

Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016

Mortality by suicide in Espírito Santo, Brazil: analysis of the period 2012 to 2016

Suicide mortality in Espírito Santo, Brazil: analysis for the period 2012 to 2016

Cómo citar: Tavares F, Borgo V, Leite F, Cupertino E, Pereira J, Alves R, Rosa M. Mortalidade por suicídio no Espírito Santo: uma análise do período de 2012 a 2016. Av Enferm, 2020.38(1): 66-76. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79960>

1 Fabio Lucio Tavares

Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4725-0897>
Correio eletrônico: fabiotavares54@hotmail.com

Contribuição: concepção da pesquisa, levantamento bibliográfico, metodologia, coleta dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo, aprovação da versão final e realização de correções solicitadas.

2 Vinicius Marti Pedroni Borgo

Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1740-993X>
Correio eletrônico: pedroni193@gmail.com

Contribuição: o projeto foi resultado de um Trabalho de Conclusão de Curso do estudante. Participou ativamente de todo o processo até a escrita do artigo.

3 Franciele Marabotti Costa Leite

Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6171-6972>
Correio eletrônico: francielemarabotti@gmail.com

Contribuição: análise estatística dos dados, fez contribuições significativas na discussão dos resultados e análise crítica do artigo.

4 Edleusa Gomes Ferreira Cupertino

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. (Vitória, Espírito Santo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9539-5997>
Correio eletrônico: edleusagfcupertino@gmail.com

Contribuição: contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.

5 Jacira dos Anjos Pereira

Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde (Vitória, Espírito Santo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3987-8377>
Correio eletrônico: jacianjos@gmail.com

Contribuição: contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.

6 Rodrigo Nascimento Ribeiro Alves

Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6144-2687>
Correio eletrônico: ribeirobm@yahoo.com.br

Contribuição: contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.

7 Mauro Rosa

Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8508-1353>
Correio eletrônico: maurocbmes@gmail.com

Contribuição: contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.



Resumo

Objetivo: descrever a mortalidade dos óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Espírito Santo, Brasil.

Materiais e métodos: estudo epidemiológico, baseado em dados secundários sobre a tendência dos suicídios ocorridos no Espírito Santo no período de 2012 a 2016.

Resultados: a análise de tendência indicou crescimento da taxa de mortalidade por suicídio ao longo do período de 2012 a 2016 ($R^2 = 0,9307$; $p < 0,001$). A maioria das vítimas foram homens (73,5 %), pardos (47,9 %), adultos (81,4 %) que morreram por enforcamento, seguido de envenenamento e arma de fogo. O enforcamento foi mais prevalente entre os homens ($P = 63$; $p < 0,001$); entre as mulheres, o envenenamento ($P = 20,8$ %; $p < 0,001$) e a precipitação de lugar elevado ($P = 14$ %; $p < 0,001$).

Conclusão: o aumento na mortalidade por suicídio entre a população estudada vem acompanhando a tendência de crescimento no Brasil e no mundo. Acredita-se que este estudo se constitui como mais um recurso de acesso à informação sobre o suicídio de modo a facilitar a tomada de decisão por parte dos órgãos competentes no enfrentamento dessa problemática, bem como estimular e ampliar a discussão sobre o tema.

Descritores: Suicídio; Mortalidade; Epidemiologia; Morte (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: describir la mortalidad de las muertes por lesiones autoprovocadas intencionalmente en Espírito Santo, Brasil.

Materiales y métodos: estudio epidemiológico basado en datos secundarios sobre la tendencia de los suicídios ocurridos en Espírito Santo, en el periodo 2012-2016.

Resultados: el análisis de tendencia indicó crecimiento de la tasa de mortalidad por suicidio a lo largo del periodo 2012-2016 ($R^2 = 0,9307$; $p < 0,001$). La mayoría de las víctimas fueron hombres (73,5 %), mestizos (47,9 %), adultos (81,4 %) que murieron por ahorcamiento, envenenamiento y arma de fuego. El ahorcamiento fue más prevalente entre los hombres ($P = 63$ %; $p < 0,001$), mientras que envenenamiento ($P = 20,8$ %; $p < 0,001$) y precipitación de lugar elevado ($P = 14$ %; $p < 0,001$) predominaron entre las mujeres.

Conclusión: el aumento en la mortalidad por suicidio entre los nacidos en Espírito Santo viene acompañando la tendencia de crecimiento en Brasil y en el mundo. El presente estudio es un recurso más de acceso a la información sobre el suicidio para facilitar la toma de decisiones por parte de las instituciones competentes en el enfrentamiento de esa problemática, así como para estimular y ampliar la discusión sobre el tema.

Descriptores: Suicidio; Mortalidad; Epidemiología; Muerte (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe the mortality of deceases due to intentional self-harm in Espírito Santo, Brazil.

Materials and methods: epidemiological study based on secondary data on the trend of suicides occurred in Espírito Santo for the period 2012-2016.

Results: trend analysis indicated an increased rate of suicide mortality over the period 2012-2016 ($R^2 = 0.9307$; $p < 0.001$). Most of the victims were men (73.5 %), brown-skinned (47.9 %), adults (81.4 %) who died by hanging, followed by poisoning and firearm. Hanging was more prevalent among males ($P = 63$; $p < 0.001$), while poisoning ($P = 20.8$ %; $p < 0.001$) and high site precipitation ($P = 14$ %; $p < 0.001$) prevailed among women.

Conclusion: the increase in suicide mortality among the studied population has been following the growing trend in Brazil and the world. It is believed that the present study is an extra resource to access information on suicide to facilitate decision making by the competent bodies when facing this problem, as well as to stimulate and broaden the discussion on the subject.

Descriptors: Suicide; Mortality; Epidemiology; Death (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Conceituado como lesão autoprovocada e incluído nas categorias que vão de X60 a X84 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (conhecida pela sigla CID) 10^a Revisão (1), o suicídio é um fenômeno vivenciado por pessoas que compreendem, na realização desse ato, a libertação de uma dor psicológica intolerável (2). Nesse contexto, vale ponderar que essa grave situação, de provocar deliberadamente a própria morte, está relacionada a múltiplos fatores determinantes e explicativos como o resultado da complexa interação de condições psicológicas, biológicas, sociais, culturais e econômicas (3).

De proporções universais, há registros de suicídio desde a alta Antiguidade, evocado pelos mitos das sociedades primitivas; é um fenômeno grandemente criticado pelas religiões por ser considerado uma atitude de extrema rebelião contra o criador; contudo, existem muitas linhas filosóficas que tratam o autoextermínio como um ato de máxima liberdade (4). Dessa maneira, o suicídio é, muitas vezes, considerado um dos comportamentos humanos mais brutais (5). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que ocorram mais de 800 mil casos de suicídio no mundo por ano, com taxa global de mortalidade de aproximadamente 11,6 óbitos por 100 mil habitantes (6).

Além disso, a análise dessas mortes apresenta uma grande assimetria em sua distribuição. No Leste Europeu, por exemplo, as taxas de mortalidade são superiores a 30 por 100 mil habitantes; nos países escandinavos, esses valores ficam em torno de 20, ao passo que, no Sul da Europa, não atingem 10 por 100 mil habitantes (7).

No ano de 2014, o Brasil se configurou na lista dos dez países que registraram os maiores números absolutos de suicídio (10.653) (6). Vale destacar que, entre 2004 e 2014, ocorreu aumento na tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente entre os brasileiros, avançando de 4,56 por 100 mil em 2004, alcançando 5,73 por 100 mil em 2014 em todo o território nacional. Tal incremento, ao se comparar a estratificação por regiões, revela que a Região Sudeste foi onde ocorreu maior inclinação ascendente na reta de tendência, sendo superior àquela observada no país (8). Essa

assimetria de distribuição já vem sendo observada em estudo que analisou a mortalidade por suicídio no Brasil no período entre 2000 e 2012, no qual se evidenciou maior coeficiente de mortalidade na Região Sul (9,8 por 100 mil) e maior crescimento percentual na Região Nordeste (72,4 %) (9).

Nesse contexto, considerando que a morte por lesões autoinfligidas é um fenômeno complexo, que exige a articulação dos diversos setores e a ação de vários atores sociais nas medidas de prevenção, e que somente a partir do estabelecimento do cenário epidemiológico do problema será possível a elaboração e implementação de medidas que visem mitigar a problemática do autoextermínio, o presente estudo tem por objetivo descrever a mortalidade dos óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Espírito Santo, Brasil.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, baseado em dados secundários, no qual foram analisados os registros relacionados aos suicídios no Espírito Santo, referentes ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

O Espírito Santo, cuja capital é a cidade de Vitória, está localizado na Região Sudeste do Brasil; apresenta área geográfica de aproximadamente 46 mil quilômetros quadrados e é constituído por 78 municípios agrupados em quatro Regiões de Saúde (Região Central, Região Metropolitana, Região Norte e Região Sul). A população do Espírito Santo estimada em 2018 foi de aproximadamente quatro milhões de habitantes.

Nesse cenário, foram analisados os óbitos por suicídios de indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos (idade mínima encontrada no banco). Os dados foram coletados a partir do banco do Centro Integrado Operacional de Defesa Social do Espírito Santo (Ciodes), que contém os registros das ocorrências atendidas pela Polícia Militar do Espírito Santo e pelo Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo.

Inicialmente, foram calculadas as taxas de suicídio para cada ano em estudo. Para o cálculo, foi feita a razão entre o número de óbitos por suicídio em pessoas com idade igual ou maior que 10 anos e a população com a mesma faixa etária no Espírito Santo, no período, e multiplicado por 100 mil. Em seguida, calculou-se a variação percentual das

taxas de suicídio no período de 2012 a 2016. Esses cálculos foram realizados em planilhas do programa Microsoft Excel.

Para analisar a tendência da mortalidade por suicídio, no período do estudo, primeiramente, foram gerados diagramas de dispersão das taxas de óbitos por suicídio conforme os anos. Em seguida, foi feita a regressão linear simples ($y = \beta^0 + \beta^1x$), cujos y = taxa de óbito por suicídio, β^0 = taxa média do período, β^1 = incremento médio anual e x = ano. Além do coeficiente de determinação R^2 , que varia no intervalo de 0 a 1.

Ainda, os casos de suicídio foram caracterizados segundo as variáveis: sexo, idade, raça/cor, meios utilizados, hora de ocorrência e região, sendo os resultados apresentados em frequência bruta, relativa e intervalo de confiança de 95 %.

Em seguida, os óbitos por suicídio segundo os meios utilizados foram analisados como desfecho de acordo com as variáveis independentes (sexo, idade, raça/cor, meios utilizados, hora de ocorrência e região). Para analisar a relação entre as variáveis, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme pressuposto (total de observações e valor esperado nas caselas), determinando-se diferenças significantes quando $p < 0,05$. As análises univariadas e bivariadas foram feitas através do programa Stata versão 13.0.

A pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, mediante o Parecer n.º 2.354.510, de 27 de outubro de 2017, e com o registro do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 764677177.0000.5060.

Resultados

O estudo permite identificar a ocorrência de 888 casos de suicídio no estado do Espírito Santo de 2012 a 2016, apresentando as seguintes taxas por 100 mil habitantes ao longo do período: 4,75 (2012), 4,92 (2013), 5,09 (2014), 5,72 (2015) e 6,20 (2016). No que tange à análise da variação percentual de 2012 a 2016, observa-se um aumento de 30,3 %, passando de 4,75 para 6,20 casos de suicídio por 100 mil (Figura 1).

A análise de tendência (Figura 1) indicou crescimento da taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil, ao longo do período de 2012 a 2016 ($R^2 = 0,9307$, $p < 0,001$).

Tabela 1. Distribuição das ocorrências de suicídio registradas no Centro Integrado Operacional de Defesa Social do Espírito Santo, de 2012 a 2016. Vitória-ES, 2017. (N = 888)

Variável	N	%	IC95 %
Sexo**			
Feminino	233	26,2	22,5-30,3
Masculino	647	72,9	69,3-74,8
Ignorado	8	0,9	0,2-1,8
Idade*			
10-19	34	3,8	2,5-5,9
20-59	689	77,6	68,7-82,7
60 ou mais	123	13,9	12,1-17,8
Ignorada	42	4,7	3,4-5,9
Raça/cor***			
Branca	229	25,8	22,7- 44,1
Preta	48	5,4	4,7-10,5
Parda	255	28,7	22,7-42,3
Ignorada	356	40,1	33,5-54,7
Meios utilizados			
Afogamento	11	1,2	0,7-2,2
Arma branca	39	4,4	3,2-6,0
Arma de fogo	97	10,9	9,0-13,1
Enforcamento	472	53,2	49,9-56,4
Precipitação de lugar elevado	71	8,0	6,4-10,0
Envenenamento	98	11,0	9,1-13,3
Outros	17	1,9	1,2-3,1
Não identificado	83	9,3	7,6-11,4
Hora de ocorrência			
6h-11h59	326	36,7	33,6-39,9
12h-17h59	248	27,9	25,1-31,0
18h-5h59	314	35,4	32,3-38,6
Região			
Região Metropolitana	502	56,5	53,2-59,8
Região Sul	156	17,6	15,2-20,2
Região Central	141	15,9	13,6-18,4
Região Norte	89	10,0	8,2-12,2

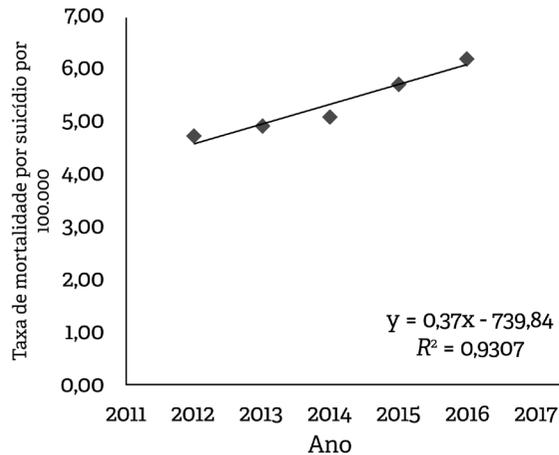
* N = 846; ** N = 880; *** N = 532; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: os autores.

A Tabela 1 apresenta os casos de suicídios registrados no Ciodes no período de 2012 a 2016. Em relação ao sexo, verifica-se que, em 72,9 % dos casos, as vítimas são homens e, em 26,2 %, mulheres. Observa-se uma maior prevalência de óbitos na faixa etária adulta (N = 689; P = 77,6 %). Apesar de menor a frequência no grupo de adolescentes e idosos, vale destacar a ocorrência de casos nesse ciclo de vida, o que representa uma prevalência de 3,8 % e 13,9 %, respectivamente. Em relação à raça/cor, 28,7 %

dos casos foram classificados como pardos; 25,8 %, brancos e 5,4 %, pretos.

Figura 1. Regressão linear simples da taxa anual de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, no Espírito Santo, no período de 2012 a 2016.



Fonte: os autores.

Quanto aos meios utilizados, 53,2 % (n = 472) ocorreram por enforcamento, seguidos de envenena-

mento (n = 98) e arma de fogo (n = 97), com 11 % cada. Em 8 % (n = 71) dos casos, o meio utilizado foi a precipitação de lugar elevado, e a arma branca foi registrada em 4,4 % (n = 39). Vale destacar que, em aproximadamente 9 % dos registros, não se sabe o meio utilizado no suicídio.

Quanto ao horário de ocorrência de suicídio, nota-se que 36,7 % ocorreram no horário matutino (das 6h às 11h59) e 35,4 % entre 18h e 5h59. Uma menor proporção dos casos (27,9 %) aconteceu no período da tarde (das 12h às 17h59). No que tange à região, a maioria dos casos aconteceu na região metropolitana do Espírito Santo (56,5 %) (Tabela 1).

Verifica-se, conforme a Tabela 2, que o suicídio com a utilização do meio enforcamento acontece de forma mais prevalente entre os homens (P = 63,7 %; p < 0,001). Por sua vez, o uso do envenenamento e a precipitação de lugar elevado são os meios mais utilizados pelas mulheres (P = 20,8 %; p = < 0,001; P = 14,0 %; p = 0,007). Outro achado relevante foi a maior frequência de suicídio por precipitação de lugar elevado, na região metropolitana (P = 13,8 %; p = < 0,001) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do tipo de suicídio de acordo com horário de ocorrência, idade, sexo, raça/cor e região. Centro Integrado Operacional de Defesa Social do Espírito Santo, de 2012 a 2016. Vitória-ES, 2017

Variável	Enforcamento			Precipitação lugar elevado			Envenenamento			Afogamento			Arma branca			Arma de fogo		
	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor
Hora de ocorrência																		
6h-11h59	181	63,1	0,210*	22	7,8	0,423*	29	10,1	0,231*	5	1,7	0,928**	17	5,9	0,331*	33	11,5	0,788*
12h-17h59	135	60,8		19	8,6		28	12,6		3	1,4		7	3,1		30	13,5	
18h-5h59	156	55,9		30	10,8		41	14,7		3	1,1		15	5,4		34	12,2	
Idade (anos)																		
10-19	21	63,6	0,760*	2	6,1	0,444**	4	12,1	0,269**	–	–	0,523**	–	–	0,218**	6	18,2	0,429*
20-59	370	60,7		55	9,0		83	13,6		8	1,3		27	4,4		67	11,0	
60 ou mais	65	57,5		14	12,0		9	8,0		3	2,7		8	7,1		14	12,4	
Sexo																		
Feminino	99	47,8	< 0,001*	27	14,0	0,007*	43	20,8	< 0,001*	4	0,9	0,018**	11	5,3	0,767*	18	8,7	0,078*
Masculino	372	63,7		44	7,7		55	9,6		7	3,4		28	4,8		78	13,4	
Raça/cor																		
Branca	127	57,5	0,075*	25	11,3	0,345**	28	12,8	0,124*	3	1,4	0,451**	5	2,3	0,171**	33	14,9	0,032**
Negra	30	65,2		2	4,4		9	19,6		1	2,2		1	2,2		3	6,3	
Parda	159	67,8		21	8,9		22	9,4		2	0,8		13	5,5		18	7,7	
Região																		
Região Metropolitana	265	58,1	0,065*	63	13,8	< 0,001**	54	11,8	0,283*	8	1,8	0,337**	22	4,8	0,881**	44	9,7	0,007*
Região Sul	77	57,9		3	2,3		23	17,3		3	2,3		8	6,0		19	14,3	
Região Central	75	60,0		5	4,0		14	11,2		–	–		5	4,0		26	20,8	
Região Norte	55	74,3		–	–		7	9,5		–	–		4	5,4		8	10,8	

* Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher.
Fonte: os autores

Na Tabela 2, verifica-se uma maior prevalência de suicídio por afogamento entre os homens ($p = 0,018$). Nota-se ainda que o uso da arma de fogo como meio para provocar o suicídio foi mais prevalente entre os brancos e entre aqueles residentes da região Central ($p < 0,05$).

Discussão

O suicídio tem se tornado um problema de saúde de proporções assustadoras. Importante destacar que, dentre as causas externas da violência autoprovocada, no mundo, está entre as três principais causas de mortalidade, o que reflete um aumento de 60 % nos últimos 45 anos, com tendência de crescimento nas próximas décadas (10, 11).

O presente trabalho revelou a ocorrência de 888 casos de suicídio entre 2012 e 2016. Em números absolutos, esse valor representa 177 mortes por ano, 14 por mês e dois óbitos por semana. Em termos relativos, o risco de morrer por suicídio entre os capixabas apresentou tendência de crescimento ($R^2 = 0,9307$, $p < 0,001$), saindo de 4,75 em 2012 para 6,20 casos por 100 mil habitantes em 2016, incremento da ordem de 30,3 %, o que foi superior aos 16,2 % encontrados no Brasil, no período de 2000 a 2012 (9).

O aumento na taxa de mortalidade por suicídio, somado aos fatores psicossociais e biológicos apontados como capazes de desencadear o ato suicida, pode-se relacionar à maior identificação e classificação do suicídio como causa de morte, provavelmente em decorrência do progresso na cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do preenchimento das declarações de óbito (12).

No Brasil, em decorrência das questões culturais, do estigma e do preconceito social, há uma ineficiência dos serviços de saúde pública ante o suicídio (13). Pode-se deduzir que o país não possui um programa de prevenção para esse grave desvio de saúde, embora algumas atividades no sentido de orientar profissionais da rede de serviços de saúde no que se refere aos cuidados com as vítimas de tentativa de suicídio são conhecidas, mas incipientes para abranger a magnitude do problema (9).

Quanto à variável raça/cor, nota-se que, em 40 % das ocorrências, não havia o registro de tal variável ($n = 356$). De acordo com os parâmetros de qualidade de completude de dados (14), tal variável é classificada como ruim, apontando para a fragilidade na fonte de informação e para as dificuldades no

delineamento do perfil das vítimas, o que interfere no planejamento e nas intervenções de cunho preventivo.

No Paraná, Brasil, estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio ocorrida no período de 1999 a 2012, o qual utilizou o banco de dados do SIM, foi detectado incompletude em vários campos, com destaque para a ausência de informação sobre a escolaridade (33,1 %), sobre o local de ocorrência do óbito (4,4 %) e a situação conjugal da vítima (3,1 %) (15).

Reconhecer os fatores implicados na gênese do suicídio e quais suas principais características torna-se importante na medida em que podem subsidiar a implementação de estratégias mais eficazes no enfrentamento da problemática e prevenir sua ocorrência por parte dos gestores de políticas públicas. Estudos vêm apontando que a análise da distribuição da mortalidade e seu perfil epidemiológico tem orientado ações preventivas exitosas nos diversos setores e níveis governamentais (9, 15).

A maioria dos óbitos analisada neste estudo ocorreu entre os homens, respondendo por 72,9 % dos casos. Esse dado vai ao encontro de diversos outros estudos (9, 10, 12, 16-18) que demonstram sobremortalidade masculina (razão em torno de 3,7/1 homens por mulher). A maior prevalência de óbitos entre homens é encontrada na maioria dos países, todavia vale ponderar que esse achado não é evidenciado em países como a Índia, onde a razão de mortalidade é de 1,3:1 (19, 20).

Diversos fatores podem contribuir para a diferença de gênero verificada na mortalidade por suicídio. Culturalmente, é atribuída ao homem maior agressividade, assim como a esse grupo é mais acessível meios de agressão do tipo letal, como a arma de fogo. No grupo de mulheres, há uma menor exposição, bem como se destaca maior capacidade de lidar com as emoções decorrentes de falência financeira, competitividade e impulsividade. Importante ponderar que os conflitos nas relações afetivas são os mais significativos na etiologia do suicídio e suas tentativas (21).

Além disso, outro aspecto associado à proteção das mulheres em relação ao suicídio é a religião. Mulheres geralmente são mais religiosas, e a religiosidade pode auxiliar no enfrentamento de situações difíceis. Desse modo, esse grupo desenvolve com mais frequência estratégias para lidar com conflitos, uma vez que, ao longo da vida, as mulheres são mais comumente submetidas a

mudanças de papéis e possuem maior facilidade de reconhecer sinais de risco de suicídio e buscar ajuda profissional (21).

Outros fatores que explicam a maior prevalência masculina nos casos de suicídio estão relacionados ao maior consumo de álcool, ao tipo de ocupação e ao nível educacional e de renda (22). O diagnóstico psiquiátrico também é elencado como fator de risco entre eles, especialmente a esquizofrenia, o transtorno de humor bipolar e a dependência de álcool e de outras drogas psicoativas (23).

Na faixa etária adulta, entre 20 e 59 anos, foi encontrada maior prevalência de óbitos por autoextermínio, o que correspondeu a 77,6 % dos casos. Apesar do amplo espectro de eventos que geralmente ocorrem nessa fase da vida, tais como a definição e o ingresso em uma carreira profissional, os desafios de conquistar e se manter no mercado de trabalho, os conflitos que advêm do estabelecimento das relações erótico-afetivas e os confrontos enfrentados por muitos por deixarem a casa dos pais, sendo obrigados a desenvolver a capacidade de cuidar de si e assumir responsabilidades até então não preocupantes, podem ser apontados como situações geralmente associadas ao medo, à ansiedade e a conflitos, aumentando o risco de suicídio nesse grupo etário.

O início da vida universitária nessa fase leva à ocorrência de múltiplas mudanças na dinâmica de vida do sujeito. Estas, muitas vezes, acompanhadas de desafios e incertezas que podem dar origem a vários problemas de saúde mental, entre eles o comportamento suicida. As pressões sociais e acadêmicas, associadas ao isolamento e à falta de suporte social, podem representar importante fator de risco de suicídio para esse grupo populacional (24).

Ademais, o diagnóstico de doenças com grande estigma social, tais como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e o câncer, pode estar associado à importante sensação de desamparo que culmina em ideação suicida e, até mesmo, em suicídio (25).

Vale destacar que, mesmo com menor prevalência, este trabalho demonstra que, nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 60 anos ou mais, respondendo respectivamente por 3,8 % e 13,9 % dos casos, o tema exige um olhar cuidadoso. Óbitos por suicídio na adolescência são pouco estudados, mas

vem-se observando uma curva ascendente na ocorrência nas últimas décadas, fato que levou a OMS a recomendar o desenvolvimento de estratégias de prevenção de suicídio em escolas, as quais envolvem estudantes, familiares e toda a equipe escolar (26).

Ao longo do tempo, a assistência à clientela infanto-juvenil no Sistema Único de Saúde tem permitido acompanhar muitas mudanças e transformações nas demandas apresentadas pelos adolescentes (27). A quantidade e a gravidade dos casos de adolescentes que chegam aos serviços de saúde passaram a chamar a atenção dos profissionais, especialmente relacionados às situações de automutilação e tentativas de suicídio; no que se refere à situação de rua, tem-se percebido aumento no comportamento de risco, atos impulsivos e auto e heteroagressividade (28).

Na maioria dos casos, tais comportamentos refletem mecanismos mal-adaptativos de enfrentamento de conflitos, comuns nessa faixa etária, e a automutilação deliberada aparece como um comportamento autodestrutivo cada vez mais frequente como uma tentativa de alívio de emoções fortes e difíceis de lidar por parte do adolescente e uma estratégia para diminuir sua tensão psíquica (29). Portanto, as automutilações exigem acompanhamento de perto, pois, além de resultarem em ferimentos graves, elas estão associadas com o risco aumentado de tentativa de suicídio e de suicídio entre os adolescentes (28).

Outra questão que permeia a problemática do suicídio infanto-juvenil refere-se ao quadro de depressão. Uma revisão de literatura sobre a temática revelou haver certa dificuldade em se construir um diagnóstico da depressão em adolescentes, considerando a gama de possibilidades que sugerem sua presença (28). Assim, questões pautadas à idade e ao gênero precisam ser consideradas no entendimento do suicídio (6, 30).

Outro aspecto relevante é o suicídio entre idosos. Vale ponderar que esse grupo vem apresentando elevadas taxas de mortalidade por essa causa, em todas as regiões do mundo. Na década de 1990, a taxa de óbito por suicídio por 100 mil habitantes era em torno de 41 óbitos para homens com 65 anos ou mais, chegando a valores maiores que 50 óbitos para aqueles com idade igual ou maior que 75 (6). Ainda, vale acrescentar que, de 2000 a 2014, em virtude do suicídio, no Brasil, morreram aproximadamente 19 mil pessoas com 60 anos ou mais.

Nesse cenário, observa-se que, comparado à população geral, os idosos apresentam duas vezes mais risco de suicídio (31, 32).

Neste trabalho, a prevalência de suicídio entre os de 60 anos ou mais foi de 13,9 %, o que representou 123 mortes no período de 2012 a 2016. Tais valores vão ao encontro de outros estudos realizados no Brasil (9, 33, 34) que vêm apontando para o crescimento da mortalidade por autoextermínio nessa população, em ambos os sexos, mas de forma mais intensificada no sexo masculino, no qual se observa uma razão das taxas de mortalidade entre os sexos masculino e feminino de 4:1 (12, 35, 36).

Tais dados se mostram preocupantes visto que, no Brasil, são poucas as discussões sobre o autoextermínio que envolve pessoas idosas no contexto das políticas públicas de saúde, nas quais o maior enfoque é dado para a população jovem, grupo que possui maiores ações de prevenção e de controle, subvalorizando o fenômeno do suicídio entre as pessoas idosas (12).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ao fazer referência ao campo das violências em seu texto, ressalta apenas ações de combate às violências doméstica e institucional, o que demonstra a importância de se ampliar a discussão sobre as questões de saúde do idoso, com a inclusão do debate sobre a prevenção do suicídio entre eles (12).

O suicídio, na pessoa idosa, pode ser desencadeado por inúmeros fatores, em especial por doenças de caráter mental, como a depressão. Além disso, podem contribuir com o aumento desse agravo as doenças terminais, o mal-estar físico, o isolamento social, a solidão e a ausência ou a deficiência de rede suporte social (35).

No que tange à menor mortalidade por suicídio no grupo de mulheres quando comparado aos homens, isso pode ocorrer devido ao sexo feminino cuidar mais de sua saúde e apresentar, ao longo da vida, maior sociabilidade. Ainda, as mulheres costumam exercer mais a função de cuidadoras, em especial em âmbito doméstico, fato que as torna mais próximas da família e da comunidade; além disso, do ponto de vista cultural, esse grupo é mais persistente à dor e ao sofrimento (36).

Quanto à variável cor da pele/raça, este estudo demonstrou maior prevalência de suicídio entre indivíduos de cor parda (28,7 %), seguido de branca

(25,8 %) e preta (5,4 %); contudo, tais dados merecem uma maior observação, haja vista que tal variável foi amplamente ignorada no registro das ocorrências.

O enforcamento ($P = 53,2\%$), seguido de envenenamento ($P = 11,0\%$) e arma de fogo (10,9 %) foram os meios mais frequentemente detectados neste estudo para se perpetrar o ato suicida no período de 2012 a 2016. Tal perfil foi semelhante ao encontrado em outros estudos realizados no mundo (37, 38) e no Brasil (39).

Investigações sobre os meios utilizados para o suicídio são de suma importância na caracterização do perfil epidemiológico das vítimas, na medida em que o acesso ao meio se torna um fator concorrente para elevar a letalidade e varia de acordo com as características culturais de cada país (39).

O fácil acesso e o alto poder letal desses meios podem justificar sua prevalência. Assim, iniciativas que foquem suas ações na limitação do acesso a tais meios, especialmente os resultantes de atitudes impulsivas, poderiam auxiliar na diminuição da mortalidade por suicídio (6).

Nesse contexto, os resultados da presente pesquisa sugerem que a adoção de regulamentação mais rigorosa para o acesso aos pesticidas e às armas de fogo pode contribuir para a redução da mortalidade por suicídios no Espírito Santo. Infelizmente, o Brasil vem realizando discussões no âmbito do Governo Federal que caminha em direção oposta, com medida que acena para a possibilidade de diminuir o controle de comercialização de pesticidas e agrotóxicos, bem como uma tendência nacional em diminuir as restrições para a aquisição e porte de armas de fogo.

Estudo realizado no Paraná aponta um maior rigor no registro, posse e comercialização de armas de fogo a partir da instauração do Estatuto do Desarmamento (15). Somando-se a isso, em 2004, com a Campanha Nacional do Desarmamento, esforços foram somados para que as pessoas se conscientizassem acerca do risco de se ter uma arma de fogo em casa. Essas atitudes colaboraram com a redução da mortalidade e, por consequência, com a diminuição das taxas de suicídio (40).

A redução na mortalidade por suicídio também pode ser observada em alguns países. Sugere-se,

na Austrália, que a queda na mortalidade tenha se dado por conta do maior rigor na posse de armas de fogo, enquanto, em Hong Kong, a diminuição do suicídio tenha decorrido da restrição na divulgação desse agravo. Por fim, no Reino Unido, a capacitação dos profissionais da atenção primária em identificar os comportamentos suicidas foram importantes ações no processo de redução de óbitos por essa causa (6).

Do ponto de vista da Enfermagem, a literatura aponta para o papel importante do enfermeiro na prevenção do suicídio (41, 42). Entretanto, percebe-se, na prática, que esses profissionais, em sua maioria, não se percebem suficientemente preparados para o cuidado nessa situação (42).

A elevação da taxa de mortalidade por suicídio e sua tendência de crescimento apontam para a necessidade de preparo do enfermeiro no sentido de atuar diante dessa questão de modo a planejar a assistência de enfermagem tanto nas intervenções de prevenção quanto no acompanhamento de vítimas de tentativa de suicídio, uma vez que o risco de suicídio é maior entre aqueles que já tentaram o autoextermínio (6).

Existe associação entre atitudes negativas relacionadas ao suicídio, ao despreparo de profissionais, ao estigma e à discriminação com a assistência de pior qualidade. Nesse sentido, conhecer o fenômeno do suicídio e suas características pode contribuir para melhor abordar a temática no preparo dos enfermeiros que lidam com tal realidade (43).

O conhecimento sobre o perfil epidemiológico das vítimas contribui com o planejamento das ações de formação e treinamento do enfermeiro, seja no âmbito do saber acadêmico, seja na educação continuada em serviço, especialmente em um contexto no qual a compreensão sobre o fenômeno do suicídio é ainda tão escassa (43).

Conclusão

A partir dos resultados apontados, o presente estudo verificou que o aumento na mortalidade por suicídio vem acompanhando a tendência de crescimento no Brasil e no mundo.

É importante destacar a sobremortalidade masculina na faixa etária adulta, contudo sem deixar de apontar para a importância do autoextermínio entre os adolescentes e os idosos.

A maior acessibilidade e o grau de letalidade dos meios utilizados tais como artefatos para o enforcement, substâncias tóxicas e arma de fogo podem explicar o aumento dos suicídios por esses meios. Além disso, ficou evidenciado que a importância da adoção de medidas de contenção e proteção na Terceira Ponte (localizada em Vitória, capital do Espírito Santo) como possibilidade de redução dos suicídios por precipitação de lugares elevados devem ser consideradas.

Assim, esta pesquisa contribui no sentido de apontar o panorama da mortalidade por autoextermínio para futuros estudos, especialmente diante das novas perspectivas na legislação de controle de agrotóxicos e de porte de arma no Brasil. Além disso, pode colaborar para a tomada de decisões por parte dos órgãos competentes no enfrentamento dessa problemática, bem como estimular e ampliar a discussão do tema.

Ainda, esta pesquisa pode contribuir com a prática do enfermeiro, na medida em que, ao revelar as características do ato suicida e de suas vítimas, permite uma reflexão por parte da Enfermagem sobre a importância de desenvolver pesquisa nessa área, já que o enfermeiro atua em diferentes frentes de prevenção e tratamento.

Quanto às limitações do estudo, pode-se mencionar a falta de informações fundamentais no registro para o delineamento do perfil epidemiológico das vítimas. Nesse sentido, para garantir a qualidade das informações para futuras pesquisas, é necessário que os órgãos envolvidos no atendimento às vítimas de autoextermínio criem estratégias para catalogar a maior quantidade de informações sobre a sua ocorrência.

Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro

Referências

- (1) World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: instruction manual. 10th rev. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2vwEuMH>

- (2) Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2014;18(49):1-13. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0241>
- (3) Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psych Psych Epidem.* 2006;41(6):435-43. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00127-006-0054-2>
- (4) Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saúde Pública.* 1998;14(2):421-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0120.pdf>
- (5) Nock MK, Kessler RC, Franklin JC. Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: the importance of creativity, rigor, and urgency in suicide research. *Clin Psychol Sci Pract.* 2016;23(1):31-4. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1111/cpsp.12133>
- (6) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: World Health Organization; 2014. Disponível em: <https://bit.ly/36HeBH7>
- (7) World Health Organization. World Health Statistics data visualization dashboard. Genebra: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://bit.ly/31azLFA>
- (8) Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro IJS, Nery AA, Casotti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(4):203-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000172>
- (9) Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):45-54. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
- (10) Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, Lima PC, Mancussi-Faro AC, Nardi AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(1):16-22. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000003>
- (11) Santos JC. Prevenção do suicídio: uma tarefa de todos! *Rev Portug Saude Mental.* 2018;19:6-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.19131/rpesm.0196>
- (12) Carmo EA, Santos PHS, Ribeiro BS, Soares CJ, Santana MLAD, Bomfim ES et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(1):1-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100001>
- (13) Rios MA, Anjos KF, Meira SS, Nery AA, Casotti CA. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2013;62(2):131-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n2/v62n2a06.pdf>
- (14) Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública.* 2006;22(3):673-81. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>
- (15) Rosa NM, Oliveira RR, Arruda GO, Mathias TAF. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *J Bras Psiquiatria.* 2017;66(2):73-82. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000153>
- (16) Segura-Cardona A, Cardona-Arango D. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por causas externas: Colombia 1998-2015. *Univ Salud.* 2018;20(2):149-59. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.22267/rus.182002.119>
- (17) Sousa GS, Perrelli JGA, Botelho ES. Diagnóstico de enfermagem. Risco de suicídio em idosos: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0120. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0120>
- (18) Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):2110016. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>
- (19) Kumar V. Burnt wives. A study of suicides. *Burns.* 2003;29:31-5. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(02\)00235-8](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(02)00235-8)
- (20) Lee S, Kleinman A. Suicide as resistance in Chinese society. Em: Perry EJ, Selden M, editores. *Chinese society: change, conflict and resistance.* 2.ª ed. Londres: Routledge; 2003. p. 289-311.
- (21) Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2011;72(4):608-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888055>
- (22) Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: Cultural and economic factors. *Suicide & Life-Threatening Behavior.* 2000;30(2):145-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01073.x>
- (23) Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP.* 2014;25(3):231-6. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- (24) Vasconcelos-Raposo J, Soares AR, Silva F, Fernandes MG, Teixeira CM. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estud Psicol.* 2016;33(2):345-54. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016>

- (25) Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata-Vania N. Women with HIV: gender violence and suicidal ideation. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):758-65. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005228>
- (26) Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil. Brasília: Presidência da República; 2014. Disponível em: <https://bit.ly/37NsgNU>
- (27) Jucá VS, Vorcaro AMR. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. *Psicologia USP*. 2018;29(2):246-52. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-656420160157>
- (28) Silva AC, Botti NCL. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Rev Portug de Enferm de Saúde Mental*. 2017;18:67-76. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.19131/rpesm.0194>
- (29) Melo AK, Siebra AJ, Moreira V. Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. *Psicol Cienc Prof*. 2017;37(1):18-34. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>
- (30) Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/36GJVfH>
- (31) Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1587-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/07.pdf>
- (32) Gomes LMX, Barbosa TLA, Caldeira AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):779-86. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400018>
- (33) Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):151-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300001>
- (34) Silva RM, Sousa GS, Vieira LJES, Caldas JMP, Minayo MCS. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 2):755-62. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>
- (35) Santos MGO, Oliveira YOMC, Azevedo UN, Nunes ADS, Amador AE, Barbosa IR. Spatial temporal analysis of mortality by suicide among the elderly in Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):854-65. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170115>
- (36) Corona-Miranda B, Hernández-Sánchez M, Lomba-Acevedo P. Epidemiology of suicide in Cuba, 1987-2014. *MEDICC Rev*. 2016;18(3):15-20. Disponível em: <https://bit.ly/2thgpZH>
- (37) Baker SP, Hu G, Wilcox HC, Baker TD. Increase in suicide by hanging/suffocation in the U.S., 2000-2010. *Am J Prev Med*. 2013;44(2):146-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.010>
- (38) Park S, Ahn MH, Lee A, Hong JP. Associations between changes in the pattern of suicide methods and rates in Korea, the US, and Finland. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:22-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-22>
- (39) Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2841-50. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
- (40) Brasil. Estatuto do desarmamento: Lei n.º 10.826 de 2003, e legislação correlata. 4.ª ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2012. Disponível em: <https://bit.ly/31aIOoo>
- (41) Vedana KGG, Magrini DF, Zanetti ACG, Miasso AI, Borges TL, Dos Santos MA. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: a quantitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24:651-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12413>
- (42) Vedana KGG, Magrini DF, Miasso AI, Zanetti ACG, De Souza J, Borges TL. Emergency nursing experiences in assisting people with suicidal behavior: a grounded theory study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):345-51. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.003>
- (43) Karman P, Kool N, Poslowsky IE, Van Meijel B. Nurses attitudes towards self-harm: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(1):65-75. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12171>