

Perfil de suicídios em município da Amazônia Legal

Suicide profiles in a municipality of the Legal Amazon

Erick de Sousa Silva¹, Jair Marques Junior², Eliane Aparecida Suchara³

Resumo

Introdução: O suicídio é um problema mundial de saúde pública e está entre as principais causas de morte no mundo. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a sua ocorrência e caracterizar os casos de suicídio registrados em um município da Amazônia Legal, entre os anos de 1999 e 2016. **Método:** Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo e transversal. Foram incluídos todos os casos registrados como suicídios no Instituto Médico Legal (IML) de Barra do Garças, Mato Grosso. **Resultados:** As taxas de suicídio por ano variaram de 8,6 (2014) a 20,3 (2003). Houve maior frequência no gênero masculino (76,6%) e em adultos (78,1%). A causa mais utilizada foi a asfixia (49,6%), seguida por intoxicações (27,0%), cujos principais agentes tóxicos utilizados foram agrotóxicos (60,9%). Em relação ao mês de ocorrência, abril apresentou o maior número de suicídios (13,1%) e o menor foi em fevereiro (5,1%). Em relação ao dia da semana, no domingo, foi observada a maior incidência (17,5%). **Conclusão:** Diante do exposto, conclui-se que o gênero masculino e a faixa etária adultos foram mais propensos a cometer a autoagressão. Assim, projetos relacionados à Saúde Pública e estratégias de prevenção são necessários, pensando também em ações mais efetivas voltadas para o perfil das vítimas.

Palavras-chave: saúde pública; autoagressão; asfixia.

Abstract

Introduction: Suicide is a global public health problem and is among the leading causes of death worldwide. Thus, this study aimed to study the occurrence and characterize the suicide cases recorded in a municipality of the Legal Amazon, between the years of 1999 and 2016. **Method:** We performed an epidemiological descriptive and transversal study including all cases registered as suicides at the Institute of Forensic Medicine (IFM) of Barra do Garças, Mato Grosso. **Results:** Suicide rates ranged from 8.6 (2014) to 20.3 (2003). There was a higher frequency in males (76.6%) and in adults (78.1%). The most common form of suicide was asphyxiation (49.6%), followed by intoxications (27.0%), mainly by pesticides (60.9%). April was the month with the highest number of suicides (13.1%), and February (5.1%) had the lowest. Sundays were the day of the week with a higher incidence (17.5%). **Conclusions:** In conclusion, male adults are more likely to commit self-harm. Thus, there is a need for more research on public health and prevention strategies, also considering more effective actions according to the profile of the victims.

Keywords: public health; self-harm; asphyxiation.

¹Curso de Farmácia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus do Araguaia - Barra do Garças (MT), Brasil.

²Gerência de Medicina Legal *Paul Harris* (POLITEC), Instituto Médico Legal (IML) - Barra do Garças (MT), Brasil.

³Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus do Araguaia - Barra do Garças (MT), Brasil.

Trabalho realizado no Instituto Médico Legal *Paul Harris* (POLITEC) - Barra do Garças (MT) e na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Barra do Garças (MT), Brasil.

Endereço para correspondência: Eliane Aparecida Suchara - Curso de Farmácia, Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (Campus II), Rodovia BR-070, Km 5 - CEP: 78600-000 - Barra do Garças (MT), Brasil - Email: elianesuchara@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

O suicídio é um dos mais desconcertantes e devastadores de todos os comportamentos humanos, estando constantemente entre as principais causas de morte no mundo, levando a vida de uma pessoa a cada 40 segundos¹. Um problema mundial de saúde pública, com 800 mil suicídios e cerca de 16 milhões de episódios de autoagressão por ano². O suicídio se inscreve no campo dos transtornos mentais (angústias, depressão, alterações de comportamento, bipolaridade, entre outros) adquirindo o *status* de patologia³. Note-se que tanto a ideação quanto a intenção podem resultar em um comportamento suicida⁴.

Este é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma só razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais⁵. Seus fatores de risco incluem doença mental e física, abuso de álcool ou drogas, doença crônica, sofrimento emocional agudo, violência, uma mudança súbita e importante na vida de um indivíduo, tais como perda de emprego, separação de um parceiro ou outros eventos adversos. Pode-se tratar, ainda, em muitos casos, de uma combinação destes fatores. Embora os problemas de saúde mental desempenhem um papel que varia em diferentes contextos, outros fatores –como cultural e *status* socioeconômico –são também particularmente influentes⁶.

Para a compreensão e a prevenção dos casos de suicídio, é um fator imprescindível diminuir as subnotificações, assim como primar pela qualidade no preenchimento dos documentos que fazem parte de sua base⁷. É fundamental conhecer as variáveis implicadas em tal fenômeno, para compreender melhor essa realidade^{8,9}. Assim, fazem-se necessárias novas pesquisas que ampliem o conhecimento atual¹. E, nesse contexto, o Instituto Médico Legal (IML) dos municípios constitui uma importante fonte de dados, pois, nestes locais, não há subnotificação, considerando-se que o registro de casos de suicídios é compulsório no IML. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar e caracterizar a ocorrência de suicídios em um município da Amazônia Legal, através de dados do seu IML, no período de 1999 a 2016.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, não probabilístico, transversal, sendo o período avaliado de janeiro de 1999 a dezembro de 2016. Foram incluídos todos os casos registrados como suicídios no Instituto Médico Legal (IML) de Barra do Garças, Mato Grosso. Este município apresentou uma população estimada de 58.974 habitantes no ano de 2017 e possui área de unidade territorial de 9.079,291 km^{2,10}. Está localizado às margens dos Rios Araguaia e Garças, no centro geodésico do Brasil, e é conhecido como Portal da Amazônia¹¹. A Amazônia Legal corresponde à área dos Estados da Região Norte, acrescidos

da totalidade do Estado de Mato Grosso e dos municípios do Estado do Maranhão situados a oeste do meridiano 44° O¹².

As variáveis estudadas foram gênero e faixa etária, meio de suicídio, agente causal, causa da morte, dia da semana, mês de ocorrência e estação do ano.

Considerando-se que os dados foram coletados no IML, a causa da morte foi classificada segundo os termos adotados nos registros, ficando assim definidos: Enforcamento, Intoxicação, Trauma Cranioencefálico (TCE) provocado por Arma de Fogo, Choques, Eletrocussão e Politraumatismo (atropelamento premeditado). Os casos classificados como Choque foram aqueles nos quais ocorreu a redução crítica na perfusão tecidual, provocando alterações sistêmicas graves, com comprometimento da função celular e orgânica¹³. Já o termo Eletrocussão foi utilizado para a morte por descarga elétrica, conhecido também como choque elétrico. Este choque é causado pela descarga de um capacitor, gerado por um dispositivo que armazena energia¹⁴.

Os dados brutos foram organizados em planilhas eletrônicas. A partir dos dados da população estimada de cada ano, segundo o IBGE, calcularam-se as taxas de incidência de suicídio levando em consideração o número de suicídios de cada ano por 100 mil habitantes.

Este trabalho foi submetido, por meio da Plataforma Brasil, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas (CAAE 58164916.4.0000.5587), sendo aprovado segundo Parecer n.º 1.657.824.

RESULTADOS

No período estudado, foram analisados 137 laudos de óbitos por suicídio registrados no IML de Barra do Garças. A taxa média anual de suicídio foi de 13,8 ± 3,6, sendo a menor de 8,6 suicídios (2014) e a maior de 20,3 (2003) (Tabela 1). Quanto ao perfil das vítimas, observou-se prevalência do gênero masculino (76,6%) em relação ao gênero feminino (23,3%). Ocorreu predominância na faixa etária dos adultos (78,1%), seguido por idosos (13,9%) e adolescentes (8%) (Tabela 2). Entre os adultos, a faixa predominante foi de 18 a 34 anos (62,6%), sendo seguida pela faixa de 35 a 49 anos (26,1%) e, por último, a faixa de 50 a 59 anos (11,2%).

A relação entre a causa da morte e o gênero está apresentada na Tabela 3 e observa-se, entre as causas, prevalência do Enforcamento e das Intoxicações. Ao avaliar os dados das causas da morte Intoxicação e Agentes Tóxicos utilizados, é observada uma desconexão, justificada pelo fato de que o uso de uma substância tóxica pode levar a uma causa da morte classificada como intoxicação ou a outro enquadramento, como, por exemplo, Choque Hipovolêmico ou Anafilático.

Quando avaliados separadamente os casos de suicídios envolvendo as intoxicações, observou-se que os principais

Tabela 1. Distribuição dos casos de suicídio no período de 1999 a 2016, de acordo com a faixa etária, no município de Barra do Garças-MT

Período	Faixa etária								Incidência (%)
	Adolescentes ^a		Adultos ^b		Idosos ^c		Total		
	N ^d	% ^e	N	%	N	%	N	%	
1999	0,0	0,0	9,0	8,4	0,0	0,0	9,0	6,6	18,8
2000	0,0	0,0	5,0	4,7	0,0	0,0	5,0	3,6	9,5
2001	2,0	18,2	5,0	4,7	1,0	5,3	8,0	5,8	15,1
2002	0,0	0,0	6,0	5,6	2,0	10,5	8,0	5,8	14,9
2003	1,0	9,1	8,0	7,5	2,0	10,5	11,0	8,0	20,3
2004	0,0	0,0	4,0	3,7	1,0	5,3	5,0	3,6	9,0
2005	1,0	9,1	6,0	5,6	2,0	10,5	9,0	6,6	16,0
2006	0,0	0,0	6,0	5,6	2,0	10,5	8,0	5,8	14,0
2007	1,0	9,1	7,0	6,5	0,0	0,0	8,0	5,8	15,0
2008	0,0	0,0	6,0	5,6	0,0	0,0	6,0	4,4	10,9
2009	1,0	9,1	5,0	4,7	1,0	5,3	7,0	5,1	12,6
2010	0,0	0,0	8,0	7,5	2,0	10,5	10,0	7,3	17,6
2011	0,0	0,0	8,0	7,5	3,0	15,8	11,0	8,0	19,3
2012	1,0	9,1	5,0	4,7	0,0	0,0	6,0	4,4	10,4
2013	1,0	9,1	5,0	4,7	0,0	0,0	6,0	4,4	10,3
2014	1,0	9,1	4,0	3,7	0,0	0,0	5,0	3,6	8,6
2015	0,0	0,0	6,0	5,6	1,0	5,3	7,0	5,1	11,9
2016	2,0	18,2	4,0	3,7	2,0	10,5	8,0	5,8	13,6
Total	11	100	107	100	19	100	137	100	--

^a13 a 17 anos; ^b18 a 59 anos; ^c60 a 83 anos; ^dNúmero de casos; ^ePorcentagem

Tabela 2. Caracterização dos suicídios segundo a causa da morte, de acordo com a faixa etária, no município de Barra do Garças-MT, entre 1999 e 2016

Causa da Morte	Faixa Etária						Total Geral	
	Adolescente ^a		Adulto ^b		Idoso ^c		Total Geral	
	N ^d	% ^e	N	%	N	%	N	%
Causa da Morte								
Enforcamento	9	81,8	49	45,7	10	52,6	68	49,6
Intoxicação	1	9,0	28	26,1	8	42,1	37	27,0
TCE ^f (Arma de Fogo)	1	9,0	17	15,8	1	5,2	19	13,8
Choques	--	--	11	10,2	--	--	11	8,0
Eletrocussão	--	--	1	0,9	--	--	1	0,7
Politraumatismo	--	--	1	0,9	--	--	1	0,7
Tipos de Choque								
Choque Hipovolêmico	--	--	8	72,7	--	--	8	72,7
Choque Anafilático	--	--	1	9,0	--	--	1	9,0
Choque Neurogênico	--	--	1	9,0	--	--	1	9,0
Choque Toxêmico	--	--	1	9,0	--	--	1	9,0
Agente Tóxico								
Agrotóxico	--	--	19	57,5	6	75,0	25	60,9
Domissanitários	--	--	2	6,0	--	--	2	4,8
Medicamentos	--	--	3	9,0	--	--	3	7,3
Produtos Químicos	--	--	3	9,0	--	--	3	7,3
Outros	1	100	6	18,1	2	25	8	19,5
Tipos de Agrotóxico								
Carbamato	--	--	11	57,8	2	33,3	13	52
Glicina Substituída	--	--	3	15,7	2	33,3	5	20
Organoclorado	--	--	2	10,5	--	--	2	8
Organofosforado	--	--	2	10,5	1	16,6	3	12
Outros	--	--	1	5,2	1	16,6	2	8
Total	11	100	107	100	19	100	137	100

^a13 a 17 anos; ^b18 a 59 anos; ^c60 a 83 anos; ^dNúmero de casos; ^ePorcentagem; ^fTrauma Cranioencefálico

Tabela 3. Caracterização dos suicídios segundo a causa da morte, de acordo com o gênero, no município de Barra do Garças-MT, entre 1999 e 2016

	Gênero				Total Geral	
	Feminino		Masculino		N	%
	N ^a	% ^b	N	%		
Causa da Morte						
Enforcamento	15	46,8	53	50,4	68	49,6
Intoxicação	10	31,2	27	25,7	37	27,0
TCE ^c (Arma de Fogo)	3	9,3	16	15,2	19	13,8
Choque	3	9,3	8	7,6	11	8,0
Eletrocussão	1	3,1	--	--	1	0,7
Politraumatismo	--	--	1	0,9	1	0,7
Tipos de Choque						
Choque Anafilático	--	--	1	12,5	1	9,09
Choque Hipovolêmico	2	66,66	6	75,0	8	72,72
Choque Neurogênico	--	--	1	12,5	1	9,09
Choque Toxêmico	1	33,33	--	--	1	9,09
Agente Tóxico						
Agrotóxico	6	50,0	19	65,5	25	60,9
Domissanitários	2	16,6	--	--	2	4,8
Medicamentos	2	16,6	1	3,4	3	7,3
Produtos Químicos	--	--	3	10,3	3	7,3
Outros	2	16,6	6	20,6	8	19,5
Tipos de Agrotóxico						
Carbamatos	4	66,6	9	47,3	13	52
Glicina Substituída	1	16,6	4	21,0	5	20
Organoclorado	--	--	2	10,5	2	8
Organofosforado	1	16,6	2	10,5	3	12
Outros	--	--	2	10,5	2	8
Total	32	100	105	100	137	100

^aNúmero de casos; ^bPorcentagem; ^cTrauma Cranioencefálico

agentes tóxicos foram os agrotóxicos (60,9%), sendo que o grupo químico dos Carbamatos foi o mais utilizado (52%). O uso de medicamentos como forma de suicídio foi observado em 7,3% dos casos, sendo um caso no gênero masculino e dois, no feminino. Os medicamentos usados foram warfarina, paracetamol, cloridrato de tramadol, dipirona, ciclobenzaprina e sinvastatina. O uso do gás dióxido de carbono (7,3%) e a utilização de produtos químicos (7,3%), como coagulante industrial e solução de bateria, foram evidenciados apenas no gênero masculino. O uso de domissanitários, como a creolina e o hipoclorito de sódio (4,8%), e metais (mercúrio) (2,4%), foi registrado apenas no gênero feminino. Os demais métodos foram *overdose* de cocaína (2,4%) e, em 7,3% dos casos, não foi especificado o agente causal.

Em relação ao mês de ocorrência do evento, abril apresentou o maior número de suicídios (12%), enquanto o menor número foi em fevereiro (5,1%) (Figura 1). Quando avaliado o dia da semana, o domingo apresentou a maior prevalência (17,5%) e a quinta-feira apresentou o menor número (11,6%) (Figura 2). Quanto à estação do ano com maior ocorrência, foi constatada maior frequência no outono (28,4%), seguido pelo inverno (25,5%), primavera (24,8%) e verão (21,1%).

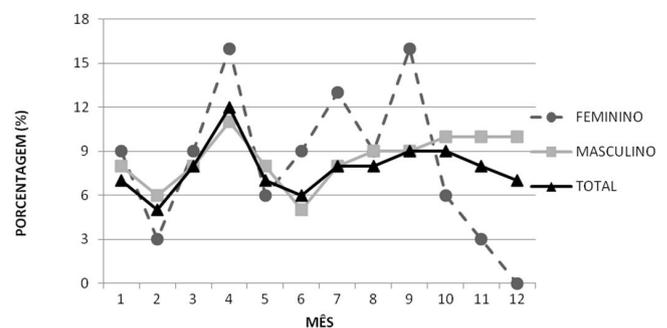


Figura 1. Distribuição dos casos de suicídio em relação ao gênero, levando em consideração os meses do ano, no período de 1999 a 2016

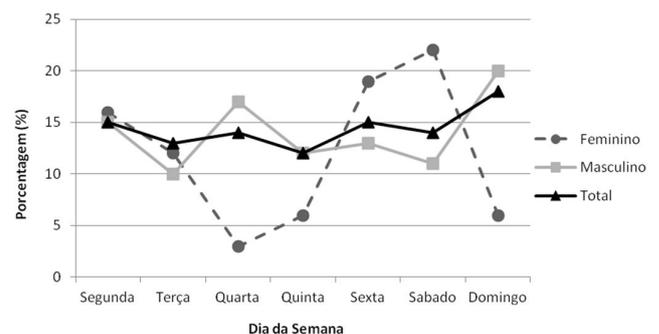


Figura 2. Distribuição dos casos de suicídios, em relação ao dia da semana, no período de 1999 a 2016

DISCUSSÃO

No Brasil, a média nacional de mortalidade por suicídio, entre 2004 e 2010, foi de 5,74¹⁵, sendo de 6,2/100.000 habitantes no ano de 2012¹⁶; portanto, a taxa encontrada neste estudo (13,8 ± 3,6) foi maior que os dados nacionais. No entanto, apesar de a mortalidade por suicídio crescer no País, as tendências divergem entre as Regiões brasileiras¹⁶. As taxas de suicídio variam muito, pois estão entre 2,7 na Região Nordeste e 9,3 na Região Sul¹⁷. Avaliando-se a taxa média de suicídios no período de 2004 a 2010, entre as Regiões do Brasil e utilizando-se cidades com uma população média semelhante à cidade estudada (50.000 < habitantes < 100.000), verificaram-se taxas de 7,9 na Região Norte (Tucuruí e Parauapebas), 10,9 e 10,1 no Nordeste (Tiangua e Araripina, respectivamente), 10,1 e 9,7 no Centro-Oeste (Três Lagoas e Cáceres, respectivamente), 11,6 e 11,2 no Sudeste (Curvelo e Três Corações, respectivamente) e 23,8 e 18,1 na Região Sul (Venâncio Aires e Lajeado, respectivamente)¹⁵. Embora seja realizada uma comparação entre as taxas, deve-se considerar que as fontes de dados brutos podem diferir entre os estudos, influenciando assim os resultados obtidos.

Embora municípios maiores tenham disponibilidade de médicos que investiguem mortes violentas, uma alta proporção dessas mortes permanecem indeterminadas. Em municípios de pequeno porte, um evento, como o suicídio, é muito improvável passar despercebido. Assim, parte das taxas mais baixas de mortalidade por suicídio em grandes municípios pode ser devida à subnotificação. Também se deve considerar que os municípios de uma região podem diferir em muitos traços, como a disponibilidade de emprego, os recursos econômicos, a morbidade psiquiátrica, o acesso à saúde e a relação entre áreas urbanas e rurais, sendo que estas últimas nem sempre são geograficamente adjacentes¹⁵.

A taxa de suicídio mundial foi estimada em 11,6 por 100 mil habitantes, sendo mais alta no sudeste da Ásia, com uma taxa de 15,6, e mais baixa na região do Mediterrâneo Oriental, com 5,6¹⁸. No entanto, as comparações entre países são limitadas pelas variações na confiabilidade dos relatórios e nos registros de mortalidade².

Tanto em estudos nacionais¹⁹ como internacionais^{20,21}, o suicídio é predominante na faixa etária dos adultos. Os laços sociais e sua ruptura são significativa e independentemente associados ao risco de suicídio nessa fase, sendo que esses relacionamentos podem ser moderados por um estilo de personalidade rígida, ansiosa e obsessiva. A doença afetiva é um fator de risco altamente potente para o suicídio²².

A superioridade de casos no gênero masculino, como no município estudado, é observada no Brasil^{19,23} e também em outros países, como o México²⁴. As taxas de suicídio entre os homens são até três vezes maiores em todas as Regiões do Brasil, embora a mesma tenha maior crescimento entre as mulheres¹⁶.

Os principais fatores associados aos casos de suicídios entre os homens são os transtornos mentais, o uso de álcool e outras drogas, os desajustes causados a partir de relacionamentos familiares conturbados, as condições desfavoráveis de trabalho, a história familiar de mortes por suicídio e a mudança de cidade ou estado, além da violência intrafamiliar, doenças físicas incapacitantes e as dificuldades relacionadas ao trabalho ou à escola²⁵.

Em Barra do Garças, o maior número de casos ocorreu no final de semana (domingo e sábado). Eventos que ocorrem durante fins de semana, feriados e segundas-feiras estão afetando a mortalidade por suicídio. O consumo excessivo de álcool, provavelmente, possa ser um dos fatores importantes, induzindo comportamentos suicidas em uma população afetada por estresse psicossocial elevado²⁶. Também o padrão do dia da semana está relacionado com o efeito de um novo começo²⁷. Os domingos são marginalmente piores do que os sábados, mas os maiores números de suicídios acontecem entre domingo e segunda-feira²⁸.

Estudo realizado no Vale do Itajaí, Santa Catarina, entre 1996 e 2012, verificou que o mês em que mais ocorrem suicídios na região foi dezembro, sendo que abril foi o mês com menos ocorrências²³. Diferente do presente estudo, em que o mês com o maior número de casos foi abril e o mês de fevereiro apresentou os menores números. Deve-se considerar que são municípios com diferentes características, como, por exemplo, diferenças geográficas e econômicas. Quanto às estações do ano, as influências climáticas podem produzir maior variação nas taxas de suicídio, em que a variação climática em si é maior²⁹. No entanto, no município estudado, não são observadas estações bem definidas; assim, não foi possível correlacionar com mudanças na temperatura.

Com relação ao gênero e causa da morte, a população feminina tem uma grande aversão na utilização de armas de fogo, utilizando preferencialmente a intoxicação, a qual também aparece como alternativa ao enforcamento²³. Os homens têm preferência em suicidar-se recorrendo ao enforcamento, arma de fogo e as chamadas armas brancas; estas práticas são, aos poucos, vinculadas àquelas consideradas masculinas. É provável que esta preferência seja intensificada pela legislação reforçada, que reduz a acessibilidade e também reforça a reduzida aceitação social das armas de fogo³⁰. As teorias que tentam explicar essas descobertas enfocam as diferenças de gênero na intenção suicida, na socialização, nas emoções, nas relações interpessoais, na orientação e no acesso aos métodos, e nos fatores neurobiológicos³¹.

O Enforcamento também é verificado como a causa mais frequente dos suicídios, em outros estudos^{19,23,32-34}. As ligaduras mais utilizadas (cordas, cintos, flex) e pontos de ligadura (vigas, corrimãos, ganchos, maçanetas e árvores) estão amplamente disponíveis, limitando as tentativas de prevenção focadas na

restrição do acesso aos meios, exceto em ambientes institucionais. Uma pressão de pescoço relativamente mínima é necessária para causar a morte por enforcamento³⁵.

A autoingestão de pesticidas continua a ser um dos meios mais importantes de suicídio no mundo, representando cerca de um terço, em nível mundial. Os suicídios com pesticidas são particularmente preocupantes nas áreas rurais de Ásia, África, América Central e do Sul, e nas ilhas do Pacífico³⁶. No Brasil, os pesticidas predominaram, com 40% das causas de óbitos por autointoxicação¹⁶. O suicídio por agrotóxicos pode estar associado ao conhecimento da população sobre o alto poder tóxico destas substâncias e ao fácil acesso a estes produtos³⁷, o que pode justificar os resultados aqui encontrados.

Também o aumento do suicídio por envenenamento pode ser devido ao aumento de *overdoses* intencionais³⁸. Os medicamentos estão entre o grupo de substâncias mais utilizadas para fins homicida/suicida, visto que há uma crescente venda indiscriminada destes produtos³⁹. Note-se que todos os medicamentos encontrados no presente estudo são de venda livre e fácil acesso.

Entre os tipos de choque encontrados neste estudo, o Choque Hipovolêmico foi o mais evidenciado. O Choque Hipovolêmico pode ser causado por hemorragias, traumas, diarreias e perdas cutâneas. Este é o tipo mais comum nos pacientes traumatizados⁴⁰. O Politraumatismo é decorrente de diversos traumas e apresenta índice de mortalidade elevado, em virtude do choque consequente de hemorragias não controladas, já que as vítimas de tais condições acabam tendo o corpo mais exposto⁴¹.

A Eletrocussão é um meio pouco observado na literatura. Ele é considerado uma lesão clássica, sendo caracterizada pela ação intensa de descarga elétrica, causando as lesões de entrada e saída da corrente elétrica⁴².

Observa-se, assim, que as causas mais frequentes em outras pesquisas são também as mais presentes neste artigo, sendo

que a única divergência entre os trabalhos são os suicídios por queda de alturas; isso pode ser devido ao fato de a região em estudo não ser uma região com uma ampla disponibilidade de locais propícios a tal ato.

Diante desse cenário, a abordagem mais proveitosa para reduzir as taxas globais de suicídio pode ser através de iniciativas de base populacional, que reduzem tanto a acessibilidade como a aceitabilidade social de métodos letais de suicídio⁴³. Medidas de saúde pública centradas na restrição de meios de suicídio são úteis. Por exemplo, nos chamados pontos de suicídio (como pontes suspensas, falésias), colocar barreiras, instalar linhas de ajuda, patrulhas, além de avisos da mídia local que podem ajudar a prevenir suicídios². Métodos, como a diminuição da toxicidade de alguns produtos, como gases e pesticidas, além de medidas de proteção aplicadas em frascos de medicamentos, podem ser utilizados³². Para um resultado bem sucedido, todos os setores e autoridades competentes devem ser envolvidos nos programas de prevenção do suicídio. Estes programas incluem saúde, educação e ensino superior, autoridades culturais, econômicas e religiosas⁴⁴. Entende-se que a identificação e o acompanhamento do evento podem trazer aportes importantes para a diminuição desse agravo na população⁴⁵.

Conclui-se que os suicídios ocorreram mais frequentemente no gênero masculino e em adultos, sendo que os principais meios utilizados foram a asfixia e a intoxicação através dos agrotóxicos Carbamatos. Independentemente da localização geográfica e do porte do município, este agravo constitui um problema de grande magnitude e é importante o envolvimento e o comprometimento de diferentes setores para identificar sinais precoces e atuar de modo a prevenir esses eventos e possíveis vítimas.

É necessário buscar e efetivar estratégias de prevenção ao suicídio, e colocar em prática políticas de saúde pública voltadas para melhorias na vida dos indivíduos, assim como das famílias em situação de risco ou já acometidas por este problema complexo.

REFERÊNCIAS

1. Nock MK, Kessler RC, Franklin JC. Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: the importance of creativity, rigor, and urgency in suicide research. *Clin Psychol Sci Pract*. 2016;23(1):31-4. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12133>.
2. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X). PMID:27289303.
3. Venco S, Barreto M. O sentido social do suicídio no trabalho. *Rev. Espaço Acadêmico*. 2010;9(108):1-8.
4. Puvar D. The Struggle Overseas: risk factors for suicide among female migrant workers in Nepal. Nepal: SIT Graduate Institute; 2015. (Independent Study Project (ISP) Collection).
5. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Genebra; 2000.
6. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization; 2012. (SUPRE - Suicide Prevention; 2)
7. Macente LB, Zandonade E. Evaluation of the completeness of the system of information on mortality of suicide in the Southeast region, Brazil, from 1996 to 2007. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):173-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300002>.
8. Baptista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estud. Psicol*. 2005;22(4):pp-pp. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400010>.

- Brasil. Northeast Network Nursing Journal. 2009;10(4):52-9. <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v10i4.4850>.
42. Bonifácio D. Caracterização e análise da mortalidade por causas externas nos municípios da Baixada Santista em 2003 e 2004 com ênfase na contribuição da alcoolemia [tese]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2007.
43. Park S, Ahn MH, Lee A, Hong JP Associations between changes in the pattern of suicide methods and rates in Korea, the US, and Finland. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8(22):1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-8-22>
44. Rezaeian M. Suicide among young Middle Eastern Muslim females. *Crisis*. 2010;31(1):36-42. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000005>. PMID:20197256.
45. Carvalho A, Falke JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):804-10. doi:S0034-89102004000600008. PMID:15608898.

Recebido em: Maio 17, 2017

Aprovado em: Fev. 17, 2018