

SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE
BRASIL, 1971-81

P. S. C. MIRANDA * -- E. A. QUEIROZ **

RESUMO — Estudo retrospectivo descritivo dos suicídios e tentativas de suicídio no município de Belo Horizonte, no período 1971-81, baseado em dados oficiais. Analisa-se a evolução de algumas características epidemiológicas ligadas à população e ao tempo.

Suicide and attempt suicide: epidemiological characteristics in the city of Belo Horizonte, Brazil, from 1971 to 1981.

SUMMARY -- Based in official data it was made an epidemiological retrospective descriptive study about evolution of suicide and attempt suicide in the city of Belo Horizonte, Brazil. This study includes the trends of some epidemiological characters for this cause of death from 1971 to 1981, which are: chronologic distribution, sex and age distribution, methods of suicide and attempt suicide.

Na sociedade ocidental, o tema 'suicídio' ainda provoca certo incômodo, apesar dos inúmeros e importantes trabalhos desenvolvidos desde os estudos clássicos de Durkheim e Freud^{11,13}. Talvez a razão desse incômodo advenha do fato de que, como salienta Coelho¹⁰, 'o suicídio põe em jogo, necessariamente, a consideração do organismo social como um todo'. Mesmo nos homens de ciência a ocorrência de suicídios e tentativas provoca sentimentos de incapacidade, incompetência, fragilidade. A busca do conhecimento sobre o tema torna-se um mecanismo de superação.

Pretendemos iniciar o nosso trabalho por pesquisas quantitativas, com o objetivo de obtermos uma dimensão do problema. No Estado de São Paulo estudos epidemiológicos vêm sendo realizados já há algum tempo; podemos citar os desenvolvidos por Barbosa¹ e, posteriormente, por Mello Jorge¹⁹, que permitiram um quadro da evolução do suicídio no município de São Paulo, entre 1959 e 1975. Cassorla⁷⁻⁹ no município de Campinas (SP) desenvolveu um dos mais profundos estudos sobre suicídio entre jovens. Mais recentemente Vansan²⁴ descreveu as variações dos métodos utilizados para suicídio no município de Ribeirão Preto. Em Belo Horizonte somente encontramos trabalho mais abrangente nos esforços de Lippi e col.¹⁸. Objetivamos, portanto, avançar estes estudos em nosso Estado, iniciando por Belo Horizonte, cidade que apresenta semelhanças com São Paulo e outras grandes metrópoles e com as quais poder-se-ia fazer relações, tirar hipóteses e conclusões, mesmo sabendo dos problemas de comparar realidades diversas. Procuramos com este estudo conhecer as principais características epidemiológicas do suicídio e tentativas de suicídio em anos recentes, buscando destacar sua distribuição na população, por sexo, faixa etária e meios utilizados.

* Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); ** Professor Adjunto do Departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG.

MATERIAL E MÉTODOS

Produzimos este estudo baseando-nos em dados oficiais secundários da Superintendência de Estatística e Informação da Secretaria de Planejamento do Estado de Minas Gerais (SEI-SEPLAN/MG), dentro de projeto desenvolvido conjuntamente ao Ministério da Justiça e IBGE no período em estudo. A partir de 1982, as informações passaram a ser consolidadas por órgão da Secretaria de Segurança-MG, sofrendo alterações em seu processo de registro, o que nos levou a abandonar os dados a partir dessa data por dificuldades metodológicas de comparabilidade.

Buscamos junto ao Ministério da Justiça/IBGE as bases metodológicas do estudo com o objetivo de vermos os conceitos empregados para definir um ato como suicídio ou tentativa de suicídio. Infelizmente, não conseguimos ter acesso a este material, o que é prejudicial mas não invalida o estudo retrospectivo desde que a conceituação tenha sido mantida. Queríamos salientar que, além dessas limitações, conhecemos outras próprias dos estudos retrospectivos e dos valores culturais da sociedade que, em geral, levam a graves problemas de sub-registro no tocante a suicídios e tentativas. No entanto, se queremos realizar estudos retrospectivos devemos contar com essas limitações.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Coefficiente de mortalidade por suicídio — Na tabela 1 apresentamos o coeficiente de mortalidade por suicídio em Belo Horizonte em três anos do período em estudo e sua distribuição por sexo. Observamos que houve aumento no coeficiente global do ano de 1981; pelos dados da tabela 5 concluímos que houve aumento progressivo no período 1976-1981. Na distribuição por sexo fica evidente que o aumento do coeficiente de mortalidade total observado foi devido ao aumento do coeficiente para o sexo masculino, já que aqueles correspondentes ao sexo feminino mantiveram-se estáveis nos três anos em destaque. Em média, são eles 2 a 3 vezes maiores do que os correspondentes para as mulheres.

Mello Jorge¹⁹ apresenta para a cidade de São Paulo, um valor de 5,28 suicídios por 100000 habitantes em 1975, mostrando, ao contrário de Belo Horizonte, queda no coeficiente de mortalidade por suicídio no período 1960/1975. Esta tendência à queda do suicídio em São Paulo também fora notada por Barbosa¹, entre 1959 e 1968. Quando comparamos o dado de 1976 com o de outros países, apresentados por Mello Jorge¹⁹, vemos que Belo Horizonte apresenta um coeficiente próximo a de países como Holanda (9,2 por 100000 habitantes, em 1974) e Noruega (9,9 por 100000 habitantes, em 1975). Muito distante dos coeficientes apresentados pela Hungria (38,4 por 100000 habitantes, em 1975) e Dinamarca (23,8 suicídios por 100000 habitantes, em 1974), países europeus com os mais altos índices de suicídio.

Na tabela 1 também apresentamos a evolução do número de suicídios, em Belo Horizonte, distribuído por sexo. Nesta distribuição o sexo masculino apresenta em média 2-3 vezes mais suicídios que o feminino. Cassorla⁸, calcula para o Brasil a relação de 3 para 1; Mello Jorge¹⁹ e Barbosa¹ apresentam relação semelhante à encontrada em Belo Horizonte, para o município de São Paulo. Tanto na Suécia como nos Estados Unidos^{16,22} também as relações suicídio entre homens/mulheres estão dentro da encontrada para Belo Horizonte.

Na Inglaterra e País de Gales essa era a situação encontrada nas décadas de 1940/50. Na década de 50, o coeficiente de suicídio entre mulheres aumentou enquanto

Anos	Nº óbitos/suicídio			Coef. Mortalidade p/100000 hab.		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
1971	73	36	109	12,2	5,1	8,8
1976	74	41	115	11,5	5,4	8,5
1981	115	44	159	16,6	5,1	10,7

Tabela 1 — Coeficientes de mortalidade por suicídio, por sexo, em Belo Horizonte, Brasil, 1971-1981. Fonte: SEI-SEPLAN/MG - Campanhas Estatísticas (Suicídios e Tentativas). Nota: Os coeficientes de mortalidade foram calculados tomando-se como base a população masculina, feminina e total, estimadas a partir dos dados censitários de 1970 e 1980.

entre homens diminuiu. Entre os anos de 60/70 o coeficiente caiu em ambos os sexos estando a relação na década de 70 em torno de 1,6:1 com coeficiente maior, ainda, entre o sexo masculino, segundo Brown⁶. Dyck e col.¹², em trabalho recente, publicaram resultados para o Canadá como um todo semelhantes àqueles encontrados por nós em Belo Horizonte: a taxa de suicídio entre os homens foi maior 2 a 3 vezes que a taxa das mulheres e aumentou no período 1971-1981, enquanto a feminina permaneceu estável.

Coeficiente de mortalidade por suicídio por faixa etária — Os dados constantes da tabela 2 nos apresentam as seguintes informações: 1. os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio, em Belo Horizonte encontram-se nas faixas etárias de 15 a 24 anos (média 14,6/10⁵ hab) e de 25 a 44 anos (média 14,7/10⁵ hab). No período em estudo houve um crescimento do coeficiente na faixa etária de 25 a 44 anos; 2. o coeficiente de mortalidade para menores de 15 anos vem mantendo-se baixo e constante; 3. na faixa etária de '60 e +' houve aumento do coeficiente, porém os valores encontrados estão muito abaixo dos encontrados para a população na faixa etária de 15 a 44 anos.

Corroborando as informações obtidas pelos cálculos dos coeficientes podemos ver, na tabela 3, que a distribuição percentual dos suicídios verificados em Belo

Anos	(-) 15 anos		15 - 24		25 - 44		45 - 59		60 e +	
	Nº Suic	Coef Mort	Nº Suic	Coef Mort	Nº Suic	Coef Mort	Nº Suic	Coef Mort	Nº Suic	Coef Mort
1971	3	0,6	48	17,2	42	13,2	12	9,5	2	3,3
1976	2	0,4	33	10,6	52	14,6	18	13,1	2	2,8
1981	4	0,8	59	16,2	68	16,5	18	11,8	6	6,9

Tabela 2 — Coeficiente de mortalidade por suicídio ($X10^5$) por faixa-etária, Belo Horizonte, Brasil, 1971-1981. Fonte: SEI-SEPLAN/MG - Campanhas Estatísticas (Suicídios e Tentativas), 1971-81, Belo Horizonte, MG. Suic, suicídios; Coef Mort, coeficiente de mortalidade.

Suicídio p/ faixa etária	Faixa Etária													
	Total de suicídios		Menos de 15 anos		15 a 24 anos		25 a 44 anos		45 a 59 anos		60 e + anos		Idade ignorada	
	Nº	%	Nº Suic	%	Nº Suic	%	Nº Suic	%	Nº Suic	%	Nº Suic	%	Nº Suic	%
1971	109	100	3	2,7	48	44,0	42	38,5	12	11,0	2	1,8	2	1,8
1972	81	100	2	2,5	23	28,4	39	48,1	12	14,8	4	4,9	1	1,2
1973	108	100	—	—	38	35,3	49	45,4	15	13,9	4	3,7	2	1,8
1974	130	100	2	1,5	41	31,5	56	43,1	15	11,5	13	10,0	3	2,3
1975	89	100	1	1,1	29	32,5	35	39,3	12	13,5	10	11,2	2	2,2
1976	115	100	2	1,7	33	28,7	52	45,2	18	15,6	2	1,7	8	7,0
1977	131	100	6	4,6	46	35,1	53	40,5	12	9,2	10	7,6	4	3,0
1978	138	100	—	—	52	37,7	49	35,5	19	13,8	11	8,0	7	5,1
1979	115	100	3	2,6	42	36,5	47	40,9	13	11,3	7	6,1	3	2,6
1980	142	100	—	—	55	38,7	49	34,5	21	14,8	17	12,0	—	—
1981	156	100	4	2,6	59	37,8	68	43,6	18	11,5	6	3,8	1	0,6
Total	1314	100	23	1,8	466	35,5	539	41,0	167	12,7	86	6,5	33	2,5

Tabela 3 — Distribuição dos suicídios verificados por faixa etária, em Belo Horizonte, Brasil, 1971-1981. Fonte: SEI-SEPLAN/MG - Campanhas Estatísticas (Suicídios e Tentativas), 1971-81, Belo Horizonte, MG.

Horizonte, entre 1971 e 81 aponta a faixa etária de 25 a 44 anos como sendo responsável por 41% dos suicídios no município e próximo a este valor encontra-se a faixa de 15 a 24 anos, que apresentou o valor médio de 35,5%.

Cassorla⁷ encontrou, em Campinas, numa amostra de suicídios ocorridos entre 1957 e 1976, que 32% destes auto-exterminios se deram em menores de 25 anos. A comparabilidade com São Paulo, capital, torna-se prejudicada com respeito à esta faixa etária de 15 a 24 anos devido à diversidade no agrupamento etário apresentado nas referências consultadas. Puffer²¹, citado por Cassorla, apresenta para São Paulo, no período 1962-64 um coeficiente de suicídio, na faixa etária de 15 a 24 anos, da ordem de 6,6 por 100000 habitantes.

Brooke⁵, citado por Cassorla, registrou os coeficientes de suicídio em diversos países europeus, na faixa etária de 15 a 24 anos, para o ano de 1969. Neste registro salienta-se a Checoslováquia com coeficiente próximo a 19,0 por 100000 habitantes e Hungria com 18,5 por 100000. Holinger¹⁵ apresenta para os Estados Unidos, naquela faixa etária (de 15-24 anos) e ano de 1975, o valor de 11,8 por 100000 habitantes, sendo que naquela época esta causa de morte já estava em terceiro lugar entre as principais causas de mortes. Para o Canadá Dyck e col.¹² encontraram aumentos progressivos das taxas de suicídios entre os homens nas faixas etárias de 15-24 e 25-34 anos. Como podemos ver nesta faixa etária dos 15 a 24 anos, Belo Horizonte assemelha-se aos países de altos índices de suicídios, superior mesmo aos Estados Unidos.

Vale ainda destacar nesta abordagem que, em média 76% dos óbitos por suicídios em Belo Horizonte se dão entre 15 e 44 anos, atingindo portanto, uma população jovem e produtiva.

No tocante a faixa etária até 15 anos, nossos dados comparam-se aos de Shaffer²³ mostrando que o coeficiente de mortalidade por suicídio nesta faixa etária mantém-se baixo e constante em outros países do mundo. Também Holinger¹⁵, tendo por referência os dados de Estatística Vital dos Estados Unidos para os anos 1961-1975 mostra que o coeficiente de mortalidade entre 4-14 anos era, em 1975, da ordem de 0,5 por 100000 habitantes.

Meios utilizados em suicídios verificados — Na tabela 4 apresentamos a distribuição, em números absolutos e percentuais, dos suicídios verificados em Belo Horizonte no período de 1971-81 por meio utilizado. A fonte pesquisada não dispunha da distribuição dos meios por sexo ou faixa etária, impedindo portanto maior aprofundamento da questão. Como se pode observar, o principal meio utilizado para suicídio é por arma de fogo. Durante todo o período analisado com exceção dos anos de 1977 e 78 este foi o meio mais usado nos auto-exterminios verificados. O segundo principal método empregado aponta para o envenenamento por substâncias tóxicas.

No Brasil, Cassorla⁷ verificou, em estudo realizado em Campinas no período de 1957 a 76, que o envenenamento foi o método mais comum em mulher e a morte por disparo de arma de fogo, o mais usado entre os homens. Mello Jorge¹⁹, mostra que em mulheres, em São Paulo entre 1960-75, o envenenamento foi o método mais empregado e, de 1965 até 1978, os homens têm optado preferencialmente pelo uso de arma de fogo. Vansan²⁴ em estudo realizado em Ribeirão Preto, com dados do período de 1953-1976, mostra que o principal meio utilizado pelas mulheres na amostra estudada foi o envenenamento; no sexo masculino foi a arma de fogo, com exceção do período 1968 a 1971 em que este método foi deslocado para segundo lugar pelo envenenamento por substâncias sólidas e líquidas.

Weed²⁵, nos Estados Unidos, encontrou que o principal meio empregado é também a arma de fogo. Segundo Beskow², na Suécia, o envenenamento está aumentando sendo o principal método utilizado pelo sueco urbano; na população rural é ainda a arma de fogo o método mais empregado. Na Índia, segundo Bhatia³ o enforcamento é o método mais empregado, seguido pelo envenenamento. Gladiusz¹⁴, citando E. Stengel, mostra que em estudo na série histórica de 1955-65 na Grã-Bretanha e País de Gales o envenenamento manteve-se em primeiro lugar como 'causa mortis' em suicídios verificados.

Pelas referências citadas, os meios utilizados em suicídios em Belo Horizonte são os mesmos que os empregados na maioria de outros estados e países. Observa-se que a Índia destoa a este respeito: fatores culturais e sociológicos devem contribuir para a explicação do fenômeno.

Anos	Total	Meios Utilizados																			
		Envenenamento		Enforcamento		Afogamento		Arma de Fogo		Arma Branca		Precipitação lugar elevado		Precipitação contra veículo		Fogo		Outro			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1971	109	30	27,4	—	—	16	14,6	1	1,0	42	38,5	6	5,5	9	8,3	—	—	4	3,7	1	1,0
1972	81	14	17,3	—	—	6	7,4	3	3,7	33	40,7	5	6,2	11	13,6	—	—	—	—	9	11,1
1973	108	22	20,4	—	—	6	5,6	3	2,8	40	37,0	5	4,6	14	13,0	4	3,7	5	4,6	9	8,3
1974	130	36	27,7	—	—	20	15,4	3	2,3	45	34,6	2	1,5	11	8,5	1	0,8	4	3,1	8	6,1
1975	89	21	23,6	—	—	12	13,5	—	—	28	31,5	5	5,6	11	12,4	—	—	6	6,7	6	6,7
1976	115	21	18,2	1	0,9	17	14,8	1	0,9	43	37,4	2	1,7	9	8,7	—	—	1	0,9	20	17,1
1977	131	45	34,4	—	—	15	11,4	1	0,8	40	30,5	8	6,1	16	12,2	—	—	1	0,8	5	3,8
1978	138	49	35,5	1	0,7	21	15,2	5	3,6	39	28,3	3	2,2	11	8,0	1	0,7	4	2,9	4	2,9
1979	115	27	23,6	—	—	16	13,9	—	—	49	42,6	6	5,2	10	8,7	—	—	2	1,7	5	4,3
1980	142	20	14,3	6	4,2	30	21,2	—	—	54	38,0	4	2,8	13	9,1	1	0,7	5	3,5	9	6,3
1981	156	37	23,7	1	0,4	37	23,7	4	2,6	62	39,7	5	3,2	7	4,9	—	—	3	1,8	—	—
Total	1314	322	24,5	9	0,7	196	14,9	21	1,6	475	36,1	51	3,9	122	9,3	7	0,5	35	2,7	76	5,8

Tabela 4 — Meios utilizados em suicídios verificados, número absoluto e percentual, Belo Horizonte, Brasil, 1971 - 1981. Fonte: SEI-SEPLAN/MG-Campanhas Estatísticas (Suicídios e Tentativas), 1971-81, Belo Horizonte, MG.

Relação tentativas de suicídios/suicídios verificados — Se os suicídios verificados expressam a mortalidade por este fenômeno, as tentativas de suicídio dão uma dimensão da 'morbidade' por suicídio na sociedade e nos despertam para a expressividade e complexidade do tema estudado. Na tabela 5 essa relação está representada para Belo Horizonte, no período estudado (1971-81). A análise desta tabela permite observar, também, a variação na série histórica, dos suicídios verificados e tentativas registradas. Pelo estudo da tabela verificamos que: 1. a relação média de tentativas de suicídio/suicídios verificados em Belo Horizonte no período em questão é da ordem de 5,5 para 1,0; 2. esta relação obteve seu valor máximo no ano de 1975, caindo gradativamente e atingindo um valor mínimo em 1980; 3. a relação média é significativamente maior entre mulheres (11,7/1,0) que entre homens (2,5/1,0); 4. a relação para o sexo masculino cresce entre 71 e 75, decrescendo daí, alcançando o valor registrado de 0,7 para 1981; 5. a relação para o sexo feminino mantém-se elevada entre 1972 e 1978, apresentando a partir daí uma queda sensível.

Anos	Número de Tentativas			Número de Suicídios			Relação Nº de Tentativas/Nº de Suicídios		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
1971	141	272	413	73	36	109	1,9	7,6	3,8
1972	155	364	519	57	24	81	2,7	15,1	6,4
1975	227	457	684	71	37	108	3,2	12,3	6,3
1974	214	632	846	77	53	130	2,9	11,9	6,5
1975	336	824	1160	52	37	89	6,4	22,2	13,0
1976	297	707	1004	74	41	115	4,0	17,2	8,7
1977	282	714	996	91	40	131	3,1	17,8	7,6
1978	300	743	1043	101	37	138	2,9	20,1	7,5
1979	110	162	272	83	32	115	1,3	5,0	2,3
1980	75	80	155	97	45	142	0,7	1,7	1,0
1981	174	18	192	115	41	156	1,5	0,4	1,2
Total	2311	4973	7284	891	423	1314	2,5	11,7	5,5

Tabela 5 — Número de suicídios por ano e sexo e sua relação, em Belo Horizonte, Brasil, 1971-1981. Fonte: SEI-SEPLAN/MC - Campanhas Estatísticas (Suicídios e Tentativas), 1971-81, Belo Horizonte, MG.

A análise dos dados mostra também que, em termos absolutos, houve aumento do número de tentativas de suicídio no período 1971-1975, estabilização no período 1975-1978 e queda abrupta nos anos de 1979 a 1981. Havemos de notar que o número de tentativas entre as mulheres chegou a ser menor que o correspondente masculino (tabela 5, ano 1981). Já o número de suicídios, nos parece, segue trajetória própria. Não há variação significativa para o sexo feminino, mas em relação aos homens há aumento do número de suicídios a partir de 1977 (ver também a discussão anterior sobre coeficiente de mortalidade). Convém salientar que provocou grande surpresa a queda no número de tentativas entre 1978 e 1979 porém, em virtude de estarmos trabalhando com dados secundários, em estudo retrospectivo, não tendo acesso à metodologia empregada no trabalho de coleta e registro dos dados, vimo-nos impedidos de testarmos as hipóteses aventadas para o fenômeno. De qualquer maneira, o valor médio para a relação é bastante indicativo da dimensão do problema estudado.

Comparando com outros registros, mais fidedignos, encontramos que a relação é bem superior à encontrada para Belo Horizonte. Segundo Glausiusz¹⁴, em São Paulo esta relação seria de 10 para 1. Nos Estados Unidos, para cada suicídio verificado há entre 10 e 40 tentativas e, na Índia, as tentativas são 10 vezes mais comuns que os suicídios^{3,20}.

Cassorla⁸ comenta com muita propriedade as limitações dos dados sobre tentativas de suicídio e, consultando diversos autores, encontrou que a relação tentativa/suicídio verificado variava entre 7 a 100 tentativas por suicídio. Com respeito à distribuição entre sexos, Cassorla⁸ fala entre 3 a 4 tentativas para cada óbito no sexo masculino e 25 a 30 tentativas para morte, entre as mulheres. Nos Estados Unidos, segundo Bhatia³, as mulheres tentam 3 vezes mais suicídio que o homem, porém o homem morre três vezes mais por suicídio. Glauisuz¹⁴ citando Stengel — considerado por seus estudos 'Attempted Suicide' (1958) e 'Suicide and Attempted Suicide' (1964) como um dos mais importantes pesquisadores do tema — afirma que as tentativas de suicídio predominam no sexo feminino e que este busca métodos menos violentos. Black⁴ encontrou, entre adolescentes, que a tentativa de suicídio é maior no sexo feminino que no masculino, porém que a mortalidade por suicídio é maior entre adolescentes masculinos na proporção de 2:1. Segundo esta autora, nas tentativas, as jovens usam métodos menos violentos como envenenamento por drogas, enquanto os adolescentes masculinos tentam o suicídio por armas de fogo, enforcamento ou pulando de locais altos.

Tentativas de suicídio verificadas por faixa etária — Na tabela 6 apresentamos a distribuição das tentativas de suicídio em número absoluto e percentual por grupos etários. Sua análise permite as seguintes observações: 1. a faixa etária em que é mais frequente a tentativa de suicídio em Belo Horizonte é a de 15-24 anos, fenômeno notado para todos os anos do período em estudo, sendo os valores extremos encontrados 55% e 65%; 2. a segunda faixa etária em importância na incidência de tentativa de suicídio é a compreendida entre 25-44 anos, segunda posição esta ocupada também em todo o período estudado e, os valores extremos que definem a participação deste grupo etário na incidência de tentativa de suicídio em Belo Horizonte, foram 24% e 32%; 3. em síntese, praticamente, 90% das tentativas de suicídio em Belo Horizonte se dá entre 15-44 anos; 4. quando confrontamos os dados da tabela 6 com os das tabelas 2 e 3, podemos afirmar que está entre a faixa etária de 15-44 anos a população de maior risco a tentar suicídio e alcançar este intento; conviria salientar que, em Belo Horizonte, o contingente populacional presente na faixa etária de 15-24 anos (24%) é menor que entre 25-44 anos (29%), o que nos levaria à hipótese de que naquela faixa etária (entre 15-24 anos) o risco encontrado seria ainda maior.

Glauisuz¹⁴ comentando o clássico Stengel, diz que este autor afirma ser a população que tenta o suicídio diferente da população que se suicida. Os que tentam, geralmente são mais jovens. Levy¹⁷ esclarece um pouco mais esta discussão, citando

		Faixa Etária											
		(-) 15 anos		15-24 anos		25-44 anos		45-49 anos		60 e + anos		Ignorado	
Anos	Total	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	413	30	7,3	250	60,5	104	25,2	19	4,6	6	1,4	4	1,0
1972	519	18	3,5	298	56,4	154	29,7	17	3,3	6	1,2	31	5,9
1973	684	19	2,7	399	58,3	204	29,8	31	4,5	7	1,1	24	3,6
1974	846	63	7,4	475	56,1	275	32,5	18	2,1	6	0,7	9	1,2
1975	1160	36	3,1	702	60,5	357	30,8	33	2,8	17	1,5	15	1,3
1976	1004	21	2,1	630	62,7	309	30,8	26	2,6	5	0,5	13	1,3
1977	996	70	7,0	620	62,2	258	25,9	25	2,5	7	0,7	16	1,7
1978	1043	37	3,5	687	65,9	258	24,7	40	3,8	6	0,6	15	1,5
1979	272	22	8,1	153	56,2	71	26,1	17	6,2	7	2,6	2	0,8
1980	155	—	—	86	55,5	49	31,6	13	8,4	6	3,9	1	0,6
1981	192	3	1,6	177	60,9	62	32,3	7	3,6	—	—	3	1,6
Total	7284	319	4,4	4412	60,6	2101	28,8	246	3,4	73	1,0	133	1,8

Tabela 6 — Tentativas de suicídio verificadas por faixa etária, número absoluto e percentual, Belo Horizonte, Brasil, 1971-1981. Fonte: SEI-SEPLAN/MG - Campanhas Estatísticas (Suicídios e Tentativas), 1971-81, Belo Horizonte, MG.

Anos	Total	Meios Utilizados																	
		Envenenamento		Enforca- mento		Aloga- mento		Arma de Fogo		Arma Branca		Precipita- ção lugar elevado		Precipita- ção contra veículo		Fogo		Outro	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	413	220	53,3	—	—	—	—	26	6,4	79	19,2	6	1,5	—	—	4	1,0	77	18,6
1972	519	346	66,7	2	0,4	—	—	44	8,5	69	13,3	11	2,1	5	1,0	5	1,0	35	6,6
1973	684	279	40,8	1	0,1	3	0,4	32	4,7	123	18,1	7	1,0	2	0,3	7	1,0	224	32,7
1974	846	641	75,8	—	—	2	0,2	33	3,9	101	11,9	10	1,2	1	0,1	12	1,4	44	5,3
1975	1160	201	17,3	3	0,3	4	0,4	41	3,5	213	18,4	12	1,0	4	0,4	10	0,9	670	57,6
1976	1004	196	19,5	—	—	4	0,4	31	3,1	135	13,4	11	1,1	2	0,2	7	0,7	615	61,3
1977	996	690	69,3	—	—	5	0,5	32	3,2	118	11,8	8	0,8	—	—	5	0,5	136	13,7
1978	1043	747	71,6	3	0,3	2	0,2	45	4,3	127	12,2	2	0,2	—	—	3	0,3	113	10,8
1979	272	166	61,0	—	—	—	—	31	11,4	43	15,8	13	4,8	—	—	7	2,6	10	3,7
1980	155	75	48,4	—	—	—	—	35	22,6	27	17,4	3	1,9	—	—	4	2,6	7	4,5
1981	192	110	57,3	2	1,0	3	1,6	31	16,1	21	10,9	12	6,2	—	—	4	2,1	8	4,3
Total	7284	3671	50,4	11	0,1	22	0,3	381	5,2	1057	14,5	95	1,3	14	0,2	68	0,9	1939	26,7

Tabela 7 — Meios utilizados em tentativas de suicídios verificados, número absoluto e percentual, Belo Horizonte, Brasil, 1971-1981. Fonte: SEI-SEPLAN/MG-Campanhas Estatísticas (Suicídios e Tentativas), 1971-81, Belo Horizonte, MG.

o mesmo Stengel e dizendo que não se pode separar uma coisa da outra, pois o suicídio é ato complexo que ocorre na vida, não simplesmente como manifestação de doença mental, desordem social ou acontecimento isolado mas, sim, como processo cujo término pode ser um ato fatal e cujos motivos conscientes alegados são apenas os últimos fatores desencadeantes de uma multiplicidade progressa

Metos utilizados em tentativas de suicídio verificados — Na tabela 7 estudamos a distribuição das tentativas de suicídio no período em questão, em Belo Horizonte, correlacionando-as aos métodos utilizados. Encontramos que: 1. o método preferido em tentativas de suicídio é o de envenenamento por substâncias tóxicas sólidas ou líquidas; 2. o segundo meio empregado são os classificados como 'outros' e a terceira escolha é a arma branca; 3. a arma de fogo, que está entre o primeiro e segundo lugar nos métodos escolhidos em suicídios verificados, somente ocupa a quarta posição nas tentativas de suicídio. Observa-se que os métodos de 'envenenamento' e de 'arma branca' geralmente permitem a reversão do quadro, fato que explicaria a relação tentativa/suicídio verificado.

Seria interessante se na consulta aos dados da fonte secundária pesquisada fosse possível destacar a correlação 'meio usado na tentativa x sexo'. Isto não foi possível. Nossa hipótese é a de que estes métodos reversíveis são, geralmente, utilizados mais pelo sexo feminino que pelo masculino. Glausiusz¹⁴, comentando Stengel, diz que realmente nas tentativas de suicídio há a predominância de métodos menos violentos e Black⁴, em estudo com adolescentes, informa que as tentativas entre o sexo feminino são feitas por meios menos violentos e de maior reversibilidade.

Conclusões — O estudo das características epidemiológicas dos suicídios e tentativas de suicídio em Belo Horizonte entre 1971-81 nos forneceu as seguintes conclusões: a. o coeficiente de mortalidade por suicídio aumentou no período; b. o sexo masculino apresentou maior coeficiente no período estudado, mostrando também que este índice está em crescimento; c. o sexo feminino se apresenta com coeficiente três vezes menor que o masculino e estável no período em questão; d. o maior coeficiente de mortalidade esteve na faixa etária de 25 a 44 anos e apresenta-se em crescimento no período; e. a faixa etária de 15-24 anos apresentou-se, também, com valores muito altos e no ano de 1981 chegou ao nível dos países europeus com maior coeficiente de mortalidade por suicídio; i. na faixa etária de 'até 15 anos' o coeficiente de mortalidade vem mostrando-se constante; g. na de '+ de 60', apesar de apresentar valores baixos de coeficiente, está em crescimento; h. o meio mais utilizado nos suicídios verificados foi por disparo de arma de fogo e o segundo método mais usado foi envenenamento por substâncias tóxicas líquidas e sólidas; i. a relação média entre tentativas de suicídio e suicídio verificado foi de 5,5:1,0, relação esta significativamente maior no sexo feminino (11,7:1,0) que no masculino (2,5:1,0); j. a faixa etária em que é mais frequente a tentativa de suicídio é a de '15 a 24 anos'; k. o método mais usado em tentativas de suicídio é o de envenenamento por substâncias tóxicas sólidas e líquidas.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa V — Estudo descritivo do suicídio no município de São Paulo (Brasil): 1959 a 1968. *Rev Saúde Publ (São Paulo)* 8:1, 1974.
2. Beskow J — Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiat Scand* 61 (Suppl 277): 8, 1979.
3. Bhatia SC, Khan MH, Mediratta RP, Sharma A — High risk suicide factors across culture. *Int J Soc Psychiat* 33:226, 1987.
4. Black D — Adolescent suicide: preventive considerations. *Br Med J* 297:1620, 1986.
5. Brooke EM — Suicide and attempted suicide. *Public Health Papers* 58, WHO, Geneve, 1974.
6. Brown JH — Suicide in Britain. *Arch Gen Psychiat* 36:1119, 1979.
7. Cassorla RMS — Estudo epidemiológico preliminar sobre o suicídio em Campinas. Apresentação. 1ª Jornada Campineira de Psiquiatria Infantil e da Adolescência, 1977.
8. Cassorla RMS — Suicídio e adolescência: I. Incidência, histórico e fatores suicidógenos. *Acta Psychiat Psicol Amer Lat* 25:288, 1979.

9. Cassorla RMS — Consideração sobre a conceituação de suicídio e suas teorias. *Bol Psiquiat S. Paulo* 12:90, 1979.
10. Coelho RGA — Suicídios: aspectos sociológicos. *Bol Psiquiat S. Paulo* 12:41, 1979.
11. Durkheim E — *Le Suicide, étude de Sociologie*. Alcan, Paris, 1987.
12. Dyck RJ, Newman SC, Thompson AH — Suicide trends in Canada, 1956-1981. *Acta Psychiatr Scand* 77:411, 1988.
13. Freud S — *The Psychological Mechanism of Forgetfulness*, Standard Ed, Vol III. Hogart, London, 1962.
14. Glausiusz LRU — Aspectos psiquiátricos do suicídio. *Bol Psiquiat S. Paulo* 12:33, 1979.
15. Holinger PC — Adolescent suicide: an epydemiology study of recent trends. *Am J Psychiatr* 135:754, 1978.
16. Hyman SE — The suicidal patient. In *Manual of Psychiatric Emergencies*. Little Brown Boston, 1984, pg 13.
17. Levy M Jr — Introdução ao estudo do suicídio. *Bol Psiquiat S. Paulo* 12:1, 1979.
18. Lippi JRS, Salim EAS, Rodrigues LC, Balbo JA, Salim SA, Pereira IM — Ameaça e tentativa de suicídios na infância. *Folha Méd* 73:301, 1976.
19. Mello Jorge MHP — Estudo epidemiológico do suicídio no município de São Paulo. *Bol Psiquiat S. Paulo* 12:47, 1979.
20. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J — Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatr* 124:460, 1974.
21. Puffer RR — *Patterns of urban mortality*. Pan-American Health Assoc, Washington, 1967.
22. Resnik HLP — Suicide. In Kaplan HL, Freedman AM, Sadock BJ (eds): *Compreensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980, pg 2085.
23. Shaffer D, Fischer P — The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *J Am Acad Child Psychiatr* 20:545, 1981.
24. Vansan GS — Suicídio: variações históricas dos meios auto-destrutivos utilizados pelos suicidas no município de Ribeirão Preto. *Neurobiologia (Recife)* 50:189, 1987.
25. Weed JA — Suicide in the United States: 1958-82. In *Mental Health United States (National Institute of Mental Health)* 135, 1985.