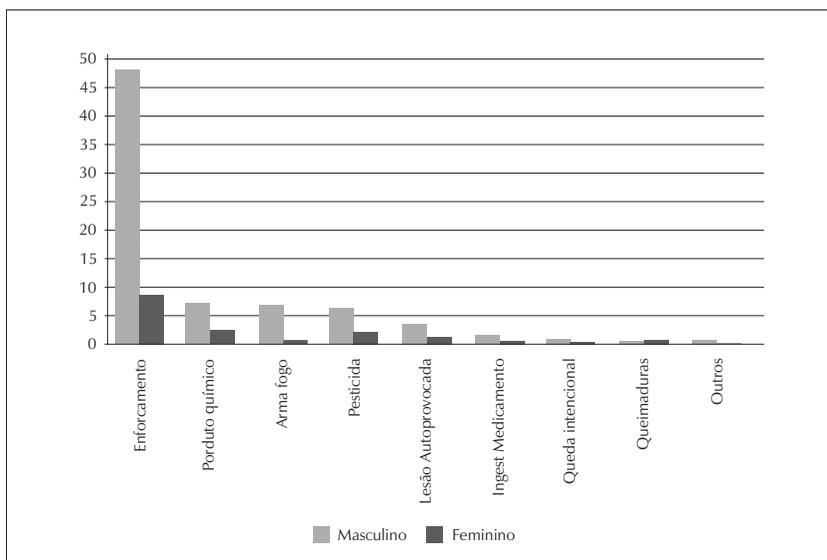


Gráfico 1. Suicídio segundo método utilizado – Ceará – 1997-2007

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde.¹⁵

DISCUSSÃO

O suicídio é um fato que ocorre em nossa sociedade, afeta os diferentes grupos sociais e etários e exibe uma multiplicidade de maneiras para o seu desfecho. A mortalidade por suicídio ocupa a terceira posição entre as causas mais frequentes de falecimento na população de 14 a 44 anos em alguns países, e estima-se que as tentativas ocorram 20 vezes mais que os suicídios consumados.¹¹

Neste estudo, o Ceará apresentou um coeficiente de 5,1/100 mil habitantes. Esses dados aproximam-se dos encontrados em outro estudo, realizado no período de 1990 a 1998, nesse estado, no qual os autores demonstraram que, entre todas as declarações de morte da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, o coeficiente de suicídio encontrado foi de 6,2/100 mil habitantes.¹⁸

Ao se comparar os dados do Ceará com os dados de estados do Sul do país, observou-se que são de baixa magnitude em relação aos da região Sul. Em estudo realizado em Santa Catarina, no período de 1980 a 2005, os autores encontraram um coeficiente médio de mortalidade por suicídio igual a 7/100 mil habitantes. Os autores revelaram ainda que a região Sul, mais especificamente o estado do Rio Grande do Sul (RS), com 11/100 mil habitantes, deteve os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio no Brasil.⁴

Vale salientar que alguns autores classificam a mortalidade por suicídio como baixa quando os coeficientes são menores que 5/100 mil habitantes; média, quando os coeficientes se situam entre 5 e menos de 15/100 mil habitantes; alta, entre 15 e menos de 30/100 mil habitantes; e muito alta, quando os coeficientes são de 30 óbitos/100 mil habitantes ou maiores.¹⁹

Comparando a proporção de coeficientes de suicídios entre os sexos, neste estudo, foi encontrado um maior percentual entre o sexo masculino, com 8,0/100 mil habitantes; o sexo feminino apresentou média de 2,0/100 mil habitantes. Esses dados estão próximos ao observado no Brasil, segundo registros no DATASUS, que mostra, em seu banco de dados, uma predominância de suicídio para o sexo masculino com média de 7,5/100 mil habitantes e 2/100 mil habitantes para mulheres.¹⁵ Ressalte-se que este trabalho apresenta uma razão de 4:1, entre os sexos masculino e feminino, estando de acordo com estudos realizados em outros estados brasileiros.^{6,13,20}

Em estudo realizado sobre o perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, no período de 1980 a 2005, os autores encontraram uma *incidência quatro* vezes maior entre homens, uma razão homem/mulher de 4:1.⁴ Em outro estudo sobre características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul entre 1980 e 1999, a razão homem:mulher aumentou de 3:1, em 1980, para 5:1 no final do período estudado.¹³

Segundo estudo realizado sobre análise do comportamento dos suicídios de jovens em capitais de nove regiões metropolitanas brasileiras, o sexo masculino obtém maior sucesso nos suicídios do que o sexo feminino, ainda que as mulheres tenham maior prevalência nas tentativas de suicídio. Isso ocorre porque os homens utilizam métodos mais violentos e fatais do que as mulheres nas tentativas.²¹

Neste estudo, quanto à idade das vítimas que cometeram suicídio, observou-se um acréscimo maior entre as de 40 a 49 anos, com variações para alguns dos anos estudados (2003, 2004 e 2007). Os dados aqui apresentados estão de acordo com outros estudos, em que foram encontrados os maiores índices em vítimas mais jovens e também se assemelham aos da literatura. Em estudo realizado em Limeira (SP), encontrou-se um maior percentual de óbitos na faixa etária de 21 a 49 anos (49,4%), enquanto, em Teresina (PI), a faixa variou de 20 a 29.^{6,22} Neste estudo, o número de suicídios observados na faixa etária entre 20 e 49 anos aumentou, gradativamente, ao longo dos anos estudados. Estudo realizado sobre análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 constatou que os casos com pessoas entre 40 e 49 anos aumentou 43%.³ Já em Santa Catarina, estudo sobre

prevalência de suicídio no período de 2001 a 2005 comprovou que quase metade dos casos (47%) foi praticada por pessoas acima dos 45 anos de idade¹⁰ e, na faixa etária de 50 a 59 anos, foi constatada uma tendência no crescimento dos coeficientes nos últimos sete anos estudados (2001-2007).

Em outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, sobre as características epidemiológicas de mortalidade por suicídio em uma série histórica de 10 anos (1980-1999), encontraram-se elevados índices para vítimas em faixas etárias maiores de 70 anos. No entanto, nesse mesmo estudo, os grupos de adultos jovens apresentaram aumento nas taxas durante os últimos anos estudados, principalmente no último quinquênio (1995-1999), o que indica uma tendência de juvenilidade do agravo.¹³

Nos resultados referentes ao grau de escolaridade, neste estudo, alguns dados não foram preenchidos nos primeiros anos (1997 e 1999). A partir de então, há evidências de dados mais precisos. Grande parte das vítimas (17,2%) não tinha nenhuma escolaridade (analfabeto). A maioria (22%) tinha até três anos de estudo, o que mostra uma baixa escolaridade entre as vítimas. O presente estudo corrobora o levantamento epidemiológico realizado em Salvador (BA) no período 1996-1997, no qual se detectou que ter apenas o curso primário é fator de risco para o suicídio.²² Os dados corroboram outros estudos realizados no Brasil, em que os autores demonstram que as principais vítimas foram pessoas com apenas o 1.º grau de escolaridade.^{23, 24}

Esses achados levam à reflexão sobre a restrição de oportunidade na vida profissional e econômico-financeira, podendo contribuir para a ideação, tentativas e cometimentos de mortes autoinfligidas. Acredita-se que, pelos dados encontrados no estudo, a baixa escolaridade entre as vítimas seja um fator de risco para o suicídio.

Quanto ao estado civil, os solteiros deste estudo apresentaram maior percentual (53,1%), vindo, em seguida, os casados (36,5%). No entanto, todas as vítimas que não possuíam união estável (solteiros, separados judicialmente e viúvos) representaram 58,5% dos casos. Esses dados correlacionam-se com a literatura consultada. De acordo com pesquisa realizada em Teresina (PI), encontrou-se um percentual de 54,9% de vítimas de suicídios entre os solteiros,⁶ enquanto em estudo realizado em Santa Catarina foi encontrado um percentual de 26,5%.^{6,10}

Estudo realizado em uma capital do Nordeste brasileiro, Teresina (PI), demonstrou que o isolamento social é um importante fator de risco para essa prática.⁶

Quanto ao local de ocorrência do óbito, observou-se, neste estudo, que 56,6% dos casos ocorreram em domicílios. Os dados correspondem aos encontrados em pesquisas atuais, como o estudo sobre mortalidade por causas violentas em São Paulo (SP), e mortes

por suicídio, diferenças de gênero e nível socioeconômico em Campinas (SP), as quais encontraram maior percentual de vítimas com ocorrência em domicílio.^{20,25}

Além do domicílio, observou-se um número expressivo de óbitos ocorridos no hospital (21,8%). Isso pode refletir o método utilizado para a prática do suicídio, podendo existir uma relação entre a maneira empregada e o impacto que ele pode causar, haja vista que algumas vítimas podem provocar lesões menos graves, permitindo o traslado para o hospital, na tentativa de tratamento.

Em relação aos métodos utilizados para essa prática, os dados deste estudo confirmam os encontrados em alguns estados brasileiros, como São Paulo e Santa Catarina.^{4,20} Observou-se que os métodos mais utilizados entre homens foram enforcamento, arma de fogo e envenenamento. A análise dos métodos praticados permitiu observar-se que todo percentual era maior no sexo masculino. Entretanto, quanto à queimadura, o percentual foi maior entre as mulheres.

Neste estudo, detectou-se um grande número de vítimas com “registros ignorados” relacionados a algumas variáveis, como escolaridade, estado civil e local de ocorrência, podendo contribuir para a subestimação dos dados.

A literatura mostra que as taxas de mortalidade por suicídio são subestimadas, tornando, assim, difícil a obtenção de uma medida mais acurada para evitar-se este tipo de morte. Quando se analisa um estudo sobre suicídio, a subnotificação dos dados é um dos aspectos mais críticos e, por isso, exige mais atenção. Ela pode ser causada por fatores como preenchimento incorreto da certidão de óbito, cemitérios clandestinos e pedidos da família para mudar a causa da morte.³

Os dados deste estudo encontram-se dentro da estatística brasileira. No entanto, a preocupação quanto à incidência dos suicídios ocorridos no estado do Ceará implica numa ênfase maior nas ações de saúde pública. Quanto ao gênero, houve predominância do suicídio entre os homens, porque utilizaram métodos mais violentos. Contudo, em ambos os sexos, o enforcamento aparece em destaque como a maneira mais utilizada. Houve baixo nível educacional entre as vítimas, e estar sem companheiro/companheira é um risco comprovado.

O subregistro de alguns dados aponta para a necessidade de melhor preparação dos profissionais para diagnosticar, notificar e codificar a causa básica de morte para os eventos de suicídio.

Acredita-se ser necessário aprofundar o estudo de forma a ampliar o conhecimento, para que se consiga atingir a dimensão da prevenção. Assim, será possível estruturar uma atenção a pessoas que apresentam comportamentos de risco, como também

planejar estratégias que possam minimizar as situações ou vivências de experiência de risco, destacando esforços de prevenção, tratar casos de depressão em serviços gerais de saúde e diminuir o risco de suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Supl 1):S18-S25.
2. Baggio LP, Palazzo LS, Aerts DRGC. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(1):142-50.
3. 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.
4. Schmitt R, Lang MG, João 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.
5. World Health Organization (WHO). Suicide prevention (SUPRE). Extraído de [http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/], acesso em [5 de março de 2011].
6. Parente ACM, Soares RB, Araújo ARF, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(4):377-81.
7. Turecki G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(Supl 2):18-22.
8. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores. Genebra; 2000.
9. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):131-4.
10. Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(1):38-43.
11. Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1731-40.

12. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2009;14(2):407-16.
13. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38(6):804-10.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados por estado. Extraído de [<http://www.ibge.gov.br>], acesso em [13 de janeiro de 2011].
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Extraído de [<http://www.datasus.gov.br>], acesso em [20 de maio de 2011].
16. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10.^a rev. 8.^a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2000.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96. Critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4:15-25.
18. Pordeus AM, Fraga MN, Olinda QB. Suicídio no Ceará na década de 90. *Rev Cient Ciência Saúde*. 2002;15(2):16-22.
19. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *World Health Stat Q*. 1993;46:52-68.
20. Marin-Leon L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):357-63.
21. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):673-83.
22. Baptista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estud Psicol*. 2005;22(4):425-43.
23. Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciência Saúde Coletiva*. 2006;11(Supl I):1333-42.
24. Neves SRS. Suicídio e alienação: a vivência cotidiana da desigualdade e exclusão social [dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2007.
25. Mello-Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil: III - mortes intencionais. *Rev Saúde Pública*. 1981;15(2):165-93.

Recebido em 11.8.2011 e aprovado em 23.4.2012.