

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
Faculdade de Medicina
Programa de pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Débora Cristina Vieira

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E QUALIDADE DOS REGISTROS DE ÓBITOS
POR SUICÍDIO EM CIDADE POLO DE MINAS GERAIS. 2014 - 2018**

Belo Horizonte
2019

Débora Cristina Vieira

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E QUALIDADE DOS REGISTROS DE ÓBITOS
POR SUICÍDIO EM CIDADE POLO DE MINAS GERAIS. 2014 - 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Eliane Dias Gontijo.

Coorientadora: Profa. Maria da Conceição J. Werneck Côrtes.

Belo Horizonte
2019

Vieira, Débora Cristina.
V658a Aspectos epidemiológicos e qualidade dos registros de óbitos por suicídio em cidade polo de Minas Gerais [recursos eletrônicos]: 2014-2018. / Débora Cristina Vieira. -- Belo Horizonte: 2019.
74 f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Eliane Costa Dias Macedo Gontijo.
Coorientador (a): Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes.
Área de concentração: Saúde Coletiva.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Suicídio. 2. Registros de Mortalidade. 3. Perfil de Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Gontijo, Eliane Costa Dias Macedo. II. Côrtes, Maria da Conceição Juste Werneck. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 165

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA DEBORA CRISTINA VIEIRA

Realizou-se, no dia 29 de julho de 2019, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, andar sala 824, 8º andar, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Aspectos Epidemiológicos e Qualidade dos Registros de Óbitos por Suicídio em cidade pólo Minas Gerais 2014 - 2018*, apresentada por DEBORA CRISTINA VIEIRA, número de registro 2017716922, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a) Eliane Costa Dias Macedo Gontijo - Orientadora (UFMG), Prof(a) Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes - Coorientadora (UFMG), Prof(a) Ricardo Tavares (UFOP), Prof(a) Carlos Eduardo Leal Vidal (Faculdade de Medicina de Barbacena).

A Comissão considerou a dissertação

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão
Belo Horizonte, 29 de julho de 2019

Eliane Dias Gontijo

Prof(a) Eliane Costa Dias Macedo Gontijo - Orientadora (Doutor)

Juste

Prof(a) Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes - Coorientadora (Doutora)

Ricardo Tavares

Prof(a) Ricardo Tavares (Doutor)

Carlos Eduardo Leal Vidal

Prof(a) Carlos Eduardo Leal Vidal (Doutor)

Uma dedicatória....

À Maria de Lourdes Vieira, minha amada mãe (in memoriam), professora da rede Estadual de Ensino, que sempre me transmitiu valores importantes, sempre acreditou em minha capacidade para enfrentar os desafios da vida e me conduziu da melhor forma enquanto pudemos estar juntas, no caminho do amor, do respeito e da dignidade. Sua força e seu carinho sempre estarão comigo em todos os dias da minha vida. Ao meu pai (in memoriam), trabalhador incansável como motorista de táxi, homem simples, de inteligência prática e bem humorado, que conduziu seus estudos enquanto pode aguentar, até ceder ao cansaço do trabalho. Minha companhia e meu professor na viagens de carro, na “solidão de nós dois”, ao nos depararmos com a ausência da dona Lourdes. Nos “restamos” a nós na convivência do diferente, no aprendizado do perdão mútuo e na descoberta da amizade entre pai e filha. Ao meu irmão Leonardo Tadeu Vieira, meu principal incentivador na continuidade dos estudos. Obrigada pela aposta em mim, pela ajuda nos trabalhos, pelos longos papos nas visitas em minha casa, sempre muito proveitosos, recheados de importantes reflexões no exercício do nosso fazer profissional. Ao meu irmão Luís Augusto Vieira pelo apoio nas horas difíceis, pelo cuidado nas viagens a BH, e por ter contribuído no meu processo educativo, enquanto adolescente, ao ajudar nosso pai nos pagamentos da escola. Foi uma longa caminhada. À minha querida Jucely Cardoso Santos, que vestiu o manto da paciência e da compreensão, por tolerar a minha ausência, por suportar meu stress e ansiedade tantas vezes, por me ouvir pacientemente.... tão verborrágica e às vezes tão lacônica também, tarde da noite. Que bom que resistimos!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Antônio (in memoriam) e Lourdes (in memoriam) que me deram a vida, que me educaram, que me proporcionaram a vivência do amor e do respeito, da amizade e da convivência familiar.

Aos meus irmãos Leonardo e Luís, companheiros de jornada.

À Jú, companheira de todas as horas, de tão curto e tão longo tempo.

À Profa. Dra. Eliane Dias Gontijo pela orientação, pela paciência e dedicação ao seu fazer acadêmico, suportando sempre as minhas dificuldades, por toda sua ajuda nos momentos mais difíceis.

À Profa. Dra. Conceição Werneck pela paciência, pelo auxílio, por sempre conseguir baixar um pouco mais a tensão nos momentos de maior dificuldade, pelo bom astral, confiança e apoio.

À Profa. Dra. Elza Melo, pela oportunidade de participar como profissional no ambulatório, do Para Elas, pelo exemplo, pelo carinho, pelo conhecimento compartilhado, pelo apoio e incentivo à realização do mestrado.

Ao Prof. Dr. Ricardo Tavares por sua disponibilidade em sempre ajudar no suporte estatístico desde o início do projeto de pesquisa até o término de todas as análises. Tenho em você um amigo!

A toda equipe do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, em especial à Lauriza e à Amanda, pelo acolhimento, pela disponibilidade em ajudar sempre, pelas longas conversas no núcleo, pelo apoio.

Aos professores do Mestrado de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Aos colegas do Mestrado, por compartilharem as angústias e alegrias nesses dois anos de convivência. Em especial, ao Dr. Cruz pela força e apoio, por sempre me lembrar de quem eu sou no sentido mais amplo e mais positivo que isso possa abranger.

Às mulheres fortes e guerreiras que frequentam o ambulatório do Para Elas, que nos inspiram com suas histórias de vida e nos motivam a acreditar que é possível construir um mundo melhor.

Aos colegas do Centro de Referência em Doenças Infecciosas de Montes Claros (CERDI), pela cooperação nas trocas de dias e horários. Si e Ana, pela compreensão da minha ausência no nosso *happy hour* de cada dia, pela amizade. À Ana Holzmann, pela ajuda nas dúvidas e dificuldades do projeto de pesquisa, sempre que sobrava um tempinho. A minha gratidão se estende a todos da equipe do (CERDI) de maneira geral.

RESUMO

Trata-se de um estudo epidemiológico, realizado no Instituto de Medicina Legal (IML) situado no município mineiro de Montes Claros, no período de 2014 a 2018, para caracterizar o perfil das vítimas de autoextermínio, os métodos utilizados e fatores associados na região e analisar a qualidade dos registros. Foram considerados suicídios, os óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente, codificados como (X60-X84) pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Foram analisadas variáveis como sexo, cor da pele, faixa etária, estado civil, ocupação, local de ocorrência do óbito e método empregado para o autoextermínio. No período estudado, foram encontrados 223 óbitos por suicídio, na microrregião de Montes Claros e 44 municípios de microrregiões da área de abrangência do IML. Os principais fatores associados compreendem homens, pardos, solteiros, entre 20 e 39 anos e trabalhadores no setor de serviços. O método mais utilizado para o autoextermínio foi o enforcamento. A análise de correspondência apontou maior associação entre a utilização de arma de fogo ou arma branca por adolescentes e o enforcamento como método predominante nas vítimas entre 20 e 39 anos e idosos, com 60 anos e mais. As taxas de mortalidade se mostraram estáveis com aumento em 2018. A comparação dos registros do IML e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), nacional e estadual, apontou sub-registro de 10 óbitos por suicídio em Montes Claros. A observação dos campos 40 e 51 das DO, além da confirmação do óbito por essa causa através do Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) tornou os dados mais fidedignos. A qualidade das informações e a compreensão dos múltiplos elementos associados à complexidade desse fenômeno podem contribuir para melhor adequação de políticas públicas e estratégias de intervenção.

Palavras-chave: suicídio; métodos utilizados; registros de mortalidade.

ABSTRACT

This is an epidemiological study, carried out at the Institute of Legal Medicine (IML) located in the city of Montes Claros. The period study was from 2014 to 2018, aiming to characterize the profile of victims of self-extermination; methods used and associated factors, besides the quality of the records. Deaths from self-inflicted injuries, coded as (X60-X84) by the International Classification of Diseases (ICD-10) were considered as suicides. Variables such as gender, skin color, age group, marital status, occupation, place of death and method used for self-extermination were analyzed. It was found 223 suicide deaths in the period, from the micro region of Montes Claros and 44 municipalities of micro regions of the area covered by the IML. The main associated factors include being men, brown, single, between 20 and 39 years and working in the services sector. The most commonly used method for self-extermination was hanging. Correspondence Analysis pointed to a greater association between the use of firearms or white arms by adolescents and hanging as a predominant method in victims between 20 and 39 years and 60 years old or more. Mortality rates were stable with an increase in 2018. The comparison of the IML and the Mortality Information System (SIM) records, national and state, showed underreporting of 10 suicide deaths in Montes Claros. The observation of the fields 40 and 51 of the DO, besides confirming the death for this cause through the Register of Events of Social Defense (REDS) made the data more reliable. The quality of the information and the understanding of the multiple elements associated to the complexity of this phenomenon can contribute to a better adaptation of public policies and intervention strategies.

Keywords: suicide; methods used; mortality records.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxa de Mortalidade por suicídio no Brasil, segundo sexo. 2007- 2016.....	23
Figura 2 - Mapa da Mesorregião do Norte de Minas	26
Figura 3 - Distribuição espacial do número de suicídios nos municípios da mesorregião Norte de Minas dividida por microrregiões e pelas cidades.....	27
Gráfico 1 - Correspondência entre o método utilizado no suicídio e a faixa etária da vítima	35

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Dados sociodemográficos de vítimas de autoextermínio registrados no IML Montes Claros MG, 2014 a 2018..... 33
- Tabela 2 - Mortalidade por suicídio, segundo método utilizado e características sociodemográficas de sexo, faixa etária e ocupação. Montes Claros, 2014 a 2018 34
- Tabela 3 - Óbitos por suicídio ocorridos em Montes Claros e Microrregião no DATASUS MG e IML de Montes Claros no período de 2014 a 2018..... 36
- Tabela 4 - Comparação entre as taxas de mortalidade por suicídio em Montes Claros, Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil, por 100.000 habitantes, no período de 2014 a 2018.. 36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP - Atenção Primária

APS - Atenção Primária a Saúde

Beck-SIS - Escala de Intenção Suicida de Beck

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CID - Classificação Internacional de Doenças

CVV - Centro de Valorização da Vida

CNI - Conselho Nacional do Idoso

DO - Declarações de óbito

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP - Instituição de longa permanência

IML - Instituto de Medicina Legal

IFNMG - Instituto Federal do Norte de Minas Gerais

LGBTI - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PIAE - Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento

REDS - Registro de Eventos de Defesa Social

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SQR - Self-Reporting Questionnaire

SPSS - Statistical Package for Social Science

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNIMONTES - Universidade Estadual de Montes Claros

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1 Aspectos Históricos.....	12
1.2 Suicídio como problema de Saúde Pública.....	15
1.3 Caracterização da Área Estudada.....	25
1.4 Instituto Médico Legal.....	28
2 ARTIGO.....	29
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	54
Anexo A - Lesões autoprovocadas voluntariamente codificadas como X60-X84, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10)	54
Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UFMG.....	56
Anexo C – Aprovação da Qualificação.....	58
Anexo D - Grande Grupo de Ocupações (Classificação Brasileira de Ocupações).....	61
Anexo E – Parecer do Departamento de Medicina Preventiva e Social.....	62
Anexo F - Carta de Solicitação de autorização para pesquisa de dados registrados no IML de Montes Claros/MG.....	63
Anexo G - Cópia da Declaração de óbito.....	65
Anexo H - Inventário de Depressão de Beck.....	66
Anexo I - Escala modificada de SAD PEARSON.....	69
APÊNDICES.....	70

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Aspectos Históricos

O suicídio sempre existiu na história da humanidade segundo relatos, documentos e poemas. A palavra suicídio vem do latim *sui* (si mesmo) e *caedere* (ação de matar), e significa a forma pela qual o sujeito deseja e provoca a própria morte, voluntariamente (SILVA, 2017; MENÉNDEZ, 2011).

Na antiguidade, em países como China, Japão e parte da Europa, o suicídio além de ser evento frequente era tratado como uma questão de honra. Por outro lado, nos séculos VII e VIII, a Inglaterra castigava severamente quem tentava tirar a própria vida (CARLLIGOS, 2018).

Durante a Idade Média costumava-se castigar quem cometia o suicídio, arrastando seu cadáver com o rosto virado para o chão. Erwin Stengel (1980) relata em sua obra, “Suicídio e tentativa de suicídio”, que atitudes como essa faziam parte de rituais purificadores típicos de algumas sociedades consideradas primitivas, como sociedades africanas no Quênia, Nigéria e Uganda, e tinham como objetivo evitar o retorno do morto e sua interferência no mundo dos vivos.

Condenado veementemente nas sociedades de tradição judaico-cristã, atitudes tomadas em relação a este tipo de morte muitas vezes ficavam a cargo dos poderes religiosos, que por sua vez, estabeleciam sanções que não objetivavam apenas inibir a sua incidência, mas também punir o suicida, sua alma e sua descendência (JACKSON, 2004).

No início do século XIX, a medicina associava o suicídio a “distúrbio mental” (FALRET, 1854¹). Todavia, Esquirol (1820²) já vinculava o suicídio a crise afetiva. Segundo este autor, “O suicídio possui todas as características das alienações mentais” (p. 639) e “O homem só atenta contra a própria vida quando está mergulhado no delírio; logo, os suicidas são alienados” (p. 665).

¹ Bulletin de l'Académie de Médecine. Bibliothèque numérique Medica. Université Paris Cité. Disponível em: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?epo0306>. Acesso em: 18 mai. 2019.

² Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de Chirurgiens. Bibliothèque numérique Medica. Université Paris Cité. Disponível em: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=47661x50&p=3>. Acesso em: 18 mai. 2019.

Durkheim (2000), em sua obra “O suicídio, estudo de sociologia”, demonstrou a influência de fatores sociais no autoextermínio e, Freud (1915), criador da Psicanálise, refere em sua obra que matar-se, suporia tratar-se como um objeto. O suicídio seria resultante do deslocamento de desejos destrutivos para um objeto internalizado, dirigido a si mesmo.

Schneidman (1993) considera o suicídio como uma consequência de uma dor mental (*Psychache*), vivida de forma intolerável, angústia, pesar, vergonha, solidão, humilhação, culpa, desesperança, dentre outros, gerada pela frustração das necessidades vitais e pela interrupção da capacidade de desfrutá-las.

A Psicologia e a Sociologia destacaram-se na produção de reflexões sobre o suicídio, a instabilidade social seria o principal motivo para a incidência das mortes voluntárias. Quanto menos consolidadas as instituições familiares e religiosas, mais os indivíduos recorrerão ao suicídio como uma saída para situações limites.

Durkheim (2011), na primeira parte da sua obra em que fala sobre o suicídio, divide os fatores extrassociais em dois grupos: os de natureza orgânico-psíquica, classificados como anormais ou psicopáticos (loucura, manias, monomanias, obsessões, melancolia) e psicológicos normais (raça e hereditariedade); e os relativos ao meio físico ou cósmico (clima, tempo, temperatura, estações do ano).

Um terceiro grupo - a imitação - é analisado separadamente, devido a sua importância e difusão para a época. Na segunda parte, Durkheim se dedica a explicar o suicídio como um fenômeno causado por fatores sociais e os classifica.

O suicídio passa a ser então um fenômeno de natureza social relacionado à fragilidade moral da sociedade em que o indivíduo está inserido. Sua gênese consiste na forma que o sujeito se relaciona com a sociedade a qual pertence.

Para Durkheim (2011) existem quatro tipos diferentes de suicídio. O suicídio egoísta, típico das sociedades modernas. Geralmente acontece com indivíduos com baixa coesão social e altamente individualistas que acreditam que sua morte não causará nenhum impacto à sociedade.

O suicídio altruísta acontece quando a sociedade exerce um excesso de regulamentação sobre o sujeito. Há uma coesão muito forte que torna o indivíduo crente que sua morte trará algum benefício para a sociedade, casos de homens-bomba são exemplos dessa modalidade.

O suicídio anômico, mais comum nas sociedades que vivenciam situações com elevado grau de desordem e pouca estabilidade social, causada por momentos de crise coletiva, que atinge inclusive a macroestrutura e a economia. Está profundamente relacionado com a desagregação social. O sujeito se vê incapaz de lidar com as mudanças advindas dessa crise e enxerga no suicídio a única alternativa para escapar dela.

O suicídio fatalista é o tipo mais raro. Ocorre em sociedades que possuem um código de conduta excessivamente rígido e estabelecido, nas quais o sujeito se vê impotente diante de situações que ele não pode mudar, tais como situações de escravidão, cidades sitiadas, prisões (ESQUIROL, 1820; SCHNEIDMAN, 1993).

O pensamento de Durkheim trouxe uma perspectiva mais horizontalizada a respeito desse evento e influenciou a percepção do campo da saúde pública acerca do fator biossocial (SILVA, 2017). Entretanto, a forma como cada sociedade compreende e lida com o suicídio, é que se torna dinâmica, mutável (SILVA, 2017; MENÉNDEZ, 2011).

Em algumas sociedades indígenas, por exemplo, evidências apontam para as dificuldades de se transpor categorias biomédicas ao contexto, tendo em vista que os indígenas se valem de referenciais simbólicos particulares para compreender o processo saúde-doença e a morte (HELMAN, 2006).

Fatores como o consumo de bebidas alcoólicas e possível aumento dos vários tipos de violência apareceram em tribos como a Tikúna, e permitiu constatar a perda dos padrões culturais e um processo desestruturante de integração na sociedade nacional (ERTHAL, 2001). Ainda que essa percepção pertença a um senso comum, tal fato não pode ser visto como neutro e isento.

Já para o povo Guarani/Kaiowá, conclusões de estudos referentes às causas do problema destacaram a concepção de feitiço, com implicações nos conceitos de instinto de vida e de morte, inconsciente coletivo e sugestão. O processo de confinamento compulsório ao qual o

grupo vem sendo submetido, como imposição de crenças, valores e lideranças estranhos a sua cultura são citados como fatores causais (GRUBITS, FREIRE, NORIEGA, 2011).

1.2 Suicídio como problema de Saúde Pública

Suicídio é a segunda causa de morte por violência no mundo, com mais de 800 mil mortes anuais, a terceira no Brasil e um dos principais contribuintes para o incremento de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (HAAGSMA *et al*, 2013).

Sexo, idade, cultura e etnia têm implicações na epidemiologia do suicídio no mundo, estimando-se 20 tentativas para cada adulto que se suicida e cerca de um terço deles apresenta histórico de repetidas tentativas (HAAGSMA *et al*, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não há uma causa única para o suicídio. Eventos traumáticos ocorridos nas diferentes etapas da vida podem influenciar de forma negativa o caminho do indivíduo em relação ao desenvolvimento de ideações suicidas ou tentativas (WHO, 2014).

Há de se considerar características como, o histórico familiar, o isolamento social, a baixa resiliência, os conflitos familiares, a violência em todas as suas modalidades, os transtornos mentais, a dependência física ou psicológica de fármacos ou drogas, o alcoolismo, as doenças terminais, as dores crônicas e os problemas socioeconômicos, como fatores associados significativos (WHO, 2014).

Questões relacionadas ao gênero estão estreitamente ligadas ao autoextermínio. Estudos realizados com dados do Inquérito Britânico por Bebbinton *et al* (2009), sobre morbidade psiquiátrica e, com dados de multipaíses da OMS por Devries *et al* (2011) sobre saúde da mulher, violência doméstica e estado de saúde mental, demonstraram que a violência por parceiro íntimo, violência física por não-parceiro, o abuso sexual na infância ou na fase adulta são alguns dos fatores de risco mais consistentes para tentativas de suicídio e prevalência de pensamentos suicidas.

Um outro fator associado de predição para o autoextermínio que tem despertado a atenção de estudiosos e pesquisadores da área, diz respeito ao envelhecimento. O suicídio é a causa externa mais frequente entre a população acima de 70 anos (BRASIL, 2017).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, realizado pela OMS, confirma que as tentativas de suicídio na população idosa configuram um grave problema de saúde pública (KRUG *et al*, 2002).

Com a transição populacional e epidemiológica em marcha, e o crescente aumento do contingente de idosos na população geral dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o suicídio passa a ser um problema cada vez maior na agenda contemporânea dos países. O grupo etário, composto por indivíduos acima de 65 anos, apresenta crescimento acelerado em virtude da alteração radical dos indicadores de mortalidade e natalidade (BRITO, 2010).

Segundo a OMS, as taxas populacionais, assim como as taxas de suicídio, vêm crescendo em ritmo constante nessa população. Na América Latina, atualmente, a proporção de adultos em idade de trabalho, para cada pessoa com mais de 65 anos, é de 10:1, devendo cair para 3:1 em 2050 (BRASIL, 2017; KRUG *et al*, 2002; BRITO, 2010).

No Brasil, o crescimento exponencial do número de idosos representa um importante desafio para a saúde pública. Comparando-se a proporção de idosos (acima de 60 anos) que no país era de 4,1% em 1940, passando a 8,6% em 2000, 15% em 2020, atingindo 30% em 2050 (BRASIL, 2017; KRUG *et al*, 2002; BRITO, 2010).

O risco de violência autoinfligida tende a crescer com o envelhecimento. Processos biopsicossociais podem induzir o idoso a desistir da própria vida ou assumir condutas autodestrutivas. Sentimentos de inutilidade, de menos valia, de humilhação ou castigo, de solidão ou de se sentir um peso para a família e o medo do prolongamento da vida sem dignidade caracterizam o risco (SANTOS, 2017; MINAYO, CAVALCANTI, 2015).

À proporção que esse estágio da vida se conecta a esse cenário, aumenta a necessidade de se dedicar maior atenção aos problemas que atingem essa faixa etária, dentre eles, é importante atentar-se para o suicídio. Algumas situações podem provocar fragilidade na velhice e potencializar esse risco, a saber, toda sorte de sofrimentos ocasionados por enfermidades

crônicas, violências sofridas ao longo da vida, perda da capacidade funcional, enfraquecimento dos laços familiares, solidão, abandono e depressão (SANTOS, 2017; MINAYO, CAVALCANTI, 2015).

Estudo realizado por Silva *et al* (2018), sobre ideação e tentativa de suicídio em mulheres idosas no nordeste brasileiro, apontou que a maioria delas, nasceu e viveu boa parte de suas vidas em zona rural, convivendo com a pobreza e sendo excluídas socialmente. Das que tiveram ideação suicida ou tentaram o autoextermínio, em sua maioria, foram violentadas por parceiro íntimo ou familiares, sofreram violência psicológica, algumas passaram por depressão pós-parto e enfrentaram a velhice totalmente desprovidas de autonomia.

Os laços significativos, referências sociais e bens afetivos construídos com sacrifício, durante toda a vida, foram perdidos, causando sentimentos de solidão e isolamento social que se expressam em sintomas depressivos. Na velhice, quando finalmente as mulheres encontram tempo para si, tempo esse, subjetivo, o que resta é o vazio e a ausência de sentido. A vida dessas idosas acometidas por eventos traumáticos aguçaram sentimentos de desesperança, ausência de planos futuros e depressão, tornando a percepção do suicídio como uma forma de antecipar a morte (SILVA *et al*, 2018; MENEGHEL *et al*, 2015).

Pautados pelas diversas situações mencionadas, percebe-se a necessidade imediata de desenvolvimento de estudos em profundidade acerca de idosos, que focalizem prioritariamente o estabelecimento de ações preventivas baseadas em resultados de pesquisas. Apesar de políticas públicas direcionadas ao idoso, podemos registrar no cenário internacional, o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), aprovado em Madrid, pelos países membros da Organização Mundial de Saúde, que estabelece direções e medidas prioritárias para promover uma velhice sadia (ONU, 2002).

A declaração política estabelecida pelo PIAE é composta por 19 artigos, os quais recomendam medidas importantes para alcançar esse objetivo. Sejam elas: (a) reconhecimento da transformação demográfica no mundo, (b) celebração do aumento da expectativa de vida como uma grande conquista da humanidade, (c) comprometimento das autoridades governamentais em eliminar a discriminação por motivos de idade, (d) reconhecer que o sujeito, ao envelhecer, deve usufruir de uma vida saudável, segura e participativa na vida

econômica, social, cultural e política da sociedade, (e) reconhecer a dignidade do idoso e combater o abandono, o abuso e a violência (ONU, 2002).

Em relação à saúde mental da pessoa idosa, o PIAE prevê a aplicação de estratégias que propiciem a prevenção dos transtornos mentais, o diagnóstico precoce e o tratamento dessas doenças, incluindo procedimentos necessários, medicação adequada, psicoterapia e capacitação de profissionais e outras pessoas que lidam com esse público. Além disso, estão previstas ações que eduquem e conscientizem a população para o alcance de uma velhice com saúde física e mental, bem como o fortalecimento de uma rede de cuidados e apoio a idosos com a participação da família e comunidade (ONU, 2002).

O Plano de Ação salienta ainda, a importância de se fazer pesquisas, baseadas em evidências e indicadores confiáveis relacionadas à idade como instrumento útil para a formulação de políticas relativas ao envelhecimento. As discussões do PIAE possibilitaram à OMS adotar o termo “Envelhecimento Ativo” para englobar a visão da velhice como um processo natural do ciclo de vida que deve ser vivenciado com autonomia, independência, reconhecimento de direitos, segurança, dignidade, bem-estar e saúde (DUARTE, MOREIRA, 2016).

No Brasil, no que se refere às políticas públicas sociais direcionadas à população idosa, destaca-se a Constituição de 1988, que assegura aos cidadãos brasileiros direitos quanto à seguridade social (Art.194) com medidas destinadas à saúde, à previdência e à assistência social. Além da Política Nacional do Idoso, aprovada em 04 de janeiro de 1994, pela Lei nº 8.842, que institui o Conselho Nacional do Idoso (CNI) e, a *posteriori*, a elaboração do Estatuto do Idoso, sancionado no dia 1º de outubro de 2003 pela Lei nº 10.741 (ONU, 2002). Mais tarde, teve-se a construção da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (VIDAL *et al*, 2014; PEREIRA, MACIEL, GUILHERMINO, 2017).

Em relação ao gênero, entre 2011 e 2016, 27,8% das lesões autoprovocadas, foram por tentativas de suicídio, sendo que mulheres tentaram duas vezes mais que os homens. Essa diferença também está presente no que concerne aos motivos e métodos utilizados na sua execução (MENEGHEL *et al*, 2015).

Para a mulher, questões que envolvam a violência física, intrafamiliar, aborto, depressão pós-parto, transtornos alimentares, isolamento e privações sociais, morte do cônjuge e dos filhos e sofrimento mental, são características importantes a serem consideradas. No Brasil, muitas mulheres idosas se suicidaram por considerar que haviam cumprido rigidamente seu papel de gênero imposto pela sociedade e que suas vidas perderam o sentido (MENEGHEL *et al*, 2015).

Em relação ao sexo masculino, a ocorrência de tentativa de suicídio destaca questões com bastante influência cultural; o homem apresenta maior resistência do que a mulher em buscar ajuda ou aceitar tratamentos, aumentando assim, o risco para o suicídio (SOUZA *et al*, 2011).

Enquanto homens preferem métodos mais letais, como enforcamento, arma de fogo ou atirar-se de alturas, mulheres utilizam o envenenamento como um dos principais métodos na tentativa de suicídio (VIDAL *et al*, 2014; PEREIRA, MACIEL, GUILHERMINO, 2017).

Os autores Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) afirmam em seu estudo que o suicídio tem etapas sucessivas consequentes: a ideação (que consiste na intenção, no planejamento e no desejo de se matar); a tentativa (quando o indivíduo não se restringe mais a ameaça e gestos, é a passagem ao ato) e por último, a consumação do ato.

Em seu estudo sobre o comportamento suicida, Marquetti e Milek (2014) propõem a existência de um percurso até a consumação do ato. Considera que o desejo suicida provoca mudanças nas atividades cotidianas dos pretendentes e que estas transformações podem ser observadas e analisadas para sinalizar a progressão da ideia autodestrutiva.

A análise do planejamento ou da impulsividade do sujeito nos eventos suicidas e a identificação das mudanças nas atividades cotidianas podem ser usadas como instrumento de prevenção para o ato, permitindo que profissionais de saúde e pessoas próximas ofereçam antecipadamente assistência necessária para as situações de vulnerabilidade. O suicídio é o ato final de um processo que se fortalece, diariamente, mediante pequenos pensamentos e atitudes discretas. A impulsividade como fator presente nos sujeitos com tentativas de suicídio é assinalada como sintoma de transtorno mental (MARQUETTI, MILEK, 2014).

Com frequência, a pessoa com ideação suicida não busca o serviço de saúde mental. Ela tenta falar sobre esses pensamentos com parentes, amigos, conhecidos ou com outros profissionais de saúde, como os da Atenção Primária (AP) (BRASIL, 2016).

As pessoas que tentam se matar, quando são atendidas em serviços de saúde, geralmente chegam ao pronto-atendimento, emergência ou centros de terapia intensiva, dependendo da gravidade clínica. A prevenção do suicídio abarca desde a oferta das condições mais adequadas para o atendimento e tratamento efetivo das pessoas em sofrimento psíquico até o controle ambiental dos fatores de risco. São considerados essenciais para ações de prevenção do suicídio, a sensibilidade para percepção do risco e a divulgação de informações apropriadas (BRASIL, 2016).

Recomenda-se que no cuidado em saúde mental na APS de pessoas com depressão moderada a grave, com ideação suicida ou tentativa de suicídio recente, seja realizada uma avaliação desse risco, como atitude terapêutica que fortalece vínculos e estabelece responsabilidades e competências (BRASIL, 2016).

A crise suicida tem relação direta com o isolamento, silêncio e falta de suporte psicossocial, sendo assim, o acolhimento, o amparo, o respeito e o não julgamento são atitudes essenciais para o manejo dessas situações. Averiguar fatores de risco, de proteção, avaliar gravidade e mobilizar suporte psicossocial é indispensável para o encaminhamento das situações de crise psíquica que podem ameaçar a vida (BRASIL, 2016).

O processo de avaliação de risco pressupõe competência médica, entretanto, também é importante trabalhar em equipe. O treinamento no exame psíquico e a utilização de instrumentos clínicos são considerados ferramentas fidedignas, podendo ser adotadas como ideal ou meta do grupo envolvido no processo compartilhado de cuidados e decisões (BRASIL, 2016).

Existem instrumentos clínicos para avaliar transtornos mentais comuns (SRQ-20): depressão (Inventário de Depressão de Beck) (Anexo H) e risco de suicídio (Sad-Persons; Beck-SIS-Escala de Intenção Suicida) (Anexo I), entre outras ferramentas pertinentes (Razões para viver) (VIEIRA, 2008).

O Guia Rápido de Avaliação do Suicídio e sua Prevenção, produzido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2016), ressalta a importância de uma abordagem adequada para avaliar o risco de suicídio em pessoas deprimidas, essa, deve incluir as seguintes perguntas: » Você tem vontade de morrer? » Pensa que a vida não vale a pena? » Você vem tendo pensamentos de se machucar, de não se tratar ou ficar doente? » Você já pensou em se matar? Está pensando hoje? Agora? ».

Ter planos de suicídio e acesso às formas de cometê-lo significa maior possibilidade que o evento aconteça. Qualquer tentativa de autoextermínio nos últimos 06 meses tem alto poder preditivo, portanto, aumenta a gravidade (VIEIRA, 2008; BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2009).

Schmidtke *et al* (1996) apontam que após uma tentativa de suicídio, cerca de 15% dos indivíduos faz uma segunda tentativa no espaço de até um ano, mas o risco decresce com o passar do tempo. Estima-se, que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos, e que elas sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados.

A história progressiva de tentativas representa o mais importante prenúncio de suicídio completo. A maioria das pessoas que tentou suicídio anunciou sua intenção, porém, os sinais de alerta não foram reconhecidos pela família e nem pelos profissionais de saúde (VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o primeiro Plano de ação sobre saúde mental em sua história (WHO, 2012). A prevenção do suicídio se propõe a reduzir a taxa de mortalidade por essa causa em 10% até o ano de 2020 (OMS/OPAS, 2016).

Em 2014, foi lançada a publicação intitulada “Prevenção do suicídio: um imperativo global”, com o objetivo de priorizar a prevenção do suicídio nas políticas públicas colocando-o como uma questão de saúde pública. Nesse informe, o Brasil encontrava-se no oitavo lugar em números absolutos de suicídio no mundo (WHO, 2014). A prevenção ao suicídio, entretanto não deve se concentrar apenas sob a responsabilidade do setor de saúde, exige empenho e dedicação de outros setores públicos.

Na compreensão de que é necessário dialogar e sensibilizar as comunidades e demais setores da sociedade, rompendo com os estigmas ligados ao tema, em 2014, o Centro de Valorização da Vida (CVV), em parceria com o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria, inaugurou no Brasil o movimento mundial conhecido como “Setembro Amarelo” (BRASIL, 2014).

O objetivo dessa campanha é trazer visibilidade ao suicídio, fazendo com que a sociedade possa se aproximar mais do tema. O mês de setembro foi escolhido por já ser dedicado aos assuntos de Saúde Mental pela OMS, definindo 10 de Setembro como o dia mundial de prevenção ao suicídio (BRASIL, 2014).

Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que cerca de 800.000 pessoas morrem anualmente vítimas do autoextermínio. Representa a 15ª causa de mortalidade na população geral, e a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2014).

É uma morte a cada 40 segundos no mundo, equivalente a 1,4% dos óbitos totais. Os grupos de maior risco são idosos do sexo masculino e adolescentes. As taxas também são altas em grupos que sofrem discriminação histórica como LGBTI - lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, e intersex-, refugiados, migrantes, indígenas e pessoas privadas de liberdade, não pelas suas condições em si, mas como são acolhidos pela sociedade (WHO, 2014).

A incidência média global é de 10,7 por 100 mil habitantes. Fato que tornou o suicídio e as tentativas de suicídio, prioridade na agenda global de saúde. Segundo relatório da OPAS/OMS, as regiões que apresentam os maiores índices de autoextermínio são: Europa (14,1), e o Sudeste Asiático, com 12,9 suicídios por 100 mil habitantes. Nas Américas, essa taxa é de 9,5 por 100 mil habitantes, sendo a Guiana (ex-colônia inglesa), o país que possui a maior taxa proporcional de suicídio no mundo, 44,2/100 mil pessoas (BRASIL, 2014).

A projeção para o ano de 2020 é que mais de um milhão e meio de pessoas cometam suicídio e que o número de tentativas seja até vinte vezes maior que o número de mortes (BRASIL, 2014; WHO, 2014).

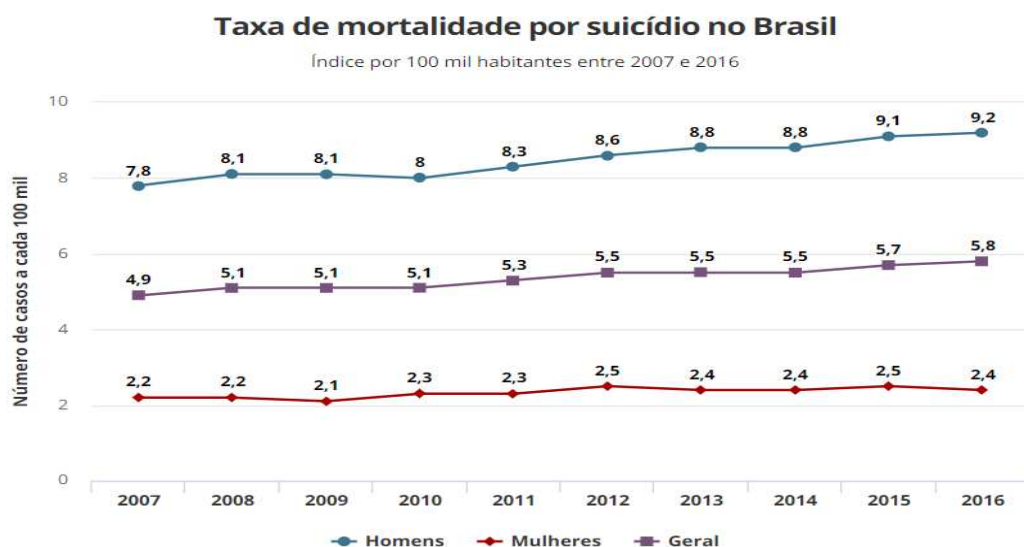
Segundo dados da OMS, fatores como transtornos mentais, uso ou abuso de drogas, depressão, tentativas anteriores de suicídio, ausência de apoio social, histórico familiar, dentre outros, estão associados ao autoextermínio (WHO, 2012).

Além de seu impacto emocional e social, a morte prematura por suicídio tem um grande impacto econômico. É considerado problema de saúde pública não só no Brasil, como em todo o mundo, devido à sua grande magnitude e gravidade (letalidade) elevada. Estudo sobre o custo indireto do suicídio no país estimou que a perda total por esse evento foi de R \$ 1,3 bilhão ou US\$ 720 mil em 2001 (COSTA, VICTORA, 2006; SGOBIN, 2013).

A principal fonte de dados sobre mortalidade no Brasil é o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Dados dessa fonte revelam que na última década, o número de suicídios aumentou mais de 60% em relação à década anterior (DATASUAS, 2019).

No período de 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos por autoextermínio, o que representa uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes. Ocorreu variação na taxa que em 2011 era de 5,3 para 5,8 óbitos em 2016 (Figura 1). As lesões autoprovocadas intencionalmente apresentam maiores registros nas regiões sul, sudeste e centro-oeste, respectivamente (DATASUAS, 2019).

Figura 1 – Taxa de Mortalidade por suicídio no Brasil, segundo sexo. 2007-2016



Fonte: Ministério da Saúde

Apesar da relevância desta ocorrência, o sub-registro de óbitos por causas externas e dentre essas, aquelas por suicídio, pode ocorrer, embora em menor proporção do que a relativa às demais causas, devido ao preenchimento da Declaração de óbito (DO) com diagnóstico inespecífico ou incompleto, com causa mal definida, ou sem intenção determinada.

Santos *et al* (2014), em estudo sobre suicídio por intoxicação exógena, utilizando *linkage* entre três fontes, mostraram a elevada discordância da classificação do diagnóstico de suicídio. Os registros no SIM foram menos da metade daqueles informados pelo Centro de Controle de Intoxicação de Niterói (CCIn). Óbitos classificados como suicídio no SINAN e pelo CCIn estavam classificados no SIM como óbitos por causas indeterminadas, com intencionalidade indeterminada e outras causas.

O preenchimento da DO em caso de óbitos por causas externas devem obrigatoriamente, ser feito pelo médico legista dos serviços médicos legais – IML. Mesmo nas localidades sem assistência médica, a DO deveria ser preenchida nas delegacias de polícia ou nos cartórios, fazendo constar que se tratava de morte por causa externa.

Os médicos legistas, em geral, colocam no atestado a natureza da lesão, não definindo o tipo de causa externa. O preenchimento correto da causa básica depende das condições materiais de trabalho, da qualidade do exame pericial do médico legista e particularmente, de informações sobre as circunstâncias em que o evento ocorreu.

Esse fato levou o Ministério da Saúde a incluir variáveis na DO que informam as prováveis circunstâncias da morte não natural, as quais, entretanto, nem sempre são preenchidas (JORGE *et al*, 2002). No serviço de estatística então, a causa básica passa a ser lesões traumáticas não especificadas (X59) ou asfixia não especificada (W84) (GOTSSENS *et al*, 2011; SOARES FILHO, CORTEZ-ESCALANTE, FRANÇA, 2016).

Estudo realizado por Cunha, Baptista e Carvalho (2016), em que foram analisados 175 laudos da cidade de Jundiaí/SP (e mais nove cidades adjacentes), no período de 2004 a 2014, verificou maior prevalência no sexo masculino (82,0%), na faixa etária de 19 a 35 anos (48%). O método de enforcamento foi mais comum tanto para homens (81%) quanto para as mulheres (61%), seguido de arma de fogo por homens (11%) e intoxicação medicamentosa pelas mulheres (25,0%).

Em Caratinga, município de Minas Gerais, o suicídio foi mais frequente em homens (83,3%) e a faixa etária mais atingida foi a de 19 a 31 anos em ambos os sexos. Os métodos mais comuns foram sequencialmente o enforcamento, uso de arma de fogo e envenenamento para os homens e, enforcamento, envenenamento e arma de fogo/salto para as mulheres (BAPTISTA, GOMES, 2016).

Em Santa Catarina o ato suicida ocorreu cinco a seis vezes mais no sexo masculino. Entre as mulheres, o enforcamento também foi o meio mais utilizado, seguido de estrangulação, sufocação, intoxicação de medicamentos e drogas (SEHNEM, PALOSQUI, 2014). O acompanhamento dos dados epidemiológicos é importante para ajudar a desenvolver estratégias de prevenção (JORGE *et al*, 2002).

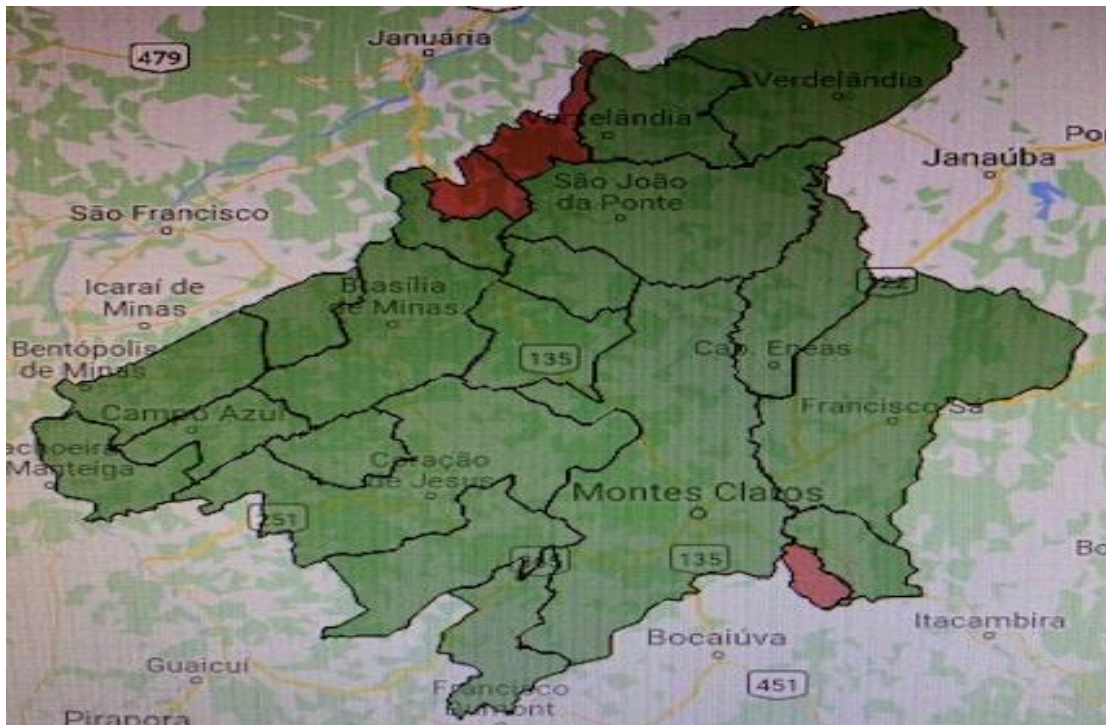
A vigilância da incidência, características demográficas e os métodos usados nas tentativas de cometer suicídio em uma população fornecem informações importantes que contribuem para desenvolver e subsidiar estratégias de prevenção e intervenções eficazes baseadas em evidências (BRASIL, 2011). Trata-se, portanto, de tema relevante que necessita de aprofundamento e investigação.

1.3 Caracterização da área estudada

O Estado de Minas Gerais é composto hoje por cerca de doze mesorregiões e sessenta e seis microrregiões. Uma das mesorregiões, localizada ao norte do Estado refere-se ao Norte de Minas (Figura 2), composta por sete microrregiões, sendo uma delas a de Montes Claros.

A microrregião de Montes Claros está dividida em vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubai, Varzelândia e Verdelândia (IBGE, 2019; IMRS, 2017). Possui uma população estimada em 647.420 habitantes (IMRS, 2017; MONTES CLAROS, 2019).

Figura 2 - Mapa da Mesorregião Norte de Minas



Fonte: IMRS, 2017.

O município de Montes Claros é o que possui maior importância econômica da microrregião, com 75,34% do PIB, representando a cidade polo do Norte de Minas e apresenta o segundo maior entroncamento rodoviário do país, dispondo, para escoamento de produção, das rodovias, BR 135, 365, 251 e 122. Apresenta uma economia bem diversificada se analisada a dispersão dos estabelecimentos entre os setores. Conforme estimativas do IBGE de 2018, conta com população de 404.804 habitantes, (IBGE, 2019).

Hoje a predominância do espaço rural está sendo substituída pelo urbano para atender às exigências da expansão urbana, dada pelo aumento das atividades produtivas na cidade (indústria, comércio e serviços) e pelo aumento da demanda habitacional, gerado pela concentração populacional. Exerce notória influência sobre as demais cidades da região e do sul da Bahia (MONTES CLAROS, 2019).

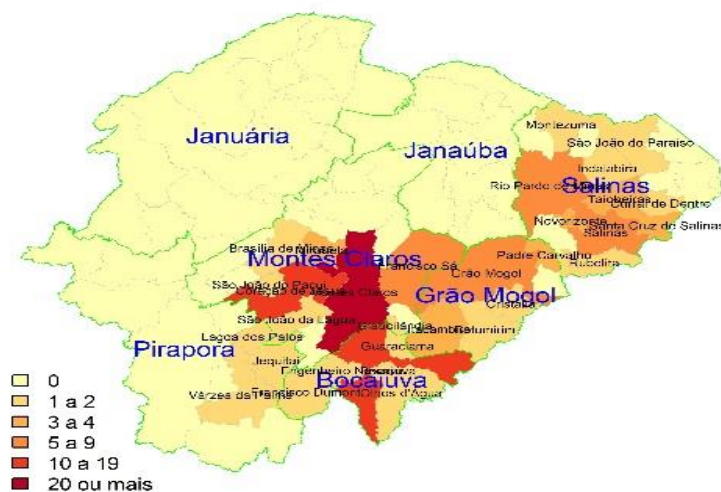
O município é referência regional na prestação de serviços de saúde, possuindo uma ampla rede de hospitais, consultórios e clínicas médicas, além de laboratórios de que procedem aos mais diversos tipos de análises (MONTES CLAROS, 2019).

No município de Montes Claros, entre 2014 a 2017, dados do SIM revelam que entre os 13.717 óbitos registrados, as causas externas ocupam o terceiro lugar (1.434), sendo as doenças do aparelho circulatório (3.085) e neoplasias (2.698) as principais. Os óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente foram de 58 no município (DATASUS, 2019).

A análise do SIM para a microrregião, no período, revela 18.377 óbitos e aponta o capítulo XX (Causas Externas de morbidade e mortalidade) como a quarta causa de morte sendo precedida pelas doenças do aparelho circulatório; neoplasias e doenças do aparelho respiratório. O autoextermínio foi responsável por 121 mortes na microrregião, sendo 88% em homens (DATASUS, 2019).

A Figura 3 apresenta o mapa da distribuição espacial do número de suicídios nos municípios da mesorregião Norte de Minas, dividida por microrregiões e pelas cidades.

Figura 3 - Mapa da distribuição espacial do número de suicídios nos municípios da mesorregião Norte de Minas dividida por microrregiões e pelas cidades



Fonte: Produzido por Vieira, Tavares (2019)³.

³ Mapa elaborado por Débora Cristina Vieira e Ricardo Tavares, a partir de sistema informacional do IBGE e dados disponibilizados pela plataforma DATASUS, em 20 de abr. 2019.

Estudo realizado na região norte mineira, abrangendo 47 municípios descreveu o perfil epidemiológico de 284 vítimas de autoextermínio, no período de 2005 a 2014. Os fatores de risco encontrados foram: ser do sexo masculino, estar na faixa etária entre 20 e 30 anos, ser lavrador ou trabalhador rural e solteiro (VIEIRA, OLIVEIRA, CAMARGOS, 2014).

1.4 Instituto Médico Legal

O Instituto Médico Legal (IML) está subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica e foi criado com o intuito de fornecer bases técnicas em Medicina Legal para o julgamento de causas criminais. A mais conhecida das funções do IML é a necropsia, vulgarmente chamada de autópsia - exame do indivíduo após a morte.

Existem três indicações clássicas previstas em lei para a necropsia no IML: morte violenta (por acidente de trânsito ou de trabalho, homicídio, suicídio etc.); morte suspeita ou morte natural de pessoa não identificada (SÃO PAULO, 2019).

O Instituto Médico Legal de Montes Claros foi inaugurado em 2000, em parceria com a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). É o maior da região, atualmente atende a mais de 90 municípios, realizando perícias e necropsias.

Em 2016, o IML se tornou um posto de Perícia Integrado (PPI) com mais espaço, e a ampliação da rede de beneficiários, como os órgãos de segurança pública e as instituições de ensino superior, que utilizam o local para estágios de acadêmicos.

O presente estudo pretende analisar características demográficas e sociais referentes a pessoas que cometeram o suicídio - idade, sexo, cor da pele, estado civil, os métodos utilizados - registradas nas declarações de óbito do IML de Montes Claros (MG), nos anos de 2014 a 2018. Para avaliar sub-registros, os casos de autoextermínio serão comparados àqueles identificados no Sistema de Informação de Mortalidade / MS.

A compreensão dos múltiplos elementos associados à complexidade desse fenômeno pode contribuir para melhor adequação de políticas públicas e estratégias de intervenção.

2 ARTIGO

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E QUALIDADE DOS REGISTROS DE ÓBITOS POR SUICÍDIO EM CIDADE POLO DE MINAS GERAIS

Débora Cristina Vieira⁴
 Maria da Conceição Werneck Côrtes⁵
 Eliane Dias Gontijo⁶
 Ricardo Tavares⁷
 Leonardo Tadeu Vieira⁸
 Fernando Volpe⁹

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde estima que 800 mil pessoas morrem todos os anos vítimas de autoextermínio. No Brasil, em 2019, registrou-se, em média, um caso a cada 39 minutos. O risco de suicídio quase duplicou em Montes Claros, passando de 4,1 a 6,2 por cem mil habitantes no período de 2014 a 2018. **Objetivo:** Analisar características demográficas e sociais das vítimas utilizando as declarações de óbito do Instituto Médico Legal de cidade polo mineira, em quatro anos e avaliar a qualidade dos registros. **Métodos:** Foi realizado estudo descritivo dos óbitos registrados no IML, que atende o município de Montes Claros e cidades circunvizinhas, entre 2014 e 2018. Foram considerados os óbitos codificados entre X60 e X84 da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Resultados:** Foram identificados 223 casos de suicídio no período estudado, com predomínio entre homens (83,4%), pardos (81,2%) dos 20 e 59 anos (82%), em especial entre adultos jovens, dos 20 aos 39 anos (43%), solteiros (54,3%). O enforcamento (74%) foi o método mais frequente e o domicílio o local mais comum. (51%). Verificou-se alto percentual de não preenchimento de diversos campos da DO como escolaridade (81,2%), assistência médica (39%), fonte de informação, data de nascimento (29,1%) e necropsia (27%). A análise de correspondência entre o método utilizado no autoextermínio e a faixa etária da vítima mostra uma associação maior entre vítimas que utilizaram arma de fogo ou arma branca e idade até 19 anos. As vítimas com idade entre 20 e 39 anos, e aquelas com 60 ou mais anos de idade se associaram mais o método do enforcamento. As vítimas cujo método utilizado foi envenenamento/incendiamento ou outros se associaram mais com idade entre 40 e 59 anos. **Conclusão:** Espera-se melhor qualidade dos registros de um serviço médico legal. A relevância e magnitude da violência autoinflingida necessita de informações completas e

⁴ Psicóloga. Centro de Referência em Doenças Infecciosas – Prefeitura Municipal de Montes Claros-MG

⁵ Orientadora. Profa. do Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

⁶ Coorientadora. Profa. do Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

⁷ Professor do Departamento de Estatística. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

⁸ Psicólogo. Departamento de Educação. Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - MG.

⁹ Prof. da Universidade Federal de Juiz de Fora.

discussões aprofundadas para o planejamento de estratégias de enfrentamento eficazes e efetivas.

Descritores: suicídio, epidemiologia, violência autoinflingida.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estima que aproximadamente 800 mil pessoas morrem todos os anos, vítimas de autoextermínio. É uma morte a cada 40 segundos no mundo, equivalente a 1,4% dos óbitos totais, o que coloca o suicídio entre as dez principais causas de morte (WHO, 2014). O Brasil registrou 13.520 mortes por suicídio em 2019, em média um caso a cada 39 minutos representando 6,4 mortes em cada cem mil habitantes, com predomínio (78%) em homens (DATASUS, 2019a).

Esse agravo faz parte do item violências interpessoais e autoprovocadas e integra a lista de doenças e agravos que devem ser notificados compulsoriamente no SINAN9 Sistema de Informação e Agravos de Notificação). A partir de 2014, a própria tentativa de suicídio passou a ser motivo de notificação obrigatória e imediata a ser feita em até 24 horas. A pronta comunicação permite agilizar formas de intervenção e prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2014; CEZAR, ARPINI, GOETZ, 2017).

O monitoramento de indicadores epidemiológicos contribui no planejamento das estratégias de prevenção. Informações sobre incidência, características demográficas e os métodos utilizados contribuem para desenvolver e subsidiar ações de prevenção e intervenções eficazes baseadas em evidências (BRASIL, 2011; MOREIRA, BASTOS, 2015). Trata-se, portanto, de tema que necessita aprofundamento e investigação.

Fatores como transtornos mentais, uso ou abuso de drogas, depressão, tentativas anteriores de suicídio, ausência de apoio social, histórico familiar, baixo nível de escolaridade, desemprego, dentre outros, estão associados ao autoextermínio (MOREIRA, BASTOS, 2015).

No município mineiro de Montes Claros, cidade polo do norte de Minas Gerais com população estimada de 413.487 habitantes, entre 2014 a 2018 verificou-se maior incidência de óbitos por suicídio na faixa etária entre os 20 e 39 anos, em homens e solteiros, sendo o

domicílio o local de maior ocorrência (DATASUS, 2019b). Compreender os fatores associados possibilita ações mais efetivas e eficientes.

O presente estudo pretende analisar características demográficas e sociais referentes a pessoas que cometeram o suicídio - idade, sexo, cor da pele, estado civil, os métodos utilizados - registradas nas declarações de óbito do Instituto Médico Legal de Montes Claros, Minas Gerais, nos anos de 2014 a 2018.

Para avaliar a ocorrência de subregistros, os casos de autoextermínio foram comparados àqueles identificados no SIM - Sistema de Informação de Mortalidade/MS. A compreensão dos múltiplos elementos associados à complexidade desse fenômeno pode contribuir para melhor adequação de políticas públicas e estratégias de intervenção.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo dos óbitos por suicídio registrados no IML de Montes Claros/ MG, com identificação de fatores associados ao método utilizado e análise da qualidade dos registros. O IML atende o próprio município e cidades circunvizinhas no esclarecimento de óbitos decorrentes de causas externas- acidentes e violências, como uma das suas competências.

2.1 Instrumento de coleta dos dados

Para os dados de 2014 a 2018 foi utilizada cópia da Declaração de óbito como espelho para coletar as informações sociodemográficas, observando o local de residência, no momento do ato e o local de ocorrência, idade, sexo, cor da pele, gravidez /puerpério, estado civil, fonte de informação do óbito, ocupação, assistência médica e o método utilizado para o autoextermínio, fatores citados nas declarações.

Foram incluídas, num primeiro momento todas as Declarações de óbito relativas aos anos estudados, totalizando 2.761 óbitos por causas externas. Em seguida, foram selecionadas as Declarações com óbitos codificados entre X60 e X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Para identificar os óbitos incluídos nessa classificação foi analisado inicialmente o campo 48 (Prováveis circunstâncias da morte não natural). Persistindo dúvida foi consultado o campo 40 (Causas da Morte) e o campo 51 (Descrição sumária do evento) e por fim, confirmado pelo Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) acessado junto aos policiais civis que trabalham no IML.

A ocupação foi codificada segundo a CBO – Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho, (Anexo D) e reclassificada em três grandes categorias. 1. Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; 2. Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados e 3. Profissionais das ciências e das artes. Como nos registros do IML constavam descrição das vítimas como aposentado ou estudante, optou-se pela inclusão outra categoria na classificação.

2.2 Análise dos dados

Os dados foram analisados em frequência simples absoluta (números absolutos), frequência relativa (razão, taxas e proporções), e análise de correspondência. Foram estudadas as seguintes características: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, ocupação e método utilizado para o autoextermínio. Calculou-se as taxas de mortalidade geral, específica e proporcional. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Utilizou-se a Análise de Correspondência (AC) como técnica multivariada de análise exploratória de dados para representar associações.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil, CAAE nº 02244118.3.0000.5149.

3 RESULTADOS

No período de 2014 a 2018 foram registrados no IML 223 óbitos por autoextermínio ocorridos no município de Montes Claros e em 42 cidades circunvizinhas.

A maior incidência de suicídio concentrou-se entre homens (83,4%), pardos (81,2%) dos 20 e 59 anos (82%), em especial entre adultos jovens, dos 20 aos 39 anos (43%), metade solteiros (54,3%) (Tabela 1). Trabalhadores do setor de serviços e do setor agrícola, principais

ocupações da região apresentam percentual semelhante de (30%). Dezesete estudantes (8%) faleceram precocemente.

Tabela 1- Dado sociodemográfico de vítimas de autoextermínio registrados no IML de Montes Claros MG, 2014 a 2018

Variáveis	N	%
Faixa etária		
≤ 19 anos	16	7,2
20-39 anos	96	43,0
40 - 59 anos	87	39,0
≥ 60 anos	24	10,8
Sexo		
Masculino	186	83,4
Feminino	32	14,3
Sem informação	05	2,2
Cor da pele		
Branca	22	9,9
Preta	06	2,7
Parda	181	81,2
Sem informação	14	6,3
Situação conjugal		
Casado	58	26,0
Solteiro	121	54,3
Viúvo	06	2,7
Separado/divorciado	08	3,6
União estável	05	2,2
Sem informação	25	11,2
Escolaridade		
Sem escolaridade	3	1,3
≤ oito anos estudados	11	4,9
Ensino médio	18	8,1
Ensino superior	10	4,5
Sem informação	181	81,2

Fonte: Própria dos autores.

A escolaridade das vítimas não foi registrada em 181 declarações (81,2%), naquelas com essa informação, verificou-se predomínio de ensino médio (42,8%).

O enforcamento foi o método mais frequente, presente em 74% dos casos. Entre essas ocorrências, verificou-se maior percentual entre os homens, 75,3%. Ainda nesse grupo, a

faixa etária de maior concentração deu-se entre 60 anos ou mais, com 79,2%, seguido da faixa de 20-39 anos, 77,1%. Esse método mostrou-se prevalente entre todas as ocupações, predominando no setor de serviços (79,5%), embora seja também frequente entre trabalhadores do setor agrícola (69,6%) (Tabela 2).

Tabela 2- Mortalidade por suicídio, segundo o método utilizado e características sociodemográficas de sexo, faixa etária e ocupação. Montes Claros, 2014 a 2018

Variáveis	Método utilizado								
	Arma de fogo/branca		Enforcamento		Miscelânea		SI		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Masculino	19	10,2	140	75,3	12	6,5	15	8,1	186
Feminino	0	0	20	62,5	6	18,7	6	18,7	32
SI n=5									5
Faixa etária									
Anos									
Até 19	3	18,8	11	68,8	1	6,3	1	6,3	16
20 a 39	8	8,3	74	77,1	6	6,3	8	8,3	96
40 a 59	6	6,9	61	70,1	10	11,5	10	11,5	87
60 ou mais	2	8,3	19	79,2	1	4,2	2	8,3	24
Ocupação									
Setor agrícola	4	5,8	48	69,6	9	13,0	8	11,6	69
Setor de serviço	8	10,3	62	79,5	3	3,8	5	6,4	78
Nível superior	1	11,1	6	66,7	0	0,0	2	22,2	9
Estudante	1	5,9	12	70,6	2	11,8	2	11,8	17
Aposentado	0	0,0	6	75,0	0	0,0	2	25,0	8
SI n=42									42
TOTAL	19	8,5	165	74,0	18	8,1	21	9,4	223

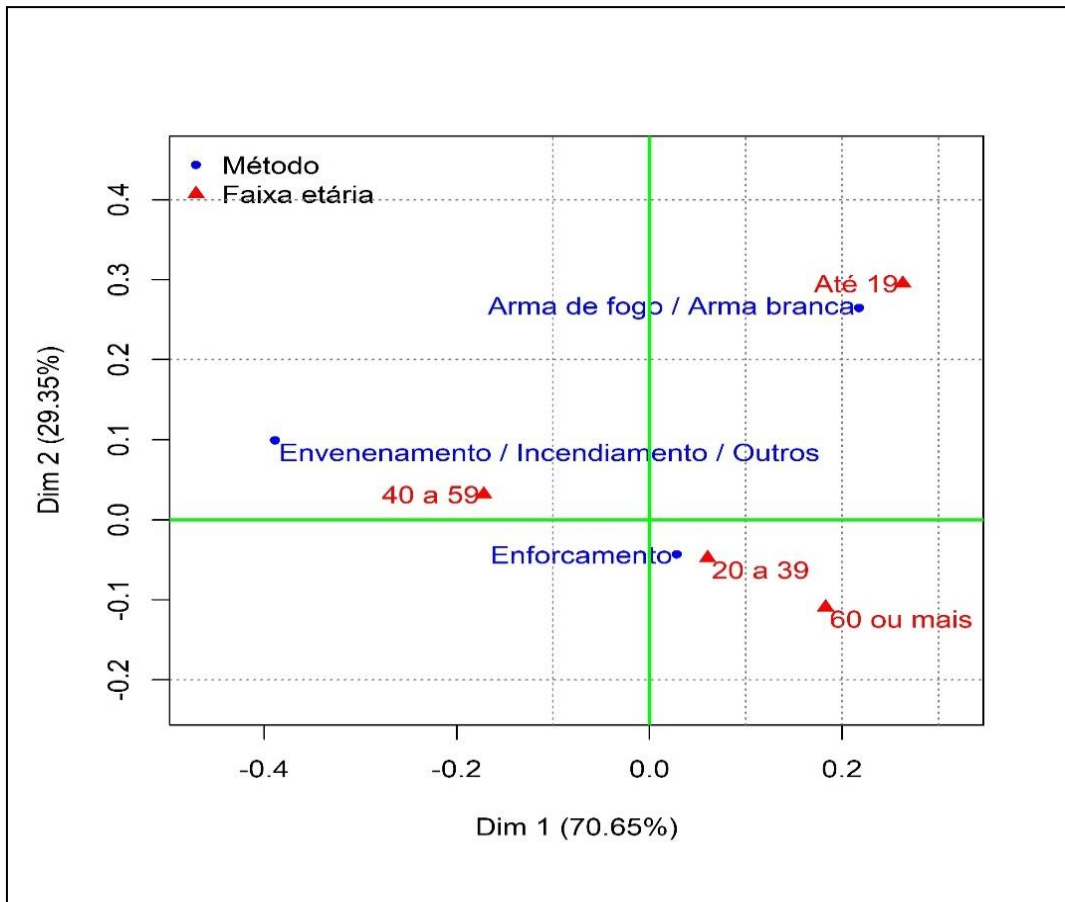
Legenda: **Miscelânea:** Envenenamento/intoxicação/incendiamento/afogamento/atira-se a frente de veículo.

SI= sem informação

Fonte: Própria dos autores.

A análise de correspondência (AC) entre o método utilizado no autoextermínio e a faixa etária da vítima (Gráfico 1) mostra uma associação maior entre vítimas que utilizaram arma de fogo ou arma branca e idade até 19 anos de idade. As vítimas com idade entre 20 e 39 anos, e aquelas com 60 ou mais anos de idade se associaram mais o método do enforcamento. As vítimas cujo método utilizado foi envenenamento / incendiamento ou outros se associaram mais com idade entre 40 e 59 anos.

Gráfico 1 - Correspondência entre o método utilizado no suicídio e a faixa etária da vítima



Fonte: Própria dos autores.

O local mais comum de ocorrência dos óbitos foi o domicílio, 51,1%, principalmente entre as mulheres 59,4%; nas faixas etárias de 60 anos ou mais e até 19 anos (62,5% para ambas). Os óbitos domiciliares corresponderam à metade dos óbitos em todas as ocupações com percentual superior a 70%.

Os dados disponíveis no SIM/MG de residentes em Montes Claros no período de 2014 a 2018 somam 80 óbitos por suicídio, enquanto nos registros do IML foram encontrados 90 óbitos apontando sub-registro de 10 óbitos (Tabela 3).

Tabela 3 - Óbitos por suicídio ocorridos em Montes Claros e Microrregião no DATASUS MG e IML de Montes Claros no período de 2014 a 2018

	SIM DATASUS MG		IML	
	Montes Claros		Montes Claros	
	N	%	N	%
2014	10		16	
2015	12		13	
2016	19		20	
2017	14		16	
2018	25		25	
Total	80	100	90	100

Fonte: Própria dos autores.

A taxa de mortalidade é similar em Montes Claros, Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil, em torno de 6 óbitos por cem mil. Em todos os locais verifica-se tendência de aumento, em especial em Montes Claros com risco duplicado entre 2015 e 2018 (Tabela 4).

Tabela 4 - Taxas de mortalidade por suicídio em Montes Claros, Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil, por 100.000 habitantes, no período de 2014 a 2018

	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
MOC	16	4,1	13	3,29	20	5,02	16	3,97	25	6,17
BH	144	5,78	144	5,75	139	5,53	165	6,53	31	6,24
MG	13.57	6,54	1.303	6,24	1302	6,20	1.515	7,17	1.313	6,24
BRA	10.65	5,25	11.178	5,46	11.433	5,54	12.495	5,99	12.733	6,11

Legenda MOC=Montes Claros. BH= Belo Horizonte. MG=Minas Gerais. BRA=Brasil.

Fonte: Própria dos autores.

A mesma tendência foi observada na análise da mortalidade proporcional, com aumento do impacto da morte por autoextermínio, no município de Montes Claros, passando de 2,4% em 2014 para 4,7 % em 2018.

4 QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Observa-se alto percentual de não preenchimento de diversos campos da DO com 81,2% do campo escolaridade não preenchido, seguido de assistência médica (39%), fonte de

informação, data de nascimento (29,1%) e necropsia (27%). Ressalta-se a incompletude de 6% dos campos 40 (método utilizado) e 9% do campo 48 (prováveis circunstâncias), essenciais para caracterização do óbito.

5 DISCUSSÃO

A compreensão real sobre o suicídio pode ser falha e parcial devido à sua complexidade e multicausalidade. O estudo apontou características das vítimas coincidentes com a literatura.

O maior índice de suicídio em homens tem sido atribuído a comportamentos que os deixam mais vulneráveis ao autoextermínio, como maior dificuldade em buscar ajuda ou aceitar tratamentos, maior impulsividade e a escolha de métodos mais letais (SANTOS, 2018; VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

Os fatores que parecem proteger mais as mulheres desse desejo consciente de morrer - religiosidade, maior resiliência, baixa prevalência ao alcoolismo e outras drogas, reconhecimento mais rápido dos riscos relacionados à depressão e outras doenças mentais, e maior participação nas redes de apoio social poderiam constituir elementos relevantes para ações de enfrentamento do problema (SANTOS, 2018).

Nesse estudo, observou-se que a maioria das pessoas que foram a óbito por suicídio foi identificada como parda, contrastando com estudo em outra região do estado, com a mesma distribuição étnica, em que 73% das vítimas eram brancas. No Brasil, a cor da pele ou raça é autodeclarada, podendo haver subjetividade no registro. Embora a literatura aponte altas taxas de suicídio nas populações indígenas, não apareceu nesse estudo nenhum caso de vítima dessa etnia, apesar da existência de grupos indígenas na região. Essa ausência indica a necessidade de melhor compreensão do fenômeno e avaliação de suas vulnerabilidades e da questão de sub-registro (VIEIRA, 2017).

Pessoas que vivem sozinhas, são solteiras ou estão sem parentes próximos, podem apresentar maiores taxas de suicídio. A literatura aponta que a conduta suicida aparece frequentemente em homens separados, divorciados ou viúvos, possivelmente relacionado ao estresse da perda dos seus vínculos (KIM, 2018). Os relacionamentos interpessoais parecem contribuir para o

aspecto motivacional de vida do sujeito e a falta de integração social relaciona-se ao suicídio. (TORSKE, 2016; MARQUETTI, VILARUBIA, MILEK, 2014).

Essa solidão pode ser um fator determinante para a escolha do domicílio como local de consumação do ato, aliado à probabilidade de ser encontrado e socorrido, em tempo hábil. Esse achado é consistente com estudo realizado, na Índia, em que 93% dos casos ocorreram no domicílio (D'SOUZA *et al*, 2018).

Ainda a respeito do local de ocorrência do óbito, uma revisão de literatura sobre o suicídio entre idosos, entre 2007 a 2017, identificou que metade dos suicídios ocorrem no domicílio. (SANTOS *et al*, 2019).

A predominância do espaço rural na região estudada vem sendo substituída progressivamente pelo espaço urbano com a finalidade de atender às exigências das demandas que surgem em seu cotidiano, como o aumento das atividades produtivas na cidade (indústria, comércio e serviços) e aumento da demanda habitacional, gerado pela concentração populacional. É nesse contexto, que se verifica que a maior parte das pessoas que se suicidaram desempenhava atividades relacionadas à produção de bens e serviços, embora um terço ainda seja de trabalhadores do campo.

Situação semelhante foi encontrada em estudo realizado em Sergipe segundo ocupação, no qual as maiores taxas também ocorreram entre trabalhadores agrícolas (27,6%) e trabalhadores da construção civil (16,3%), porém, a ordem de ocorrência entre as ocupações foi inversa à da presente pesquisa (GALVÃO, RIBEIRO, NERY, 2019).

Em um estudo de coorte prospectivo realizado na Noruega descobriu-se que os agricultores tinham altas chances de sintomas de depressão em comparação com outros grupos ocupacionais. A depressão é um transtorno mental que representa fator de risco para suicídio. No período de 2006-2008, pesquisa entre irmãos agricultores e não agricultores mostraram que aqueles que desempenhavam atividades agrícolas também tiveram maiores chances de ter sintomas de ansiedade alta em comparação com seus irmãos não-agricultores (TORSKE, 2016).

Destaca-se o índice de 8% de estudantes que decidiram interromper a vida. Este grupo, considerado vulnerável, onde o suicídio aparece entre as cinco principais causas de morte na faixa etária (15 e 19 anos) no mundo (WHO, 2014).

O autoextermínio traz consequências negativas para os familiares da vítima, mas pode influenciar seu grupo social. Os estudos indicam que as prováveis motivações para a ideação suicida (histórico de suicídio na família, transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, conflitos familiares) tendem a ser constante nos adolescentes de diferentes culturas (MOREIRA, BASTOS, 2015).

Os métodos utilizados estão associados ao perfil das pessoas que cometem e tentam o suicídio. Enquanto homens preferem métodos mais letais, como enforcamento, arma de fogo ou atirar-se de alturas, mulheres utilizam o envenenamento como uma das formas principais na tentativa de suicídio (VIEIRA, 2017; VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

Tais características perpassam os signos da masculinidade e feminilidade e relacionam-se à produção de sentidos e da tentativa, para ambos os sexos. Além disso, a disponibilidade e a acessibilidade aos meios influenciam nessa escolha.

Os métodos utilizados para o suicídio no presente estudo demonstraram que o enforcamento foi o mais utilizado, seguido por arma de fogo ou arma branca. A prevalência elevada do enforcamento foi encontrada em outros estudos.

O conhecimento e a restrição do acesso aos métodos utilizados para o suicídio no país é um dado necessário para a implementação de intervenções preventivas para sua redução. O reconhecimento das mudanças emergentes nos meios utilizados pelos suicidas e os possíveis efeitos destes sobre as taxas de suicídio são de particular importância, pois servem como base para a formulação de estratégias de prevenção (WHO, 2014).

Vale ressaltar que alguns países tiveram experiências positivas de diminuição da mortalidade por suicídio a partir de estratégias nacionais simples e de intervenções locais específicas. A exemplo disso, dispositivos de armazenamentos e restrição na importação de agrotóxicos foram iniciativas aplicadas no Sri Lanka, assim como uma legislação mais rigorosa para a

posse de arma de fogo, na Austrália e a restrição do sensacionalismo da mídia em Hong Kong (WHO, 2014).

Nesse sentido, no Brasil, as equipes de saúde da família e de saúde mental podem ser capacitadas para a identificação dessas pessoas e de grupos vulneráveis ao evento, a fim de orientar as famílias e pessoas que convivem com tais grupos, visando à vigilância e a prevenção do suicídio (BRASIL, 2014).

A análise do planejamento ou da impulsividade do sujeito nos eventos suicidas e a identificação de mudanças nas atividades cotidianas podem ser usadas como instrumento de prevenção para o ato, permitindo que profissionais de saúde e pessoas próximas percebam e ofereçam antecipadamente assistência necessária para as situações de vulnerabilidade. O suicídio é o ato final de um processo que se fortalece, diariamente, mediante pequenos pensamentos e atitudes discretas. A impulsividade como fator presente nos sujeitos com tentativas de suicídio é assinalada como sintoma de transtorno mental (MARQUETTI, VILARUBIA, MILEK, 2014).

A identificação de método e idade, pela análise de correspondência, de associação maior entre aquelas vítimas que utilizaram arma de fogo ou arma branca com as vítimas de até 19 anos de idade, é surpreendente pelo acesso precoce à arma. As vítimas com idade entre 20 e 39 anos, e aquelas com 60 ou mais anos de idade se associaram mais como método do enforcamento. As vítimas cujo método utilizado foi envenenamento/incendiamento ou outros se associaram mais com vítimas com idade entre 40 e 59 anos.

Há que ressaltar-se que a fonte de dados utilizada nesse estudo foram as Declarações de Óbito registradas no IML e a complementação das informações confirmadas com dados dos boletins de ocorrência do Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) portanto, permitindo melhoria da qualidade do diagnóstico de suicídio. Normalmente este evento é bastante subnotificado.

Além disso, a DO em geral sofre incompletudes importantes e particularmente dependendo da causa mortis. No caso aqui avaliado verificou-se que durante o processo de pesquisa, incompletudes no preenchimento de campos importantes como escolaridade (81%), assistência médica (39%) local de ocorrência (19%), realização de necropsia (27,4%) e circunstâncias de morte (9%)

Em Pernambuco, os autores Melo e Valongueiro (2015) encontraram resultados similares, sendo as maiores incompletudes no preenchimento de naturalidade (26%) escolaridade (25%) assistência médica (84%) e circunstâncias da morte (13%). No presente estudo, o campo necropsia deixado em branco em quase um terço dos exames periciais podem estar apontando a negligência no preenchimento ou até no desconhecimento dos profissionais médicos da importância da compreensão desses indicadores na elaboração de ações de prevenção mais efetivas.

A discordância entre os registros do SIM e os do IML é preocupante. Sessenta e sete dos 167 óbitos (40%) por suicídio registrados no SIM nesse período, na microrregião de Montes Claros não foram verificados no IML. Por sua vez, 123 dos 223 suicídios (55%) verificados no IML não constavam no SIM. Essa discrepância aponta para a necessidade de integração e do alinhamento das bases de dados da saúde e da segurança pública.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo mostraram que a região estudada apresenta taxa de mortalidade por autoextermínio expressiva e pelo seu papel de polo em atrair migrantes em busca de empregos, estudos e melhor qualidade de vida, principalmente da população jovem, necessita reforçar os fatores ditos protetores e identificar e monitorar os fatores de risco, tanto individuais como coletivos. Ações direcionadas aos estudantes, no ambiente escolar, em conjunto com profissionais da educação e da saúde devem ser incentivadas e promovidas voltadas à prevenção do comportamento suicida.

A qualidade das informações e o preenchimento das declarações de óbito devem ser mais cuidadosos. É inadmissível que em um serviço Médico Legal, campos como a circunstância da morte violenta, ou características das vítimas não sejam preenchidos. É necessário que todos os profissionais compreendam sua responsabilidade como parte essencial de um sistema nacional de informações, buscando aprimorar sempre a identificação de grupos vulneráveis, mudanças de características epidemiológicas que subsidiem as políticas públicas.

Por outro lado, é preciso estar atento para que os indicadores epidemiológicos não sejam percebidos apenas como dados estatísticos. É necessário que se faça a problematização da informação por meio de discussões fundamentadas em interface com o contexto social e as

demais relações que permeiam as situações de violência. Aspectos sociais, religiosos, econômicos, culturais e familiares devem ser considerados.

Os fatores associados à violência autoinfligida são multifacetados, complexos e necessitam da construção de uma ampla rede de apoio e integração interprofissional e intersetorial. É preciso que esse tema faça parte do cotidiano dos serviços de saúde e de assistência social para que possa ser mais adequadamente compreendido e enfrentado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2014.

CEZAR, Pâmela Kurtz; ARPINI, Dorian Mônica; GOETZ, Everley Rosane. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 432-445, 2017.

CUNHA, F.A; BAPTISTA, M.N; CARVALHO, L.F. Análise Documental sobre os Suicídios ocorridos na Região de Jundiá entre 2004 e 2014. **Revista Salud & Sociedad**. 2016. Disponível em: Acesso em: 26 mai. 2019. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1009>. Acesso em: 27 mai. 2019.

DATASUS. **Tecnologia Serviço da Informação**. 2019a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. **Tecnologia Serviço da Informação**. 2019b. Disponível em: <http://tabnet.saude.mg.gov.br/deftohtm.exe?def/obitos/causaexternar.def>. Acesso em: abr. 2019.

D'SOUZA, Haneil Larson *et al.* A Study of Completed Suicide Among Women in the Reproductive Age Group From Coastal Karnataka. **Journal of Punjab Academy of Forensic Medicine & Toxicology**, v. 18, n. 1, 2018.

GALVÃO, Catarina de Valois Tavares; RIBEIRO, Danilo Lucas Neves; NERY, Felipe Souza. Caracterização do suicídio segundo ocupação no estado de Sergipe. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 5, n. 3, p. 13, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Origem Montes Claros**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>. Acesso em: 19 mai. 2019.

KIM, Eun-Kyung. The Risk Factors of Suicidal Ideation according to Age Groups among the Adolescents in Korea. **Korean Journal of Health Promotion**, 2018; 18(1): 42-50. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-740960>. Acesso em: 01 mai. 2019.

MARQUETTI, Fernanda Cristina; VILARUBIA, Geisy Vilarubia; MILEK, Glenda. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 1, p. 18-26, 2014.

MELO, Gabriela Bardelini Tavares; VALONGUEIRO, Sandra. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 651-660, 2015.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicol. Esc. Educ.** Maringá, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2019.

SANTOS, Allan Dantas dos et al. Spatial analysis and temporal trends of suicide mortality in Sergipe, Brazil, 2000-2015. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 40, n. 4, p. 269-276, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/trends/a/M9VdrmspSwRd4VGt878NXMt/?lang=en>. Acesso em: 15 mai. 2019.

SANTOS, Erick Daniel Gomes Melo *et al.* Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 258-282, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-205.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

TORSKE, Magnhild Oust *et al.* Farmers' mental health: A longitudinal sibling comparison—the HUNT study, Norway. **Scandinavian journal of work, environment & health**, p. 547-556, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27636024/>. Acesso em: 10 mai. 2019.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2019.

VIEIRA, Vânia Aurélio Silva et al. Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itapeceira, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Preventing suicide: A global imperative.** Geneve: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564779>. Acesso em: 02 mai. 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou caracterizar o perfil epidemiológico das pessoas que cometeram o suicídio no município de Montes Claros e região bem como analisar a qualidade das informações quanto ao preenchimento das Declarações de óbito no Instituto Médico Legal do município no período de 2014 a 2018.

Nesse período, foram registrados no IML de Montes Claros, 223 óbitos por autoextermínio, ocorridos no município e em 42 cidades circunvizinhas.

Comparando-se os dados do SIM nacional e Estadual, o estudo constatou um percentual de subnotificação nos casos de suicídio nos Sistemas de Informação sobre Mortalidade nacional e estadual.

Embora as taxas de suicídio de residentes em Montes Claros encontradas no estudo possam ser consideradas relativamente baixas, ou seja, menor do que 5 óbitos /100mil habitante ou quando comparadas à mortalidade por outros agravos/doenças, houve aumento no decorrer do período, principalmente no ano de 2018.

Ao comparar as taxas de mortalidade e mortalidade proporcional por suicídio no mesmo período na capital mineira, no Estado e no Brasil, observou-se que a taxa de mortalidade em Montes Claros foi semelhante à de Belo Horizonte e de Minas Gerais e a taxa de mortalidade proporcional do município em 2018, foi superior à da capital.

Foi possível observar que a população mais vulnerável é justamente aquela que movimenta a economia da cidade e da região. A maior incidência de suicídio concentrou-se entre os 20 e 59 anos, tendo sua maior porcentagem dos 20 aos 39 anos. Em plena fase produtiva, homens, solteiros e trabalhadores do setor de serviços e comércio e estudantes do ensino médio cometeram o suicídio.

Não menos preocupante, as mortes autoinflingidas de pessoas na faixa etária maior ou igual a 60 anos também foi significativa no presente trabalho. Existe um lépido processo de envelhecimento populacional no município, assim como no país e no mundo. É necessário preparar-se para as demandas pessoais e coletivas advindas com o envelhecimento. Gestores

de todas as esferas e profissionais de saúde devem considerar esse grupo etário na definição de políticas públicas e prestação de cuidados à saúde mais resolutivos.

Em relação à raça ou cor da pele, a maioria foi identificada como parda, entretanto pode ter ocorrido um viés em relação a essa característica sociodemográfica, uma vez que no Brasil, a cor da pele ou raça é autodeclarada, pode ser que essa informação tenha sido preenchida de forma subjetiva pelo médico legista ou assistente, caso não tenha havido informações de familiares ou documentos que atestassem sobre essa característica.

Observou-se com esse estudo, que a maioria das pessoas que cometeram o suicídio em Montes Claros e região escolheu o domicílio como local para o autoextermínio e o enforcamento como método principal para sua consumação, o que pode estar relacionado à alta letalidade, à facilidade de acesso e ao baixo custo.

Durante o processo de coleta dos dados, notou-se a necessidade de aprimorar as informações constantes nas Declarações de óbito. Os campos referentes à escolaridade e assistência médica, por exemplo, tiveram um alto índice de não preenchimento, o que prejudica muito a qualidade as informações sobre o suicídio. A incompletude dos dados aconteceu em grande parte dos campos desse documento, principalmente no que diz respeito à causa principal da morte.

Para evitar maior comprometimento da qualidade da pesquisa, além do campo 48 (prováveis circunstâncias da morte não natural), foram analisados os campos 40 que trata da causa da morte e 51 que relata a descrição sumária do evento, como alternativas complementares à informação desejada.

Para além da Declaração de óbito, foram realizadas consultas ao REDS para checagem do evento caso nenhuma dessas alternativas anteriores confirmasse o suicídio. Isso permitiu a melhoria da qualidade dos dados nesse estudo. Ao usar essa metodologia, confirmou-se a possibilidade de se produzir informações mais reais sobre a mortalidade por causas externas, e melhorar a perspectiva epidemiológica a respeito da magnitude dos suicídios. A boa qualidade das informações permite ações mais eficazes na prevenção do autoextermínio.

A Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, Centro de Valorização da Vida e Universidades, poderiam abrir agenda permanente em seus calendários anuais para promover encontros periódicos com o intuito de discutir questões relacionadas ao suicídio nas escolas, nas empresas e comunidade.

Encontros com lideranças religiosas e comunitárias, participação em eventos culturais que permitam a abordagem do tema, pode ser muito produtivo na desmistificação do suicídio. A Secretaria Municipal de saúde, por meio dos agentes comunitários e ESF devem fortalecer os atendimentos e promover atividades de prevenção nas áreas que abrangem os bairros onde houve maior número de suicídios na cidade.

Falar sobre o suicídio, compartilhar os conhecimentos adquiridos, orientar os profissionais envolvidos no processo, independentemente de sua área profissional, aumenta a compreensão de que somos todos coparticipantes e corresponsáveis no processo de saúde-doença e morte do indivíduo. As ações de enfrentamento ao suicídio só serão bem sucedidas se conseguirmos formar redes de proteção que incluam todos os setores da sociedade.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- BAPTISTA, M. N; GOMES, M A. Suicídio: Análise Epidemiológica na Região de Caratinga (MG) entre 2003 e 2010. **Psicologia Argumento**. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835173>. Acesso em: 22 mai. 2019.
- BEBBINGTON, P.E. *et al.* Suicide attempts, gender, and sexual abuse: data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. **Am J Psychiatry**. 2009. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19723788. Acesso em: 24 mai. 2019.
- BERTOLETE, J.M; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Comportamento suicida: conhecer pra prevenir**. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_declaracao_obitos.pdf. Acesso em: 09 mai. 2019.
- _____. **Suicídio: informando para prevenir**. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) Conselho Federal de Medicina (CFM) Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.hsau.de.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2019.
- _____. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Coleção Guia de Referência Rápida Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Superintendência de Atenção Primária. Versão Profissional Série F. Comunicação e Educação em Saúde SMS/RJ. 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 24 mai. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde, v. 48, n. 30, 2017.
- BRITO, F. Demografia: 2. **Transição demográfica no Brasil**. 2010. Disponível em: http://www.passeiweb.com/estudos/sala_de_aula/geografia/brasil_transicao_demografica. Acesso em: 15 mai. 2019.
- CARLLIGOS, X.U. Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. **Pensamiento Psicológico**, 16(1): 69-81, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612018000100006. Acesso em: 02 mai. 2019.
- COSTA, J.S.D; VICTORA, C.G. O que é “um problema de saúde pública?” **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/f3MrHMwdX3FC84t68qph98v/>. Acesso em: 18 mai. 2019.

DATASUS. **Tecnologia Serviço da Informação**. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>. Acesso em: abr. 2019.

DEVRIES, K. *et al.* Violence against women is strongly associated with suicide attempts:evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Soc Sci Med**. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21676510>. Acesso em: 25 mai. 2019.

DUARTE, C.A.B; MOREIRA, L.E.M. Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estud. interdiscipl. envelhec**, Porto Alegre. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/54606/2/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SA%C3%9ADE%20DA%20PESSOA%20IDOSA%20INTEGRALIDADE%20E%20FRAGILIDADE%20EM%20BIOPOL%C3%8DTICAS%20DO%20ENVELHECIMENTO.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2019.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia**. Tradução Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes. 2000.

_____. **O Suicídio – estudo de sociologia**. Tradução: Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

ESQUIROL, J.E. Mélancolie. **Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de Chirurgiens**. Paris: Panckoucke, 1820, v. 50. Bibliothèque numérique Medica. Université Paris Cité. Disponível em: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=47661x50&p=3>. Acesso em: 18 mai. 2019.

ERTHAL, R. M.C. **O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos**. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Yg5rbB8Wgf3mC7nYwWDRFKg/>. Acesso em: 19 jun. 2019.

FALRET, J.P. Mémoire sur la folie circulaire. **Bulletin de l'Académie de Médecine**. Paris, 1854, p. 382-415. Bibliothèque numérique Medica. Disponível em: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?epo0306>. Acesso em: 18 mai. 2019.

FREUD, S. **Duelo y melancolía**. Obras completas. Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. 1915.

GOTSENS, M. *et al.* Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención médico-legal. **Rev. Esp. Salud Pública**. 2011. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200005&script=sci_abstract. Acesso em: 21 mai. 2019.

GRUBITS, S; FREIRE, H.B.G; NORIEGA, J.A.V. Suicídios de jovens Guarani / Kaiowá de Mato Grosso do Sul. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, 31 (3): 504-517, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mai. 2019.

HAAGSMA, J.A. *et al.* A carga global de lesões: incidência, mortalidade, anos de vida ajustados por incapacidade e tendências de tempo do estudo. **Global Burden of Disease** 2013. *Prevenção de Lesões*; 22: 3-18.2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26635210/>. Acesso em: 15 mai. 2019.

HELMAN, C.G. **Cultura saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 mai. 2019.

IMRS. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social**. 2017. Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>. Acesso em: 14 mai. 2019.

JACKSON, A.S.F. **Loucos e pecadores. Suicídio na Bahia no século XIX**. Tese. Universidade Federal da Bahia, 2004. Disponível em: https://ppgh.ufba.br/sites/ppgh.ufba.br/files/2004._ferreira_jackson_andre_da_silva._loucos_e_pecadores_suicidio_na_bahia_do_seculo_xix.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

JORGE, M.H.P.M. *et al.* O sistema de informações sobre mortalidade. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2002.v5n2/197-211/pt>. Acesso em: 15 mai. 2019.

KRUG, E.G. *et al.* Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2002.

MARQUETTI, F.C; MILEK, G. Percurso Suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Rev Ter Ocup Univ.** São Paulo. 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664>. Acesso em: 02 mai. 2019.

MENEGHEL, S.H. *et al* Tentativa de suicídio em mulheres idosas: uma perspectiva de gênero. **Cienc Saude Colet.** 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1721.pdf. Acesso em: 24 mai. 2019.

MENÉNDEZ, A.F.S. **Condiciones sociales en torno al suicidio en la región occidental de El Salvador**. Dissertação (Maestría en Métodos y Técnicas de Investigación Social). Facultad Multidisciplinaria de Occidente, Universidad de El Salvador, Santa Ana, El Salvador, 2011. Disponível em: <https://ri.ues.edu.sv/903/>. Acesso em: 01 mai. 2019.

MINAYO, M.C.S; CAVALCANTE, F.G. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). **Cien Saude Colet.** 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060953/>. Acesso em: 21 mai. 2019.

MONTES CLAROS. **Prefeitura Municipal de Montes Claros**. Disponível em: <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/>. Acesso em: 19 mai. 2019.

OMS/OPAS. **Prevención de la conducta suicida**. Organización Panamericana de la Salud. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-conducta-suicida>. Acesso em: 18 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2002.

PEREIRA W. K. S., MACIEL. S. G. P. M., GUILHERMINO S. M.G. O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico em unidades de referência. **Rev enferm UFPE**. Recife, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32537>. Acesso em: 25 mai. 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coleção Guia de Referência Rápida. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 26 mai. 2019.

SANTOS, S. A. *et al.* Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/J667KLcfVvJ5y6mQjKdZxfH/?format=pdf&lng=pt>. Acesso em: 17 mai. 2019.

SANTOS, M.A. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. **Ciênc. Saúde coletiva** 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903061&lng=pt. Acesso em: 23 mai. 2019.

SÃO PAULO. Secretaria de Segurança Pública de São Paulo. **Portal do Governo**. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/>. Acesso em: 20 mai. 2019.

SCHMIDTKE, A. *et al.* Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. In: **Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide**, 1996. Anais. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996:327-38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8792901/>. Acesso em: 08 mai. 2019.

SCHNEIDMAN, E. **Suicide as Psych ache: A Clinical Approach, to Self-Destructive Behavior**. New Jersey: Jason Aronson. 1993.

SEHNEM SB, PALOSQUI V. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. Fractal. **Rev. Psicol.** Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000200365&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 abr. 2019.

SILVA, J. L. **Suicídios invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada**. Tese. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002834089>. Acesso em: 02 mai. 2019.

SILVA, R.M. *et al.* Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800755&lng=pt. Acesso em: 23 mai. 2023.

SGOBIN, S.M.T. **Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral**. Campinas, SP. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: <https://vitalere.com.br/download/custos-diretos-e-indiretos-de-tentativas-de-suicidio-de-alta-letalidade-internadas-em-hospital-geral.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2019.

SOARES FILHO, A.M; CORTEZ-ESCALANTE, J.J.C; FRANÇA, E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3fTryDZRjbcDsxjgWtJH7xk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2019.

SOUZA, V. DOS S. *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/RZ5SkKZk6QFqSmJVH4MgMWD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2019.

STENGEL, Erwin. **Suicídio e Tentativa de Suicídio**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1980.

VIDAL, C.E.L; GONTIJO, E.C.D.M; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/F5YrqJzV4X5wD8QPCj9CVYH/>. Acesso em: 16 abr. 2019.

VIDAL, C.E.L. *et al.* Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. **Cad. saúde colet**. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000200158&lng=en. Acesso em: 25 mai. 2023.

VIEIRA, K.F.L. **Depressão e suicídio**: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008. Disponível em: <https://silo.tips/download/kay-francis-leal-vieira-depressao-e-suicidio-uma-abordagem-psicossociologica-no>. Acesso em: 20 mai. 2019.

VIEIRA, L.T; OLIVEIRA, S.G; CAMARGOS, L.M.N. Análise Epidemiológica dos Casos de Suicídio no Município de Coração de Jesus – MG. **Humanidades**. 2014. Disponível em: https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a19.pdf. Acesso em: 10 mai. 2019.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **R. Interam. Psicol.** Porto Alegre, v.39, n, 2, p. 259-266, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28439210.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2019

WHO. WHO. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: OMS, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241503570>. Acesso em: 08 mai. 2019.

_____. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: OMS, 2014. Disponível em >
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564779>. Acesso em: 22 mai. 2019.

_____. **Active ageing: a policy framework.** Madrid: World Health Organization. 2002.
Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2019.

ANEXOS

ANEXO A

Lesões autoprovocadas voluntariamente codificadas como X60-X84, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10)

X60 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos

X61 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte

X62 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte

X63 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo

X64 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas

X65 - Autointoxicação voluntária por álcool

X66 - Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores

X67 - Autointoxicação intencional por outros gases e vapores

X68 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas

X69 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas

X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação

X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão

X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão

X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre

X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada

X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos

X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas

X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes

X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante

X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente

X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado

X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento

X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor

X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados

X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados

ANEXO B

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Suicídios registrados no município de Montes Claros, Minas Gerais, no período de 2014 a 2017

Pesquisador: Eiane Costa Dias Maceco Gontijo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02244118.3.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.034.215

Apresentação do Projeto:

A palavra suicídio vem do latim sui (si mesmo) e caeceres (ação de matar), e significa a forma pela qual o sujeito deseja e provoca a própria morte, voluntariamente (VIEIRA, 2008). Há relatos, poemas, histórias que mostram que o suicídio sempre existiu na humanidade (MENENDEZ, 2011), o que muda é a forma como cada sociedade vai entender e lidar culturalmente com o ato suicida (ABASSE, 2009). Historicamente, o ato suicida foi considerado como exclusivo da pessoa que o executou, ficando em si toda e qualquer causa que lhe fosse externa. Émile Durkheim, sociólogo francês foi pioneiro em discutir o suicídio sob a ótica do coletivo. Para ele, o evento deixa de ser único e exclusivo de quem o cometeu e passa a ser um fenômeno de natureza social, relacionado à fragilidade moral da sociedade em que o indivíduo está inserido. A gênese do suicídio consiste na forma que o sujeito se relaciona com a sociedade a qual pertence (DURKHEIM, 2011[1987]). Para Durkheim existem quatro tipos diferentes de suicídio. O suicídio egoísta - típico das sociedades modernas. Indivíduos com baixa coesão social e altamente individualista tiram sua própria vida e acreditam que sua morte não causa nenhum impacto a sociedade. O suicídio altruísta - acontece quando a sociedade exerce um excesso de regulamentação sobre o sujeito pelas forças sociais. Há uma coesão muito forte que torra o indivíduo crente que sua morte trará algum benefício para a sociedade. Como se observa em casos de homens-bomba. Suicídio anômico - é o mais comum nas sociedades que vivenciam situações com elevado grau de desordem e pouca estabilidade social, causada por momentos de crise coletiva. O suicídio aqui, se relaciona profundamente com a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Andar - SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELOHORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: ccep@ppcc.ufmg.br

Continuação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

S.M.J. sou a favor da aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1113879.pdf	05/11/2018 07:45:31		Aceito
Outros	parecer_ufmg.pdf	05/11/2018 07:44:32	DEBORA CRISTIN A VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pesquisa_brochura.docx	25/10/2018 02:44:21	DEBORA CRISTIN A VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_plataforma.pdf	25/10/2018 02:33:45	DEBORA CRISTIN A VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 22 de Novembro de 2018

Assinado por:

**Eliane Cristina de
Freitas Rocha
(Coordenador(a))**

ANEXO C

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Formulário para Parecer em projetos de Ensino, Extensão, Pesquisa

IDENTIFICAÇÃO:

Nome do(a) pesquisador(a): Débora Cristina Vieira, do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência, da FMUFMG,

Coordenador(a) Participante

Outros(as) docentes do DMPS envolvidos:

Orientadoras: Eliane Dias Gontijo e Maria da Conceição Juste Werneck Cortes.

TÍTULO DO PROJETO :

Multicentrico Interunidade Interdepartamental Individual

Instituição(es) envolvida(s): UFMG

ANÁLISE:

Item	Adequado/inadequado	Observações
Relevância do tema	adequado	Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal que analisará 262 óbitos por suicídio registrados no Instituto Médico Legal de Montes Claros, MG, no período de 2004 a 2014. A aluna ressalta sua experiência como profissional de psicologia, atuando em serviço público de Saúde Mental (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) o que proporcionou vivências significativas com pacientes com comportamento suicida. Geralmente essas tentativas estavam associadas ao abuso de drogas ilícitas, overdose de medicamentos ou envenenamento, principalmente por rodenticida, além da presença de transtornos mentais, como casos de depressão e esquizofrenia. Não raramente o serviço recebia usuários reincidentes em suas tentativas. Assim, estes eventos despertaram seu interesse em aprofundar sobre o tema, investigar as causas mais frequentes e fatores associados inclusive em relação ao meio utilizado para realizar esse intento, visando verificar tendências e assim contribuir para a implementação de medidas mais efetivas de prevenção, evitando a reincidência de tentativas e o óbito.
Adequação ao	adequado	

2

FA
D
R
I

escopo da Saúde Pública / Saúde Coletiva		Para investigar tal pressuposto serão analisados os 262 óbitos registrados no IML de Montes Claros no período. Serão estudadas as informações sócio demográficas, residência no momento do ato, idade, sexo, cor da pele, presença de gravidez /puerpério, sazonalidade, estado civil e meios utilizados para o autoextermínio.
Viabilidade	adequado	Os dados já foram coletados
Bibliografia	adequado	O projeto apresenta 23 referências atualizadas
Considerações éticas/TCLE	adequado	O projeto detalha também os procedimentos que serão utilizados para observância aos preceitos éticos de estudos envolvendo seres humanos. O TCLE é dispensável por trabalhar com dados secundários
Apreciação pelo COEP	SIM Após aprovação da Câmara, será feito um termo aditivo para aprovação na UFMG	Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (processos nº 189/2005). Parecer 804.965 (CAAE: 35102814.7.0000.5141).

Publico alvo (Características/ Número):

Participação de alunos (número)

Graduação (0) Curso:

Pós-graduação (1) Programa: Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência

CAPTAÇÃO DE RECURSOS

Sim () Não (X)

Agência Financiadora:

Montante: NA

AVALIAÇÃO FINAL:

Bem qualificado em todos os itens. Recomendado para aprovação.

Bom com reservas. Não recomendado, com ressalvas ou incompleto.

Inadequado. Não recomendado.

PARECER CONSUBSTANCIADO: (MODELO)

O Projeto Intitulado Suicídios registrados no Município de Montes Claros/MG no período de 2004 A 2014, da pesquisadora responsável Débora Cristina Vieira mestranda do PPGPSPV FMUFMG_ tem como objetivo geral avaliar os fatores associados aos óbitos causados por suicídio, enfocando o meio utilizado como diferencial de prevenção.

O projeto apresenta adequação dos dados de identificação, descrição sucinta da justificativa e dos objetivos do estudo, bem como, adequação da metodologia, referência bibliográfica pertinente e responsabilidade do pesquisador na condução do estudo.

*Desta forma, o Projeto avaliado em /05/2018 foi considerado **APROVADO**.*

Belo Horizonte,

PARECERISTA: Geraldo da Cunha Cury
e-mail: Geraldo Cury <geraldocunhacury@gmail.com>

ASSINATURA:

Belo Horizonte, 04 de maio de 2018


Prof. Geraldo da Cunha Cury
Professor Titular

ANEXO D

Grande grupo de Ocupações – (Classificação Brasileira de Ocupações). Quadro das nove grandes categorias

CBO 2002 - Grandes Grupos / Títulos		Nível de Competência
0	Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	Não definido
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	Não definido
2	Profissionais das ciências e das artes	4
3	Técnicos de nível médio	3
4	Trabalhadores de serviços administrativos	2
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	2
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	2
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
9	Trabalhadores de manutenção e reparação	

ANEXO E



Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Minas Gerais.

DMPS/FM/Ofício 37/18

Belo Horizonte, 07 de Maio de 2018.

A Câmara Departamental reunida no dia 04/05/2018, aprovou o Projeto de Pesquisa, intitulado "**Suicídios Registrados no Município de Montes Claros no Período de 2004 a 2014**", de autoria da aluna Débora Cristina Vieira, mestranda do programa de Pós Graduação Promoção de Saúde e Prevenção de Violência, da FM/UFMG. Orientada pelas Professoras Eliane Dias Gontijo e Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes, e com parecer do Professor Geraldo Cunha Cury.

Atenciosamente,

Antônio Thomaz G. da Matta Machado
Chefe do Depto. de Medicina
Preventiva e Social
Insc.:10941X/0323251

Professor Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Chefe, Departamento de Medicina Preventiva e Social

Avenida Alfredo Balena 190 – Bairro Santa Efigênia – Sala 803 8º Andar.

Contato :3409 9812 – fax 3409 9804 - <http://medicina.ufmg.br/mps/dmps@medicina.ufmg.br>

ANEXO F**Montes Claros, 19 de abril de 2018**

Dr. Bruno Farias Rezende
Delegado da Polícia Civil – Homicídios

Ref: Solicitação de autorização para pesquisa de dados registrados no IML de Montes Claros/MG

Com os cordiais cumprimentos, venho por meio desta solicitar autorização para realizar pesquisa de dados no IML de Montes Claros/ MG. Sou aluna regularmente matriculada no Programa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da UFMG nível Mestrado e pretendo desenvolver uma pesquisa intitulada *Suicídios Registrados no Município de Montes Claros/MG no período de 2004a 2014–* Mestrado, sob orientação das professoras Eliane Gontijo e Maria da Conceição Werneck Cortes.

Informamos que o presente projeto de pesquisa pretende dar continuidade ao estudo desenvolvido por pesquisadores da Instituição Proponente: SOEBRAS- Associação Educativa do Brasil/Faculdades Unidas do Norte de Minas, coordenado pelo Prof. Leonardo Tadeu Vieira que teve como objetivo identificar os fatores de risco para o suicídio na mesorregião do Norte de Minas, utilizando dados coletados no IML e em Prontuários de pacientes internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia, Hospital Haroldo Tourinho e Hospital Dílson Godinho no período de 1º de Janeiro de 1994 a 31 de Dezembro de 2005.

No período de 1º de Janeiro de 2005 a 30 de Junho de 2014, o estudo limitou-se a análise dos óbitos registrados no IML. O estudo foi aprovado pela Comissão de ética em Pesquisa CAAE: 35102814.7.00005141. Parecer: 804965. Relatoria: 30/09/2014

O estudo atual busca avaliar óbitos por suicídio registrados no município de Montes Claros, no período de 2004 a 2014, identificar o meio utilizado e o local (domicílio, Zona Rural ou urbana), comparar a mortalidade proporcional e a taxa de mortalidade por suicídios em Montes Claros, Belo Horizonte, MinasGerais e Brasil e mapear áreas de risco por residência através da análise das Declarações de óbito registradas. O estudo tem previsão de defesa da dissertação em julho de 2019.

No desenvolvimento da pesquisa, uma análise preliminar dos dados revelou a necessidade de completar informações, assim, solicita-se o acesso às Declarações de óbitos por suicídio registrados no município de Montes Claros, no período de

2004 a dezembro 2014, conforme listagem dos números de identificação das DOS emitidas pelo IML de MOC.

Esclarecemos que não haverá custos para a instituição. Respeitaremos as disposições éticas e legais brasileiras para o acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional, para fins científicos, nos comprometendo a:

Preservar a privacidade do serviço, proprietários dos dados da documentação;

Utilizar as informações exclusivamente para fins científicos;

Manter o anonimato das informações e não utilizar iniciais ou outras indicações que identifiquem o participante da pesquisa.

O relatório final da pesquisa será disponibilizado como eventual contribuição para o planejamento de ações preventivas.

Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão, certos de sua colaboração para o desenvolvimento do projeto científico.

Anexos:

Anexo 1- declaração


Anexo 2- Projeto

Anexo 3 – Lista

Nome e assinatura do Pesquisador Principal

RG

ANEXO G


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

25368626-1

I Identificação

1 Tipo de óbito: Fetal, Não Fetal
 2 Data do óbito: _____ Hora: _____ 3 Cartão SUS: _____ 4 Naturalidade: _____
 5 Nome do Falecido: _____
 6 Nome do Pai: _____ 7 Nome da Mãe: _____
 8 Data de nascimento: _____ 9 Idade: _____ Anos completos: _____ Menores de 1 ano: _____ Meses: _____ Dias: _____ Horas: _____ Minutos: _____
 10 Sexo: M - Masc., F - Fem., I - Ignorado
 11 Raça/Cor: Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena, Ignorada
 12 Situação conjugal: Solteiro, Casado, Viúvo, Separado judicialmente/divorçado, União estável, Ignorada
 13 Escolaridade (última série concluída): Sem escolaridade, Fundamental I (1ª a 4ª Série), Fundamental II (5ª a 8ª Série), Médio (antigo 2º grau), Superior incompleto, Superior completo
 14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): _____ Código CBO 2002: _____

II Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc): _____ Número: _____ Complemento: _____ 16 CEP: _____
 17 Bairro/Distrito: _____ Código: _____ 18 Município de residência: _____ Código: _____ 19 UF: _____

III Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito: Hospital, Outros estab. saúde, Domicílio, Via pública, Outros, Aldeia indígena, Ignorado
 21 Estabelecimento: _____ Código CNES: _____
 22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc): _____ Número: _____ Complemento: _____ 23 CEP: _____
 24 Bairro/Distrito: _____ Código: _____ 25 Município de ocorrência: _____ Código: _____ 26 UF: _____

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos): _____ 28 Escolaridade (última série concluída): Sem escolaridade, Fundamental I (1ª a 4ª Série), Fundamental II (5ª a 8ª Série), Médio (antigo 2º grau), Superior incompleto, Superior completo
 29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada): _____ Código CBO 2002: _____
 30 Número de filhos vivos: _____ 31 Nº de semanas de gestação: _____ 32 Tipo de gravidez: Única, Dupla, Tripla e mais, Ignorada
 33 Tipo de parto: Vaginal, Cesáreo, Ignorado
 34 Morte em relação ao parto: Antes, Durante, Depois, Ignorado
 35 Peso ao nascer: _____ Gramas: _____ 36 Número da Declaração de Nascimento Vivo: _____

V Contingências e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu: Na gravidez, No abortamento, Até 42 dias após o término da gestação, De 43 dias a 1 ano após o término da gestação, Não ocorreu nestes períodos
 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?: Sim, Não, Ignorado
 39 Necropsia?: Sim, Não, Ignorado

VI Médico

40 CAUSAS DA MORTE PARTE I: Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA. Devido ou como consequência de: _____ CID: _____
 40 CAUSAS ANTECEDENTES: Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. Devido ou como consequência de: _____
 PARTE II: Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. _____
 41 Nome do Médico: _____ 42 CRM: _____ 43 Óbito atestado por Médico: Assistente, Substituto, IML, SVO, Outro, Ignorado
 44 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc): _____ 45 Data do atestado: _____ 46 Assinatura: _____

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

47 Tipo: Acidente, Suicídio, Homicídio, Outros, Acidente do trabalho, Ignorado
 48 Acidente do trabalho: Sim, Não, Ignorado
 49 Fonte da informação: Ocorrência Policial Nº _____, Hospital, Família, Outra, Ignorada
 50 Descrição sumária do evento: _____ Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência: Via pública, Endereço de residência, Outro domicílio, Estabelecimento comercial, Outros, Ignorada
 51 Endereço do local do acidente ou violência: _____ Número: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc): _____

VIII Cartório

53 Cartório: _____ Código: _____ 54 Registro: _____ 55 Data: _____
 56 Município: _____ 57 UF: _____

IX Localid. S. Médico

58 Declarante: _____ 59 Testemunhas: _____
 A _____
 B _____

Versão 01/14 - Impressão 08/2016 www.contiplan.com.br | tel.: (11) 2107-5500

ANEXO H

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO I

Cálculo

O escore é calculado a partir de dez perguntas sim / não, com um ponto para cada resposta afirmativa:

- **S** : sexo masculino
- **A** : Idade (<19 ou> 45 anos)
- **D** : Depressão
- **P** : tentativa anterior
- **E** : Excesso de álcool ou uso de substâncias
- **R** : perda do pensamento racional
- **S** : Apoios sociais que faltam
- **O** : plano organizado
- **N** : sem cônjuge
- **S** : Doença

Essa pontuação é então mapeada em uma escala de avaliação de risco da seguinte forma:

- 0–4: baixo
- 5–6: Médio
- 7–10: alta

Escala Modificada de SAD PERSONS

O escore é calculado a partir de dez perguntas sim / não, com pontos dados para cada resposta afirmativa da seguinte forma: ^[6]

- S: sexo masculino → 1
- A: Idade entre 15 e 25 anos ou mais de 59 anos → 1
- D: Depressão ou desesperança → 2
- P: Tentativas suicidas prévias ou tratamento psiquiátrico → 1
- E: Uso excessivo de etanol ou drogas → 1
- R: Perda do pensamento racional (doença psicótica ou orgânica) → 2
- S: Solteiro, viúvo ou divorciado → 1
- O: Tentativa organizada ou séria → 2
- N: Sem suporte social → 1
- S: intenção futura declarada (determinada a repetir ou ambivalente) → 2

Essa pontuação é então mapeada em uma escala de avaliação de risco da seguinte forma:

- 0-5: Pode ser seguro descarregar (dependendo das circunstâncias)
- 6-8: Provavelmente requer consulta psiquiátrica
- > 8: Provavelmente requer hospitalização

APÊNDICES**Referente ao Artigo****APÊNDICE A**

Evolução da taxa de óbitos por suicídio nas duas últimas décadas número de suicídios nas duas últimas décadas

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3,18	5,01	5,54	8,18	6,12	3,72	8,42	6,41	5,50	4,41

APÊNDICE B

Tabela 1 – Escolaridade e ocupação

Ocupação	Sem escolaridade	8 anos estudados	Ensino médio	Ensino superior	Sem informação	Total
Trabalhadores do setor agrícola	1	4	2	0	62	69
Trabalhadores do setor de serviço	1	2	9	2	64	78
Trabalhadores de nível superior	0	0	0	6	3	9
Estudante	0	0	4	2	11	17
Aposentados e pensionistas	0	3	0	0	5	8
Sem informação	1	2	3	0	36	42

Fonte: Própria dos autores.

APÊNDICE C

Tabela 2 - Método utilizado para o suicídio

Variáveis explicativas	Método utilizado para o suicídio									Total	
	Arma de fogo / Arma branca		Enforcamento		Envenenamento / Intoxicação / Incendiamento / Afogamento / Atirar-se a frente de um veículo		Sem informação				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
sexo											
	masculino	19	10,2	140	75,3	12	6,5	15	8,1	186	83,4
	feminino	0	0,0	20	62,5	6	18,8	6	18,8	32	14,3
	não citado	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	2,2
Faixa Etária(anos)											
	Até 19	3	18,8	11	68,8	1	6,3	1	6,3	16	7,2
	20 a 39	8	8,3	74	77,1	6	6,3	8	8,3	96	43,0
	40 a 59	6	6,9	61	70,1	10	11,5	10	11,5	87	39,0
	60 ou mais	2	8,3	19	79,2	1	4,2	2	8,3	24	10,8
ocupação											
	trabalhador	4	5,8	48	69,6	9	13,0	8	11,6	69	30,9
	trabalhador	8	10,3	62	79,5	3	3,8	5	6,4	78	35,0
	trabalhador	1	11,1	6	66,7	0	0,0	2	22,2	9	4,0
	estudante	1	5,9	12	70,6	2	11,8	2	11,8	17	7,6
	aposentado	0	0,0	6	75,0	0	0,0	2	25,0	8	3,6
	não citado	5	11,9	31	73,8	4	9,5	2	4,8	42	18,8
Total											
		19	8,5	165	74,0	18	8,1	21	9,4	223	100,0

Fonte: Própria dos autores.

APÊNDICE D

Tabela 3 - Bivariada de características sociodemográficas e local de ocorrência

Características		Local de ocorrência do óbito												Total	
		hospital		domicílio		via pública		outros		ignorado		não citado			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
sexo															
	masculino	15	8,1	92	49,5	9	4,8	30	16,1	6	3,2	34	18,3	186	83,4
	feminino	8	25,0	19	59,4	1	3,1	3	9,4	0	0,0	1	3,1	32	14,3
	não citado	0	0,0	3	60,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	5	2,2
fx_etaria															
	20 a 39	7	7,3	47	49,0	3	3,1	15	15,6	3	3,1	21	21,9	96	43,0
	40 a 59	13	14,9	42	48,3	6	6,9	11	12,6	3	3,4	12	13,8	87	39,0
	60 ou mais	1	4,2	15	62,5	1	4,2	6	25,0	0	0,0	1	4,2	24	10,8
	Até 19	2	12,5	10	62,5	0	0,0	2	12,5	0	0,0	2	12,5	16	7,2
ocupação															
	trabalhador	4	5,8	35	50,7	3	4,3	9	13,0	3	4,3	15	21,7	69	30,9
	trabalhador	7	9,0	37	47,4	3	3,8	18	23,1	1	1,3	12	15,4	78	35,0
	trabalhador	3	33,3	4	44,4	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	11,1	9	4,0
	estudante	2	11,8	12	70,6	0	0,0	2	11,8	0	0,0	1	5,9	17	7,6
	aposentado	1	12,5	4	50,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	8	3,6
	não citado	6	14,3	22	52,4	2	4,8	3	7,1	2	4,8	7	16,7	42	18,8
Total															
	Total	23	10,3	114	51,1	10	4,5	34	15,2	6	2,7	36	16,1	223	100,0

Fonte: Própria dos autores

APÊNDICE E

Tabela 4 - Perfil sócio demográfico das vítimas de autoextermínio. Montes Claros/Mg, 2019

Variáveis	n	%
Faixa etária		
≤ 19 anos	16	7,2
20-39 anos	104	46,6
40 - 59 anos	79	35,4
≥ 60 anos	24	10,8
Sem informação	-	-
Sexo		
Masculino	186	83,4
Feminino	32	14,3
Sem informação	05	2,2
Cor da pele		
Branca	22	9,9
Preta	06	2,7
Parda	181	81,2
Sem informação	14	6,3

Fonte: Própria dos autores.