

ESTUDO SOBRE A INCIDÊNCIA E O PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE BELÉM (2005-2006)¹

A STUDY ON THE INCIDENCE AND PROFILE OF SUICIDE CASES IN THE CITY OF BELÉM, 2005-2006

Silvia Maués Santos RODRIGUES², Luiz Otávio Neves BARBALHO FILHO³ e Lanna Cristina Lisboa da SILVA⁴

RESUMO

Objetivo: obter dados acerca da incidência e das características epidemiológicas dos suicídios no município de Belém, capital do estado do Pará (Brasil) e avaliar os fatores de risco. **Método:** foram selecionados os inquéritos policiais de todos os casos confirmados de suicídio ocorridos nos anos de 2005 e 2006 e realizado um estudo transversal, utilizando-se questionário padronizado para obtenção de dados. **Resultados:** considerando-se os 71 casos, a taxa de suicídio encontrada por 100 mil habitantes foi de 3,05 e 2,5 e a razão entre os sexos de 2,80 e 2,43 homens para cada mulher, nos anos de 2005 e 2006, respectivamente. A maior incidência ocorreu na faixa entre 15 e 34 anos, correspondendo a 63,38% dos casos. Solteiros representam 56,3% da amostra e apresentam uma taxa de suicídio de 5,74 por 100 mil habitantes; por sua vez, os casados representam 15,5%, com uma taxa de suicídio de 3,96 por 100 mil habitantes. A ocupação mais freqüente nos casos analisados foi a de estudante (29,6%), seguida por trabalhadoras do lar (8,5%). Entre os métodos utilizados para o suicídio, o enforcamento (57,8%) foi o mais freqüente. Os fatores de risco encontrados foram brigas conjugais, tentativa prévia de suicídio e uso/abuso de álcool, cada um com 21,7% de freqüência, e humor depressivo em 22,5% dos casos. **Conclusões:** as taxas de suicídio em Belém são consideradas baixas em termos globais se comparadas com a média nacional, destacando-se elevada prevalência entre adultos jovens, solteiros e estudantes.

Descritores: suicídio, epidemiologia, fatores de risco, incidência, mortalidade

INTRODUÇÃO

O suicídio é entendido por vários autores como um fenômeno humano multifacetado, que deve ser analisado sob diferentes óticas do conhecimento, já que abrange aspectos sociológicos, biológicos, psicológicos, culturais, filosóficos, teológicos, antropológicos, entre outros, e ocorre de maneira universal.^{1,2,3,4}

Atualmente, segundo alguns autores, existem três modelos explicativos principais para o suicídio: sociológico, psicológico e nosológico.^{1,5}

A principal referência do modelo sociológico é Émile Durkheim, que trata o suicídio como um evento essencialmente social em sua origem, relacionado a forças que envolvem determinado

grupo social. Para ele, o crescimento dos índices de suicídio é inversamente proporcional ao grau de integração do indivíduo na sociedade, sofrendo variações entre as diversas culturas e mantendo um padrão relativamente estável em dada comunidade.^{5,6}

O modelo psicológico tem suas raízes na teoria psicanalítica, a partir da conceitualização do instinto de morte (*tanathos*). Em seu trabalho *Luto e melancolia*, Sigmund Freud postula que o suicídio representa uma agressão voltada para si mesmo, contra um objeto de amor introjetado e ambivalentemente investido, somado a um desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa.^{7,8}

O modelo nosológico apresenta o suicídio como resultante de doenças ou transtornos

¹ Monografia de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Pará - UFPA

² Professora Assistente IV da Disciplina Psiquiatria do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará - UFPA

³ Médico Graduado no Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará - UFPA

⁴ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Pará - UFPA

associados a limitações orgânicas, psicossociais e problemas ambientais;^{5,9,10} alguns estudos reportam taxas de até 90% de problemas mentais presentes em suicídios.^{2,3} A OMS, estima que em cerca de 80 a 100% das pessoas que cometem suicídio, têm um transtorno mental que pode ser diagnosticado.¹¹ Entre os problemas mentais mais freqüentemente observados estão depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias psicoativas, transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e comorbidades entre esses diagnósticos.^{3,4,12}

Apesar da complexidade dos modelos, é evidente a limitação da avaliação de cada um isoladamente.^{1,5}

Meneghel et al., analisando o panorama do suicídio em 31 países notificantes da OMS, observaram uma variação entre taxas baixas e taxas elevadas em quase todos os continentes.² Em termos globais, estima-se um crescimento de 60% nas taxas de suicídio nas últimas cinco décadas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.^{3,4,11}

Para alguns autores, a mortalidade por suicídio pode ser considerada baixa quando ocorrem índices menores de 5/100 mil habitantes; entre 5 e 15 a taxa de mortalidade é considerada média; e entre 15 e 30, alta; índices maiores do que 30 indicam taxas muito altas.^{2,9,13}

No período de 1994 a 2004, a taxa oficial de mortalidade por suicídio no Brasil variou entre 3,9 e 4,5 para 100 mil habitantes, sendo portanto uma taxa geral baixa. O estado do Pará situa-se na 25ª posição, com uma taxa de 2,03/100 mil habitantes.¹⁴

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde do Brasil estima que no período de 1990 a 2001, a taxa de suicídio em Belém foi de 4,51, acima da média brasileira do período, que foi de 3,9/100 mil habitantes.¹⁵

Vários autores questionam a qualidade dos dados oficiais sobre suicídio no Brasil, reportando dificuldades presentes na sociedade e nas organizações que tratam do assunto, o qual ainda é um tema tabu e estigmatizado, principalmente para a família da vítima. Isso torna mais difícil para os organismos oficiais o registro adequado dos casos, proporcionando subestimação nas estatísticas e números duas ou três vezes menores do que os reais, o que sem dúvida pode levar a uma visão distorcida da questão.^{1,2,4,7,10,12,16}

OBJETIVO

Analisar o perfil das pessoas que cometeram suicídio no município de Belém, capital do estado do Pará (Brasil), no período entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006 e identificar possíveis fatores de risco relacionados.

MÉTODO

Estudo epidemiológico, descritivo de corte transversal que busca analisar o perfil de suicidas a partir de casos oficialmente reconhecidos por órgãos oficiais.

Quando há suspeita de morte por suicídio no município de Belém, a autoridade policial é comunicada e é realizado um Boletim de Ocorrência (BO). Instaura-se um inquérito policial, deflagrando-se uma série de procedimentos técnicos que incluem obtenção de declarações de parentes da vítima, elaboração de laudos necroscópicos e levantamento de local da ocorrência, com a participação de peritos.

Dessa forma, as informações necessárias para a realização deste estudo foram obtidas a partir dos inquéritos policiais relacionados a suicídios, presentes nos arquivos da Corregedoria Geral das Polícias de Belém, órgão responsável pelo recebimento da totalidade de inquéritos provenientes das delegacias de polícia do município.

Foram selecionados os inquéritos referentes aos suicídios ocorridos entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006, para obtenção de dados que seguiram o protocolo de pesquisa deste trabalho, visando as seguintes variáveis: idade, sexo, cor, escolaridade, ocupação, procedência, estado civil, causa de morte e outras observações baseadas nos depoimentos coletados pelas autoridades policiais e pelos laudos de necropsia, com exames de dosagem alcoólica e toxicológico, quando presentes.

A partir dos dados coletados, procedeu-se à análise estatística descritiva, através do cálculo de porcentagens e dos índices de suicídio e estatística inferencial, utilizando-se o teste do qui-quadrado para comparar diferenças entre anos, meses, gênero e métodos de suicídio relacionados com o gênero. Os softwares empregados no estudo foram o BioEstat 5.0 e o MS Excel. Os índices de suicídio foram calculados com base nas estimativas populacionais oriundas do Censo 2000 para cada 100 mil habitantes.¹⁷

Para o desenvolvimento desta investigação, foi obtida a aprovação do Comitê de Ética da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e o

RESULTADOS

Foram analisados 71 inquéritos de suicídio confirmado, sendo 39 casos em 2005 e 32 em 2006. Na distribuição por sexo, não houve diferenças significativas entre os anos pesquisados. Na amostra geral, observa-se que a maioria é de homens (70,42%), com p-valor = 0.0017 (muito significativo), sendo a razão entre os sexos de 2,80 e 2,43 homens para cada mulher na população de Belém, nos anos de 2005 e 2006, respectivamente.

Na determinação das taxas de suicídio por 100 mil habitantes/ano, utilizou-se a população estimada para a cidade de Belém no Censo 2000 do IBGE, de 1.280.614 habitantes.¹⁷ As taxas de suicídio do sexo masculino são as maiores no período estudado (tabela 1). Em 2005, foi de 4,6 para o sexo masculino e 1,64 para o feminino, havendo ligeira queda em 2006 para 3,62 e 1,49, respectivamente. Na população geral, no ano de 2005, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes foi de 3,05 e de 2,5 no ano de 2006. Não são observadas variações significativas no decorrer dos meses.

Tabela I- Taxa de suicídio* mensal por sexo no período de 2005-06, em Belém (PA)

Mês	Masculino				Feminino				Geral			
	2005		2006		2005		2006		2005		2006	
	n	Tx	n	Tx	n	Tx	n	Tx	n	Tx	n	Tx
Jan	3	0.49	0	0.00	1	0.15	0	0.00	4	0.31	0	0.00
Fev	2	0.33	1	0.16	1	0.15	1	0.15	3	0.23	2	0.16
Mar	2	0.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.16	0	0.00
Abr	2	0.33	4	0.66	0	0.00	1	0.15	2	0.16	5	0.39
Mai	1	0.16	2	0.33	1	0.15	2	0.30	2	0.16	4	0.31
Jun	3	0.49	1	0.16	1	0.15	2	0.30	4	0.31	3	0.23
Jul	3	0.49	2	0.33	1	0.15	1	0.15	4	0.31	3	0.23
Ago	4	0.66	2	0.33	0	0.00	0	0.00	4	0.31	2	0.16
Set	2	0.33	3	0.49	3	0.45	0	0.00	5	0.39	3	0.23
Out	4	0.66	2	0.33	1	0.15	0	0.00	5	0.39	2	0.16
Nov	1	0.16	3	0.49	1	0.15	3	0.45	2	0.16	6	0.47
Dez	1	0.16	2	0.33	1	0.15	0	0.00	2	0.16	2	0.16
Total	28	4.60	22	3.62	11	1.64	10	1.49	39	3.05	32	2.50

*Óbitos por 100 mil habitantes

Fonte: Protocolo de pesquisa e estimativas de população do IBGE - Censo 2000.

Com relação à idade, foram empregadas as estimativas populacionais para cada faixa etária, obtendo-se a taxa de suicídio por 100 mil

habitantes. O índice de suicídio foi maior nas faixas entre 15 e 34 anos (tabela 2).

Tabela II- Taxa de suicídio* por idade no período de 2005-06, em Belém (PA)

Idade (anos)	2005		2006		Geral	
	n	Tx	n	Tx	n	Tx
5 a 14	1	0.41	0	0.00	1	0.41
15 a 24	13	4.98	11	4.21	24	9.19
25 a 34	13	5.78	8	3.55	21	9.33
35 a 44	6	3.57	8	4.77	14	8.34
45 a 54	3	2.75	4	3.67	7	6.42
55 a 64	2	3.10	0	0.00	2	3.10
65 a 74	1	2.63	1	2.63	2	5.27
Total	39	3.05	32	2.50	71	5.54

*Óbitos por 100 mil habitantes

Fonte: Protocolo de pesquisa e estimativas de população do IBGE - Censo 2000.

No que se refere à escolaridade, também foram utilizadas as estimativas censitárias para os diferentes graus de escolaridade por 100 mil habitantes. Destaca-se a taxa de suicídio de 41,77

entre os indivíduos com ensino fundamental incompleto, de 12,62 entre os indivíduos com escolaridade superior e de 6,9 entre aqueles com nível médio de escolaridade (tabela 3).

Tabela III- Taxa de suicídio* por escolaridade no período de 2005-06, em Belém (PA)

Escolaridade	2005		2006		Geral	
	n	Tx	n	Tx	n	Tx
Analfabeto	2	1.81	0	0.00	2	1.81
Alfabetizado	1	0.10	1	0.10	2	0.19
Fundamental incompleto	1	2.78	14	38.99	15	41.77
Fundamental	11	2.72	9	2.22	20	4.94
Médio	8	5.59	1	0.70	9	6.29
Superior	5	9.02	2	3.61	7	12.62
Sem Especificação	11	-	5	-	16	-
Total	39	3.05	32	2.50	71	5.54

*Óbitos por 100 mil habitantes

Fonte: Protocolo de pesquisa e estimativas de população do IBGE - Censo 2000.

Com relação ao estado civil, aplicando-se as estimativas censitárias às variáveis solteiro, casado, divorciado e viúvo, no período estudado, as taxas gerais de suicídio foram de 5,74, 3,96, 23,32 e 2,63 por 100 mil habitantes, respectivamente (gráfico 1). Para os casos referidos como união estável, que correspondem a 12,8%, em 2005, e a 18,8%, em 2006, totalizando 15,5% no período de dois anos, não foram determinadas taxas, por não haverem estimativas censitárias para esse estado conjugal no período.

bairros de Fátima (22,72), Souza (7,78), Batista Campos (5,15), Jurunas (4,78), Icoaracy (4,70) e Sacramenta (4,50) (gráfico 2).

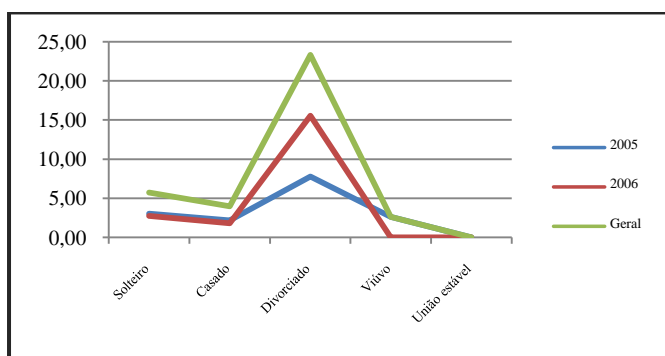


Gráfico 1 – Taxas de suicídio segundo estado civil por 100 mil habitantes, no período de 2005-06, em Belém (PA)

Sobre o local de moradia, utilizando-se a população estimada para cada bairro de Belém por 100 mil habitantes, observam-se, no ano de 2005, as maiores taxas nos bairros de Val-de-Cães (18,24), Icoaracy (14,1), Fátima (7,57), Bengui (7,11), Cabanagem (6,89) e Canudos (6,84). No ano de 2006, os maiores índices apresentam-se nos

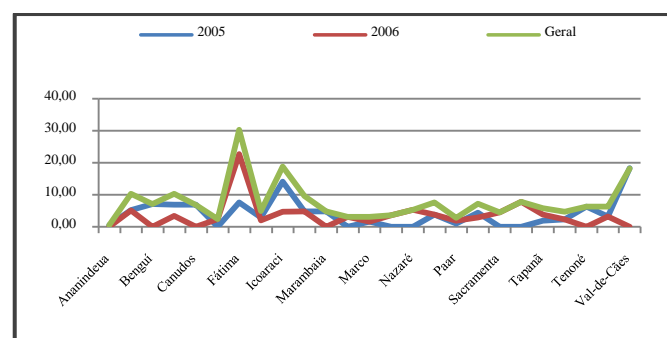


Gráfico 2 – Taxas de suicídio por bairro de procedência por 100 mil habitantes, no período de 2005-06, em Belém (PA)

Quando à ocupação, foram detectadas 28 profissões diferentes, destacando-se a de estudante, que abrange 29,6% da totalidade dos casos, sendo as taxas de 33,3% em 2005 e de 25% em 2006. As outras ocupações mais frequentes foram as de dona de casa com frequência de 8,5% e, desempregado, comerciante, ambulante e autônomo, com frequências de 4,2%, igualmente.

Na análise do método de suicídio utilizado, não houve significância estatística que destacasse algum método suicida nos diferentes anos. Entretanto, na amostra geral, observa-se que o enforcamento foi o de maior significância estatística (p-valor<0.0001), com 57,8% dos casos.

Tabela IV- Método de suicídio por sexo, em Belém (PA), no período de 2005-06

Método de suicídio *	2005				2006				Geral			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Envenenamento	3	10.7	3	27.3	4	18.2	1	10.0	7	14.0	4	19.0
Precipitação	2	7.1	2	18.2	1	4.5	2	20.0	3	6.0	4	19.0
Ferimento por arma de fogo	3	10.7	2	18.2	3	13.6	2	20.0	6	12.0	4	19.0
Enforcamento	18	64.3	4	36.4	14	63.6	5	50.0	32	64.0	9	42.9
Outro	2	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.0	0	0.0
Total	28	100.0	11	100.0	22	100.0	10	100.0	50	100.0	21	100.0

Fonte: Protocolo de pesquisa.

*Teste qui-quadrado

Nos relatos apresentados por familiares e testemunhas, destacam-se fatores como embriaguez no momento do suicídio, tentativa prévia e briga conjugal, com valores relativos iguais a 21,7%, e humor depressivo, em 22,5% dos casos. A comunicação da intenção suicida, em 14,1% dos casos, e o consumo freqüente de bebidas alcoólicas, em 5,6% dos casos (gráfico 3), também constam nos relatos.

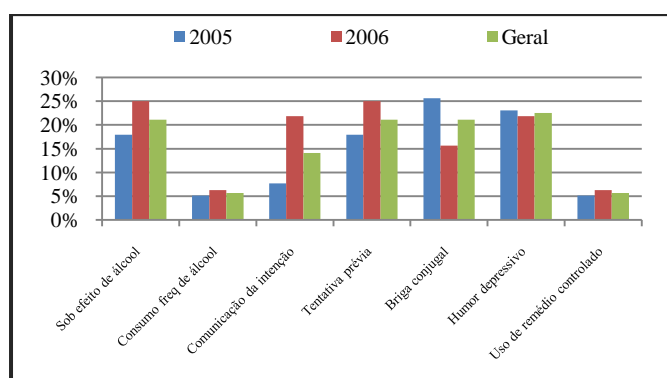


Gráfico 3 - Relatos de familiares de suicidas e de testemunhas de suicídio, em Belém (PA), no período de 2005-06.

DISCUSSÃO

A ocorrência de óbitos por suicídio no município de Belém sofreu um decréscimo no período estudado. No ano de 2005, ocorreram 39 casos (3,05) contra 32 casos (2,50) em 2006, sendo, portanto, uma taxa considerada baixa pelos padrões da OMS e se comparada com a taxa geral brasileira de 4,5/100 mil habitantes em 2004. Porém, os índices são mais elevados do que aqueles apresentados no estado do Pará no mesmo período, 2,03/100 mil habitantes.¹⁴

No Brasil, os indicadores de mortalidade em geral, inclusive de suicídios, são processados pelo Ministério da Saúde (MS) através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS) desde 1975.¹⁸ O SIM/MS reporta para Belém taxas

oficiais de suicídio de 4,14 (2001), 3,70 (2002), 2,76 (2003) e 1,30 (2004), com uma taxa geral de 2,95 no período 2001-04, compatível com as taxas obtidas neste estudo, observando-se uma tendência de queda dos índices.¹⁵ Vários autores admitem a notificação depreciada de óbitos por suicídio no Brasil, pois algumas mortes são classificadas como acidentais e outras não têm a sua causa esclarecida, por diferentes razões, inclusive preconceito e vergonha de familiares e, possivelmente, por implicarem em perda de algum tipo de benefício de seguros de vida.¹⁹ Estima-se que o SIM/MS perca cerca de 20% das notificações de mortes por suicídio.^{18,20}

Não foram identificadas tendências significativas em determinados meses do ano, no período estudado, à semelhança de outros trabalhos que tentaram correlacionar as taxas de suicídio com estações climáticas, luz solar e taxas hormonais.^{21,22,23} Em que pese possuir o município de Belém um clima tipicamente equatorial, confirmando os achados de Parker et al. em Singapura, de clima também equatorial, onde não foi detectado um padrão de sazonalidade.²⁴

No que se refere ao gênero, a razão de 2,80 e 2,43 homens para cada mulher na população de Belém, nos anos de 2005 e 2006, respectivamente, contrasta com a taxa brasileira nos últimos cinco anos,¹⁴ que tem sido em média de 3,7:1. Isso indica que, proporcionalmente, em Belém, o número de mulheres que cometem suicídio é maior e, apesar de a taxa de suicídio ter caído no período de 2005-06, entre as mulheres, o número de suicídios cresceu proporcionalmente. Ainda que se tenha em vista que o risco maior de suicídio está relacionado ao gênero masculino, sendo compatível com a literatura internacional, à exceção da China, onde a taxa de suicídio é maior entre as mulheres.²⁰

Na análise das faixas etárias, são observados índices mais elevados entre adolescentes e adultos

jovens, aproximando-se dos valores médios propostos pela OMS; nas faixas mais avançadas, os índices são menores. Não houve mortes de indivíduos com menos de 13 anos ou mais de 70 anos. Quanto ao suicídio entre crianças, o achado é compatível com a literatura. Com relação à população idosa, as baixas taxas entre 65 e 74 anos e a ausência de casos na população com mais de 74 anos se assemelham aos índices encontrados em poucos estados brasileiros, como Roraima, nenhum caso (<60), e Maranhão, 1,6 (70-79) e ausente (>80), no ano de 2004. Nos demais estados brasileiros, as taxas entre os idosos são médias ou altas¹⁴. No ano de 2004, no estado do Pará, os índices de suicídio foram de 0,45 (60-69), de 4,54 (70-79) e de 6,12 (80e+).¹⁴

Na literatura mundial, os idosos são o grupo etário que mais se suicida, porém, a faixa etária dos jovens foi a que apresentou o maior crescimento de casos nos últimos vinte anos.²⁰

Mello-Santos et al. comentam que os índices de suicídio se encontram estáveis ou em declínio entre os idosos em países desenvolvidos; mantendo-se os mesmos ou aumentando em países latinos, inclusive no Brasil.¹² Parece haver uma tendência a ser confirmada no que diz respeito aos idosos de Belém para a estabilização e queda das taxas de suicídio.

O crescimento das taxas de suicídio entre jovens em Belém também parece acompanhar uma tendência mundial.^{12,14,20} Esse aspecto ainda é percebido na escolaridade, cerca de 60% dos casos apresentam níveis de escolaridade fundamental ou médio e cerca de 29% reportam à ocupação de estudante. Destaca-se em 2006 uma taxa muito alta de suicídio (38,99) entre indivíduos com nível fundamental de escolaridade incompleto.

Com relação ao estado civil, apesar de, em números absolutos, os solteiros corresponderem a 56,33% de todos os casos, as taxas de suicídio foram maiores entre os divorciados, seguidos pelos solteiros, e menores entre os viúvos e os casados. Pode-se considerar que os resultados estão de acordo com a literatura consultada; em geral, os solteiros estão mais predispostos a atos suicidas do que os que compartilham uma vida conjugal.¹⁶

Meneghel et al., ao analisarem características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul, relatam maior proporção de suicídio entre os casados, ressaltando que os maiores coeficientes correspondem aos viúvos.² A descrição em termos percentuais pode gerar interpretação distorcida dos dados, sendo preferível a utilização de índices referentes à população proporcional estimada para cada categoria de estado civil.

Com relação ao método empregado para consumir o suicídio, entre os homens, os mais utilizados foram enforcamento, envenenamento, ferimento por arma de fogo e precipitação em proporções variáveis; entre as mulheres, o principal método foi o enforcamento, seguido dos demais em igual proporção. A literatura de maneira geral reporta a utilização de métodos mais violentos pelos homens (enforcamento e ferimento por arma de fogo) e menos violentos pelas mulheres (envenenamento).^{2,16}

A leitura dos depoimentos dos inquiridos indica pistas sobre fatores associados ao suicídio, sendo destacados neste artigo os de maior relevância. A associação de vários eventos em um mesmo caso foi um padrão constante nos depoimentos.

Brigas conjugais anteriores ao suicídio foram descritas em 21,7% dos casos. Pode-se considerar que os desentendimentos conjugais atuam como evento estressor para o ato suicida. Uma briga pode resultar em uma situação de rompimento real ou fantasiada. Também a existência de humor depressivo em 22,5% dos casos, nos quais o estado de tristeza havia sido relatado pela própria vítima ou percebido pelo declarante, indica situações de sofrimento emocional. A OMS alerta que uma situação de perda interpessoal recente, como separação, divórcio ou luto, pode aumentar o risco de suicídio.¹¹

Entre os suicidas estudados, 21,1% já haviam efetuado tentativas prévias de suicídio. Botega e Werlang relatam que a tentativa anterior é considerada forte preditor, já que entre 20 e 50% das pessoas que se suicidam já haviam tentado fazê-lo anteriormente.²⁵

A ingestão de bebidas alcoólicas antes do ato suicida foi constatada em 21,1% das vítimas. Tal informação pôde ser comprovada através da análise dos laudos de necropsia. Ressalta-se que nesses casos estão englobados aqueles que eram usuários sociais de bebidas alcoólicas e os que mantinham o consumo freqüente de álcool. É possível que o uso de álcool antes da consumação do ato tenha servido como uma forma de perda da inibição, já que muitos suicídios se dão sob efeito de embriaguez, a qual prejudica o julgamento e o controle da impulsividade.²⁶

A comunicação de intenção suicida em 14,1% dos casos confirma dados, relatados na literatura, de que até dois terços dos que cometem suicídio comunicaram claramente a intenção, na semana anterior, a parentes próximos ou amigos.²⁵ Finalmente, o consumo freqüente de bebidas alcoólicas identificado em 5,6% dos casos, que

pode ser indicativo de alcoolismo, mostra-se importante, pois até um terço dos suicidas é dependente de álcool.²⁶

Com relação à procedência por bairros, cabe destacar que taxas maiores foram apresentadas em determinadas concentrações populacionais do município de Belém (Icoaracy e Fátima) – dado que pode auxiliar no planejamento de estratégias de prevenção relacionadas a esses estratos populacionais em particular e, talvez, estimular a busca de dados mais completos para oferta de serviços de saúde.

CONCLUSÕES

A despeito das dificuldades relacionadas à coleta de dados relativos aos suicídios confirmados no município de Belém – observando-se que podem estar ausentes desta pesquisa casos não confirmados ou aqueles retratados como acidentais –, estudos epidemiológicos descritivos como este

têm grande importância para a saúde pública, pois ampliam conhecimentos concernentes a particularidades de um segmento populacional em condições socioambientais singulares. Dessa forma, os dados aqui reportados terão, certamente, utilidade no planejamento de estratégias de prevenção ao comportamento suicida.

Em Belém, as taxas de suicídio encontradas nos anos de 2005-06 estão abaixo da média das taxas nacionais e são inferiores aos índices mundiais. Foi constatada uma elevada incidência de óbitos por suicídio entre adolescentes e adultos jovens, ao passo que entre os idosos os índices foram baixos. Esse perfil etário é uma tendência mundial nas últimas décadas; o aumento dos suicídios entre jovens e adolescentes indica a adoção premente de estratégias de prevenção direcionadas a esse estrato populacional.

SUMMARY

A STUDY ON THE INCIDENCE AND PROFILE OF SUICIDE CASES IN THE CITY OF BELÉM, 2005-2006

Silvia Maués Santos RODRIGUES, Luiz Otávio Neves BARBALHO FILHO e Lanna Cristina Lisboa da SILVA

Objectives: to assess the incidence and epidemiological characteristics of suicides in Belem, PA, Brazil, and to evaluate the associated risk factors. **Method:** a cross-sectional study was performed using a standardized form to collect data from police inquiries of all confirmed cases of suicide that occurred in 2005-2006. **Results:** the sample consisted of 71 suicide cases. In 2005, the suicide rate was 3.05 per 100,000 inhabitants, and in 2006, 2.50 per 100,000 inhabitants, with male/female ratios of 2.80 and 2.43, respectively. The highest incidence of suicide (63.38%) was found in the 15- to 34-year age group. Single persons comprised 56% of the sample and had a suicide rate of 5.74 per 100,000 inhabitants, while married persons comprised 15% of the sample and had a suicide rate of 3.96 per 100,000 inhabitants. The most common occupations were student (29.6%) and homemaker (8.5%). Hanging was the most common method of suicide (57.8%). The risk factors found were marital conflict, previous suicide attempt, and use/abuse of alcohol, each with an incidence of 21.7%, as well as depression with an incidence of 22.5%. **Conclusions:** in general terms, suicide rates in Belem are considered low compared to the mean national rate. The results revealed a high prevalence of suicide among young adults, single persons and students.

Key-words: suicide, epidemiology, risk factors, incidence, mortality

REFERÊNCIAS

1. SOUZA ER, MINAYO MCS, MALAQUIAS JV. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):673-683.
2. MENEGHEL SN, VICTORA CG, FARIA NMX, CARVALHO LA, FALK JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6):804-10
3. Organização Mundial de Saúde - OMS. *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Genebra, 2006.28 f.
4. PARENTE ACM, SOARES RB, ARAÚJO ARF, CAVALCANTE IS, MONTEIRO, CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(4):377-81.
5. MINAYO MCS, CAVALCANTE FG, SOUZA ER. Proposta metodológica para abordagem de suicídio como fenômeno complexo. *Cad Saúde Pública*.2006; 22(8):1587-1596.

6. DURKHEIM, E. *O Suicídio*. Ed. Martin Claret, 2005. 445p.
7. OLIVEIRA CS, LOTUFO NETO F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Rev Psiq Clín*. 2003;30 (1):4-10.
8. FREUD, S. (1917). *Luto e Melancolia*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud-ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV
9. MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):357-63.
10. PIETRO 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.
11. World Health Organization - WHO. *Suicide Prevention SUPRE*. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors – SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. Geneva, 2002. 97f.
12. MELLO-SANTOS C, BERTOLOTE JM, WANG YP. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2005;27(2):131-4.
13. DIEKSTRA RFW, GULBINET W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Q*. 1993;46:52-68.
14. BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: MS, 2006. 74 f.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores de Dados Básicos (IPD)–2006*, Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>. Acesso em: 05 ago. 2006
16. ROCHA FF, SOUZA KCA, PAULINO N, CASTRO JO, CORREA H. Suicídio em Belo Horizonte entre 2004 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):190-1
17. Brasília-DF. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 2000. Disponível em: (<http://www.ibge.gov.br/censo/>). Acesso em: 5 ago. 2006
18. MELLO-JORGE MHP, GAWRYSZEWSKI VP, LATORRE MRDO. Análise dos dados de mortalidade, São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 1997;31 (supl.4):5-25
19. BAHLS SC, BOTEAGA NJ. *Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios*. In: MELLO MF, MELLO AAF, KOHN R (Editors). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p 151-171.
20. WANG YP, MELLO-SANTOS C, BERTOLOTE JM. *Epidemiologia do Suicídio*. In: MELEIRO AMAS, TENG C T, WANG YP (Editors). *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p.97- 108.
21. PETRIDOU E, PAPADOPOULOS FC, FRANGAKIS CE, SKALKIDOU A, TRICHOPOULOS D. A Role of Sunshine in the Triggering of Suicide. *EPIDEMIOLOGY* 2002;13(1):106 –109
22. NEJAR KA, BENSENÖR IM, LOTUFO PA. Sunshine and suicide at the tropic of Capricorn, São Paulo, Brazil, 1996–2004. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):1062-4
23. BENEDITO-SILVA AA, PIRES ML, CALIL HM. Seasonal variation of suicide in Brazil. *Chronobiol Int*. 2007;24(4):727-37.
24. PARKER G, GAO F, MACHIN D. Seasonality of suicide in Singapore: data from the equator. *Psychol Med*. 2001;31(3):549-53.
27. BOTEAGA NJ, WERLANG BSG. *Avaliação e manejo do paciente*. In: WERLANG BSG, BOTEAGA NJ (Editors). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 123-140.
28. BOTEAGA NJ, RAPELI CB, FREITAS GVS. *Perspectiva psiquiátrica*. In: WERLANG BSG, BOTEAGA NJ (Editors). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 107-121.

Endereço para correspondência:

Silvia Maués Santos Rodrigues
Av. Gov. José Malcher, 1716/101 - Nazaré
CEP 66060-230 Belém – PA
E-mail: silviamaués@oi.com.br
Telefones: (91) 3266 26 95 (residência);
(91) 3223 44 88 (consultório);
(91) 9941 1959 (celular)