

Indicadores de suicídio no Estado de São Paulo entre 2003 e 2010

Indicators of suicide in the State of São Paulo between 2003 and 2010

Maria de Lima Salum e Morais¹ e Maria Mercedes Loureiro Escuder^{II}

Resumo

O objetivo do estudo foi traçar o perfil da evolução da prevalência dos casos de suicídio e de tentativas de suicídio no Estado de São Paulo de 2003 a 2010, segundo sexo, e em 2003 e 2010, conforme faixa etária. Foram considerados como suicídios e tentativas os casos registrados no Datasus dentro do grande grupo CID10: X60-X84 – lesões autoprovocadas voluntariamente. Coletaram-se dados de mortalidade e morbidade em maiores de 10 anos, por sexo, entre 2003 e 2010, e por faixa etária em 2003 e 2010. As taxas foram calculadas por 100.000 habitantes.

Constatou-se que, apesar de a taxa de óbitos por suicídio ser maior entre os homens, seu crescimento ao longo dos anos tem sido maior entre as mulheres.

Em relação à idade, verificou-se, entre 2003 e 2010, um crescimento das taxas de mortalidade, principalmente de 10 a 14 anos e de 20 a 39 anos, e um decréscimo a partir de 50 anos. Quanto às tentativas de suicídio, os dados se apresentaram irregulares durante o período, mas com maior equilíbrio entre os sexos. Conclui-se pela necessidade de maior investimento na qualificação dos profissionais de saúde, tanto para prevenção e assistência quanto para o encaminhamento adequado dos casos de pessoas com depressão e ideias suicidas.

Palavras-chave: Suicídio, Tentativas de Suicídio, Gênero, Idade

Abstract

The study aim was to trace the evolution profile in the prevalence of suicides and attempted suicides in the State of São Paulo from 2003 to 2010, according to sex, and in 2003 and 2010, according to age. It was considered cases registered in Datasus within the large group ICD10: X60-X84 - self-harm. Data on mortality and morbidity in patients over 10 years old from 2003 to 2010 according to sex and in 2003 and 2010 according to age group were collected. The rates were calculated per 100,000 population. It was found that although the rate of deaths by suicide is higher among men, its growth over the years has been higher among women. Regarding age, it was found, between 2003 and 2010, an increase of mortality rates, mainly 10-14 years old and 20-39 years old, and a decrease in people from 50 years old. As for suicide attempts, the data showed irregular in the period, but with greater gender balance. It concludes the need for increased investment in the training of health professionals, both for prevention and care, and for the appropriate referral of cases of people with depression and suicidal thoughts.

Keywords: Suicide, Attempted Suicide, Gender, Age

¹ Maria de Lima Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo.

^{II} Maria Mercedes Loureiro Escuder (mescuder@isaude.sp.gov.br) é pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Introdução

O ato suicida, apesar de ser uma agressão dirigida a quem o pratica, gera pesadas consequências para o próximo e, dessa forma, não deixa de ser também um ato de violência emocional contra o outro. Embora os suicídios sejam eventos relativamente raros, a gravidade de suas consequências psicossociais, o fato de ser um desfecho evitável e de estar relacionado com transtornos mentais importantes e com aqueles decorrentes de abuso de drogas^{1,6} torna tanto a ideação suicida quanto a mortalidade por suicídio temas necessários de estudo e de atenção por parte dos profissionais de saúde. Deve-se considerar que, além de um ato de violência, o suicídio é produto de sofrimento psíquico intenso e, portanto, está no âmbito das políticas de Saúde Mental. Entretanto, não parece que os profissionais de saúde tenham clareza sobre suas possibilidades de atuação nessa esfera.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰, o suicídio está entre as vinte principais causas de morte no mundo, ocasionando cerca de um milhão de mortes anuais. No mesmo relatório, ao referir-se ao Brasil, apresentam-se índices que revelam o crescimento dos indicadores de mortes por suicídio de 3,2 por 100.000 habitantes em 1980 para 4,8 por 100.000 em 2008 e, pelo Datasus, para 5,0 em 2010. Entre os homens, houve um aumento de 4,5 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes, em 1980, para 7,7 em 2008²⁰ e 7,9 em 2010, segundo o Datasus – enquanto entre as mulheres a taxa ficou em torno de 2,0 por 100.000, sendo de 2,12 em 2010, ainda de acordo com o Datasus. Tais dados referem-se à população geral, sem discriminar a faixa etária.

Quanto à faixa etária, observou-se no Brasil, em 2008, um crescimento de suicídio com a idade, em especial a partir dos 45 anos²⁰. Em 2010, pelo Datasus, a faixa com maior índice foi a de 40 a 49 anos, com 7,41 óbitos por 100.000 habitantes, seguida da faixa de 50 a 59 anos, com 6,9 óbitos por 100.000 habitantes. Contudo, em 2010, em todas as faixas etárias entre 20 e 69 anos, as taxas superaram seis mortes por suicídio por 100.000 habitantes. Segundo Bezerra Filho et al.³, embora as taxas de suicídio no Brasil sejam menores do que as de países como a Rússia, a Estônia e a Lituânia, em que chegam a 40/100.000 (considerando a população total), o Brasil segue a tendência mundial de crescimento do número de óbitos por suicídio. Em

2002, o comportamento suicida representou 1,4% da carga global de doenças, e estima-se que tal porcentagem tenha subido para 2,4% em 2010³.

São usualmente apontados como principais fatores de risco para suicídio: abuso e dependência de álcool e outras drogas, depressão, isolamento social e tentativas prévias de suicídio¹⁴.

Os profissionais de saúde, em especial aqueles da Atenção Básica, devem estar atentos para os fatores de risco que podem levar a um possível desenlace de tentativa ou de suicídio. Luoma et al.¹², avaliando quarenta trabalhos sobre o tema, afirmam que três entre quatro vítimas de suicídio tiveram contato com serviços de Atenção Primária no ano de sua morte. Texto do Ministério da Saúde¹⁴ relata estudos que indicam que 40% dos suicidas procuraram algum serviço de saúde dias ou semanas antes do evento, chegando ao serviço ou profissional de saúde sem queixa específica.

O objetivo do presente estudo foi traçar um perfil da evolução da prevalência de casos de mortalidade por suicídio e de morbidade por tentativas de suicídio, no Estado de São Paulo, entre 2003 e 2010, segundo sexo e faixa etária das pessoas acometidas. Em decorrência, pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde para o fenômeno e alertar gestores para a necessidade da manutenção de programas preventivos e da qualificação dos profissionais para enfrentarem diretamente as questões ligadas à ideação suicida.

Método

Consideraram-se como suicídios os casos de óbitos classificados dentro do grande grupo CID10: X60-X84 – lesões autoprovocadas voluntariamente; e como tentativas de suicídio, o mesmo grupo de causas de morbidade. Os dados de mortalidade foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e os de morbidade tiveram como fonte o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ambos constantes do Datasus. Coletaram-se dados de mortalidade e de morbidade por sexo de 2003 a 2010 e por faixa etária, em maiores de 10 anos, em 2003 e 2010. Os dados foram divididos pela respectiva população e multiplicados por 100.000, obtendo-se taxas de suicídio por 100 mil habitantes. Dados populacionais foram também extraídos do Datasus, baseados no censo de 2010 e em estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os demais anos.

Para aferição da tendência temporal da taxa de mortalidade por suicídio no Estado de São Paulo, segundo sexo, calcularam-se os coeficientes de determinação (R²) por meio de regressão linear¹⁸. Como a comparação dos dados por faixa etária foi pontual nos anos de 2003 e 2010, procedeu-se apenas a sua análise descritiva. O mesmo foi feito com os dados de tentativas de suicídio, uma vez que apresentaram grande variação no período de tempo estudado.

Resultados

Os dados de mortalidade por sexo encontram-se representados no Gráfico 1. Observa-se que, apesar de a taxa de óbitos por suicídio ter sido maior entre os homens, o coeficiente de determinação entre as mulheres foi maior, mostrando maior acréscimo ao longo dos anos do que entre os homens, cujas taxas apresentaram irregularidade no período de 2003 a 2010.

No que diz respeito às tentativas de suicídio (Gráfico 2), apesar de as taxas serem também maiores entre os homens (com exceção do ano de 2005), há um equilíbrio maior na distribuição dos casos entre os sexos de 2003 a 2010. Além disso, há grande variabilidade de um ano para outro, o que, aparentemente, não configura nenhuma tendência temporal.

No tocante à relação entre idade e mortalidade por suicídio, observa-se, entre 2003 e 2010, um crescimento das taxas de mortalidade nas faixas etárias de 10 a 14 anos, de 20 a 49 e de 60 anos ou mais e um decréscimo entre 50 e 59 anos de idade (Gráfico 3).

Quanto à relação entre faixa etária e tentativas de suicídio (Gráfico 4), há, independentemente do ano, aumento das taxas com a idade entre adolescentes e jovens, atingindo um pico na faixa de 20 a 29 anos. Dos 30 até os 70-79 anos há um declínio gradual, e um novo aumento entre os maiores de 80 anos. Houve, ainda, decréscimo das taxas em maiores de 60 anos em 2010 em relação a 2003.

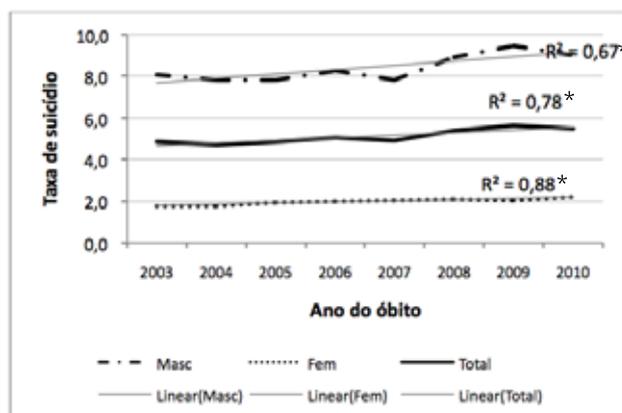
Discussão

A tendência de crescimento das taxas de suicídio apresenta um desafio para a área da saúde, no sentido de compreender melhor o fenômeno e de promover ações no sentido de prevenir óbitos dessa natureza. Quanto às tentativas de suicídio, Hetem⁸ afirma haver um sub-registro, pois se presume que o número real de suicídios supere em dez vezes o número estimado.

Em relação à predominância do sexo masculino no desfecho suicídio, diversos trabalhos apresentam achados semelhantes aos deste estudo^{17,19,20}. A preponderância de suicídios no sexo masculino leva-nos a pensar que questões de papel de gênero são determinantes importantes dos atos suicidas. A quase igualdade de casos de tentativas segundo o sexo pode revelar, contudo, que a ideação suicida apresenta distribuição semelhante nos dois gêneros. O que chama a atenção é que, em homens, há maior efetividade da consumação da ideia de provocar a própria morte.

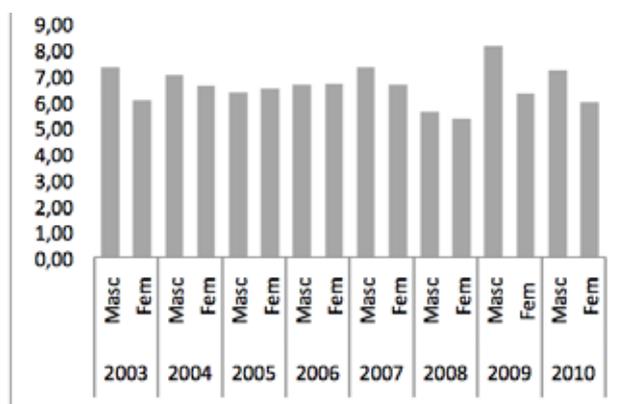
Quanto à diferença de gênero, Marin-León e Barros¹³ comentam:

Figura 1 – Taxas de mortalidade por suicídio e curva de tendência em maiores de dez anos, segundo sexo, no estado de São Paulo, por 100.000 habitantes (de 2003 a 2010).



*p<0,05; fonte: SIM/Datasus.

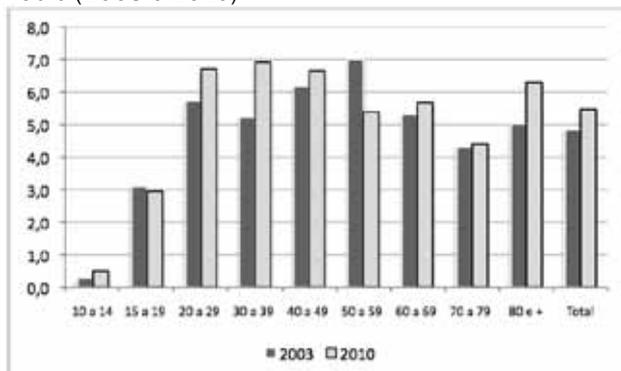
Figura 2 – Taxas de tentativas de suicídio por sexo e por 100.000 habitantes de 2003 a 2010.



*Fonte: SIH/SUS.

Nas mortes por suicídio, embora seja frequente o comprometimento subjacente da saúde mental, em geral estão presentes problemas de relacionamento familiar ou econômicos. Em situações de crise econômica e desemprego, os fracassos no desempenho do homem como provedor poderiam levar a atritos familiares, exacerbação do consumo de álcool e drogas, e até dissolução familiar, que poderiam se associar a suicídio¹³ (p. 362).

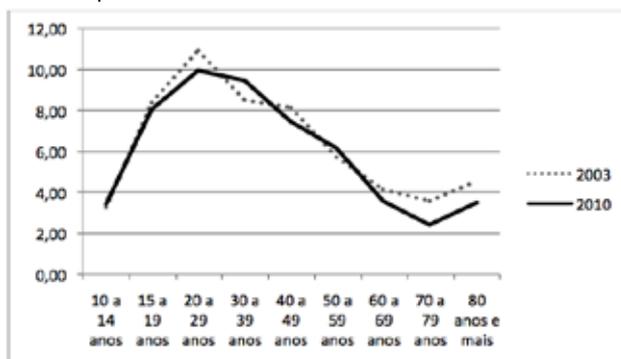
Figura 3 – Taxas de mortalidade por suicídio, segundo faixa etária e por 100.000 habitantes no estado de São Paulo (2003 e 2010).



Fonte: SIM/Datasus.

Em estudo anterior¹⁶, identificamos também maior prevalência em homens de abuso, dependência e doenças relacionadas à ingestão de álcool. Embora, pelos dados explorados no presente trabalho, não se possa afirmar, é provável que haja uma relação entre mortalidade por suicídio e uso problemático de álcool, como indicam outros estudos^{14,17}.

Parente et al.¹⁷, além de reconhecerem a **Figura 4** – Taxas de morbidade por tentativas de suicídio por faixa etária em 2003 e 2010.



Fonte: SIH/SUS.

maior suscetibilidade dos homens ao empobrecimento e, portanto, ao desemprego, acrescentam que a maior mortalidade por suicídio em indivíduos do sexo masculino pode dever-se à alta competitividade, im-

pulsividade e maior acesso a tecnologias letais. Para os autores:

[...] a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam nas redes de apoio social¹⁷ (p. 379).

O crescimento maior das taxas de suicídio entre as mulheres com o passar dos anos pode revelar que os mesmos fatores que têm afetado os homens – dentre eles, pressão por desenvolvimento profissional e consumo abusivo de álcool – vêm afetando também as mulheres.

A tendência ao aumento do número de suicídios entre pessoas mais jovens é confirmada por alguns estudos e muito preocupante^{13,17,11}. O aumento do número de pessoas mais jovens usuárias de álcool e outras drogas e as pressões de um mercado de trabalho competitivo, com menores oportunidades de colocação, são provavelmente fatores que contribuem para tal situação. Parente et al.¹⁷ reforçam a ideia de que, cada vez mais, os jovens estão morrendo por causas violentas.

Quanto à atuação da saúde, Hetem⁸ afirma que a prevenção está relacionada com detecção precoce e com o encaminhamento correto de casos de transtornos mentais com risco de suicídio. Kohlrausch et al.¹⁰ relatam que comportamentos suicidas costumam ser reconhecidos por agentes comunitários. Provavelmente, o que falta em nosso Sistema de Saúde é retaguarda qualificada para atender esses casos. Gaynes et al.⁷, examinando estudos em língua inglesa a respeito do impacto da Atenção Primária sobre os riscos de suicídio, concluem que as ações de médicos desses serviços são limitadas no que diz respeito à avaliação e ao manejo de tais riscos. Diversos autores^{9,2} verificaram que tratamentos psicoterápicos e medicamentosos para depressão reduzem a ideação suicida. Knox et al.⁹ relatam que, na Suécia, médicos da Atenção Primária foram treinados para tratar a depressão, o que resultou em diminuição da mortalidade por suicídio. Supõe-se, então, que se faz necessário um investimento na qualificação dos profissionais do Sistema de Saúde no sentido de prevenção do suicídio.

Botega⁵ ressalta a importância de uma intervenção imediata em casos de pessoas que tentaram suicídio, pois esse é o grupo de maior risco para a consumação do ato. O

autor relata o seguinte ensaio terapêutico organizado pela OMS em dez países: pessoas atendidas em pronto-socorro por tentativa de suicídio foram divididas em dois grupos – um com alta do pronto-socorro, sem encaminhamento para serviço de saúde mental, e outro que passou por entrevista motivacional e recebeu periódicos telefonemas ou visitas domiciliares. Ao final de 18 meses, no grupo que recebeu intervenção, houve uma redução de dez vezes o número de suicídios em comparação com o grupo controle, que não passou pelos mesmos cuidados.

Manual do Ministério da Saúde sobre o suicídio alerta: *um profissional de saúde preparado para enfrentar a situação tem condições de identificar o problema, ouvir a pessoa, encaminhá-la para uma terapia adequada e tentar evitar que o suicídio ocorra*¹⁴.

Em relação aos serviços de saúde, a principal conclusão a que se pode chegar é que, para a redução dos suicídios, faz-se necessário maior investimento na qualificação de profissionais dos vários níveis de atenção, com foco especial naqueles da Atenção Básica, tanto para a prevenção e a assistência quanto para o encaminhamento adequado de pessoas com depressão e ideias suicidas, particularmente adolescentes e homens adultos e idosos.

Referências

1. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. Rev. Bras. Psiquiatr [periódico na internet]. 2009 [acesso em 02.04.2012];31:271-280. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n3/aop0309.pdf>
2. Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd; Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. Am J Psychiatry. 2009;166:882-90.
3. Bezerra Filho JG, Werneck GL, Almeida RLF, Oliveira MIV, Magalhães FB. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cad Saúde Pública. 2012;28(5):833-844.
4. Botega NJ. Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan. Rev Bras Psiquiatr. 2007; 29:7-8.
5. Botega, N. Comportamento suicida em números. Debates [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20.11.2012]; 2(1):11-15. Disponível em: <http://www.abp.org.br/medicos/publicacoes/debates>.
6. Coêlho, B M, Andrade LH, Guarniero FB, Wang YP The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr [periódico na internet]. 2010 [acesso em 11.12.2012];32: 396-408. Disponível em: <http://www>.

- scielo.br/pdf/rbp/2010nahead/aop2710.pdf.
7. Gaynes BN, West S L, Ford CA, Frame, P, Klein J, Lohr K.N. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140: 823-837.
 8. Hetem LA. Prevenção do suicídio. *Debates* [periódico na internet] 2010 [acesso em 02.02.2013] 2(1):17-18. Disponível em: www.abp.org.br/medicos/publicações/debates
 9. Knox K L, Yeates C, Caine ED. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *Amer J Public Health*. 2004; 94:37-45.
 10. Kohlrausch E, Lima MAD, Abreu KP, Soares JSF. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7:468-475.
 11. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl II):S86-93.
 12. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence *Am J Psychiatry*. 2002;159: 909-916.
 13. Marin-León, L. & Barros, M.R, Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:357-363.
 14. Ministério da Saúde. Manual ajudará a prevenir suicídio [monografia na internet]. Brasília (DF); s/d [acesso em 25 de maio de 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25076
 15. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [monografia na internet] Brasília (DF); 2006. [acesso em 31 maio 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
 16. Morais MLS, Rosa TEC, Moraes C. Prevalência do consumo abusivo de álcool em homens no estado de São Paulo: apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*. 2012;14 (1): 73-79. nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:357-363.
 17. Parente AC, Soares RB, Araujo AR, Cavalcante IS, Monteiro CF. Characterization of suicide cases in a Brazilian northeastern capital. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:377-81.
 18. Pereira, JCR. *Bioestatística em outras palavras*. 1ª ed. São Paulo: Edusp, 2010. pg 233-243
 19. Schmitt R, Lang MG, Quevedo, J, Colombo, t. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr RS*. 2008; 30:115-123.
 20. World Health Organization. Mental health, Suicide programmes [monografia na internet]. Geneva; 2011. [acesso em 31 maio 2012]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/braz.pdf