

Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil

Suicidal attempts and obits in the district of Independência, Ceará State, Brazil

Augediva Maria Jucá Pordeus^{1,2}
 Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti^{1,4}
 Luiza Jane Eyre de Souza Vieira²
 Lindélia Sobreira Coriolano^{1,3}
 Magnólia Montenegro Osório¹
 Maria Socorro Ramos da Ponte¹
 Sara Maria Cavalcante Barroso¹

Abstract *The objective of this work was to analyze the occurrence of suicidal attempts and deaths that happened in the district of Independência, Ceará State, Brazil, in 2005. A case study was carried out, including attempts and deaths by suicide. A data gathering source was composed out of the SIS (Mortality Information System) and of the SIH (Hospital Admittance System), regarding the year 2005, besides documentary research on district hospital records. Out of six recorded obits, two happened in the age group of 10 to 19, three from 20 to 29, and one from 30 to 59. One half of the suicide victims were male, and the prevailing method was hanging. Considering the attempts, most of them concentrated in the age group of 10 to 19, prevailing females (seven cases). The main signs and symptoms presented by victims, before exerting suicidal attempt were: sadness, loss of sleep, anorexia, nervousness, will to cry, and aggressiveness; there also was some kind of affective relationship among those persons. It was concluded that the events recorded in the district of Independência must be analyzed as a social fact, highlighting the small time interval between the deaths and attempts and, the existence of relational links among the victims.*

Key words *Suicide, Suicide attempted, Case studies*

Resumo *O trabalho teve como objetivo analisar a ocorrência de tentativas e óbitos por suicídio, ocorrido no município de Independência, Ceará, Brasil, em 2005. Realizou-se um estudo de casos incluindo as tentativas e óbitos por suicídios e constituíram fonte de coleta de dados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), referentes ao ano 2005, além de pesquisa documental em prontuários do hospital municipal. Dos seis óbitos registrados, dois ocorreram no grupo etário de 10 a 19 anos, três no de 20 a 29 e um no de 30 a 59 anos. Metade das vítimas que se suicidaram era do sexo masculino e o enforcamento foi o método predominante. Quanto às tentativas, a maioria concentrou-se na faixa de 10 a 19 anos e predominou o sexo feminino (sete casos). Os principais sinais e sintomas apresentados pelas vítimas, antes da prática da tentativa de suicídio, foram: tristeza, insônia, anorexia, "nervosismo", vontade de chorar e agressividade, e entre quatro pessoas que tentaram suicídio havia algum tipo de relacionamento afetivo com outra pessoa que se suicidou. Conclui-se que os eventos registrados no município de Independência devem ser analisados como um fato social, salientando o pequeno intervalo de tempo entre os óbitos e tentativas e a existência de vínculos relacionais entre as vítimas.*

Palavras-chave *Suicídio, Tentativa de suicídio, Estudos de casos*

¹ Núcleo de Epidemiologia, Secretaria da Saúde do Ceará. Av. Almirante Barroso 600, Praia de Iracema, Fortaleza CE 60060-440.

augediva@saude.ce.gov.br

² Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza.

³ Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Ceará.

Introdução

Classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma violência auto-infligida, o suicídio implica um ato humano em que o indivíduo é ao mesmo tempo sujeito e objeto desse fenômeno complexo, que abarca um interjogo de inúmeras variáveis do cotidiano e remete o indivíduo à idéia máxima da violência, o assassinato de si próprio¹. Não se explica por um único nexos causal, provém de complexas situações entrelaçadas, que envolve as dimensões culturais, econômicas e de saúde de uma sociedade, sendo contrário ao instinto de preservação da espécie, ao ordenamento jurídico e aos preceitos religiosos¹.

É atualmente explicado por meio de três modelos: (1) o sociológico, que relaciona o suicídio ao contexto histórico cultural; (2) o psicológico, que considera o suicídio como resultado de confluências internas dos indivíduos e (3) o modelo nosológico, que trata o problema como uma enfermidade. Importante ressaltar que cada modelo apresenta suas limitações e na maioria das situações se faz necessário uma inter-relação dos três modelos².

Os estudos epidemiológicos do suicídio no país mostram-se deficitários, pois denunciam um subregistro desse tipo de morte, que decorre, principalmente, do forte estigma que envolve o suicídio. Outro fator associado ao subregistro é a dificuldade de avaliar se o episódio foi acidental ou se houve, realmente, uma intenção suicida³. Até mesmo a análise qualitativa dos casos notificados de suicídio apresenta limitações decorrentes da dificuldade que têm os familiares de romper o drama da culpa, as atitudes preconceituosas da sociedade, as questões religiosas, éticas, bem como os sentimentos de perda e pesar quando se dispõem a falar sobre assunto tão traumático⁴.

Os trabalhos publicados no Brasil sobre suicídio utilizam como fonte, em grande parte, os registros oficiais, os atestados de óbitos, prontuários médicos e registros de causa da morte nos cartórios de registro civil^{5,6}. Contudo, há evidências de subregistro tanto dos suicídios consumados como das tentativas, principalmente nos casos de intoxicação medicamentosa e envenenamento^{6,7}. O conhecimento das taxas de incidência do suicídio e da tentativa de suicídio nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise⁸.

Estudos destacam o aumento, tanto dos suicídios quanto das tentativas, entre adultos jovens^{8,9}, fato este que vem sendo chamado atenção por

outros trabalhos que evidenciam a maior vulnerabilidade dos adolescentes face às mudanças sociais e familiares que acompanham a instabilidade emocional, relacional, afetiva, cultural e econômica dos nossos dias^{10,11}.

Ao avaliar o perfil dos óbitos por suicídios ocorridos na década de noventa, no Estado do Ceará, os resultados mostraram que esses representaram 6,2% das mortes por causas externas. O coeficiente variou de 1,7/100.000 habitantes em 1990 para 4,3 no ano de 1999⁴. No ano de 1993, foram confirmados no Brasil 5.553 óbitos por suicídio, ampliando para 7.715 em 2002, configurando um acréscimo de 38,9%, superior à elevação dos óbitos por acidentes de trânsito¹².

As taxas de mortalidade por suicídio no Ceará registraram ascensão significativa no período de 2000 a 2004. As mortes por suicídio representaram 9,4% dos óbitos registrados em 2004. No grupo de 15 a 29 anos, a taxa de mortalidade passou de 5,1/100.000 habitantes para 7,6/100.000 habitantes. Na faixa etária entre 30 e 59 anos, cresceu de 6,0/100.000 habitantes em 1998, para 9,7/100.000 habitantes em 2004. Entre as pessoas de 60 anos e acima desta idade, a mortalidade foi de 6,6/100.000 habitantes no primeiro ano estudado e de 7,3/100.000 habitantes em 2004, havendo concentração desses eventos no sexo masculino¹³.

O conhecimento das taxas de incidência do suicídio e de suas tentativas, nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise⁸.

Dessa forma, o objetivo do trabalho foi analisar a ocorrência de um conglomerado temporal de tentativas e óbitos por suicídio, ocorrido no município de Independência, Ceará, Brasil, em 2005, motivados pela ampla divulgação nos meios de comunicação local de que naquele município jovens haviam feito “pacto de morte”.

Metodologia

Realizou-se um estudo de casos incluindo as tentativas e óbitos por suicídios no município de Independência (CE), ocorridos no ano 2005. O município de Independência situa-se na Região Centro-Oeste do estado e ocupa uma área geográfica de 3.219 Km², distante 309 quilômetros de Fortaleza (capital do estado). Possui uma população de 26.033 habitantes, sendo 40,6% urbana e 59,4% rural. Registra um percentual de 62,7 de alfabetizados, 40,5% estão incluídos na categoria de Popula-

ção Economicamente Ativa (PEA) e a população apresenta uma renda *per capita* de R\$ 98,1¹⁴.

Constituíram fonte de coleta de dados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), referentes ao ano 2005, acrescentando-se do preenchimento de formulários com informações demográficas (idade, sexo, temporalidade da ocorrência); socioeconômica e cultural (renda familiar, escolaridade, vínculos familiares e sociais com pessoas com história de tentativa e suicídio anterior); e de saúde referentes às tentativas e aos casos de suicídios, bem como história familiar e pessoal sobre transtorno mental. Este formulário foi submetido à apreciação de um grupo técnico especialista em saúde mental, testado antes de sua aplicação com usuários do Sistema Único de Saúde; contudo, não foi validado. Após estes procedimentos foi aplicado, respectivamente, às vítimas de tentativas de suicídio e aos familiares das vítimas fatais, elaborado, previamente, de modo que pudesse contribuir para elucidar, se havia ou não, algum tipo de conexão entre esses eventos, como tinha sido divulgado pela mídia. O critério utilizado para seleção das tentativas de suicídios foi a identificação dos pacientes atendidos no setor de urgência e unidade de internação tendo sido identificados a partir do código X-60 a X-84 da CID-10 que trata das lesões auto-provocadas voluntariamente. Participaram do estudo seis familiares com parentesco de primeiro grau (mãe, pai ou irmão) e que conviviam diariamente com os suicidas.

Complementando as informações do SIH, foi realizada uma visita ao hospital municipal para revisar os prontuários e identificar os casos registrados no serviço de pronto atendimento do hospital, que não constavam no SIM e no SIH.

A investigação de campo foi operacionalizada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Independência, Célula Regional de Saúde de Crateús e da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, coordenada pelo Núcleo de Epidemiologia. As in-

formações foram organizadas e tabuladas na planilha Excel e realizados cálculos de distribuição percentual por faixa etária e coeficiente de morbidade e mortalidade por causa. Para a elaboração dos gráficos, utilizou-se o programa Harvard Graphic for Windows (HGW4).

Em observância à Resolução nº 196/1996¹⁵, o presente trabalho preservou o anonimato e autonomia dos participantes; não houve qualquer tipo de indução para a participação do mesmo, nem alusão a conflito de interesse. Este foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Resultados

No município de Independência, entre 2000 e 2004, a taxa de mortalidade por suicídio sofreu variações que oscilaram de 11,7/100.000 habitantes em 2002 a 3,8/100.000 habitantes em 2004. Em 2005, a mortalidade foi de 23,0/100.000 habitantes, significativamente maior do que as registradas nos anos anteriores (Tabela 1). Foi possível constatar que, diferentemente dos outros anos, em 2005, foram registrados seis óbitos, a exceção dos meses de fevereiro e março, onde ocorreram dois óbitos por suicídio, um óbito em cada mês. As outras ocorrências se concentraram entre os meses de julho e outubro, como demonstrado na Figura 1.

Dos seis óbitos registrados, um ocorreu no grupo etário de 10 a 19 anos, três no grupo de 20 a 29 anos e um no grupo de 30 a 59 anos. Quanto ao sexo das vítimas que praticaram o suicídio, metade era do sexo masculino (Tabela 2).

No que concerne à renda familiar, quatro das famílias referiram renda inferior a um salário mínimo e duas afirmaram possuir rendimentos entre um e dois salários. Quanto à escolaridade, foi ainda identificado que três das vítimas eram analfabetas, uma concluiu o ensino fundamental e duas, o ensino médio.

Tabela 1. Distribuição do número de óbitos e taxa de mortalidade por cem mil habitantes por suicídio. Independência, Ceará, Brasil. 2000 a 2005.

Faixa etária	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Nº	taxa	Nº	taxa	Nº	taxa	Nº	taxa	Nº	taxa	Nº	taxa
10 a 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,7
20 a 29	-	-	-	-	-	-	1	24,5	-	-	4	96,3
30 a 59	1	13,3	2	26,5	1	13,2	-	-	1	13,8	1	12,9
60 e mais	1	33,0	-	-	2	65,4	-	-	-	-	-	-
Total	2	7,9	2	7,8	3	11,7	1	3,9	1	3,8	6	23,0

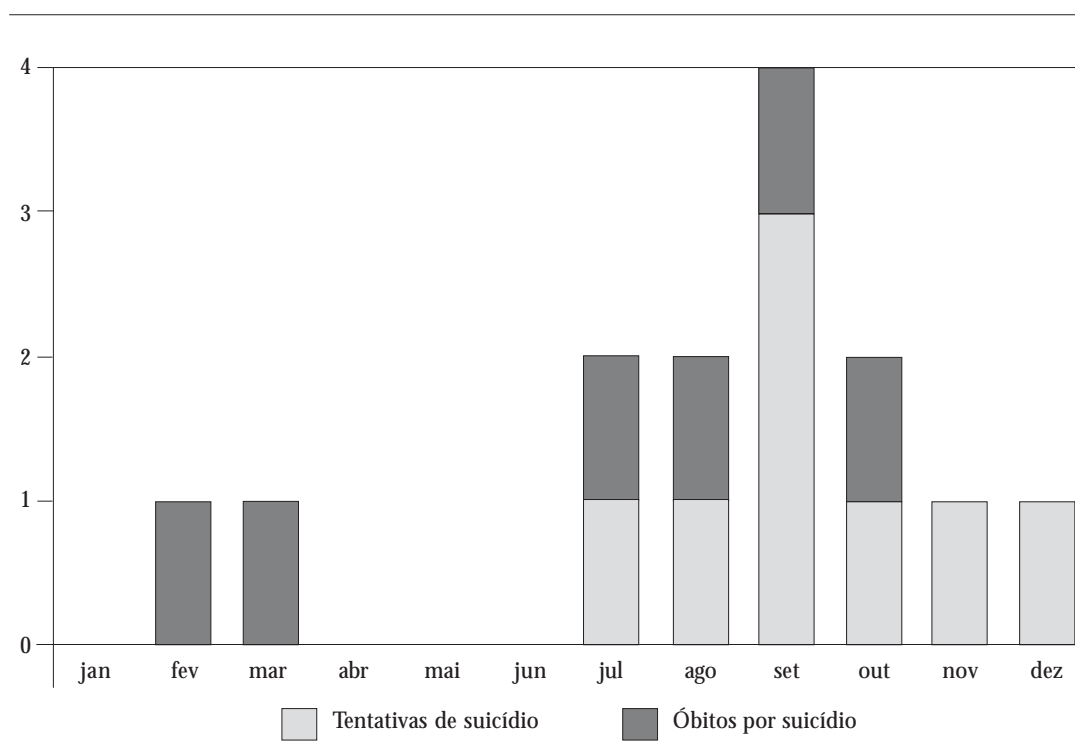


Figura 1. Distribuição do número de tentativas e óbitos por suicídio. Independência, Ceará, Brasil, 2005.

Tabela 2. Perfil dos indivíduos que foram a óbito por suicídio. Independência, Ceará, Brasil, 2005.

Data	Sexo	Idade	Escolaridade	Renda familiar (em SM)	Método utilizado	Uso de drogas
09/fev	M	55	Analfabeto	< 1 salário	Enforcamento	Sim
09/mar	F	21	Ensino fundamental	< 1 salário	Ingestão de raticida	Não
02/jul	M	22	Ensino médio	Entre 1 e 2 salários	Enforcamento	Não
28/ago	F	14	Analfabeto	< 1 salário	Enforcamento	Não
19/set	M	18	Ensino médio	< 1 salário	Enforcamento	Não
30/out	F	23	Analfabeto	Entre 1 e 2 salários	Enforcamento	Não

* Depressão depois que a namorada suicidou-se (caso 4).

Ao se evocar antecedentes suicidas, metade dos familiares confirmou que havia histórias prévias entre as famílias das vítimas fatais. Duas dessas vítimas haviam tentado suicídio uma vez e outra vítima tinha realizado, anteriormente, duas tentativas. Apenas duas dessas famílias declararam que as vítimas tinham recebido, em algum momento da vida, acompanhamento psiquiátrico ou psicológico.

O método mais utilizado para a prática do suicídio foi o enforcamento, com cinco dos óbitos registrados, seguido da ingestão de raticida com um caso letal. História anterior de uso de álcool foi referida apenas por uma família e nenhuma decla-

rou uso de drogas ilícitas pelo familiar que praticou o suicídio.

A mudança de comportamento antes do suicídio foi referida por três das famílias das vítimas, tendo citado ainda o isolamento e tristeza profunda como umas das mudanças comportamentais identificadas. Entre as explicações dadas pelas famílias das pessoas que praticaram o suicídio, no período em estudo, salientam-se a de que os jovens de Independência não vislumbravam oportunidade de trabalho, detinham-se no consumo de bebida alcoólica, além de evidenciarem problemas de relacionamento afetivo. Como meio para

minimizar tais problemas, os familiares sugeriram a implantação de atividades esportivas, espaços para o lazer, além de eventos culturais e ampliação das oportunidades de trabalho.

Quanto aos casos de tentativas suicidas, em 2005, no município de Independência, foram registrados oito casos, concentrados entre os meses de julho e dezembro, sendo que três deles ocorreram em setembro (Figura 1). Em relação aos suicídios, neste mesmo ano, ocorreu um caso em fevereiro e outro em março e um caso por mês durante os meses de julho a outubro (Figura 1).

Do total de tentativas registradas no período do estudo, cinco pessoas foram hospitalizadas e as outras três receberam assistência apenas no serviço de pronto atendimento do hospital do município.

Ocorreram dois casos nos grupos etários de 10 a 19 anos, quatro na faixa etária de 20 a 29 e outros dois entre 30 e 59 anos; apenas uma das vítimas era masculina (Tabela 3).

A escolaridade de três das vítimas era o ensino fundamental incompleto, outros três referiram ter

concluído o ensino fundamental, uma afirmou ter o ensino médio completo e a última, ensino fundamental incompleto. Ressalta-se que metade dos participantes do estudo declarou, na ocasião da coleta de dados, que ainda frequentava a escola. A renda familiar das vítimas de tentativa de suicídio variou entre menos de um salário mínimo, para metade dos entrevistados, e entre um e dois salários, para os demais.

O agente da tentativa de suicídio foi o enforcamento em dois casos e o uso de medicamento foi declarado pelos outros seis casos, sendo a carbamazepina e o diazepam os medicamentos referidos pelos entrevistados.

A história de tentativa anterior de suicídio foi declarada por três das vítimas; duas haviam tentado duas vezes e, a terceira, oito vezes. Em seis dos casos estudados, a tentativa ocorreu na casa dos pais e, as outras, em suas próprias residências.

Antecedente de depressão foi referido por seis das vítimas, mas sete declararam conhecer história familiar de depressão. Relato de amigo ou fa-

Tabela 3. Perfil dos indivíduos que tentaram suicídio. Independência, Ceará, Brasil, 2005.

Tentativa	Data	Sexo	Idade	Escolaridade	Renda familiar (em SM)	Método utilizado	Uso de drogas	Depressão	Tentativa anterior	Causa declarada
1	07/jul	F	16	Médio incompleto	Entre 1 e 2 salários	Envenenamento (medicamentos)	Não	Sim	Sim	Suicídio do namorado dias antes
2	08/ago	M	20	Médio completo	< 1 salário	Envenenamento (medicamentos)	Não	Não	Não	Não há relatos
3	08/set	F	24	Fundamental incompleto	< 1 salário	Envenenamento (medicamentos)	Não	Não	Não	Não há relatos
4	09/set	F	14	Fundamental incompleto	Entre 1 e 2 salários	Envenenamento (medicamentos)	Não	Sim	Não	Não há relatos
5	11/out	F	15	Fundamental completo	< 1 salário	Enforcamento (medicamentos)	Não	Sim	Não	Não há relatos
6	28/set	M	15	Fundamental completo	< 1 salário	Envenenamento (medicamentos)	Não	Sim	Sim	Problemas familiares e financeiros
7	28/nov	F	31	Fundamental completo	Entre 1 e 2 salários	Envenenamento (medicamentos)	Não	Sim	Sim	Problemas conjugais e distúrbios de humor
8	11/dez	F	53	Fundamental incompleto	Entre 1 e 2 salários	Enforcamento	Não	Sim	Não	Depressão

miliar que tentou suicídio ou que morreu por essa causa foi citado por metade das vítimas que tentaram suicídio.

Os principais sinais e sintomas apresentados pelas vítimas antes da prática da tentativa de suicídio, de acordo com os respondentes, foram: tristeza, insônia, anorexia, nervosismo, vontade de chorar e agressividade (Tabela 3). Acompanhamento psiquiátrico ou psicológico recente foi declarado por três das vítimas, enquanto esse mesmo número de pessoas afirmou ter recebido esse tipo de acompanhamento no passado. Apenas duas declararam o motivo que as levou a tentar contra a própria vida: uma citou o suicídio da irmã há seis meses e outra, o suicídio do namorado cinco dias antes de sua tentativa.

Em quatro tentativas de suicídio, foi referido que o profissional do serviço de saúde que realizou o atendimento fez orientação aos seus familiares

para a busca de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico.

Todas as vítimas negaram ser usuárias de drogas e apenas duas declararam consumir bebida alcoólica, de forma eventual. No âmbito das relações familiares, cinco afirmaram que se relacionavam bem com suas famílias, duas afirmaram ter relacionamento regular e uma, ruim.

No que concerne às relações com amigos, cinco relataram ser boas e três, ruins. Em relação à situação financeira, duas declararam que era boa, três, regular e três, ruim; a participação em grupo de jovens da comunidade ou da igreja foi declarada por apenas três das vítimas.

Das quatorze ocorrências registradas no município de Independência no ano de 2005, seis suicídios e oito tentativas, oito das pessoas envolvidas mantinham alguma relação afetiva, de amizade ou familiar, entre elas (Figura 2).

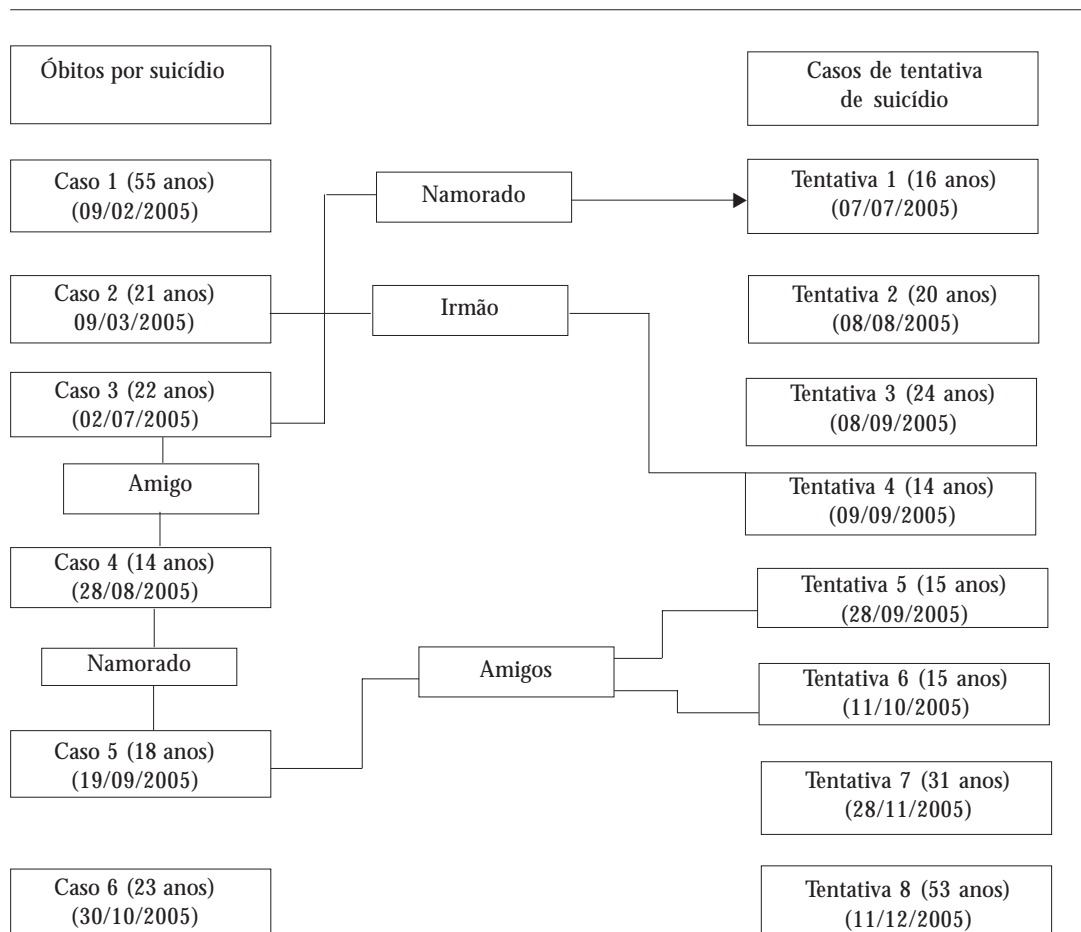


Figura 2. Cronologia e inter-relação dos óbitos por suicídio e das causas de tentativa de suicídio. Independência, Ceará, Brasil. 2005.

A temporalidade das ocorrências ficou evidenciada pelo curto espaço de tempo entre as mesmas, caracterizando a sequencialidade dos suicídios e das tentativas. Foi negado entre as pessoas que tentaram suicídio, como também pelos familiares das pessoas que morreram, a existência de “pacto de morte”, assim como interferências religiosas, possibilidades amplamente divulgadas nos meios de comunicação local.

Contudo, não se pode negar a existência de vínculos entre essas pessoas: entre os seis suicídios, dois eram amigos e dois eram namorados. Entre as oito tentativas, uma namorava um jovem que se suicidou, uma tinha um irmão que cometeu suicídio e duas eram amigas de outro suicida.

Discussão

O suicídio é um fato habitual na nossa sociedade, afeta os diferentes grupos sociais e etários e exhibe uma multiplicidade de maneiras para o seu desfecho⁴. A morte por suicídio ocupa a terceira posição entre as causas mais frequentes de falecimento na população de 14 a 44 anos em alguns países¹⁶ e estima-se que as tentativas sejam vinte vezes mais frequentes que os suicídios consumados⁸. Estudo prévio mostrou que está havendo um acentuado aumento no número de casos de tentativas de suicídio no Brasil, em todas as faixas etárias, principalmente em adolescentes¹⁷.

Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade, nas capitais brasileiras, na faixa etária de 15 a 24 anos, no período de 1979 a 1998, observou-se uma progressiva elevação das taxas, que passaram de 3,5 em 1979 para 5 por 100 mil habitantes em 1998, corroborando com os achados desta investigação¹⁸.

Embora dados da OMS não tenham identificado associação entre suicídio, renda e desemprego no Brasil, alguns trabalhos apontam para uma correlação positiva^{2,7,19,20}. Neste estudo, familiares e amigos dos casos investigados relataram a crise econômica e falta de perspectiva de emprego e renda como fatores importantes para o desfecho, indo ao encontro de achados encontrados anteriormente em outros trabalhos^{9,11,21}.

Um dos principais fatores de risco para suicídio é a história de uma ou mais tentativas de suicídio não-fatais²². Este mesmo fator de risco foi detectado entre seis dos casos de tentativas estudados nesta investigação. Pesquisas já identificaram que a chance de suicídio aumenta quando há mais de uma tentativa anterior e acrescentaram que a tendência à repetição, nos dois anos seguintes à

tentativa, é mais frequente entre os jovens¹. Estes achados reforçam a necessidade de acompanhamento psicológico das vítimas em anos subsequentes à ocorrência.

A depressão é certamente o diagnóstico psiquiátrico mais observado em adolescentes que tentam o suicídio e manifestações de desesperança, transtornos de conduta, consumo de drogas, disfunção familiar, eventos estressantes, abusos e fatores biológicos podem ser considerados os principais agentes causadores desse distúrbio^{11,12}. As implicações balizadas neste estudo identificaram, entre as casuísticas analisadas, a importância nos aspectos citados anteriormente, com exceção de consumo de álcool e drogas, como fatores desencadeantes de tentativas e atos suicidas.

Algumas condições de risco são sugeridas na literatura: tentativas prévias, grau de intenção suicida, letalidade do método escolhido e acessibilidade a este, frequência de pensamentos suicidas, ausência de suporte social, história familiar positiva para suicídio e depressão²³. A falta de perspectiva deve ser encarada como um preditor do suicídio, tal como atitudes de perturbação afetiva, ideação suicida severa, história de tentativa de suicídio, história familiar anterior, uso exagerado de álcool e drogas, além da idade, sexo e raça¹.

A religiosidade tem se configurado como um mecanismo de enfrentamento para situações adversas da sociedade contemporânea. Nesta pesquisa, apenas três das vítimas que tentaram suicídio declararam participar de grupo de jovens da comunidade ou da igreja. Estudo sobre o comportamento suicida entre adolescentes afro-americanos e sua relação com a religiosidade evidenciou que a prática desta e o sentimento de pertença a alguma igreja é um importante fator protetor, contra a ideação e prática suicida, entre esses jovens²⁴.

Nesta pesquisa, a maioria das tentativas de suicídio ocorreu nos níveis ocupacionais não qualificados e níveis de qualificação impróprios, correspondendo à classe social que sobrevive com menos de um até dois salários, em acordo com achados anteriores⁹.

As taxas de suicídio são maiores no sexo masculino em todos os países da América Latina^{2,5}, oscilando entre 6 e 10 por 100.000 no sexo masculino e 2 a 4 por 100.000 no sexo feminino²⁵. Diferenças entre os sexos apontam que os homens cometem mais suicídio; entretanto, as tentativas são mais comuns entre as mulheres, como demonstrado na literatura^{2,4,5,11,17}. Pesquisa realizada em Sobral (CE) identificou na faixa etária de 17 a 25 anos que o sexo feminino apresenta mais tentativas de suicídio por envenenamento, em uma pro-

porção 2,4 vezes maior que a masculina⁹. Essas conclusões foram corroboradas por outros estudos que também evidenciaram menor frequência de suicídios consumados em mulheres².

Quando se avalia os métodos utilizados para a prática do suicídio, segundo os dados de Campinas (SP) no período de 1976 a 2001, os meios mais utilizados pelos homens foi enforcamento e a arma de fogo. As mulheres utilizaram principalmente o envenenamento como método suicida^{9,11,25}. Em estudo de série histórica das mortes por suicídio no Ceará, na década de noventa, também foram identificadas conclusões semelhantes⁴.

Em Maringá (PR), considerando o período de 1978 a 1998, o enforcamento foi o método mais empregado por ambos os sexos. No que se refere às taxas de tentativas de suicídio, destaca-se que muitas tentativas podem não chegar ao atendimento hospitalar por serem de baixo grau de letalidade²⁶. Os achados de estudos nacionais acerca dos meios utilizados nas tentativas e práticas de suicídio concordam com os dados da presente pesquisa.

Contraopondo-se aos resultados deste estudo, investigação realizada na cidade de Los Angeles (Estados Unidos) mostrou que, nos menores de 21 anos, existe tendência ao uso de arma de fogo²⁷, reforçando a complexidade desse fenômeno e sua relação com os aspectos culturais.

A identificação de sequencialidade temporal entre casos de tentativas de suicídio e suicídios já foi registrada na literatura em estudos da dinâmica dos atos de prática de suicídio de duas jovens, constatando que houve mecanismos identificatórios entre elas e uma colega que havia tentado suicídio na semana anterior¹.

Vale acrescentar que as restrições impostas pelo método de estudo utilizado não nos permitiu afirmar que houve mecanismos identificatórios entre os casos estudados no município de Independência, apenas pressupor. Contudo, na fase da juventude, o indivíduo se deixa influenciar pelo ambiente de maneira muito mais abrangente que antes.

No Brasil, o suicídio também tem sido uma prática entre os índios. Este veio à tona após destaque dado pela imprensa à "epidemia" ocorrida entre os índios Guarani, nas proximidades de Dourados (MS), a partir da década de oitenta. Outro grupo em que esta prática suscitou estudos foi o Sorowahá, na região do Médio Purus (AM). Através de um levantamento genealógico, com até seis gerações, foram identificados 122 casos (75 homens e 47 mulheres) anteriores a 1979, e 38 casos (18 homens e 20 mulheres) de 1980 a 1995. Em todos os períodos, os indivíduos eram, majoritariamente, jovens entre 14 e 28 anos²⁸.

Para a Organização Mundial da Saúde, para cada óbito por suicídio, existem pelo menos cinco ou seis outros casos de pessoas próximas ao falecido, cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente²⁹. Essa estatística corrobora com os achados dessa investigação, com relação à proximidade entre os casos e tentativas de óbitos.

Estudos sobre o suicídio são importantes para que se possa ter um olhar panorâmico acerca dos problemas e das possíveis formas de enfrentá-los. As taxas de incidência de suicídio nos países não refletem com precisão a ocorrência deste fenômeno, já que não há uniformidade nos procedimentos de notificação. Adiciona-se a isso a dificuldade, em muitos casos, de avaliar se o episódio que levou à morte foi acidental ou se houve uma intenção suicida.

Considerações finais

O perfil das vítimas de suicídios e das que tentaram, em Independência (CE) revela a dimensão coletiva desse tipo de agravo externo, fazendo-se presente na juventude e no adulto jovem. Diante disso, como recomenda a literatura³⁰, devem ser vistos como um fato social e considerado como um problema coletivo e não de forma isolada e de caráter individual.

Neste estudo, chamou a atenção o pequeno intervalo de tempo entre os óbitos e tentativas, ocorrendo em torno de um mês entre os episódios, além da existência de vínculo afetivo entre as pessoas que morreram e as que tentaram o suicídio, fato que já foi comentado pela Organização Mundial da Saúde²⁹.

Recomenda-se que as equipes de Saúde da Família monitorem essas famílias, façam busca ativa de fatores desencadeantes que poderão favorecer novos casos de suicídio e de tentativas neste município, bem como fazer valer as diretrizes da promoção da saúde e manutenção da saúde mental das pessoas. Trabalho de Souza reforça a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para diagnosticar, notificar e codificar a causa básica de morte, no tocante ao suicídio³¹.

Pontua-se, também, a necessidade de discutir sobre o tema nas escolas, nos conselhos municipais, nas igrejas, associações de moradores e outros espaços coletivos, utilizando-se de estratégias educativas que possibilitem a valorização da vida, o resgate da auto-estima e de perspectivas para a população que se tem mostrado vulnerável à prática suicida.

Entende-se, a partir dessa discussão, que a violência auto-infligida é um assunto social de grande relevância para a saúde pública e necessita ser encarada no planejamento das ações do SUS e em todos os níveis de gestão. Apesar das elevadas taxas de suicídio no Brasil, é possível enfrentá-las em suas especificidades e em seus significados, tratando-o como parte do conjunto das novas formas de adoecimento associadas às condições e ao estilo de vida.

Colaboradores

AMJ Pordeus e LGC Pamplona participaram da concepção, delineamento, análise dos dados e redação do artigo. LJE de S Vieira colaborou na análise dos dados, revisão da literatura e redação final do artigo. LS Coriolano, MM Osório, MSR da Ponte e SMC Barroso realizaram a coleta, organização e análise preliminar dos dados.

Referências

1. Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl. 1):61-73.
2. Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
3. Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marín-Leon L, Barros MBA, Dalgalarrodo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cad Saude Publica* 2006; 2(9):1835-1843.
4. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Olinda QB. Suicídio no Ceará na década de 90. *Revista do Centro de Ciências da Saúde* 2002; 15(12):16-22.
5. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Brasil. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* Anexo VII. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 206-234.
6. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 18(2):194-204.
7. Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. The impact of suicide on morbidity and mortality in the population of Itabira. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):409-418.
8. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(2):146-154.
9. Romão MR, Vieira LJE de S. Tentativas suicidas por envenenamento. *RBPS* 2004; 17(1):14-20.
10. Sampaio D, Santos N. Tentativa de suicídio adolescente – aspectos clínicos. *Psiqu Clínica* 1990; 11(1):1-8.
11. Freitas MLV. *Razões para tentativas suicidas em adolescentes: desafio para a educação em saúde* [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2005.
12. Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência IV: os jovens do Brasil – juventude, violência e cidadania*. Brasília: UNESCO/ Instituto Ayrton Senna/Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
13. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. *Doenças e agravos não transmissíveis - DANT no Ceará: situação epidemiológica, 1998 a 2004*. Fortaleza: SESA; 2006.

14. Brasil. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Ceará. Independência. Setembro 2006. [acessado 2006 set 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades/at/>
15. Brasil. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União** 1996; 16 out.
16. D'Oliveira CF. Atenção a jovens que tentam suicídio: é possível prevenir. In: Lima CA, organizadora. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 177-184.
17. Mello MF de. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cad Saude Publica** 2000; 16(1):163-170.
18. Souza ER de, Ximenes LF, Alves F, Magalhães C, Bilate D, Szuchmacher AM, Maya A, Malaquias J. Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e quali. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.131-160.
19. Marín-Leon L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev. Saude Publica** 2003; 37(3):357-363.
20. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. **Cad Saude Publica** 2002; 18(3):673-683.
21. Durkheim E. **O suicídio**. São Paulo: Perspectiva; 1982.
22. Diekstra RFW. Suicide and attempted suicide: an international perspective. **Acta Psychiatr Scand** 1989; 33(1):3-12.
23. Tavares M. **Comorbidade na depressão e no suicídio. configurações psicopatológicas e dinâmicas**. Brasília: Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico UnB; 2000.
24. Molock SD, Puri R, Matlin S, Barksdale C. Relationship between religious coping and suicidal behaviors among African American adolescents. **J Black Psychol** 2006; 32(3):366-389.
25. Serfaty E. Suicídio em la adolescencia. **Adoles Latinoamericana** 1998; (1):105-110.
26. Grossi R, Vansan GA. Mortality by suicide in the municipal district of Maringá, PR, Brazil. **J Bras Psiq** 2002; 51(2):101-111.
27. Sorenson SB, Berk RA. Young guns: an empirical study of persons who use a firearm in a suicide or a homicide. **Inj. Prev.** [periódico na Internet] 1999; [acessado 2006 jul 17]; (5):[cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>
28. Oliveira CS, Neto FL. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. Psiq. Clín.** 2003; 30(1):4-10.
29. World Health Organization. **The world health report 2003: shaping the future**. Geneve: World Health Organization; 2003.
30. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad Saude Publica** 2006; 22(8):1587-1596.
31. Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. The impact of suicide on morbidity and mortality in the population of Itabira. **Cien Saude Colet** 2007; 11(Sup.):1333-1342.