



Suicídio em cidades históricas de um estado brasileiro

Suicide in historic cities of a Brazilian state

Suicidio en ciudades históricas de un estado brasileño

Beatriz Faria Simões¹, Luiza Cantão¹, Nadja Cristiane Lappann Botti¹

Objetivo: analisar a taxa de suicídio em regiões históricas de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** estudo epidemiológico realizado em 5 regiões históricas de um estado brasileiro. Os dados utilizados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** as Regiões Históricas das Manifestações e Riquezas apresentaram maiores taxas de suicídio quando comparado com a taxa do Estado. Em 11 dos 15 anos analisados, a Região das Riquezas apresentou taxa maior que a de Minas Gerais. Em relação a faixa etária constatou-se níveis médios de suicídio entre 20 e 59 anos em 14 anos estudados. Também se identificaram maiores taxas de suicídio de homens nas Regiões Históricas. Os meios de perpetração mais utilizados nas Regiões Históricas foram enforcamento, estrangulamento e sufocação. **Conclusão:** a distribuição dos casos de suicídio possibilitou conhecer as características epidemiológicas do suicídio nas Regiões Históricas de Minas Gerais durante o período analisado.

Descritores: Suicídio; Violência; Estudos Epidemiológicos; Coeficiente de Mortalidade.

Objective: to analyze the suicide rate in historical regions of Minas Gerais, Brazil. **Methods:** epidemiological study conducted in five historical regions of a Brazilian state. The data used were extracted from the Information Department of the National Health System. **Results:** the Historical Regions of Demonstrations and Wealth presented higher suicide rates when compared to the state's rate. In 11 of the 15 years analyzed, the Region of Wealth had rates higher than that of Minas Gerais. Regarding age group, average levels of suicide were found in the age group 20-59 years in 14 years studied. We also identified higher suicide rates among men in the Historical Regions. The most used methods in the Historical Regions were hanging, strangulation and suffocation. **Conclusion:** the distribution of suicide cases has enabled to understand the epidemiological characteristics of suicide in the Historical Regions of Minas Gerais during the period analyzed.

Descriptors: Suicide; Violence; Epidemiologic Studies; Mortality Rate.

Objetivo: analizar la tasa de suicidios en regiones históricas de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** estudio epidemiológico en cinco regiones históricas de un estado brasileño. Datos extraídos del Departamento Informática del Sistema de Salud. **Resultados:** las regiones históricas de las Manifestaciones y Riqueza presentaron tasas más altas de suicidio en comparación con la tasa estatal. En 11 de los 15 años analizados, la Región de las Riquezas presentó tasa superior a la de Minas Gerais. En cuanto al grupo de edad, se encontraron los niveles promedio de suicidios entre 20 y 59 años en 14 años estudiados. También se identificaron tasa de suicidios más altas en hombres en las Regiones Históricas. Los medios de perpetración más utilizados en las Regiones Históricas fueron colgando, estrangulamiento y sofocación. **Conclusión:** la distribución de los casos de suicidio permitió entender las características epidemiológicas del suicidio en las Regiones Históricas de Minas Gerais en el período analizado.

Descritores: Suicidio; Violencia; Estudios Epidemiológicos; Tasa de Mortalidad.

¹Universidade Federal de São João del Rei. Divinópolis, MG, Brasil.

Autor correspondente: Nadja Cristiane Lappann Botti
Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400 Sala 301.1 Bl-D. Chanadour. CEP: 35501-296. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

Introdução

Ocorrem por ano no mundo 804.000 mortes decorrentes do autoextermínio e estima-se que a cada 40 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. Os dados mundiais mostram que o suicídio é a segunda principal causa geral de morte entre pessoas de 15 a 29 anos o que chama atenção para a ocorrência desse agravo na população jovem. Assim os dados epidemiológicos mundiais apontam esse agravo como importante problema de saúde pública tendo-se em vista sua magnitude. Sabe-se que por de trás dos suicídios consumados existem ainda muitas outras tentativas e que a mortalidade por esse problema é considerada evitável⁽¹⁾.

Apesar da possibilidade de prevenção o que se percebe é pouca atenção voltada a essa problemática pelos serviços de saúde, tratando muitas vezes o desejo de morrer como algo banalizado. Entretanto é conhecido que todo comportamento suicida tem um transtorno mental diagnosticável o que demanda a necessidade de atenção a esse problema por parte dos sistemas de saúde⁽¹⁾.

No Brasil, em 2012, ocorreram 152.013 óbitos por causas externas sendo que destes 6,8%, ou seja, 10.321 foram decorrentes de lesões autoprovocadas voluntariamente, representando uma taxa no país de 5 mortes a cada 100.000 habitantes⁽²⁾ a qual é considerada baixa segundo os coeficientes estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde. Quando comparadas as regiões brasileiras, apenas as regiões Centro Oeste e Sul apresentam índice médio com 6 e 8 mortes por 100.000 habitantes respectivamente. As demais regiões possuem índices considerados baixos, sendo região Norte e Nordeste com 4/100.000 e região Sudeste com taxa igual a nacional⁽²⁾.

Ao analisar o Estado de Minas Gerais nesse mesmo ano foram contabilizadas 1.264 mortes por autoextermínio, perfazendo uma porcentagem de 8,9% e taxa superior a nacional com 6 mortes por 100.000 habitantes⁽²⁾. Tem-se que durante o período

de 1996 a 2007, ocorreram 123.986 óbitos por causas externas no estado, sendo 7,6% decorrentes do autoextermínio e já entre os anos de 2006 e 2009 verificou-se a porcentagem de 8,5%, dos 49.466 óbitos decorrentes de causas externas⁽³⁻⁴⁾.

Existe uma predominância do sexo masculino com relação à mortalidade por suicídio devido à escolha de métodos mais letais por este grupo. Na adolescência a literatura mostra predominância de maiores internações em mulheres e de mortes em homens, sendo as autointoxicações em maior proporção no sexo feminino e enforcamento e arma de fogo mais presentes no masculino⁽⁵⁾.

Atenta-se para a presença do comportamento suicida entre os jovens que apesar de considerada baixa tem relevância no que diz respeito ao número de mortes. No período entre 1980 e 2002 ocorreu, em Minas Gerais, um total de 2.121 mortes provenientes desse agravo. Quando avaliados as internações entre 1998 e 2003, encontraram-se 14.443 no Sistema Único de Saúde e destas 16,2% da faixa etária de 10 a 19 anos⁽⁵⁾. Tem sido caracterizado como uma tendência mundial o aumento das taxas de suicídio nestes grupos⁽⁶⁾. Considerando as vítimas jovens desse problema e todos os anos potenciais de vida perdidos, já que deixam de ser produtivos economicamente para o estado mineiro, ressaltam-se as consequentes perdas econômicas e evidenciam-se ainda as repercussões psicológicas e sociais provenientes do número de óbitos. Ao se pensar num cenário de mortes evitáveis, estes são fatores que chamam atenção.

Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo baseado em dados secundários sobre óbitos de residentes em Minas Gerais, entre 2006 e 2009, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade mostra que o Estado apresenta taxa média de suicídio, porém sua distribuição não é homogênea entre as macrorregiões. Verifica-se maior ocorrência de suicídio entre os homens e maior concentração dessas taxas, para ambos os sexos, no Oeste, Noroeste e Triângulo do Sul do Estado. Os indivíduos entre 20 e 49 anos corresponderam a 67,4% do total de

suicídios no Estado. O enforcamento é o método mais utilizado de perpetração do suicídio em todas as macrorregiões do Estado. A distribuição dos casos de suicídio possibilitou a identificação de áreas de risco nas macrorregiões de Minas Gerais⁽⁷⁾.

Sendo o comportamento suicida um ato de violência evitável e diante da magnitude apresentada, evidencia-se a necessidade de conhecimento acerca da temática pelos profissionais de saúde. A enfermagem por ser profissão com atuação significativa em todos os níveis de atenção à saúde (promoção, prevenção e assistência), possui importante papel nesse contexto fazendo-se importante conhecer as características desse agravo bem como suas particularidades para atuar de forma a evitá-lo.

Desta forma atenta-se para a importância de conhecer as características epidemiológicas das mortes por suicídio nas cidades históricas do estado de Minas Gerais. Para tanto, elencou-se como objetivo desta investigação analisar a taxa de suicídio e identificar os meios de perpetração utilizados nas regiões históricas mineiras no período de 1997 a 2011.

Método

Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo baseado em dados secundários. Foram incluídos os óbitos de residentes em Minas Gerais, entre 1997 e 2011, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, os quais possuíam como causa básica o suicídio. Esse departamento possui informações acerca dos dados de mortalidade desde o ano de 1996, mas optou-se excluir esse ano pois alguns municípios ainda não eram emancipados nessa data o que comprometeria a análise dos dados. Os dados foram coletados entre fevereiro e abril de 2014. O conhecimento, por intermédio da análise regional dos eventos, permite a execução de ações e avaliação de

intervenções dirigidas à prevenção, ao controle dos danos à saúde e a definição das políticas públicas na área da saúde⁽⁸⁾.

O Estado de Minas Gerais, situado na região Sudeste do Brasil, possui 853 municípios e encontra-se dividido em 5 Regiões Históricas: Região das Artes (Cataguases, Mariana, Ouro Preto, Congonhas, Brumadinho, Diogo de Vasconcelos, Itabirito e Ouro Branco), Região das Manifestações (São Thomé das Letras, São João del Rei, Itapeverica, Campanha, Baependi, Prados e Tiradentes), Região das Tradições (Pitangui, Lagoa Santa, Sabará, Santa Luzia e Caeté), Região das Riquezas (Catas Altas, Santa Bárbara, Nova Era, São Gonçalo do Rio Abaixo, Bom Jesus do Amparo, Barão de Cocais e Itabira), Região das Histórias (Januária, Paracatu, Diamantina, Conceição do Mato Dentro e Serro).

Para cálculo da Taxa de Mortalidade para as Regiões Históricas do Estado utilizaram-se as categorias: Taxa de Mortalidade Específica (n° total de óbitos sobre a população $\times 10^5$), Taxa de Mortalidade por Sexo (n° de óbitos de um dado sexo sobre a população do mesmo sexo $\times 10^5$) e Taxa de Mortalidade por Idade (n° de óbitos de determinado grupo etário sobre a população deste grupo $\times 10^5$).

As faixas etárias foram agrupadas em três grandes grupos: a) 10 aos 19 anos; b) 20 aos 59 anos e 60 anos ou mais. Para estes cálculos utilizou-se as categorias X60 a X84 da 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que inclui todos os diagnósticos de lesões ou envenenamento auto infligidos intencionalmente, suicídio (tentativas)⁽⁹⁾. As taxas de mortalidade foram obtidos a partir das estatísticas de mortalidade publicadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde⁽²⁾.

Pesquisa conduzida conforme a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu, sob o Parecer n.º 300.666/2013.

Resultados

Em Minas Gerais, no período de 1997 a 2011, ocorreram 1.599.659 óbitos, sendo 10,4% por causas externas (166.022 óbitos). Entre os 166.022 óbitos decorrentes das causas externas verificou-se que 8,0% foram por suicídio, 13.378 óbitos. Entre esses, 6,2%, ou seja, 832 óbitos ocorreram nas regiões históricas do estado. A região das Tradições representou 24,5% do total de suicídios (204 óbitos), seguido da região das Artes (20,9%), das Riquezas (20,8%), das Histórias (17,2%) e das Manifestações (16,6%). Constatou-se que entre os 32 municípios mineiros das regiões históricas a cidade de Itabira lidera a lista de números absolutos com 109 óbitos decorrentes de autoextermínio (13,1%), seguida de Santa Luzia (10%), Paracatu (8,7%), São João Del Rei (8,5%) e Sabará (6,7%). Óbitos por suicídio destas 5 cidades representam 47,0% do total de suicídios das regiões históricas (391 óbitos). Entre os municípios mineiros das regiões históricas somente Tiradentes (região das Manifestações) que representa 3,1% do total de municípios, não apresentou registro de suicídio no período.

Nos 15 anos analisados, período compreendido entre 1997 e 2011, verificou-se que as taxas de mortalidade por suicídio encontradas no Estado, em oito anos (2003 e 2005 a 2011) são consideradas índice médio, segundo a Organização Mundial da Saúde (médio - entre 5 e 15/100.000 hab.). Quando analisadas as taxas nas regiões históricas identificou-se índice médio no ano 2006 e 2010. Ao especificar, a região das Riquezas apresentou índice médio de suicídio em 12 anos, nove anos na região das Manifestações e quatro anos na região das Histórias. Observou-se que as regiões históricas apresentaram em 1998, 1999, 2000 e 2006 taxas de suicídio maiores quando comparadas com a taxa do Estado. Em 11 dos 15 anos analisados, a Região das Riquezas exibiu taxa maior que a de Minas Gerais seguido da Região das Manifestações que demonstrou taxa maior em nove dos anos investigados. No período estudado, a região das artes e das tradições apresentou índice baixo de suicídio (menor que 5/100.000 hab.). Ao especificar as regiões, encontraram-se taxas maiores que a do Estado na região das Riquezas (1997 a 2000, 2002 a 2007, 2010 e 2001), região das Manifestações (1997, 2002 a 2006, 2008, 2010 e 2011), região das Artes (1997, 1999 e 2000), região das Histórias (2002, 2006 e 2010) e região das Tradições (1998 e 1999) (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes

Ano	Minas Gerais	Regiões Históricas	Região				
			Arte	Manifestação	Tradição	Riqueza	História
1997	3,8	3,5	4,0	6,1	2,0	6,1	1,4
1998	3,5	3,5	2,0	2,0	4,7	6,0	2,7
1999	2,9	3,1	3,9	1,3	3,3	5,4	0,9
2000	3,4	3,8	3,5	2,0	3,0	6,1	4,9
2001	4,4	2,8	2,5	3,3	2,2	3,3	3,6
2002	4,4	4,3	3,1	5,9	4,1	5,4	4,4
2003	5,1	4,3	3,6	7,8	3,5	5,9	3,1
2004	4,8	4,8	3,6	11,6	3,0	5,8	4,4
2005	5,2	4,1	2,9	7,6	2,6	7,8	3,0
2006	5,2	5,4	4,0	9,5	3,2	6,1	8,2
2007	5,2	4,0	4,0	4,4	2,3	6,6	5,1
2008	5,3	4,2	3,4	6,8	4,1	3,9	4,2
2009	5,6	4,1	4,7	5,5	2,5	4,9	4,6
2010	5,6	5,1	2,8	6,8	4,9	7,4	6,0
2011	6,4	4,9	3,8	7,4	2,4	9,2	5,5

Os homens corresponderam a 81,9% do total de suicídios nas Regiões Históricas do Estado entre 1997 e 2011. A razão entre as taxas de suicídios nas Regiões Históricas entre homens e mulheres indica maior proporção em 1998 (9:1) e menor 2008 (2:1). No período estudado, a taxa de suicídio por sexo no

Estado e nas Regiões Históricas apresentou índice baixo de suicídio, menor que 5/100.000 habitantes. Verifica-se que as Regiões Históricas apresentaram em 2002 e 2008 maiores taxas de autoextermínio entre as mulheres e entre 1998 e 2000, 2004, 2006 e 2010 maiores taxas entre os homens quando comparado com a taxa do Estado de Minas Gerais (Tabela 2).

Tabela 2 - Taxa de mortalidade por suicídio por sexo por 100.000 habitantes

Ano	Feminino		Masculino		Razão	
	Minas Gerais	Regiões Históricas	Minas Gerais	Regiões Históricas	Minas Gerais	Regiões Históricas
1997	0,7	0,7	3,1	2,9	4,2	4,3
1998	0,7	0,3	2,8	3,2	3,9	9,8
1999	0,6	0,3	2,4	2,8	4,2	8,4
2000	0,6	0,6	2,7	3,2	4,4	5,7
2001	0,9	0,4	3,5	2,4	3,8	6,2
2002	1,0	1,2	3,4	3,1	3,5	2,7
2003	1,0	0,5	4,1	3,9	4,3	8,6
2004	1,0	0,8	3,8	4,0	3,6	4,8
2005	1,1	0,7	4,1	3,4	3,6	5,3
2006	1,1	0,9	4,2	4,5	3,9	5,3
2007	1,1	0,8	4,1	3,3	3,8	4,2
2008	1,1	1,3	4,2	2,9	3,6	2,3
2009	1,2	1,0	4,4	3,1	3,6	3,2
2010	1,2	0,6	4,4	4,5	3,6	8,0
2011	1,4	1,2	4,9	3,7	3,4	3,1

De acordo com a faixa etária, ocorreram 13.342 óbitos decorrentes do suicídio nos períodos de 10 a 19 anos, 20 a 59 e 60 ou mais, uma morte ocorreu na faixa de cinco a nove anos e 35 possuíam idade ignorada. Verificou-se que os suicídios entre 10 a 19 anos, 20 a 59 anos e mais 60 anos nas regiões históricas corresponderam a 7,3%, 81,0% e 11,7%, respectivamente, do total de suicídios. No Estado de Minas Gerais e nas Regiões Históricas, entre 1997 e 2011, a taxa encontrada para faixa etária entre 10 a 19 anos é considerada baixa segundo a Organização Mundial da Saúde. Entre 20 a 59 anos verificam-se

níveis médios de suicídio, no Estado, em 14 anos do estudo, exceto 1999, e nas Regiões Históricas, em 11 anos, exceto em 1999, 2001 e 2007 a 2009. A faixa etária acima de 60 anos apresentam níveis médios de suicídio, no Estado, em 12 anos do estudo, exceto 1997, 1999 e 2000, e nas Regiões Históricas em 2003, 2006 e 2007. Verifica-se que as Regiões Históricas apresentaram em seis anos maiores taxas de suicídio entre 10 a 19 anos, cinco anos entre 20 a 59 anos e dois anos em pessoas com mais de 60 anos quando comparado com a taxa do Estado de Minas Gerais (Tabela 3).

Tabela 3 - Taxa de mortalidade por suicídio por faixa etária por 100.000 habitantes

Ano	Minas Gerais*	Regiões Históricas*	Minas Gerais	Regiões Históricas	Minas Gerais	Regiões Históricas
	10 a 19	10 a 19	20 a 59	20 a 59	≥ 60 anos	≥ 60 anos
1997	1,7	1,5	6,0	5,9	4,4	3,3
1998	1,3	0,4	5,3	7,0	5,6	1,1
1999	1,5	2,6	4,5	4,9	3,9	1,1
2000	1,1	3,0	5,5	6,0	3,1	1,0
2001	2,0	1,1	6,7	4,0	5,5	3,8
2002	1,7	2,2	6,7	7,0	5,7	4,7
2003	2,2	1,1	7,8	6,6	6,8	8,3
2004	2,0	1,8	7,6	8,0	5,2	4,6
2005	1,5	0,7	8,1	7,0	7,0	4,4
2006	1,8	2,1	8,2	8,0	6,3	8,8
2007	2,1	1,2	7,5	6,0	6,3	5,9
2008	2,0	2,4	7,7	6,3	5,9	2,9
2009	1,4	1,2	8,2	6,0	6,7	4,1
2010	1,6	2,0	8,2	8,0	5,4	2,0
2011	2,7	1,2	8,8	7,0	7,2	4,0

Quanto ao meio empregado observa-se nas Regiões Históricas que 49,0% dos óbitos por suicídio ocorridos foram enquadrados como enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), 17,8% como autointoxicação intencional (X60 a X69) e 13,3% como disparo de arma de fogo de mão (X72 a X74). Estas foram as categorias de maior ocorrência no Estado e que em conjunto perfazem 80,2% das ocorrências nas Regiões Históricas (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição percentual da mortalidade por suicídio segundo categoria do CID-10 habitantes

Categoria do CID-10	Regiões Históricas n (%)
Autointoxicação intencional (X60 a X69)	148 (17,8)
Enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70)	408 (49,0)
Afogamento ou submersão (X71)	25 (3,0)
Disparo de arma de fogo de mão (X72 a X74)	111 (13,3)
Dispositivo explosivo (X75)	1 (0,1)
Por fumaça, fogo e chamas (X76)	24 (2,9)
Objeto cortante, penetrante e contundente (X78 e X79)	29 (3,5)
Precipitação de local elevado (X80)	24 (2,9)
Precipitação ou permanência diante de objeto em movimento (X81)	3 (0,4)
Impacto de um veículo a motor (X82)	8 (1,0)
Outros meios específicos (X83)	1 (0,1)
Meios não especificados (X84)	50 (6,0)
Total	832 (100,0)

Discussão

Apesar das Regiões Históricas apresentarem índice médio de suicídio nos anos de 2006 e 2010, a distribuição dessas taxas não foram homogêneas entre as diversas Regiões Históricas do Estado. Verificou-se que a maior taxa de violência autoinfligida do período ocorreu na região das Manifestações em 2004 com um valor de 11,6 óbitos/100000, sendo que em Minas Gerais, no mesmo ano, a taxa foi de 4,8/100000. O suicídio envolve complexa rede de fatores que interagem ao longo da vida da pessoa, de forma variada e peculiar. Dessa complexidade fazem parte fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, históricos e culturais conhecidos por fatores desencadeantes que se juntam a outros que aparentemente estimularam o desenlace⁽¹⁰⁾. Estudo ecológico exploratório em Recife mostra que bairros da região turística concentram maior risco de violência infligida, especificamente homicídios, dentre todos os bairros⁽¹¹⁾.

Em 11 dos 15 anos analisados, a Região das Riquezas apresentou taxa maior que a de Minas Gerais seguido da Região das Manifestações que exibiu taxa maior em nove dos anos estudados. Na Região das Riquezas todos os municípios encontram-se na macrorregião Centro do Estado e na Região das Manifestações os municípios localizam-se na macrorregião Centro-Sul e Sul do Estado. Importante focar os aspectos espaciais de uma distribuição de

dados, pois permite descrever padrões de associação espacial. Isso é particularmente importante para o problema do suicídio, porque existe o que a literatura denomina de “efeito contágio”, no qual o ato de atentar contra a própria vida, quando provocado por um indivíduo, pode afetar o comportamento de outros indivíduos sob as mesmas condições psicológicas e socioeconômicas⁽⁷⁾. As macrorregiões do Estado apresentam características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas⁽⁷⁾. As desigualdades regionais têm reflexos na área da saúde, ocorrendo maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados. As regiões ao Sul, ao Centro e do Triângulo Mineiro se destacam por seu maior desenvolvimento econômico e maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados⁽¹²⁾.

Fato bem documentado acerca da epidemiologia do suicídio é a relação homem/mulher. Os resultados desta pesquisa também destacam maior ocorrência do fenômeno entre os homens nas Regiões Históricas. Esses resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais, como os desenvolvidos nas regiões e capitais do país (1980 e 2006), no Estado do Espírito Santo (1980 a 2006) e nas do Estado de Minas Gerais⁽⁶⁻¹³⁾. Essa diferença entre os sexos pode ser explicada por diversos fatores. O suicídio é um ato mais consumado para o homem do que para a mulher, pois este busca, em geral, no ato extremo uma solução drástica⁽¹⁴⁾.

Entre 20 a 59 anos verificam-se níveis médios de suicídio, nas Regiões Históricas, em 11 anos do estudo. Análise epidemiológica dos índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 no Brasil mostra que as taxas de suicídio cresceram mais entre os indivíduos com idades entre 20 e 59 anos (30,0%)⁽⁶⁾. Esses achados refletem uma tendência mundial de crescimento das taxas de suicídio nos jovens, a ponto de estes passarem a ser o principal grupo de risco em um terço dos países⁽¹³⁾.

Com relação ao método mais utilizado nas

Regiões Históricas verifica-se maior frequência do enforcamento, com 49,0% dos casos. Dado semelhante ao encontrado na literatura, tanto no âmbito nacional quanto estadual, observa-se o enforcamento como o método de suicídio mais utilizado^(6,13). Os métodos usados para cometer o suicídio dependem de costumes específicos do lugar, como também dos diferentes contextos históricos⁽¹⁵⁾. Neste sentido o uso do enforcamento pode ser explicado por ser considerado um método simples e de fácil alcance^(6,13).

Conclusão

Este estudo possibilitou conhecer as características epidemiológicas por meio das taxas de suicídio e dos meios utilizados nas regiões históricas do estado de Minas Gerais em comparação com as taxas do Estado durante o período analisado.

Percebeu-se que em alguns anos a taxa de suicídio das regiões analisadas foi superior a taxa do estado inteiro, podendo chegar a mais que o dobro desta, como ocorrido no ano de 2004 na região das Manifestações. Este fato demonstra a necessidade de uma investigação maior e mais detalhada sobre esta população, levando em consideração seus hábitos e estilo de vida que possam influenciar nessas taxas, consideradas relativamente altas em relação ao estado.

Foi possível perceber como mais freqüente o predomínio do sexo masculino entre os casos de suicídio e do enforcamento como método de escolha, corroborando com dados encontrados na literatura.

Com relação à faixa etária adulta que apresentou maior número de índices médios de suicídio tanto no estado quanto nas regiões históricas, refletiu-se os anos potenciais de vida perdidos atentando para a necessidade de atenção a esse problema, e a comorbidades psicológicas que possam estar ligadas a ele, com vistas a evitar esse agravo na população.

Salienta-se assim a importância dos profissionais de saúde na prevenção desse problema fazendo-se necessário para isso conhecimento das especi-

ficidades e características da população alvo de seu atendimento. Deste modo demonstrou-se a necessidade de pesquisas sobre o tema por profissionais da saúde, em especial a enfermagem, a fim de compreender acerca do comportamento suicida, temática tão presente no cenário de saúde e muitas vezes com fatores negligenciados dentro dos próprios serviços.

Como limitações esse estudo apresentou o número reduzido de referências na literatura relativas ao suicídio em cidades com características turísticas e históricas, demonstrando a necessidade de maior contribuição científica sobre a abordagem do suicídio nesses contextos. Destaca-se ainda que pelo fato do estudo tratar-se de uma análise de dados secundários é possível haver subnotificação das informações já que não foi o próprio pesquisador que coletou a informação.

Colaborações

Simões BF e Cantão L contribuíram na coleta e análise dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Botti NCL contribuiu para a concepção, análise, redação e revisão crítica do artigo.

Referências

- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos por causas externas e lesões autoprovocadas voluntariamente. [Internet] 2014 [citado 2014 jun 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10mg.def>
- Camargo FC, Iwamoto HH, Oliveira LP, Oliveira RC. Self-inflicted violence and years of potential life lost in Minas Gerais, Brazil. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(n.spe):100-7.
- Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(1):175-87.
- Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(2):407-416.
- Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31(Supl II):86-93.
- Botti NC, Mesquita IR, Benjamim LMN. Macro-regional differences in mortality by suicide: an epidemiological. *J Nurs UFPE on line [Internet]* 2014 [cited 2015 fev 10]; 8(10):3420-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5477/pdf_6282
- Gonçalves LRC, Gonçalves E, Oliveira J, Lourival B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Econ Belo Horizonte.* 2011; 21(2):281-316.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision - ICD-10. Version: 2010. [Internet] 2010 [cited 2014 Dec 20]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- Banza APL. Cultural influence in suicidal behavior: a reflective approach. *J Nurs UFPE on line [Internet]* 2012 [cited 2014 Dec 12]; 6(6):1459-67. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2753>
- Barbosa AMF, Ferreira LOC, Barros MDA. Homicídios e condição de vida: a situação na cidade do Recife, Pernambuco. *Epidemiol Serv Saúde.* 2011; 20(2):141-50.
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: SESMG; 2010.
- 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.
- Pacheco JS, Damasceno AKC, Souza AMA, Brito MEM. Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. *Rev Rene.* 2010; 11(2):152-60.
- Freitas MNV, Seiwald MCN, Parada RA, Hubner CK. Suicídio consumado na cidade de Sorocaba-SP: um estudo epidemiológico. *Rev Fac Ciênc Méd.* 2013; 15(3):53-8.