

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

FABRICIO AUGUSTO AGUIAR LEME

**EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NA BAIXADA SANTISTA
NO TRIÊNIO 2016 -2018**

SANTOS/SP

2021

FABRICIO AUGUSTO AGUIAR LEME

**EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NA BAIXADA SANTISTA
NO TRIÊNIO 2016 -2018**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde, sob a orientação do Professor Dr. Marcos Montani Caseiro.

SANTOS/SP

2021

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

616.858445 Leme, Fabricio Augusto Aguiar.

L657e Epidemiologia do suicídio na baixada santista no triênio 2016 -2018 / Fabricio Augusto Aguiar Leme.

- 2021

- 97 p.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Mecânica, Santos, SP, 2020.

1. Suicídio. 2. Epidemiologia. 3. Baixada Santista. 4. Notificação. 5. Ataprev. I. Caseiro, Marcos Montani. II. Epidemiologia do suicídio na baixada santista no triênio 2016 -2018.

**EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NA BAIXADA SANTISTA
NO TRIÊNIO 2016 -2018**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas da Universidade Santa Cecília - UNISANTA.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro.

Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Prof. Dr. José Roberto Yasoshima

Data da Defesa:

Resultado:

Dedico este trabalho aos profissionais da área da saúde que atuam na prevenção, no tratamento das doenças mentais e que consolam os que choram.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Alysson Leandro Mascaro dedico as primeiras palavras de gratidão, eis que suas aulas foram um verdadeiro incentivo para reflexão e busca pelo conhecimento visando o aprimoramento da sociedade.

Aos Professores Doutores Fernando Reverendo Vidal Akaoui e Marcelo Lamy pelo magistério glorioso e por toda a compreensão e apoio em todas as adversidades sofridas e superadas no decorrer do curso. Minha profunda gratidão

Ao ilustríssimo Professor Doutor Marcos Montani Caseiro pela inestimável contribuição e direção, em plena pandemia, frise-se, para o desenvolvimento da pesquisa realizada.

A Professora Cleusy Galindo pelas palavras de incentivo neste projeto. Amiga que influenciou na escolha deste tema árido, me levando a refletir sobre a dolorosa e necessária abordagem do suicídio.

Ao Professor e Mestre Wagner Camargo Gouveia pelo incansável encorajamento ao longo de todo o desenvolvimento deste projeto.

Somos feitos de carne, mas temos de
viver como se fôssemos de ferro.

Sigmund Freud

RESUMO

A presente pesquisa trata do levantamento epidemiológico dos óbitos por suicídio nas cidades da Baixada Santista através dos dados informados pelo MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM, disponibilizados através do Portal do Dataprev (Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social) referente ao período de 2016 a 2018, através dos dados classificados como lesões autoprovocadas voluntariamente classificados no CID10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) nos códigos X-60 a x-84, bem como óbitos decorrentes de eventos cuja intenção foi considerada indeterminada (CID10 – Y-10 a Y-34 e Y-87) e os óbitos por transtornos mentais e comportamentais específicos (CID10 – F10 –F99). A subnotificação, o alto índice de óbitos cuja intenção do agente não pode ser identificada pela autoridade e as classificações errôneas são fatores que afetam diretamente os dados analisados, impactando as políticas públicas voltadas para a saúde mental. O perfil do indivíduo na hipótese de lesões autoprovocadas (CID10 – X-60 a x-84) em sua maioria é do sexo masculino, tem entre 30 a 39 anos de idade, possui nível de 8 a 11 anos de estudo e utiliza de enforcamento, estrangulamento ou sufocação como meio, com realização em sua residência.

Palavras-chave: Suicídio. Epidemiologia. Baixada Santista. Notificação. Dataprev.

ABSTRACT

This research deals with the epidemiological survey of deaths by suicide in the cities of Baixada Santista through data reported by MS / SVS / CGIAE - Mortality Information System - SIM, made available through the Dataprev Portal (Social Security Information and Technology Company) referring to the period from 2016 to 2018, through data classified as self-inflicted injuries voluntarily classified in ICD10 (International Classification of Diseases and Health-Related Problems) in codes X-60 to x-84, as well as deaths resulting from events whose intention was considered undetermined (ICD10 - Y-10 to Y-34 and Y-87) and deaths from specific mental and behavioral disorders (ICD10 - F10 –F99). Underreporting, the high rate of deaths whose agent's intention cannot be identified, and erroneous classifications are factors that directly affect the data analyzed, impacting public policies aimed at mental health. The profile of the individual in the hypothesis of self-harm (ICD10 - X-60 to x-84) is mostly male, between 30 to 39 years old, has a level of 8 to 11 years of study and uses hanging, strangulation or suffocation as a means, carried out at home.

Keywords: Suicide. Epidemiology. Baixada Santista. Notification. Dataprev.

Lista de Figuras

Figura 1 - Óbitos por lesão autoprovocada por Região do país – Triênio 2016 a 2018 - CID X60 a X84 (SIM 2020)	17
Figura 2 - Diagnósticos psiquiátricos e suicídio (CFM 2014)	32
Figura 3 - Relação entre comportamento suicida e doença mental (ABP 2017)	33
Figura 4 -Mapa da Baixada Santista. (IMBS 2020)	36
Figura 5 - Mapa do litoral sudeste, c. 1600. Cf. Francisco Martins dos Santos e Fernando Martins Lichti, “História de Santos”, Poliantéia Santista, 1986, 3 vols. In Zundt (2006).	37
Figura 6- Total de óbitos no Estado de São Paulo . Categoria CID-10: X60 a X84. 2016 a 2018 (SIM 2020).	41
Figura 8 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10: Y-10 a Y-34 e Y-87. 2016 a 2018 (SIM 2020)	43
Figura 9 - Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – F01 a F99	46
Figura 10 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10 F10 a F99 – 2016 a 2018 (SIM 2020)	46
Figura 11 - Crescimento populacional da Baixada Santista no período de 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)	47
Figura 12 - Crescimento populacional dos municípios de Bertioga, Guarujá, Cubatão e Itanhaem. 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)	48
Figura 13 - Crescimento populacional dos municípios de Mongagua e Peruibe - 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)	48
Figura 14 - Crerscimento populacional dos municípios de Praia Grande, Santos e São Vicente. 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)	49
Figura 15 - Coeficientes de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes (OMS 2014)...50	50
Figura 16- Comparativo do Coeficiente de Mortalidade por Suicídio no Brasil e Baixada Santista. 2013 a 2018 (SIM 2020)	50
Figura 17 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio na Baixada Santista (por 100 mil habitantes) 2013 a 2018 (SIM 2020)	51
Figura 18 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio na Baixada Santista (por 100 mil habitantes) – 2016 a 2018 (SIM 2020)	52
Figura 19 - Meio utilizado para o suicídio. Baixada Santista Categoria CID-10: X60 a X84 – 2016 a 2018 (SIM 2020)	54
Figura 20 - Principais meios utilizados para o suicídio no Estado de São Paulo - 2016 a 2018 (SIM 2021)	55
Figura 21 - Escolaridade no triênio 2016 a 2018. Baixada Santista (SIM 2020)	58
Figura 22 - Escolaridade no triênio 2016 a 2018. Estado de São Paulo (SIM 2020)	58
Figura 23 - Mortalidade por suicidio segundo faixa etária e ano de ocorrência. Brasil. 2016 a 2018 (SIM 2020)	60
Figura 24 - Análise por Grupo Etário no Triênio 2016 - 2018 - Brasil (SIM 2020)	60
Figura 25 - Análise por Grupo Etário no Triênio 2016 - 2018 - Estado de São Paulo Brasil (SIM 2020)	62
Figura 26 - Grupos por idade - Baixada Santista - Triênio 2016-2018 (IBGE 2020)	63
Figura 27 Coeficiente de suicídio por faixa etária na Baixada Santista para o Triênio 2016-2018 (IBGE/SIM 2020)	64

Figura 28 - Percentual de suicídio por faixa etária na Baixada Santista - 2016 a 2018 (IBGE/SIM 2020)	64
Figura 29 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio na Baixada Santista por faixa etária nos anos 2016 a 2018 (SIM 2020)	66
Figura 30 - Óbitos por suicídio na Estado de São Paulo por sexo - Triênio 2016-2018 (SIM 2020)	67
Figura 31 - Taxa de Mortalidade por suicídio no Brasil (por 100.000 habitantes) 2007 a 2016 (MS 2017)	67
Figura 32 - Óbitos por suicídio na Baixada Santista por sexo - Triênio 2016-2018 (SIM 2020)	68
Figura 33 - Mortalidade por suicídio segundo o sexo e município da Baixada Santista de 2016 a 2018 (SIM 2020)	69
Figura 34 - Total de suicídios segundo o sexo e município da Baixada Santista no Triênio 2016-2018 (SIM 2020)	69
Figura 35 - Local para consumação do suicídio Baixada Santista - Triênio 2016-2018 (SIM 2020)	73
Figura 36 - Óbitos por Estado civil – 2016 a 2018 – Estado de São Paulo – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020)	74
Figura 37 - Suicídio por estado civil na Baixada Santista - triênio 2016-2018	76
Figura 38 - Óbitos decorrentes de eventos com intenção indeterminada no Brasil - 2018 (SIM 2020)	79
Figura 39 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10: Y-10 a Y-34 e Y-87. 2016 a 2018 (SIM 2020)	80
Figura 40 - Coeficiente de Mortalidade por 100.000 habitantes no período de 2016 a 2018 na Baixada Santista por 100.000 habitantes (SIM 2020)	81
Figura 41 - Óbitos com CID-10 Y-10 a Y-34 e Y-87 na Baixada Santista nos anos de 2014 a 2018 (SIM 2020)	82
Figura 42 - Redistribuição (%) dos óbitos por causas residuais externas, ocorridos em Niterói, de junho a setembro de 2008, após a investigação de Borges (2012)	83
Figura 43 - Principais óbitos por Transtornos mentais - Estado de São Paulo triênio 2016-2018 (SIM 2021)	85
Figura 44 - Óbitos por transtorno mental no Estado de São Paulo - Estado civil - triênio 2016 a 2018 (SIM 2021)	86
Figura 45 - Estado Civil dos óbitos por transtorno mental e comportamental na Baixada Santista - Triênio 2016 a 2018 (SIM 2021)	87
Figura 46 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10 F10 a F99 – 2016 a 2018 (SIM 2020)	88
Figura 47 - Principais óbitos por transtornos mentais na Baixada Santista – 2016 a 2018 (SIM 2020)	88

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – X60 a X84.....	40
Tabela 2- Total de óbitos por município. Categoria CID-10: X60 a X84. 2016 a 2018 (SIM 2020).	41
Tabela 3 - Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Y10 a Y34 e Y87	43
Tabela 4- Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – F01 a F99.....	46
Tabela 5- Lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10 X-60 a X84) por município e escolaridade- 2018 (SIM 2020)	57
Tabela 6 - Lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10 X-60 a X84) por município e escolaridade- 2017 (SIM 2020)	57
Tabela 7 - Lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10 X-60 a X84) por município e escolaridade- 2016 (SIM 2020)	57
Tabela 8 - Suicídios por município e faixa etária no período de 2016 a 2018. CID-10 X60 a X84 (SIM 2020)	62
Tabela 9 - Óbitos por suicídio por município da Baixada Santista e local de consumação. Ano 2018 (SIM 2020)	72
Tabela 10 - Óbitos por suicídio por município da Baixada Santista e local de consumação. Ano 2017 (SIM 2020)	73
Tabela 11 - Óbitos por suicídio por município da Baixada Santista e local de consumação. Ano 2016 (SIM 2020)	73
Tabela 12 - Óbitos p/Residência por Município e Estado civil – 2016 – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020).....	75
Tabela 13 - Óbitos p/Residência por Município e Estado civil – 2017 – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020).....	75
Tabela 14 - Óbitos p/Residência por Município e Estado civil – 2018 – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020).....	75
Tabela 15 - Óbitos por suicídio no triênio 2016-2018 por município e mês da ocorrência (SIM 2020)	77
Tabela 16 - Taxa Trimestral de Desocupação na Baixada Santista - 2016 a 2018 (IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua trimestral 2020)	77
Tabela 17 - Principais Transtornos mentais e comp. por faixa etária. Triênio 2016 a 2018. Baixada Santista (SIM 2021).....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

CID Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CGIAE Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CISA Centro de Informações sobre Saúde e Álcool

DATASUS Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

EMPLASA Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano S.A

IMBS Indicadores Metropolitanos da Baixada Santista

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SVS Secretaria de Vigilância em Saúde

SIM Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
1.1. Suicídio. Conceito.....	19
1.2. Suicídio. Causas.	28
2. SUICÍDIO E SUBNOTIFICAÇÃO	34
3. EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO	36
3.1. Região Metropolitana da Baixada Santista	36
3.2. Método	39
3.3. Do Crescimento Populacional da Baixada Santista	47
3.4. Coeficiente de Mortalidade por Suicídio	49
3.5. Meios de Suicídio.....	52
3.6. Da Escolaridade	56
3.6. Da Idade.	59
3.6.1. Do Idoso.	65
3.7. Do sexo.	66
3.7.1. Da sexualidade.	70
3.8. Do local da realização do ato suicida.....	72
3.9. Do Estado Civil	74
3.10. Sazonalidade do Suicídio.	76
4. DOS EVENTOS COM INTENÇÃO INDETERMINADA.	78

5. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	84
CONCLUSÃO	90
BIBLIOGRAFIA	92

INTRODUÇÃO

O relatório emitido em 2019 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) afirma que aproximadamente 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, destaca ainda que a taxa global de suicídio em 2016 foi de 10,5 por cada 100.000 pessoas, ressaltando que as taxas variaram nos países pesquisados entre 5 a 30 por cada 100.000.

O mesmo relatório da OMS (2019) informa que 79% dos suicídios no mundo ocorreram em países de baixa e média renda, muito embora a maior taxa - 11,5 por cada 100.000 - foi encontrada nos países de alta renda, tendo a Europa o continente com a maior taxa mundial, com destaque para Áustria (15,6 por cada 100.000), Bélgica (20,7 por cada 100.000) e Rússia (31,0 por cada 100.000 pessoas). O Brasil apresentou a taxa de 6,5 por 100.000 pessoas (13.467 suicídios quantificados no relatório da OMS de 2019).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, nos últimos anos houve aumento das taxas de suicídio no país, ocupando o nono lugar em números absolutos. Em 2011, foram registradas 10.490 mortes, sendo 5,3 a cada 100 mil habitantes. Já em 2015, o número chegou a 11.736: 5,7 a cada 100 mil habitantes, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (BRASIL 2017).

No período entre 1996 a 2016 o Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio, aumento de 69,6% de casos.

Neste contexto, em setembro de 2017 o Ministério da Saúde lançou a Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio, sendo que no Brasil em média 11 mil pessoas tiram a própria vida por ano, sendo a terceira maior causa de mortes entre homens e a oitava entre as mulheres (de 15 a 29 anos).

O relatório ainda destaca que a taxa de mortalidade entre homens é 3,6 vezes maior, sendo de 8,7 para cada 100 mil habitantes e, para mulheres, alcança a taxa de 2,4.

Importante destacar que os dados de suicídios são claramente subestimados em razão da cultura, estigmas, fatores políticos e sociais e principalmente pela ausência de confiabilidade nos dados fornecidos por órgãos públicos, eis que podem ser registrados como acidentes ou mortes por causa indeterminada.

Estima-se que o suicídio é subestimado numa taxa de 20-25% dentre os idosos e de 6-12% em outras faixas etárias.

Observa-se ainda, não existir registros oficiais de comportamentos suicidas não fatais, o que implica em não haver um levantamento do número de tentativas de suicídio. Importante destacar que somente cerca de 25% dos que tentam o suicídio precisam e/ou buscam atenção médica. A maioria das tentativas de suicídio, portanto, permanece não relatada e não registrada.

Para confirmar tal fato destaca-se que no Brasil em 2018 foram notificadas 12.733 lesões autoprovocadas que provocaram óbito e 12.310 óbitos por eventos cuja intenção foi considerada indeterminada (desconhecida a motivação, embora o óbito tivesse origem de lesão fatal).

No triênio estudado foram notificadas 36.661 óbitos por suicídio (lesões autoprovocadas), apresentando o seguinte dados por região:

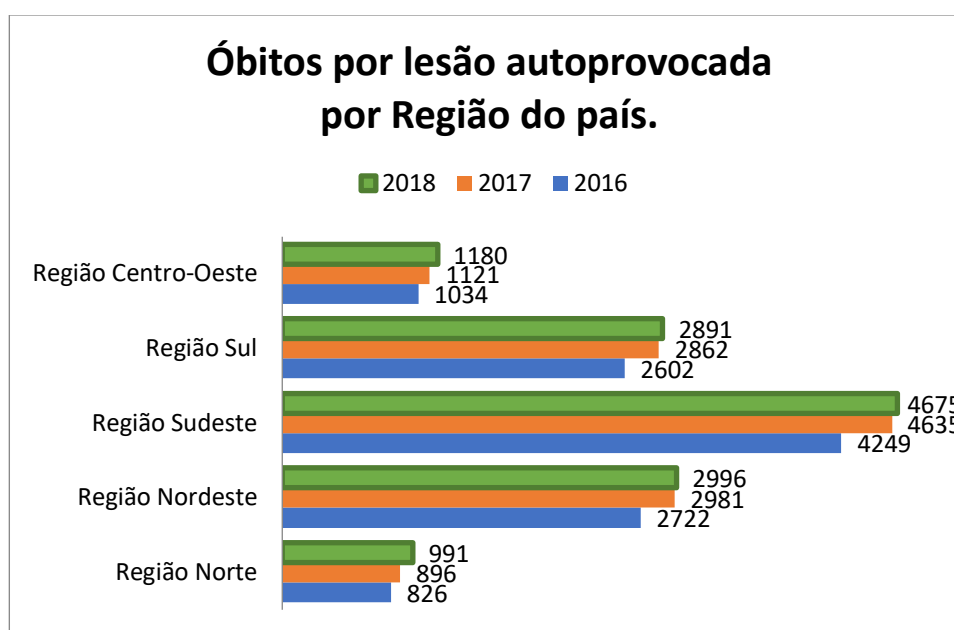


Figura 1 - Óbitos por lesão autoprovocada por Região do país – Triênio 2016 a 2018 - CID X60 a X84 (SIM 2020)

O presente estudo pretende demonstrar a necessidade de revisão na classificação dos dados que envolvam suicídio, para sugerir a inclusão dos óbitos por doenças mentais e comportamentais nos dados oficiais como suicídio, bem como no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para promoção de saúde mental e prevenção do suicídio, direcionando com maior atenção dos serviços de apoio ao perfil majoritário do agente suicida.

O presente estudo descritivo do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio no período de 2016 a 2018, classificados como lesões autoprovocadas voluntariamente (CID10 – X-60 a x-84), bem como eventos cuja intenção é indeterminada (CID10 – Y-10 a Y-34 e Y-87) e os óbitos por transtornos mentais e comportamentais específicos (CID10 – F10 –F99).

A relevância da limitação do estudo aos municípios da Baixada Santista é justamente estabelecer um coeficiente regional de mortalidade por suicídio, eis que o coeficiente nacional, amplamente adotado de forma generalizada por diversos gestores da saúde, apresenta todas as diversidades da sociedade brasileira, com fatores socioculturais e econômicos próprios.

Também importante a análise subsidiária dos óbitos ocorridos na Baixada Santista cuja intenção da vítima não foi possível identificar, ou seja, não há como precisar se a lesão foi autoprovocada ou um acidente, por exemplo, com a ingestão exagerada de medicamento. Estes óbitos, geralmente excluídos das análises, podem impactar diretamente os dados epidemiológicos, especialmente com o exponencial aumento de casos entre os idosos (>60 anos)..

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Suicídio. Conceito.

Embora o suicídio possa ser um fenômeno multifatorial, com origens ou motivações psicológicas, biológicas e até mesmo culturais, verifica-se que desde os primórdios do iluminismo, acentuado após os estudos de Émile Durkheim, se mostrou possível através da observação estatística.

O termo suicídio foi criada em 1737 por Desfontaines adotando o latim para conceitua-lo: *sui* – de si; *caedes* – assassinato.

No entanto, muito antes de qualquer estudo sociológico moderno, e segundo Oliveira (2018) o filósofo grego Platão já escrevia sobre o suicídio, justificando-o como um comportamento legítimo caso o suicida sofresse de doenças crônicas, incuráveis e dolorosas que trariam a certeza de um destino miserável e humilhante perante a sociedade. A libertação da vida é um bem, o suicídio seria não só desejável como também lícito segundo o pensador grego.

Na obra *Leis* o filósofo aborda o suicídio, indicando inclusive a forma de seu sepultamento:

[...] Estou falando do ser humano que mata a si mesmo, que (1) use da violência para tirar seu fado das mãos do destino, (2) não está agindo em obediência a alguma decisão legal de seu Estado, (3) cuja mão não esteja sendo forçada a isso por força de alguma desgraça intolerável e inevitável, (4) nem tampouco por incorrer em alguma ignomínia irremediável ou insustentável, com a qual não pode viver, e (5) quando simplesmente inflige sobre si mesmo essa pena iníqua ditada pela indolência e a covardia. [...] 49. (a) Os que forem assim destruídos devem ser enterrados individualmente, sem ninguém com quem compartilhar a sepultura; (b) devem ser enterrados em desgraça naqueles limites dos doze distritos que são desérticos e inominados; (c) Os túmulos não podem ser identificados, seja por estelas, seja por títulos. (Leis, IX, 873c; tradução e citação por Oliveira 2019)

Aristóteles já aborda o suicídio pela visão jurídica, ao observar que a lei não ordena uma pessoa a matar-se a si própria; e aquilo que a lei não ordena, proíbe-o. Ressalta que aquele que fere a lei pratica uma injustiça.

Já para a visão médica de Hipócrates surgiria os termos “mania” e “melancolia” para dar a ideia de perturbações mentais. Para ele a Melancolia (da tradução do grego seria “bile negra”) era considerada a causa dos estados de

excitação com delírio.

Com a propagação dos ideais cristãos na Europa, o suicídio é veementemente proibido. Já nos primeiros concílios da fé cristã de Orleans, Braga e Toledo (séculos V e VI) constaram a proibição de qualquer homenagem aos suicidas, e mesmo aqueles que só tentavam e não conseguiam êxito, eram excomungados.

O suicídio na idade média foi repudiado nos púlpitos, na forma de pregações. A literatura do período não aprofunda o tema como os gregos, salvo algumas colocações de Tomás de Aquino e Santo Agostinho, sendo que este último equipara o ato suicida como verdadeira violação do quinto mandamento: “não mataras”.

Dante na obra *Divina Comédia* faz a narrativa do Inferno para aqueles que cometem suicídio, colocando-os abaixo dos hereges e num lamento eterno de sofrimento:

No sétimo círculo, abaixo dos hereges que ardem no fogo e dos assassinos que cozinham num rio de sangue quente, há uma floresta escura e sem trilhas onde as almas dos suicidas crescem por toda a eternidade na forma de espinheiros tortos e venenosos. As harpias, monstros de asas imensas, barrigas emplumadas, rostos humanos e patas providas de garras, aninham-se nessas árvores atrofiadas e mordiscam suas folhas. Pela floresta inteira só se ouve o som de lamentos (Alvarez 1999)

Através de Shakespeare, acompanhado do início do renascimento, houve um processo de visualização trágico-romântica no suicídio de Romeu e Julieta, Antônio e Cleópatra, Otelo, Lady Macbeth, entres outros, mas todos trazem a introspecção, tornando-o mais humano, passional e menos dogmático (ANDRÉ 2018).

Segundo Minois (2018) foi Shakespeare, com um questionamento simples trouxe uma nova reflexão sobre a vida: ‘Ser ou não ser? Eis a questão’:

“Por que, em uma determinada época, alguns homens escolheram não mais ser? Cada um tinha suas razões, e é importante compreendê-las, pois essa atitude revela os valores fundamentais da sociedade. Ela afeta ao mesmo tempo o indivíduo e o grupo” (MINOIS 2018)

No período de 1680 a 1700 o suicídio passa a ser denominado como a “doença inglesa”. Tal termo foi criado diante dos progressos estatísticos através dos

boletins de mortalidade londrinos iniciados em 1680, com uma média de 18 casos por ano.

Com o desenvolvimento da imprensa, as informações atingem um público cada vez maior e os ingleses passam a acompanhar os boletins surpresos com a incidência de suicídio na sociedade. Obviamente o suicídio não estava limitado a ilha britânica, mas a existência de um registro estatal fez aumentar o interesse sobre o tema por toda a Europa.

Na crise financeira inglesa de 1720 a sociedade se depara com o aumento significativo de casos de suicídio (27 em 1720 para 52 em 1721), abandonando a visão passional de Shakespeare e vinculando ao fator econômico.

Minois (2018) afirma que os riscos impostos pelo empreendedorismo do novo modelo econômico capitalista que surgira na Europa no século XVIII foi um fator decisivo para o aumento dos casos de suicídio em toda a Europa:

Sem sombra de dúvida, o desenvolvimento do capitalismo é um fator importante da alta do índice de suicídios ao longo desse período. Baseado no individualismo, no risco, na concorrência e nas apostas imprudentes, ele é um elemento de instabilidade e insegurança. Os sistemas de solidariedade das guildas e corporações desaparecem e deixam o indivíduo sozinho diante de sua ruína; as quebraadeiras se sucedem com frequência ainda maior porque o controle dos mecanismos econômicos ainda é rudimentar e os erros são frequentes. As falências são numerosas e sem perdão, e o empresário atingido não pode contar com nenhuma compaixão de seus contemporâneos. A Inglaterra entra na era do *laissez-faire*, a era de todas as ousadias, de todas as oportunidades; as companhias se multiplicam, mas as falências são proporcionais às esperanças criadas. O movimento ganha o continente europeu. Na França, são os bancos e as finanças que oferecem a maioria das oportunidades a partir de 1715, e também ali o dia seguinte é muitas vezes cruel. Na falta de garantias e de estruturas estáveis, o empresário do início do século XVIII encontra-se fragilizado e vulnerável, fornecendo um contingente suplementar aos suicídios tradicionais (MINOIS 2018)

No renascimento do século XVIII surgem tratados sobre o tema, com forte oposição religiosa. Merece destaque a definição de suicídio no Dicionário de Trevoux: “o suicídio é a receita dos covardes, que não têm paciência de sofrer nem a coragem de aguentar o peso de uma desgraça”.

Montesquieu inova ao trazer a ideia de que o suicídio não prejudica a sociedade nem dogmas religiosos de sua vítima. Em *O espírito das leis* o filósofo reflete a “doença inglesa”, atribuindo aos efeitos psicológicos do clima, bem como

crítica as leis dos países que estigmatizam o suicídio (MINOIS 2018).

O escritor Schopenhauer, tido como o poeta do pessimismo, ponderou que o suicida não resiste ao sofrimento, que segundo Petry (2006) seria a constatação de que a vontade, sendo a essência da vida e, portanto, um constante querer viver, faz de qualquer existência um completo sofrimento.

Longe de ser negação da Vontade, é um acontecimento que vigorosamente a afirma. Pois a essência da negação da Vontade reside não em os sofrimentos mas em os prazeres repugnarem. O suicida quer a vida; porém está insatisfeito com as condições sob as quais vive. Quando destrói o fenômeno individual, ele de maneira alguma renuncia à Vontade de vida, mas tão-somente à vida. (Schopenhauer, 2010)

A compreensão científica da ocorrência do suicídio ainda apresenta desafios devido à complexidade das variáveis psicológicas, ambientais, sociais e médicas envolvidas na determinação desse fenômeno.

As variáveis demográficas, bem como outros dados que podem ser objeto de levantamento estatístico, tais como sexo, faixa etária, estado civil e religião, são determinantes para concluir o suicídio como um fenômeno social que obedece a padrões ou regularidades, permitindo estabelecer fatores que interagem com este fenômeno social.

Notou-se, por exemplo, sensível aumento dos casos de suicídio durante a peste de 1638 e 1639 na Inglaterra, um período marcado por colheitas ruins, inflação no preço dos gêneros alimentícios e ainda a epidemia da peste (MINOIS 2018).

Em determinadas sociedades orientais e em sociedades tribais, o suicídio tem um valor positivo, é valorizado e por vezes encorajado. No Oriente, ele pode ser visto como um ato honroso, como uma demonstração de fidelidade, disciplina e boa índole. Em sociedades tribais, ele corresponde a uma tentativa de reabilitação do indivíduo no grupo, no caso de ele sobreviver, ou da imagem do morto no imaginário coletivo, no caso do suicídio consumado.

Já em sociedades ocidentais o fenômeno do suicídio constitui tema interdito, uma tentativa de negação completa da dor, do sofrer, da morte - somando-se ao crescente tabu que se desenvolveu, posteriormente, em torno da morte, como algo por ser aplacado, evitado.

Desse modo, o suicídio acaba incluído dentro das coisas que não se deve fazer e, ainda que com relativa impunidade, de que pelo menos não se deve falar (o tabu reside no discurso). No geral, não deve ser realizado e muito menos pensado. Por isso, comumente, as tentativas são acompanhadas de sentimentos de vergonha, embaraço ou culpa, e os laudos

policiais são, por vezes, distorcidos, no intuito de abafar ocorrências verdadeiras de tentativa e suicídio. (CARSSOLA 1991)

A teoria psiquiátrica teria sido a primeira a tentar explicar as causas do suicídio, no início do século XIX, com Pinel, e sistematizada por Étienne Esquirol na obra *Das doenças mentais*.

Esquirol afirmava que o suicídio tinha as características das alienações mentais e que somente na vivência de um delírio o indivíduo cometeria tal ato. Partindo do pressuposto de que o suicídio seria algo involuntário, o suicida não deveria ser passível de punição, mas sim, de compreensão para a prevenção.

No século XX, Durkheim e Freud acrescentaram os pontos de vista sociológico e psicanalítico, à visão clínica do suicídio.

Análises epidemiológicas da ocorrência do suicídio não são de forma nenhuma raras nem recentes. Pode-se dizer que análises da distribuição da ocorrência do suicídio segundo características das pessoas, distribuições espaciais e tendências no decorrer do tempo, que constituem as questões centrais dos estudos epidemiológicos descritivos (quem adoece, quando e onde) foram realizadas já no século passado, estando muitas delas contidas no estudo sobre suicídio realizado por um dos expoentes da sociologia, Émile Durkheim, em 1856. Padrões da distribuição do suicídio por variáveis como idade, sexo, país de residência, área de residência (urbano, rural), grupos religiosos e étnicos são descritos, e uma certa estabilidade é observada nesses padrões. Por exemplo, o maior risco de morte por suicídio dos homens em relação às mulheres é observação feita de longa data, em quase todos os países com dados disponíveis (CASSORLA, 1991)

Durkheim (2010) conceituou o suicídio como um fenômeno social, algo exterior aos indivíduos, que tem lógica própria e que deveria ser conhecido externamente, na interação dos fatos sociais e não a partir de razões individuais internas. Seria o suicídio "todo caso de morte provocado direta ou indiretamente por um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima e que ela sabia que devia provocar esse resultado"

O sociólogo propôs a existência de três tipos de suicídio, a saber, o egoísta, no qual decorre do enfraquecimento do controle social com o favorecimento do

individualismo mórbido que tendesse ao suicídio; altruísta que seria exemplificado pelos casos de esquimós idosos, que se afastam da tribo para morrer, convictos de que se haviam tornado um "peso morto" para sua comunidade; anômico que decorre de conflitos sociais internos, como a emigração, desorganização social e dificuldades econômicas, que frustrariam as aspirações do indivíduo, levando-o ao suicídio.

Em sua obra *O suicídio*, Durkheim comparou católicos, protestantes e judeus, concluindo que o enfraquecimento ou excessos dos vínculos tradicionais como os laços familiares, políticos e religiosos, indicaria a perda de coesão social ou, inversamente, sua atuação mais exagerada, incidiria no aumento mortes voluntárias.

A escola psicanalítica, iniciada por Freud, tentou demonstrar que o tema da morte adquire significado patológico em certos casos, ligados a impulsos agressivos inconscientes:

"FREUD (...), então, procurando explicar o suicídio, foi elaborando uma ideia de agência psíquica que poderia justificar a culpa e a autoacusação como conceitos importantes para o entendimento da depressão e da melancolia. Deste modo, em 1923, na sua obra *O ego e o id*, formulou o conceito de superego, com funcionamento inconsciente, bem como as suas relações com o ego, que possibilitaram uma melhor compreensão da dinâmica do suicídio. Para o ego viver, precisa de certa dose de autoestima e apoio das forças protetoras do superego e, assim, o medo da morte, na melancolia, acontece quando o ego se desespera, porque se sente odiado e perseguido pelo superego. O suicídio é uma expressão do fato de que terrível tensão, produzida pelo superego, ficou insuportável. A perda de autoestima é tão completa que toda esperança de recuperá-la é abandonada. O ego se percebe desamparado pelo superego e se deixa morrer." (WERLANG, 2000 apud RIBEIRO 2003).

O termo criado por Hipócrates volta a ser utilizado por Freud, ao estabelecer que melancolia, também denominada de neurose narcísica, se caracteriza pela impossibilidade de o sujeito elaborar simbolicamente uma perda ou seja, quando o luto ganha um cunho patológico, sendo que o sujeito experimenta um conflito devido à ambivalência frente ao objeto, sentindo-se culpado pela perda do objeto, como se a tivesse desejado, surgindo a autoacusação e autotortura (CARVALHO 2002).

Karl Marx foi um profundo observador da sociedade, sendo que já constatava o suicídio como uma forma de opressão social, decorrente da luta social

geral relacionada diretamente com os males econômicos do capitalismo, decorrentes dos baixos salários, desemprego e miséria.

O filósofo conclui que o suicídio é justamente a impossibilidade de compreensão da sociedade, eis que todos são cientes dos deveres para com a sociedade, o seu papel social, sendo que o suicídio elimina a pior parte da dificuldade, o cadafalso ocupa-se com o resto. Somente com uma reforma de nosso sistema geral de agricultura e indústria pode-se esperar por fontes de recursos e por uma verdadeira riqueza.

Com maestria Eric Hobsbawn aponta historicamente que o suicídio possui inclusive uma íntima relação com o trabalho:

Por outro lado, havia muito mais pobres que, diante da catástrofe social que não conseguiam compreender, empobrecidos, explorados, jogados em cortiços onde se misturavam o frio e a imundície, ou nos extensos complexos que aldeias industriais de pequena escala, mergulhavam na total desmoralização. Destituídos das tradicionais instituições e padrões de comportamento, como poderiam muitos deles deixar de cair no abismo dos recursos de sobrevivência, em que as famílias penhoravam a cada semana seus cobertores até o dia do pagamento, e em que o álcool era "a maneira mais rápida para se sair de Manchester" (ou de Lille ou de Borinage). O alcoolismo em massa, companheiro quase invariável de uma industrialização e de uma urbanização bruscas e incontroláveis, disseminou "uma peste de embriaguez" em toda a Europa.

(...)

A bebida não era o único sinal desta desmoralização. O infanticídio, a prostituição, o suicídio e a demência têm sido relacionados com este cataclismo econômico e social, graças em grande parte ao trabalho pioneiro na época daquilo que hoje em dia seria chamado de medicina social (HOBSEBAWN, 2004).

O suicídio era a forma do trabalhador buscar escapar do destino de ser um trabalhador pobre ou, na melhor das hipóteses, de aceitar ou de esquecer a pobreza e a humilhação. Os que acreditavam na ressurreição, os bêbados, os criminosos, os lunáticos, os vagabundos ou os pequenos negociantes ambiciosos desviavam os olhos das condições da coletividade e (com a exceção dos últimos) se sentiam apáticos em relação à possibilidade de uma ação coletiva.

A psicologia desenvolveu a ideia de comportamento suicida, iniciando com

os pensamentos autodestrutivos, passando para ameaças e gestos. A próxima etapa seria a atitude de planejamento para realização do suicídio, concluída com a ativação do planejamento.

Importante ressaltar que além da questão econômica ou laboral, também relevante o fator cultural para conceituação sociológico do suicídio.

No Japão, a morte natural é entendida como o refúgio onde reina a harmonia perfeita e, através dela todos os ódios podem se apagar, contra o preço de tal sacrifício. E no caso, a morte voluntária é chamada para garantir o alcance desta paz (HIRANO 2015).

Durkheim (2010) já havia observado que “no Japão Antigo, acreditava-se que um ato representasse muito mais que o mais longo dos discursos, pois o discurso podia mentir, o ato jamais”.

Segundo o relatório da OMS de 2019, o Japão reportou 23.684 casos de suicídio no ano de 2016, sendo 16.250 do sexo masculino e 7.434 do feminino, apresentando a taxa de 18,5 para cada 100.000 pessoas.

O comportamento nipônico possui lastro histórico e religioso.

Desde o sistema feudal regido pelas elites guerreiras dos *samurais* (do verbo *saburai*: “aquele que serve ao senhor”), que vigorou por oito séculos no Japão (1185 a 1867), foi cultivada a concepção de ausência do medo da morte e a plena honra na defesa do seu senhor, de sua própria reputação ou de seus ancestrais, comportamento este estabelecido nos ensinamentos no código de honra *Bushido*.

Se viessem a falhar ou cometessem um ato de desonra para si próprio, manchando o nome de seu senhor e familiares, ou se ele deixasse o seu senhor morrer por ineficiência, o *samurai* era ensinado a cometer o *harakiri* ou *seppuku*. O *samurai* deveria ter coragem e não temer perder a vida em batalha, pois acreditava na reencarnação, ou seja, teria outras passagens na Terra. Se ele morresse para defender sua honra, teria cumprido sua missão em vida. O lado espiritual do *samurai*, ajudava-o a combater seu medo. Dessa forma, o *samurai* tinha mais autocontrole, disciplina e simplicidade no modo de viver (HIRANO 2015).

A necessidade de defender a honra de seus ancestrais está presente no Xintoísmo, religião originária do Japão e anterior ao Budismo. Não há ideação de

inferno ou castigo, a morte do suicida apenas afeta o corpo físico, sem prejudicar a alma. Já no Budismo há a concepção de vida após a morte, sendo que as cerimônias que celebram as vidas, como nascimento e casamento, seguem os rituais Xintoístas. Já os rituais fúnebres, são realizados de acordo com o ritual Budista (HIRATO 2015).

Igualmente marcante foi também o comportamento dos *kamikazes* durante a 2ª Guerra Mundial, os quais motivados por uma força de ideação de coletividade patriótica realizavam o voo da morte.

Observando a classificação de Durkheim (2010) o comportamento dos *kamikazes* poderia ser tipificado como suicídio altruístico, ou seja, “aquele em que o eu não pertence a si próprio, em que se identifica com outra coisa que lhe é exterior, em que o polo de conduta reside fora dele, isto é, situa-se nos grupos a que pertence”.

Importante comparar os dados do Japão com os obtidos na Coreia do Sul, maior índice de suicídio da Ásia em 2016 com 26,9 casos por 100.000 pessoas, conforme o relatório da OMS (2019). O alto índice entre os idosos, diante da grande taxa de pobreza entre os mais velhos e ausência de um sistema adequado da previdência sul-coreana, seguido de jovens, em razão da pressão nos estudos e mercado de trabalho.

No Brasil o suicídio não é alvo de sanção penal, mas o Código Penal, criado em 7 de dezembro de 1940, criminaliza no artigo 122 o ato de induzir, instigar ou auxiliar alguém a suicidar-se, sendo alterado pela Lei 13.968 de 2019, a qual acrescentou a possibilidade de punir o agente que induzir ou instigar a prática de automutilação ou prestar auxílio material para que o faça.

Caso o suicídio se consuma ou se a automutilação resultar em morte a pena de reclusão pode ser de dois a seis anos, ou de um a três anos, se da tentativa do suicídio resultasse lesão corporal de natureza grave.

Com a alteração legal ocorrida em 2019, a conduta do agente que resulte em automutilação, até então inexistente na legislação nacional. Tal alteração atendeu o clamor da sociedade diante de episódios promovidos em redes sociais que promovem a realização de automutilação. Inclusive há previsão expressa nos parágrafos 4º e 5º do artigo 122 do Código Penal que a pena é aumentada até o dobro se a conduta é realizada por meio da rede de computadores, de rede social ou

transmitida em tempo real e aumenta-se a pena em metade se o agente é líder ou coordenador de grupo ou de rede virtual.

A pena ainda é duplicada se o crime é praticado por motivo egoístico, torpe ou fútil ou se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência (§3º do artigo 122 do Código Penal)

Importante ressaltar que se o suicídio se consuma ou se da automutilação resulta morte for contra menor de 14 (quatorze) anos ou contra quem não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência, responde o agente pelo crime de homicídio (§ 7º do artigo 122 do Código Penal).

1.2. Suicídio. Causas.

Os fatores psiquiátricos e os psicológicos de risco mais comuns para o suicídio são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar, esquizofrenia, ansiedade e transtornos de personalidade, alcoolismo, desesperança, solidão e comorbidades. Doenças depressivas em sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica constituem o mais relevante fator de risco reconhecido pelos especialistas (BRASIL, 2014).

São fatores predisponentes, que podem acompanhar ao longo da vida da pessoa, os transtornos mentais, histórico familiar de suicídio, doença incapacitante, abuso sexual, comportamento social de isolamento e comportamentos agressivos e impulsivos. São fatores precipitantes (eventos desencadeantes): desilusão amorosa, conflitos relacionais, desemprego, acesso a meios letais, humilhação, perdas financeiras e, por fim, o divórcio.

Como menciona Durkheim (2010): “Para que a sociedade possa obrigar alguns de seus membros a matarem-se, é necessário que a personalidade individual seja muito pouco levada em consideração”.

Como bem destacado no Boletim Epidemiológico de 2017 (BRASIL), o fenômeno do suicídio é complexo, multifatorial, mas encontram-se situações de maior risco, entre elas ter acesso aos meios de cometer suicídio, apresentar dificuldade em lidar com estresses agudos ou crônicos da vida, e sofrer violência baseada em gênero, abuso infantil ou discriminação.

Cassorla (1991) acrescenta que, na verdade, não existe nenhuma teoria que

possa explicar todos os casos e situações de comportamentos suicidas, pois eles são a expressão de múltiplos fatores que interagem de forma específica em cada indivíduo e resultantes de aspectos constitucionais, da história do desenvolvimento, de circunstâncias sociais e de fantasias próprias sobre morte e pós vida.

O mesmo autor destaca a existência de “fatores de risco” que seriam características ou evento verificável referente a uma pessoa e ao meio ambiente circundante que podem afetar de modo adverso ou até específico as reações de personalidade da pessoa, que poderiam conduzir a um evento mórbido ou indicador desse evento, ressaltando os seguintes fatores identificados em autópsias psicológicas: eventos circunstanciais (que podem decorrer de diversos acontecimentos, sendo comuns revezes escolares ou revezes sentimentais, bem como alterações bruscas na relação familiar por condições socioeconômicas e mudanças de posição social), ideia de morte (mais presente na fase adolescente e adulta, momento em que a ideia intelectual é modificada para “sentimento de morte”, e conseqüentemente a ideação de suicídio), distúrbios afetivos (aflorados com momentos alternantes entre excitação e depressão, sendo comum a presença de agressividade, sentimento de recriminação, autocrítica, autodesvalorização e ideia de autodestruição) e por fim a imperiosidade dos atos (mais presente na juventude e sendo o suicídio como um ato, a imperiosidade favorece um impulso letal, sendo que muito embora o ato suicida tem origens múltiplas, a imperiosidade intervém como uma forma específica na adolescência).

Como observa Cassorla (1991):

Análises de mortalidade por suicídio (assim como para as demais causas de óbito) precisariam ser feitas periodicamente, para que mudanças nos riscos, nas variações dos padrões de distribuição por idade, sexo, área de residência, grupos socioeconômicos e meios utilizados, entre outras variáveis, pudessem ser prontamente identificadas. Este é procedimento habitual em países onde os registros de informações atingiram qualidade suficiente para permitir a prática de vigilância e monitorização dos riscos de mortalidade e dos níveis de saúde. Coloca-se, assim, como questão imprescindível, a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informação de saúde no Brasil e fundamentalmente o de mortalidade.

Estudos epidemiológicos descritivos sobre o suicídio colocam-se como básicos para situar novos pontos para investigações específicas e para trazer um nível de conhecimento que possibilite orientar as intervenções necessárias no campo da Clínica ou da Saúde Pública.

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (Bertolote & Fleischmann, 2002).

O risco elevado de suicídio também tem sido associado com esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações da personalidade, perturbações da ansiedade, incluindo perturbação de estresse pós-traumático, e co-morbilidade destes diagnósticos. Aproximadamente 10 a 15% dos indivíduos com esquizofrenia cometem suicídio, que assim é consistentemente a causa de morte mais comum entre os indivíduos que sofrem de psicose. Uma maior compreensão pessoal sobre a própria perturbação mental, poucos anos em tratamento, e sintomas severos de depressão está associada com um risco maior de suicídio em indivíduos da população psicótica. Os efeitos do uso do álcool na presença de desafios significativos e de situações estressantes da vida podem levar a uma visão mais estreita da realidade e potencialmente a infligir-se mal. O alcoolismo, particularmente na presença da depressão e de perturbações da personalidade, também pode aumentar o risco de suicídio (OMS 2006)

Estudos recentes concluíram que o alcoolismo também é um fator de risco e de aumento na incidência de ato suicídio, e associada com a depressão forma uma combinação fatal. A dependência do álcool é uma das maiores causas de tentativas de suicídio, um combustível para a realização do ato até então limitado no campo da ideiação (CISA, 2020).

O suicídio, por exemplo, é a causa de 1/3 da mortalidade excessiva entre indivíduos com esquizofrenia, e incide cerca de 12 vezes mais do que na população geral. (MOGADOURO, CORDEIRO, ZUNG, VALLADA 2009)

A existência de um transtorno mental encontra-se presente na maioria dos casos. Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental (ABP 2015).

Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas cometendo suicídio tinham alguma perturbação

mental e que, na altura, 60% deles estavam deprimidos. Na verdade, todos os tipos de perturbações do humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas. A depressão e os seus sintomas (como, por exemplo, tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono e da alimentação) devem alertar todos os conselheiros para o potencial risco de suicídio. (BOTEGA 2014)

Fatores relacionados à saúde mental contribuem diretamente com o surgimento ou agravamento de comportamentos suicidas, favorecendo a ideação suicida.

A Síndrome de Burnout sendo uma resposta ao estresse laboral crônico integra atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas, à falta de realização profissional e às sensações de esgotamento físico e psíquico. O recente crescimento do interesse por essa síndrome está associado ao aumento da demanda e das exigências da população com relação aos serviços sociais, educativos e de saúde, além da conscientização de pesquisadores em aprofundar os estudos para a prevenção da sua sintomatologia. Quando não há um acompanhamento adequado, o trabalhador chega ao ponto de desistir da carreira, pois nada lhe dá mais prazer, desligando-se do mundo laboral (CARVALHO 2018)

Como bem explica Carvalho (2018), a intensificação do trabalho, o estímulo à competitividade entre colegas, a ameaça de desemprego, as exigências constantes de qualificação, entre outros fazem parte do cotidiano do trabalhador. O estresse crônico no local de trabalho faz florescer esta síndrome ocupacional.

Inclusive a Síndrome de Burnout foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma síndrome crônica e um fenômeno ligado ao trabalho, sendo incluída na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que deve entrar em vigor em 1º de janeiro de 2022.

Segundo dados da Secretaria de Especial de Previdência e Trabalho, na comparação entre os anos de 2017 e 2018, o crescimento de benefícios de auxílio-doença com a Síndrome chegou a 114,80%.

Doenças mentais	Aspectos sociais
• Depressão; • Transtorno bipolar; • Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias; • Transtornos de personalidade; • Esquizofrenia; • Aumento do risco com associação de doenças mentais: paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência.	• Gênero masculino; • Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos; • Sem filhos; • Moradores de áreas urbanas; • Desempregados ou aposentados; • Isolamento social; • Solteiros, separados ou viúvos; • Populações especiais: indígenas, adolescentes e moradores de rua.
Aspectos psicológicos	Condição de saúde limitante
• Perdas recentes; • Pouca resiliência; • Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável; • Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância; • Desesperança, desespero e desamparo.	• Doenças orgânicas incapacitantes; • Dor crônica; • Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington); • Trauma medular; • Tumores malignos; • AIDS.
Suicidabilidade: Ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio.	

Figura 2 - Diagnósticos psiquiátricos e suicídio (CFM 2014)

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2015) a OMS ao realizar a compilação de 15.629 casos de suicídio demonstrou que quase a totalidade dos suicídios os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental:

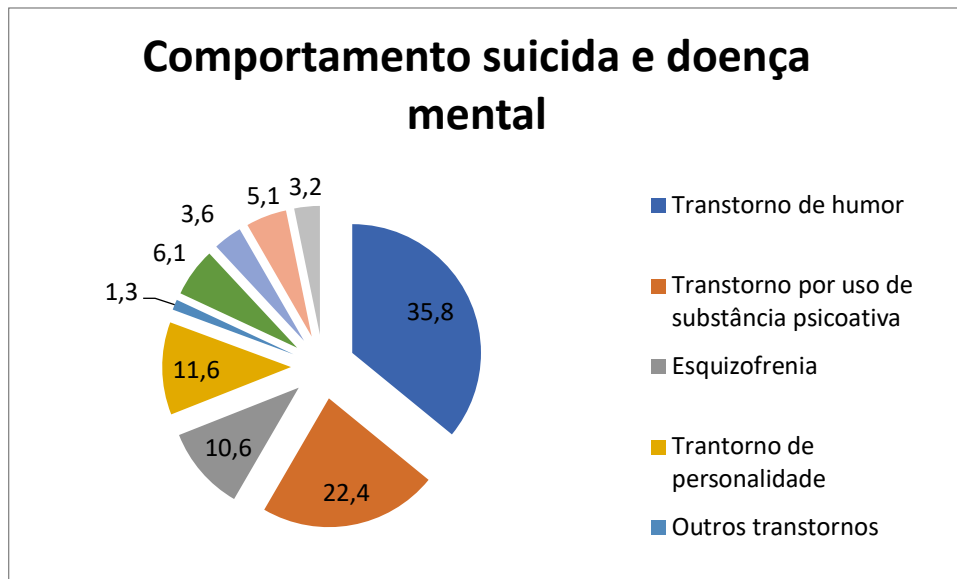


Figura 3 - Relação entre comportamento suicida e doença mental (ABP 2017)

Segundo a ABP (2017) as condições sociais do indivíduo, exclusivamente, não explicam um suicídio. As pessoas que cometem o suicídio, ainda que presente um fator de condição social relevante, frequentemente apresenta um transtorno mental subjacente, o que pontencializa a ideação suicida e a vulnerabilidade para realização do ato.

2. SUICÍDIO E SUBNOTIFICAÇÃO

Ainda que o presente estudo epidemiológico busque traçar um perfil mais preciso, cabe ressaltar que as estatísticas sobre atos suicidas são falhas e subestimadas. A subnotificação decorre da própria ocorrência (quando não é possível definir a motivação do ato, autoprovocado ou não), bem como por aspectos socioculturais.

Como observa Cassorla (1991):

Primeiramente, a questão do sub-registro do suicídio decorrente do estigma que cerca esse tipo de morte. Nos Estados Unidos, onde as estatísticas de mortalidade têm qualidade satisfatória, sabe-se que os dados registrados sobre óbitos por suicídio são 2 e 3 vezes menores que os reais. Outro fator que acarreta o sub registro da morte por suicídio é muitas vezes a dificuldade de estabelecer se o episódio foi acidental ou intencional. Mas, além dessas questões, as estatísticas de mortalidade no Brasil apresentam, no seu conjunto, problemas de falta de qualidade e cobertura que só recentemente vêm sendo seriamente enfrentados. Por outro lado, as mortes por suicídio oficialmente registradas, sem estudos complementares ou especiais, muitas vezes não correspondem aos conceitos e definições sobre o suicídio utilizados por diversos autores.

Estudos indicam que a subestimação estatística é mais característica quando envolve crianças e adolescentes, em razão da censura social.

Inclusive os aspectos socioculturais impactam os serviços de saúde, que por sua vez encontram dificuldades em obter informações fidedignas da ocorrência quando da anamnese do paciente.

Tal comportamento foi historicamente construído, conforme abordado no capítulo anterior.

O suicídio de pessoas do povo, cometido quase sempre por enforcamento ou afogamento, é vivenciado como uma vergonha familiar, e procura-se, de modo sistemático, camuflá-lo como acidente ou atribuí-lo a um gesto de loucura. Aliás, o debate de ideias sobre o suicídio das elites leva as autoridades do século XVIII a reprimi-lo com mais prudência e discrição. Desse modo, estabelece-se aos poucos um consenso entre o cura, a família e a autoridade civil para escamotear o suicídio, o que ajuda a torná-lo um tabu, com cada uma das partes tendo interesse em ocultar o acontecimento (MINOIS 2018)

Ressalta Cassorla et al. (1991) que em um estudo americano mostrou que, num centro de tratamento de envenenamento, 42% dos casos foram considerados acidentais e 58%, tentativas de suicídio; feita uma reavaliação cuidadosa, os índices foram alterados para 72% de gestos e tentativas de suicídio, 2% de homicídios, e o restante, intoxicações acidentais ou não .

Além de sub-registro e de subnotificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (GOTSENS 2011).

Segundo Waldman e Mello Jorge (1999, p. 75) a subnotificação pode ter como causa cinco fatores:

- a) a falta de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação;
- b) o desconhecimento da lista de doenças submetidas à vigilância;
- c) a ausência de adesão à notificação, pelo tempo consumido no preenchimento da ficha e pela ausência do retorno da informação analisada com as recomendações técnicas pertinentes;
- d) a preocupação dos profissionais de saúde com a quebra da confidencialidade das informações;
- e) falta de percepção dos profissionais, da relevância em saúde pública, das doenças submetidas à vigilância.

Importante avanço ocorreu através da Portaria 104 do Ministério da Saúde, quando a tentativa de suicídio ou violência autoprovocada passou a integrar a lista de notificação compulsória, estabelecendo a obrigatoriedade da realização da notificação compulsória por todos os profissionais de saúde e os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino.

3. EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

3.1. Região Metropolitana da Baixada Santista

A Região Metropolitana da Baixada Santista foi criada pela Lei Complementar Estadual de São Paulo nº 815, de 30 de julho de 1996, tenha sido a primeira, em âmbito nacional, a ser constituída sob a égide da Constituição Federal de 1988 e pela Constituição Estadual de São Paulo, de 1989.

A Baixada Santista é composta dos municípios de Bertioga, Guarujá, Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe.

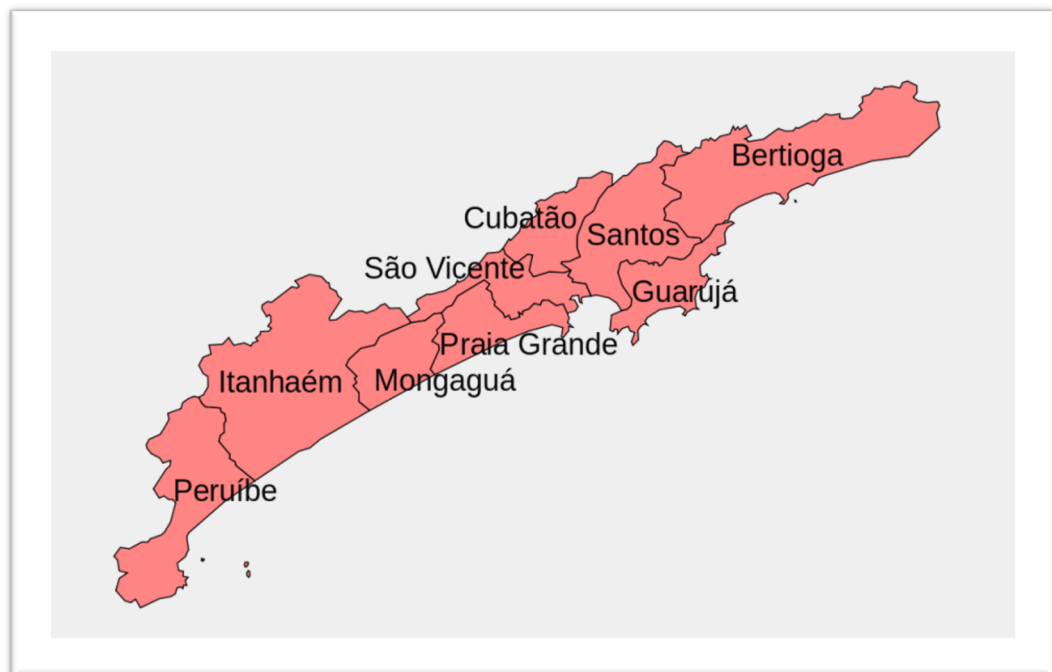


Figura 4 -Mapa da da Baixada Santista. (IMBS 2020)

A região metropolitana da Baixada Santista tem sua origem histórica na fundação do povoado de São Vicente (1532), com a instalação por Martim da Câmara, o Pelourinho, a Cadeia e a Igreja, símbolos da colonização e bases da administração portuguesa do período.

Houve o desenvolvimento do porto do outro lado da ilha, diante da necessidade de um porto mais abrigado e seguro para o povoado vicentino, surgindo assim as primeiras edificações e em 1543 houve a construção da primeira

1959 são criados os municípios de Mongaguá e Peruíbe, desmembrados do território de Itanhaém.

Com o crescimento das atividades no porto foram edificadas fortificações para proteção do estuário, constituída da Fortaleza da Barra em 1584 na atual Guarujá e do Forte São João em 1560, na atual cidade de Bertioga.

Graças ao desenvolvimento das atividades portuárias na primeira metade do século XVIII surge o Porto Geral de Cubatão, local em que as cargas e mercadorias trocavam as balsas que vinham do porto pelo lombo das mulas que formavam as tropas que subiam a Serra do Mar (IBGE 2014).

A cidade de Cubatão cresceu generosamente após 1920, com a construção da Usina da Light e da Companhia Santista de Papel. A cidade tem importante papel na indústria siderúrgica e petrolífera.

Com a construção da Ponte Pênsil (1914), investidores imobiliários se interessam pela faixa de 22,5 km de praias contínuas da até então região agrícola e surgiram os primeiros loteamentos que formaria a cidade de Praia Grande.

Atualmente a região é densamente urbanizada, sendo que o crescimento dos municípios da região ocorreu a partir de Santos e São Vicente, que, espraiando-se para fora dos limites da ilha de São Vicente, vieram a se conurbar com os municípios vizinhos.

Na região, os desafios não são limitados às questões geográficas e ambientais, mas incorporam questões regionais que abrangem planejamento, transportes, recursos hídricos, saneamento, saúde, educação, segurança, infra-estrutura geral, meio ambiente e resíduos, que, por necessitar da intervenção do poder público em suas várias esferas, acabam por se caracterizar como funções de interesse comum da administração pública.

Por se tratar de uma região intensamente conurbada, os problemas comuns a todos os municípios, ao Estado e à União não podem ser resolvidos, do ponto de vista local, por meio de projetos, obras e serviços dos municípios de forma isolada, pois demandam soluções cuja complexidade extrapola e desconhece os limites físicos de cada município, isoladamente. (ZUNDT 2006).

Tal processo de conurbação da região metropolitana da Baixada Santista gera desafios para cada município, inclusive na área de saúde pública, diante da necessidade de integração nas políticas públicas nos municípios envolvidos.

3.2. Método

O presente estudo visa apresentar o perfil epidemiológico dos indivíduos que registraram óbito por suicídio nas cidades da Baixada Santista, no período de 2016 a 2018 através dos registros no Portal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Ministério da Saúde (MS).

Foi realizada uma análise descritiva dos dados com óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, eventos com intenção indeterminada e óbitos relacionados a doenças mentais e comportamentais, estes últimos não incluídos no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2017 ou 2020.

Foram considerados os óbitos por suicídio no período de 2016 a 2018, classificados como lesões autoprovocadas voluntariamente (CID10 – X-60 a x-84), bem como eventos cuja intenção é indeterminada (CID10 – Y-10 a Y-34 e Y-87) e os óbitos por transtornos mentais e comportamentais específicos (CID10 – F10 –F99).

Apuraram-se as taxas brutas de mortalidade por município da Baixada Santista com as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), faixa etária (5 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 anos ou mais); escolaridade, em anos de estudo (0 a 3; 4 a 7; 8 a 11; 12 e mais), local da ocorrência e meio utilizado para a realização do suicídio.

Seguindo o mesmo critério do Boletim Epidemiológico emitidos pelo Ministério da Saúde (2017 e 2020), os dados referentes aos óbitos foram captados pela declaração de óbito e registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2016 a 2018, respeitando a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O estudo analisará as seguintes categorias CID-10 próprias do suicídio, classificadas como lesões autoprovocadas voluntariamente, conforme:

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 halogêneos e seus vapores;
X67.- Autointoxicação intencional por outros gases e vapores;
X68.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticida;
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.

Tabela 1 - Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – X60 a X84.

Observado os dados apresentados no DATAPREV para o triênio estudado (2016 a 2018) apurou-se o total de 292 óbitos por lesão autoprovocada (CID X60 a X84) na Baixada Santista.

Município	2016	2017	2018	Total
Bertioga	6	2	5	13
Cubatão	5	3	3	11
Guarujá	8	9	20	37
Itanhaém	6	11	10	27
Mongaguá	1	3	6	10
Peruíbe	5	5	5	15
Praia Grande	11	24	21	56
Santos	35	23	13	71
São Vicente	15	11	26	52
Baixada Santista	92	91	109	292

Tabela 2- Total de óbitos por município. Categoria CID-10: X60 a X84. 2016 a 2018 (SIM 2020).

No Estado de São Paulo no triênio 2016-2018 foram registrados 6.712 óbitos por suicídio (lesão autoprovocada intencionalmente) classificados no CID-10 entre X6- a X84, em consulta ao DATAPREV:

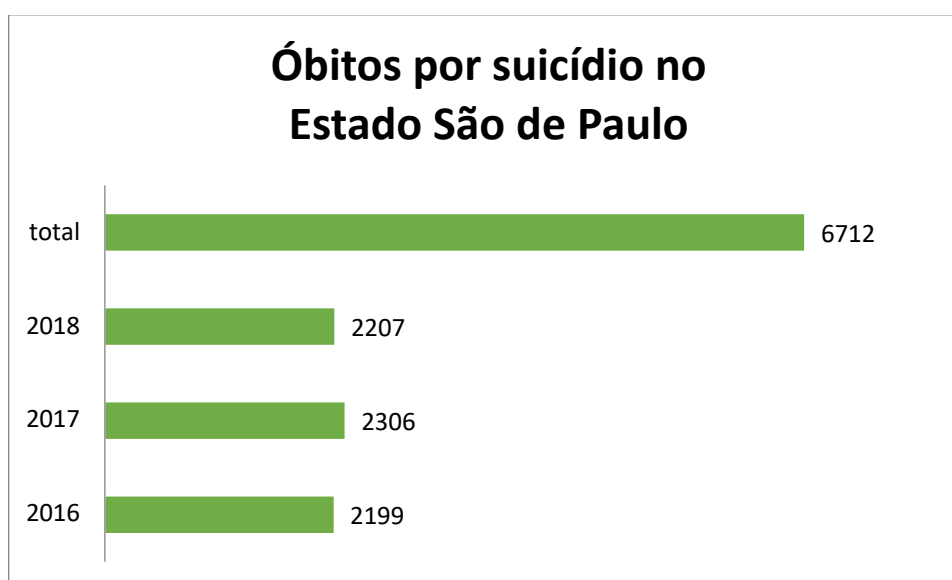


Figura 6- Total de óbitos no Estado de São Paulo . Categoria CID-10: X60 a X84. 2016 a 2018 (SIM 2020).

No entanto, em capítulo separado, também são avaliados os óbitos com intenção não determinada, que embora não configure imediatamente um comportamento suicida pela vítima, não há como descartar esta possibilidade.

Assim, são analisadas as seguintes categorias CID-10, cuja intenção da vítima não foi determinada:

Y10 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Analgésicos, Antipiréticos e Anti-reumáticos Não-opiáceos, Intenção Não Determinada;
Y11 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Anticonvulsivantes (antiepilépticos), Sedativos, Hipnóticos, Antiparkinsonianos e Psicotrópicos Não Classificados em Outra Parte, Intenção Não Determinada;
Y12 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Narcóticos e a Psicodislépticos (alucinógenos) Não Classificados em Outra Parte, Intenção Não Determinada;
Y13 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Outras Substâncias Farmacológicas de Ação Sobre o Sistema Nervoso Autônomo, Intenção Não Determinada;
Y14 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Outras Drogas, Medicamentos e Substâncias Biológicas e as Não Especificadas, Intenção Não Determinada;
Y15 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição ao Álcool, Intenção Não Determinada;
Y16 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Solventes Orgânicos e Hidrocarbonetos Halogenados e Seus Vapores, Intenção Não Determinada; Y17 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Outros Gases e Vapores, Intenção Não Determinada;
Y18 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Pesticidas, Intenção Não Determinada;
Y19 - Envenenamento (intoxicação) Por e Exposição a Outros Produtos Químicos e Substâncias Nocivas e Aos Não Especificados, Intenção Não Determinada;
Y20 - Enforcamento, Estrangulamento e Sufocação, Intenção Não Determinada;
Y21 - Afogamento e Submersão, Intenção Não Determinada;
Y22 - Disparo de Pistola, Intenção Não Determinada;
Y23 - Disparo de Fuzil, Carabina e Arma de Fogo de Maior Calibre, Intenção Não Determinada;
Y24 - Disparo de Outra Arma de Fogo e de Arma de Fogo Não Especificada, Intenção Não Determinada;
Y25 - Contato Com Material Explosivo, Intenção Não Determinada;
Y26 - Exposição a Fumaça, Fogo e Chamas, Intenção Não Determinada;
Y27 - Exposição a Vapor de Água, Gases ou Objetos Quentes, Intenção Não Determinada;
Y28 - Contato Com Objeto Cortante ou Penetrante, Intenção Não Determinada;
Y29 - Contato Com Objeto Contundente, Intenção Não Determinada;
Y30 - Queda, Salto ou Empurrado de um Lugar Elevado, Intenção Não Determinada;

Y31 - Queda, Permanência ou Corrida Diante de um Objeto em Movimento, Intenção Não Determinada;
Y32 - Impacto de um Veículo a Motor, Intenção Não Determinada; Y33 - Outros Fatos ou Eventos Especificados, Intenção Não Determinada;
Y34 - Fatos ou Eventos Não Especificados e Intenção Não Determinada
Y87 - Seqüelas de uma lesão autoprovocada intencionalmente, de agressão ou de um fato cuja intenção é indeterminada.

Tabela 3 - Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Y10 a Y34 e Y87

Assim, para o triênio estudado (2016 a 2018) houve o total de 492 óbitos classificados com intenção não determinada (CID Y10 a Y34 e Y87) na Baixada Santista, ou seja, não foi possível precisar se houve intenção suicida ou o óbito resultou de acidente.

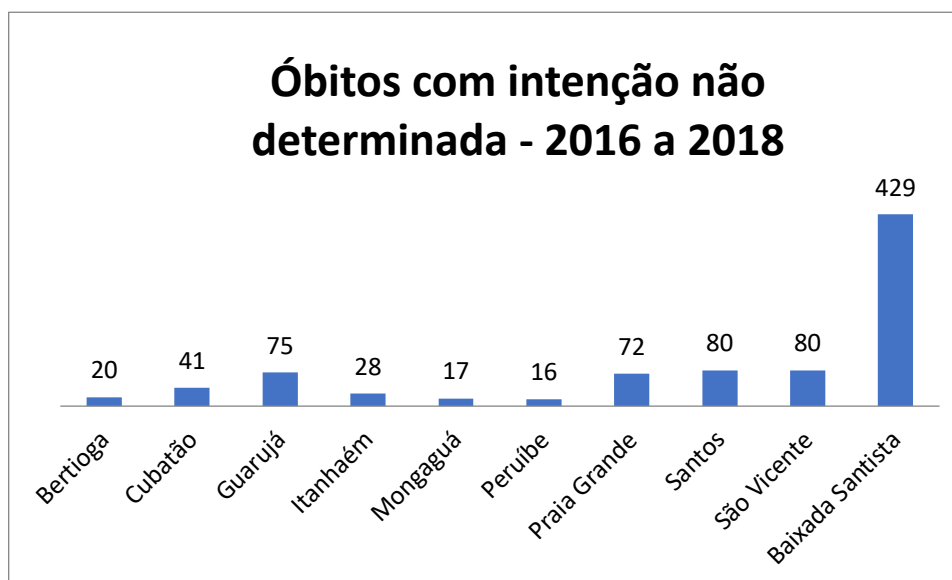


Figura 7 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10: Y-10 a Y-34 e Y-87. 2016 a 2018 (SIM 2020)

Relevante também, e talvez o único estudo em considerar para o levantamento epidemiológico sugerido, os óbitos no período de 2016 a 2018 decorrentes de transtornos mentais classificados no CID-10 de F00 a F99, conforme:

F00 - Demência na Doença de Alzheimer
F01 - Demência Vascular
F02 - Demência em Outras Doenças Classificadas em Outra Parte

F03 - Demência Não Especificada
F04 - Síndrome Amnésica Orgânica Não Induzida Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
F05 - Delirium Não Induzido Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
F06 - Outros Transtornos Mentais Devidos a Lesão e Disfunção Cerebral e a Doença Física
F07 - Transtornos de Personalidade e do Comportamento Devidos a Doença, a Lesão e a Disfunção Cerebral
F09 - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não Especificado
F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool
F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos
F12 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Canabinóides
F13 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Sedativos e Hipnóticos
F14 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso da Cocaína
F15 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Outros Estimulantes, Inclusive a Cafeína
F16 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Alucinógenos
F17 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Fumo
F18 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Solventes Voláteis
F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas
F20 - Esquizofrenia
F21 - Transtorno Esquizotípico
F22 - Transtornos Delirantes Persistentes
F23 - Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios
F24 - Transtorno Delirante Induzido
F25 - Transtornos Esquizoafetivos
F28 - Outros Transtornos Psicóticos Não-orgânicos
F29 - Psicose Não-orgânica Não Especificada
F30 - Episódio Maníaco
F31 - Transtorno Afetivo Bipolar
F32 - Episódios Depressivos
F33 - Transtorno Depressivo Recorrente
F34 - Transtornos de Humor (afetivos) Persistentes
F38 - Outros Transtornos do Humor (afetivos)

F39 - Transtorno do Humor (afetivo) Não Especificado
F40 - Transtornos Fóbico-ansiosos
F41 - Outros Transtornos Ansiosos
F42 - Transtorno Obsessivo-compulsivo
F43 - "Reações ao ""stress"" Grave e Transtornos de Adaptação"
F44 - Transtornos Dissociativos (de Conversão)
F45 - Transtornos Somatoformes
F48 - Outros Transtornos Neuróticos
F50 - Transtornos da Alimentação
F51 - Transtornos Não-orgânicos do Sono Devidos a Fatores Emocionais
F52 - Disfunção Sexual, Não Causada Por Transtorno ou Doença Orgânica
F53 - Transtornos Mentais e Comportamentais Associados ao Puerpério, Não Classificados em Outra Parte
F54 - Fatores Psicológicos ou Comportamentais Associados a Doença ou a Transtornos Classificados em Outra Parte
F55 - Abuso de Substâncias Que Não Produzem Dependência
F59 - Síndromes Comportamentais Associados a Transtornos Das Funções Fisiológicas e a Fatores Físicos, Não Especificadas
F60 - Transtornos Específicos da Personalidade
F61 - Transtornos Mistos da Personalidade e Outros Transtornos da Personalidade
F62 - Modificações Duradouras da Personalidade Não Atribuíveis a Lesão ou Doença Cerebral
F63 - Transtornos Dos Hábitos e Dos Impulsos
F64 - Transtornos da Identidade Sexual
F65 - Transtornos da Preferência Sexual
F66 - Transtornos Psicológicos e Comportamentais Associados ao Desenvolvimento Sexual e à Sua Orientação
F68 - Outros Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto
F69 - Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto, Não Especificado
F70 - Retardo Mental Leve
F71 - Retardo Mental Moderado
F72 - Retardo Mental Grave
F73 - Retardo Mental Profundo
F78 - Outro Retardo Mental

F79 - Retardo Mental Não Especificado
F80 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem
F81 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento Das Habilidades Escolares
F82 - Transtorno Específico do Desenvolvimento Motor
F83 - Transtornos Específicos Misto do Desenvolvimento
F84 - Transtornos Globais do Desenvolvimento
F88 - Outros Transtornos do Desenvolvimento Psicológico
F89 - Transtorno do Desenvolvimento Psicológico Não Especificado
F90 - Transtornos Hiperkinéticos
F91 - Distúrbios de Conduta
F92 - Transtornos Mistos de Conduta e Das Emoções
F93 - Transtornos Emocionais Com Início Especificamente na Infância
F94 - Transtornos do Funcionamento Social Com Início Especificamente Durante a Infância ou a Adolescência
F95 - Tiques
F98 - Outros Transtornos Comportamentais e Emocionais Com Início Habitualmente Durante a Infância ou a Adolescência
F99 - Transtorno Mental Não Especificado em Outra Parte

Tabela 4- Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – F01 a F99

Constata-se que no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) houve o lançamento de 119 óbitos na região da Baixada Santista no período de 2016 a 2018 em razão de transtornos mentais e comportamentais (F010 a F99).

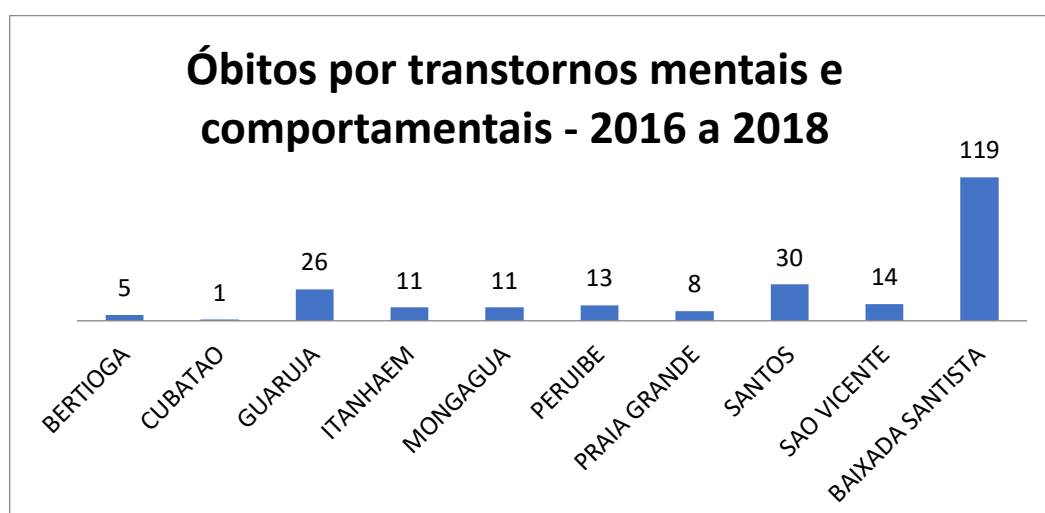


Figura 8 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10 F10 a F99 – 2016 a 2018 (SIM 2020)

Não há como, para uma correta análise epidemiológica, excluir, por exemplo os óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de Alcool (F10) ou ainda em razão de esquizofrenia (F20) ou episódios depressivos (F32) sendo este último um dos principais fatores de risco para a ideação suicida e que certamente não é capaz, sendo único diagnóstico, de levar a óbito.

3.3. Do Crescimento Populacional da Baixada Santista

Foram utilizadas, como denominadores para o cálculo das taxas de mortalidade, as somas das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

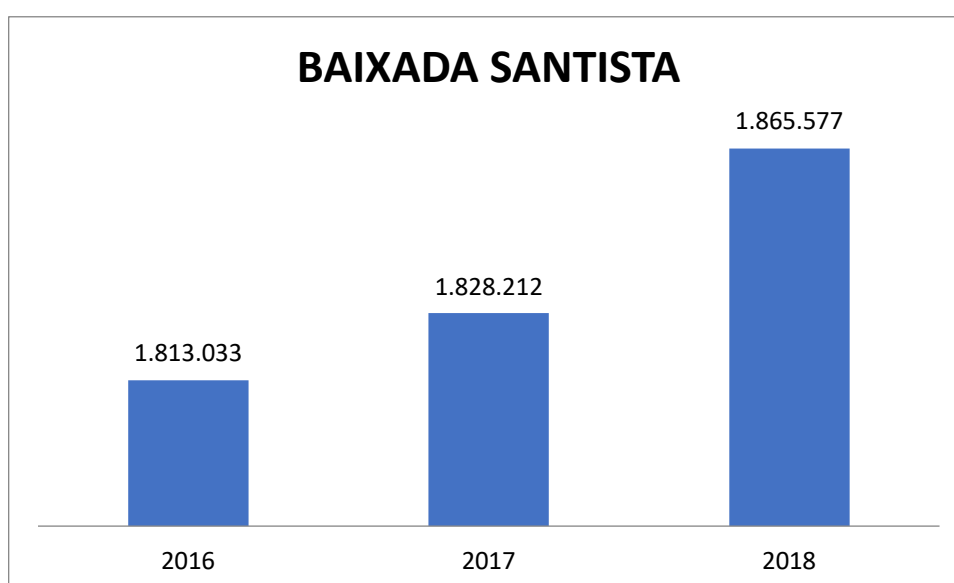


Figura 9 - Crescimento populacional da Baixada Santista no período de 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)

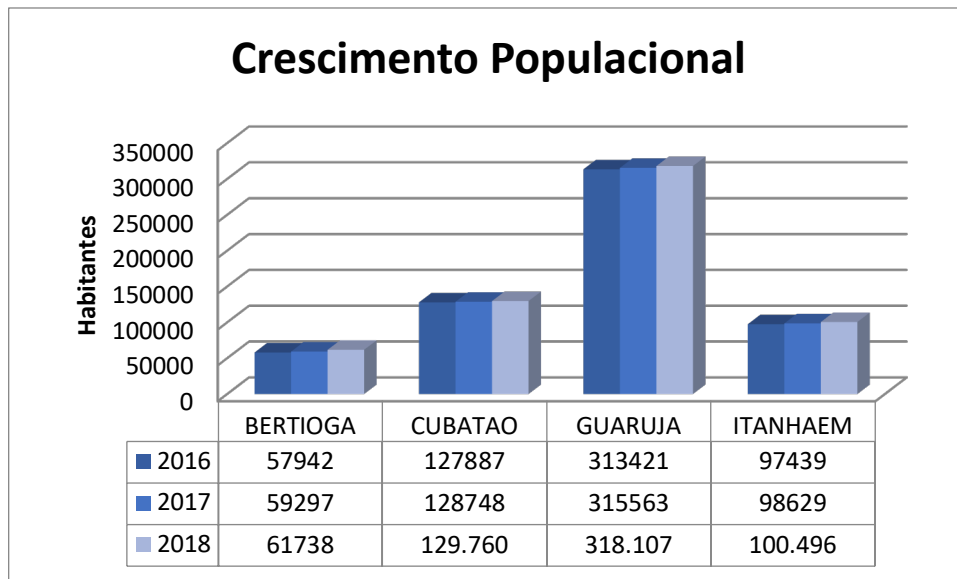


Figura 10 - Crescimento populacional dos municípios de Bertiooga, Guarujá, Cubatão e Itanhaem. 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)

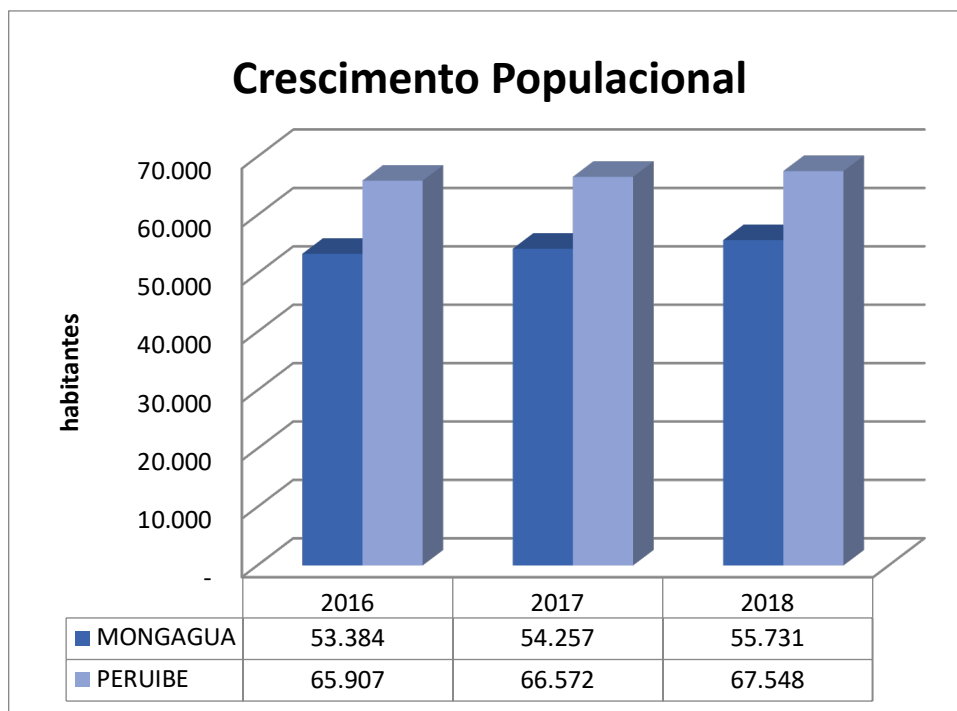


Figura 11 - Crescimento populacional dos municípios de Mongagua e Peruibe - 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)

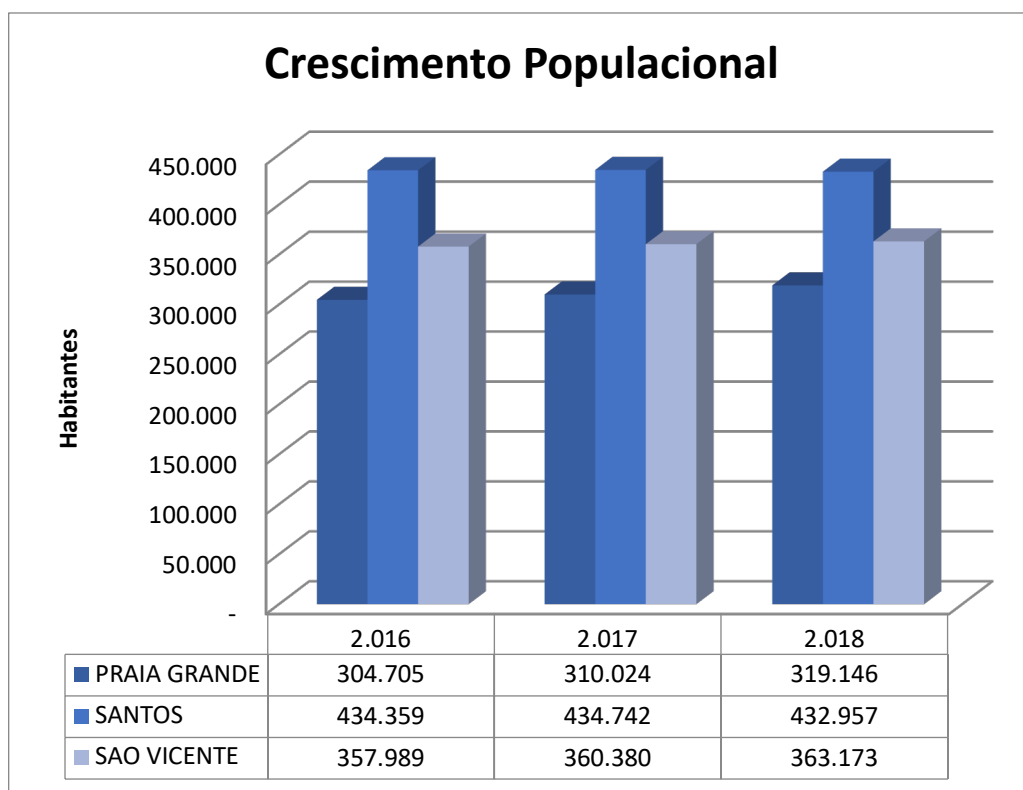


Figura 12 - Crescimento populacional dos municípios de Praia Grande, Santos e São Vicente. 2016 a 2018 (EMPLASA 2020)

3.4. Coeficiente de Mortalidade por Suicídio

A OMS (2003) considera que os coeficientes inferiores a 5 por 100.000 habitantes são considerados baixos, até 15 ou 30 por 100.000 são considerados médios e altos respectivamente. Já acima de 30 suicídios por 100.000 habitantes são considerados muito altos.

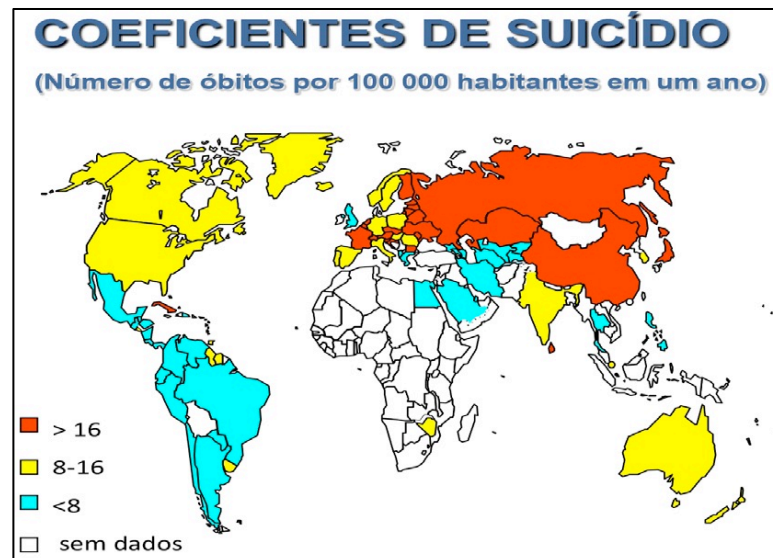


Figura 13 - Coeficientes de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes (OMS 2014).

O Brasil apresenta um nível médio de taxa de mortalidade por suicídio, a média nacional corresponde a 5,8 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017), sendo que em 2018 a Baixada Santista alcançou o mesmo índice, muito embora historicamente, especificamente no quinquênio anterior, apresentou índices inferiores aos nacionais.

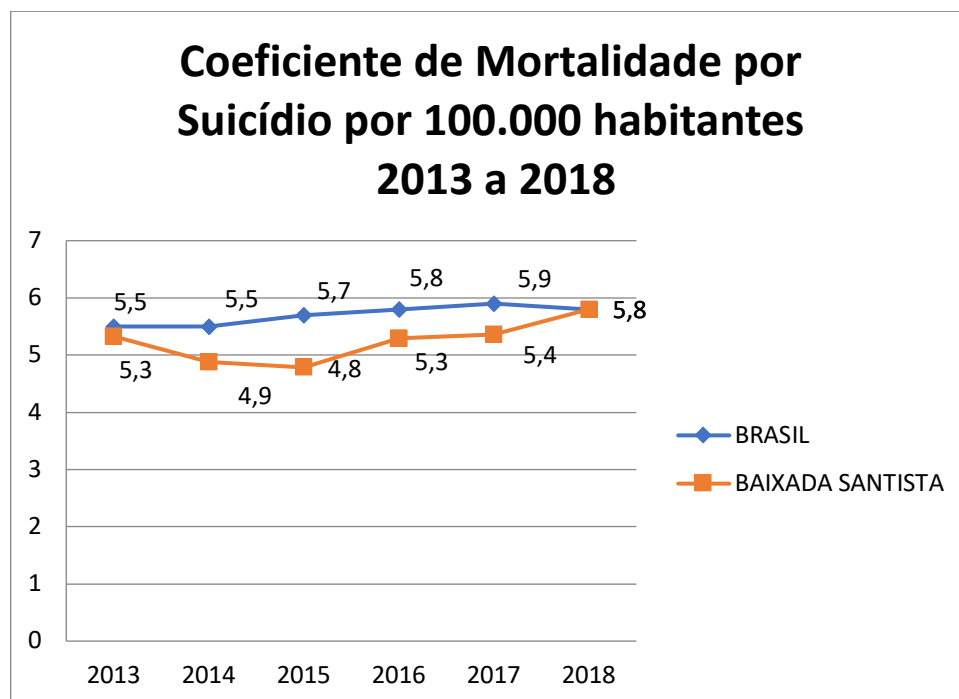


Figura 14- Comparativo do Coeficiente de Mortalidade por Suicídio no Brasil e Baixada Santista. 2013 a 2018 (SIM 2020)

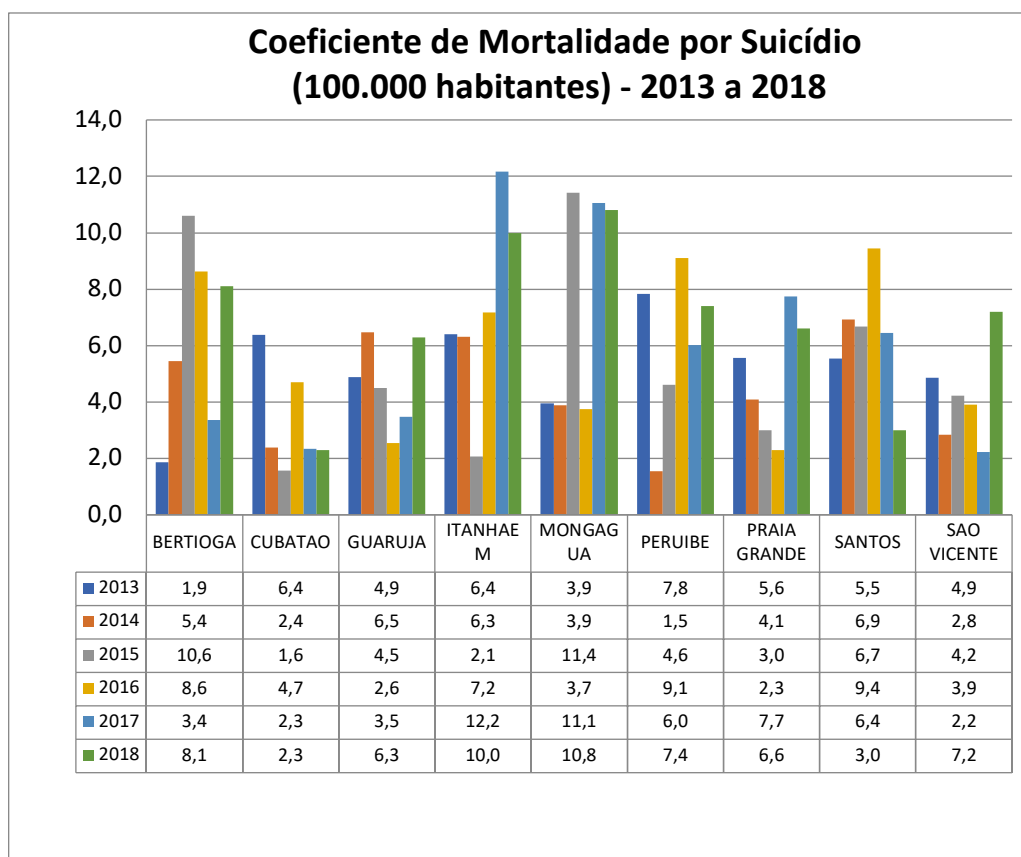


Figura 15 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio na Baixada Santista (por 100 mil habitantes) 2013 a 2018 (SIM 2020)

Na Baixada Santista, adotando apenas os dados da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) das Lesões autoprovocadas voluntariamente (categorias X60-X84), verifica-se que no triênio estudo encontra-se abaixo da média nacional nos anos de 2016 e 2017, alcançando 5,8 para cada 100 mil habitantes no ano de 2018.

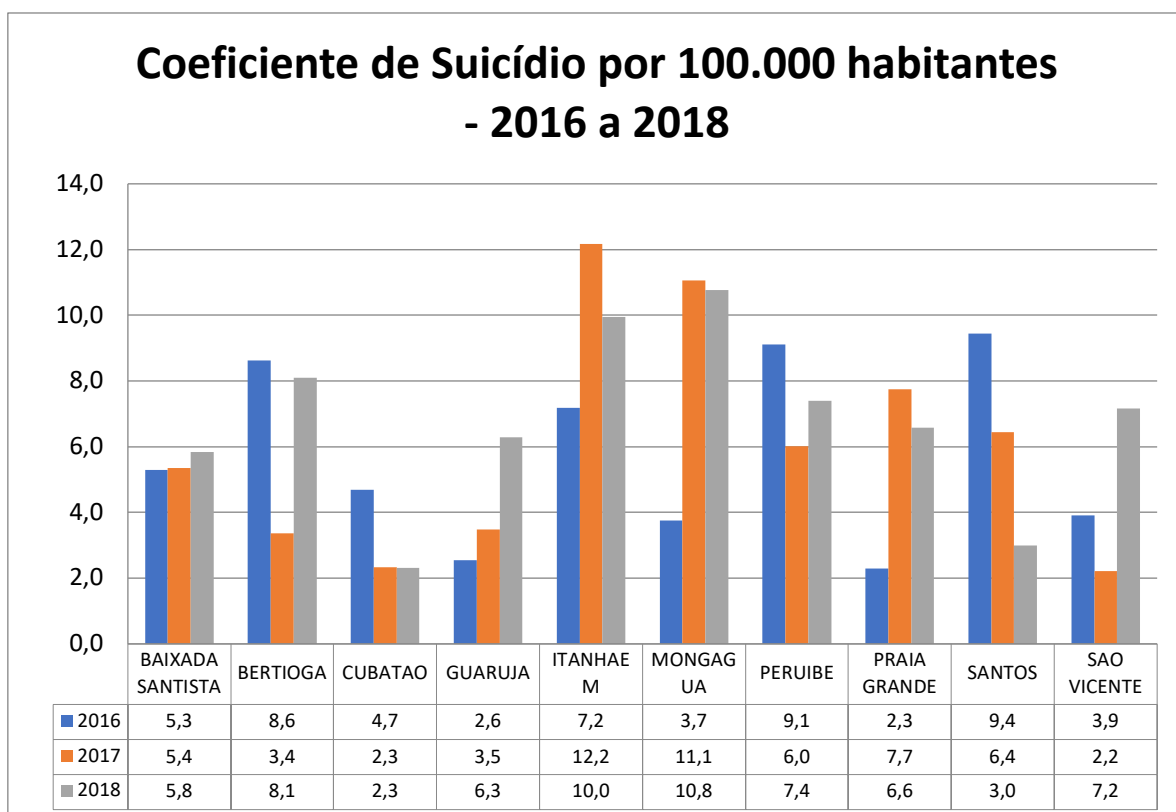


Figura 16 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio na Baixada Santista (por 100 mil habitantes) – 2016 a 2018 (SIM 2020)

Destaca-se o elevado coeficiente no triênio estudado nos municípios de Itanhaem e Mongagua, sendo que nos dois últimos anos (2017 e 2018) ultrapassou 10 obitos por suicídio por 100 mil habitantes, apresentando índice médio, conforme escala da OMS.

No entanto, se analisado o coeficiente de suicídio respeitando o grupo de idade, constata-se que o adulto de 30 a 39 anos alcançou maior índice entre todas as idades (8,8 em 2018, 9,9 em 2017 e 9,2 em 2016).

3.5. Meios de Suicídio

Observando o cenário mundial, constata-se que o envenenamento, o enforcamento e as armas de fogo estão entre os métodos de suicídio mais comuns, embora a escolha do método varie, frequentemente, de acordo com o grupo populacional (BRASIL 2020).

Note-se que, entre os homens, o envenenamento, que era a principal modalidade utilizada em 1960, foi substituído pela arma de fogo, seguida por enforcamento; nas mulheres, o envenenamento. Os meios utilizados têm variado no decorrer do tempo e conforme o país e área considerados. Enquanto nos Estados Unidos o mais frequente é a arma de fogo e, na Índia, o enforcamento (CASSORLA et al., 1991).

Na década de 90, consultando as informações oficiais sobre óbitos por suicídio no Brasil, apontavam o enforcamento como o meio mais comum utilizado pelos homens e mulheres, seguido por arma de fogo e envenenamento nos homens, e, esses dois meios, mas em ordem inversa, nas mulheres.

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (LOVISI 2009).

Botega (2015) ressalta em seu estudo:

Nos registros oficiais, há elevada taxa de indefinição dos meios utilizados para o suicídio, o que prejudica a qualidade dos dados. Esse é um quesito que necessita ser aprimorado nos registros de morte, pois as informações sobre métodos de suicídio são importantes para a elaboração de estratégias de prevenção. A redução de acesso a métodos letais (no caso do Brasil, principalmente a armas de fogo e pesticidas) ocupa papel de destaque entre as recomendações da OMS para a prevenção do suicídio.

No triênio estudado na Baixada Santista, constata-se que o meio de suicídio mais usado foi através de enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID-10 X70), representando mais de 50% dos casos nos anos estudados, seguidos de precipitação de um lugar elevado (CID-10 X80) e disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (X74).

Meio utilizado para o suicídio no triênio 2016-2018 - Baixada Santista

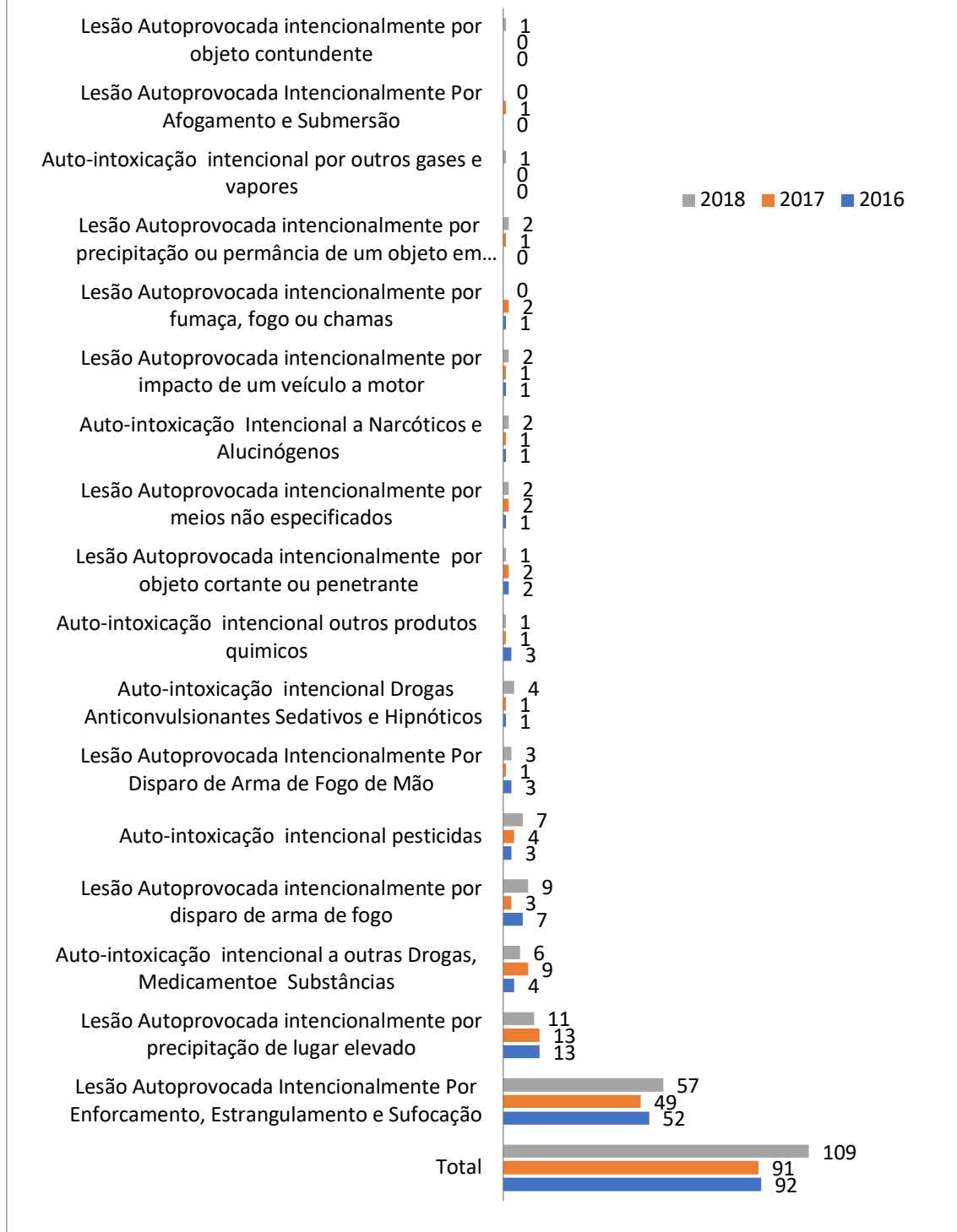


Figura 17 - Meio utilizado para o suicídio. Baixada Santista Categoria CID-10: X60 a X84 – 2016 a 2018 (SIM 2020)

Os achados neste estudo, não corroboram os dados encontrados no Brasil, eis que o envenenamento e o enforcamento no território nacional são os meios mais utilizados (BRASIL 2020).

No Estado de São Paulo a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação é majoritariamente adotada, sendo registrados 4.386 casos para o triênio de 2016/2018 de um total de 6.712 suicídios no período.

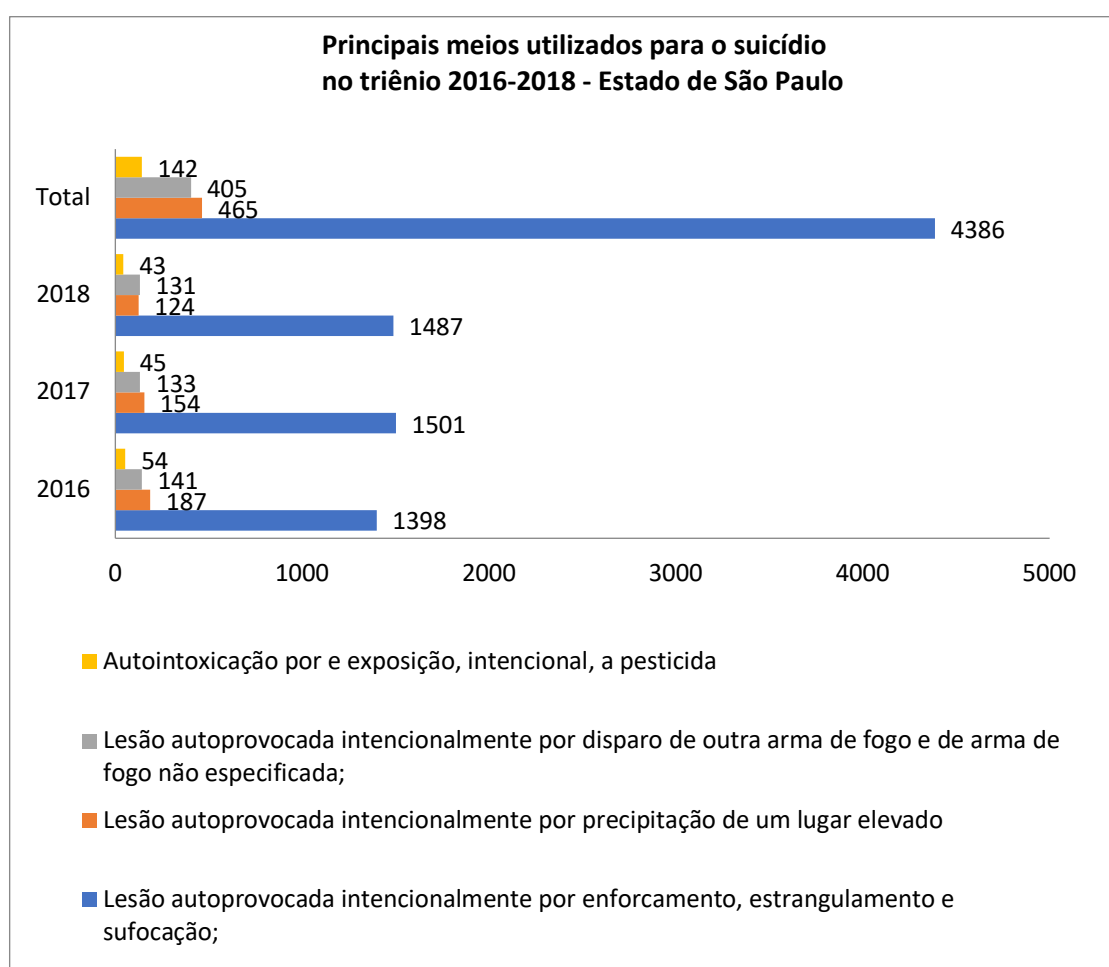


Figura 18 - Principais meios utilizados para o suicídio no Estado de São Paulo - 2016 a 2018 (SIM 2021)

Há que se destacar a diferença entre os métodos utilizados para o suicídio segundo o sexo. Foi observado que há maior incidência de mortes entre os homens, pois sua escolha costuma privilegiar técnicas mais eficientes, como armas de fogo, que àquelas utilizadas pelas mulheres, como intoxicações por veneno, medicamentos e queimaduras (SEADE 2014).

A distinção entre os meios utilizados para cometer o suicídio explicaria porque, apesar de existirem mais tentativas de suicídios entre as mulheres, a mortalidade é maior entre os homens. Entretanto, alguns estudos também têm mostrado que mesmo quando os homens usam métodos menos eficientes, o resultado é maior e mais eficaz do que entre as mulheres (BOTEGA 2014).

Relevante o conhecimento dos métodos adotados para justamente viabilizar mecanismos de prevenção ao suicídio.

A auto-intoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas (X64) foi a terceira forma mais utilizada na Baixada Santista no ano de 2017, quarta no ano de 2016 e quinta em 2018.

A auto-intoxicação por exposição, intencional, a pesticidas (X68) foi a quarta forma mais adotada em 2018 e 2017 e quinta no ano de 2016.¹

Acredita-se que, restringindo a informação dos meios conhecidos, a população poderia ser uma importante ferramenta para a prevenção do suicídio, daí a preocupação das entidades, entre elas a própria OMS, CVV e ABP, de buscar orientar jornalistas a sempre suprimir o *modus operandi* em caso de notícia de ato suicida.

3.6. Da Escolaridade

No triênio estudado (2016 a 2018) observa-se que a escolaridade predominante do suicida está entre 8 a 11 anos.

Município	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais	Ignorado	Total
Bertioga	-	-	1	1	3	-	5

¹ “Estima-se, de forma conservadora, que haja 258.234 (variação plausível de 233.997 a 325.907) mortes por envenenamento por pesticidas em todo o mundo a cada ano, sendo responsáveis por 30% (variação de 27% a 37%) dos suicídios em todo o mundo.” Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F (2007). «The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review». BMC Public Health. Tradução livre.

Cubatão	-	-	3	-	-	-	3
Guarujá	1	2	6	6	2	3	20
Itanhaém	-	1	3	4	2	-	10
Mongaguá	-	-	2	2	1	1	6
Peruíbe	1	-	1	3	-	-	5
Praia Grande	-	-	4	11	6	-	21
Santos	-	1	2	5	4	1	13
São Vicente	1	3	5	14	3	-	26
Total	3	7	27	46	21	5	109

Tabela 5- Lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10 X-60 a X84) por município e escolaridade- 2018 (SIM 2020)

Município	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais	Total
Bertioga	-	1	-	1	-	2
Cubatão	-	-	2	-	1	3
Guarujá	-	3	5	1	-	9
Itanhaém	1	-	5	3	2	11
Mongaguá	-	-	1	2	-	3
Peruíbe	-	-	1	2	2	5
Praia Grande	1	-	7	10	6	24
Santos	-	1	3	14	5	23
São Vicente	-	1	4	3	3	11
Total	2	6	28	36	19	91

Tabela 6 - Lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10 X-60 a X84) por município e escolaridade- 2017 (SIM 2020)

Município	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais	Ignorado	Total
Bertioga	1	1	2	2	-	6
Cubatão	-	3	1	1	-	5
Guarujá	4	3	1	-	-	8
Itanhaém	-	1	4	-	1	6
Mongaguá	-	-	1	-	-	1
Peruíbe	-	4	1	-	-	5
Praia Grande	1	4	4	2	-	11
Santos	1	3	19	11	1	35
São Vicente	3	5	6	1	-	15
Total	10	24	39	17	2	92

Tabela 7 - Lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10 X-60 a X84) por município e escolaridade- 2016 (SIM 2020)

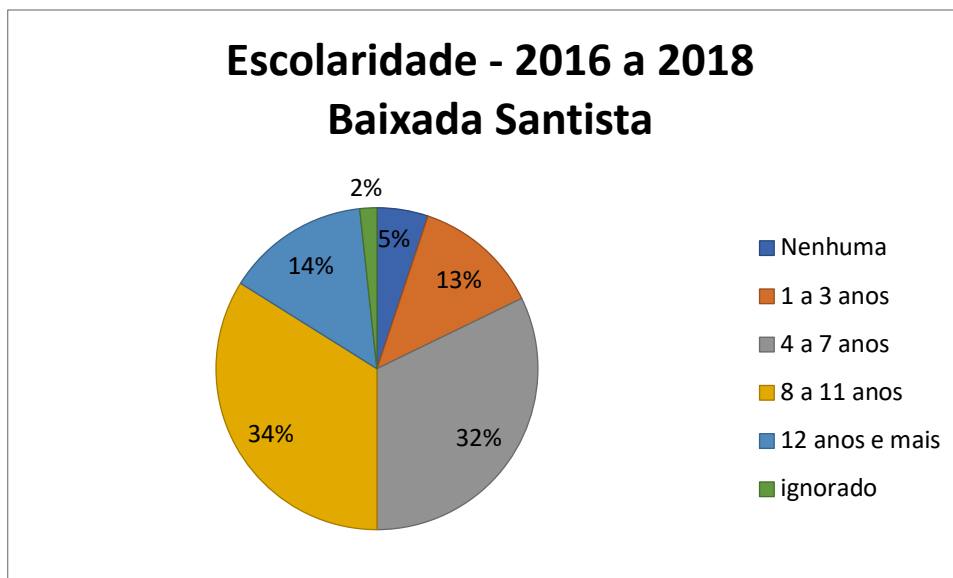


Figura 19 - Escolaridade no triênio 2016 a 2018. Baixada Santista (SIM 2020)

Observa-se que, no triênio 2016-2018 o tempo de estudo predominante foi de 8 a 11 anos, alcançando 34% dos casos, seguido de 4 a 7 anos, correspondendo a 32%. As pessoas com 12 ou mais ano de escolaridade correspondem a 14% dos casos no período analisado.

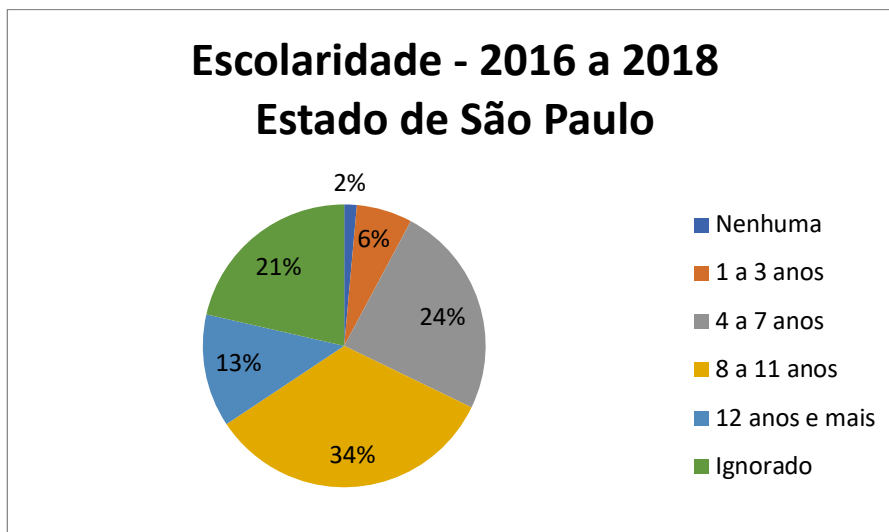


Figura 20 - Escolaridade no triênio 2016 a 2018. Estado de São Paulo (SIM 2020)

Em comparação com o Estado de São Paulo os dados apontam como predominante o tempo de estudo de 8 a 11 anos, alcançando idênticos 34% dos

casos, seguido de 4 a 7 anos, correspondendo a 24% e pessoas com 12 ou mais anos de escolaridade correspondem a 13% dos casos no período analisado.

3.6. Da Idade.

Nota-se que os suicídios exitosos são raros em períodos pré-puberais. Estatísticas de vários países mostram que a proporção de suicídio no grupo 15-19 anos é cinco a seis vezes superior em relação ao grupo 10-14 anos (CARSSOLA 1991).

Revendo-se vários trabalhos, verifica-se que, conservadoramente, existiram de 8 a 10 tentativas para cada suicídio completo, computando-se todas as idades. Ocorreram entre 3-4 tentativas para cada óbito, no sexo masculino, e de 25 a 30, no feminino. E, em jovens, essa proporção seria bem maior, oscilando entre 50 e 120 tentativas para cada suicídio. A repetição da tentativa ocorre em 25 a 67% dos jovens, conforme o autor, e a chance de suicídio exitoso aumenta quando há mais de uma tentativa anterior. Em geral, num seguimento de indivíduos que tentaram suicídio, 5% se matam, num período de cinco anos, e em torno de 10%, se o seguimento é maior. (CARSSOLA 1991)

No triênio estudado, foram notificados no Brasil 11.438 obitos por suicídio em 2016, 12.507 em 2017 e 12.741 no ano de 2018.



Figura 21 - Mortalidade por suicídio segundo faixa etária e ano de ocorrência. Brasil. 2016 a 2018 (SIM 2020)

Observa-se que os adultos (20 a 59 anos) correspondem a 74% dos casos de suicídio no Brasil, seguidos pelos idosos (60 anos ou mais) com 18% e adolescentes (10 a 19 anos), com 8% dos casos registrados.

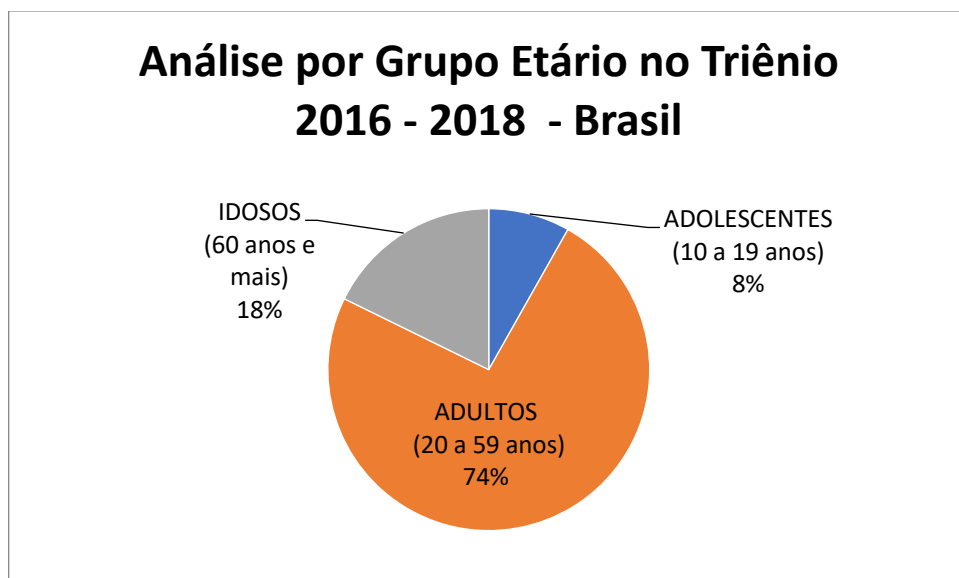


Figura 22 - Análise por Grupo Etário no Triênio 2016 - 2018 - Brasil (SIM 2020)

No Estado de São Paulo no período triênio de 2016 a 2018 foram encontrados óbitos por suicídio com menores de 10 anos (um caso em 2017 e dois em 2016), sendo que em todo o território nacional, para o mesmo período, houve o registro de 18 casos.

No Estado de São Paulo a faixa etária de 30 a 39 apresentou maior número de incidência suicida com 1590 casos no triênio de 2016 a 2018, seguida da faixa etária de 20 a 29 com 1335 óbitos por lesão autoprovocada.

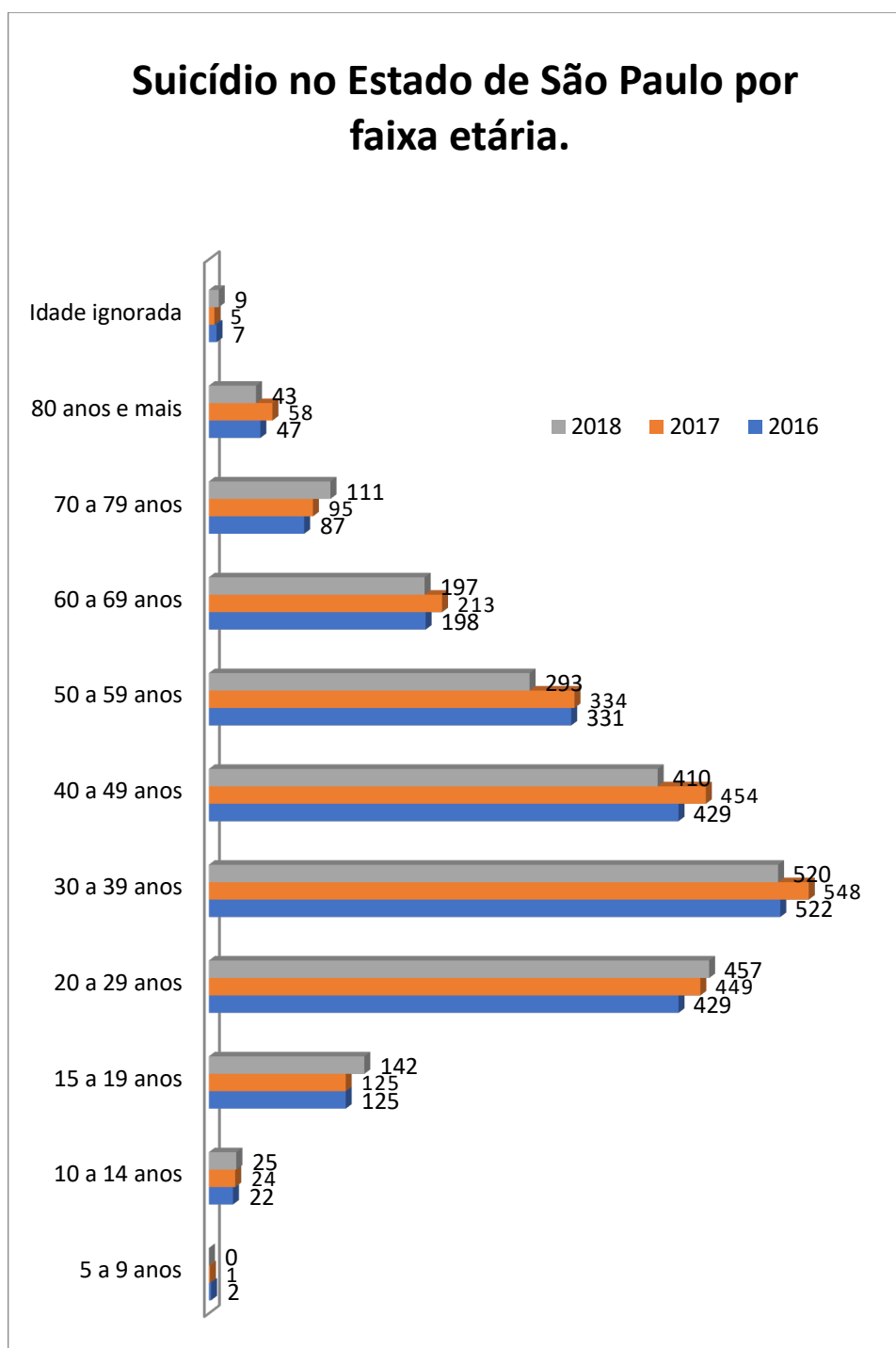


Figura 23 - Análise por Grupo Etário no Triênio 2016 - 2018 - Estado de São Paulo Brasil (SIM 2020)

No período estudado (triênio 2016 a 2018) não foram encontrados óbitos por suicídio com menores de 10 anos na Baixada Santista, mas foram registrados 8 casos entre 10 a 14 anos.

Município	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Bertioga	-	-	3	3	3	2	1	1	-	13
Cubatão	1	-	3	3	2	1	-	-	1	11
Guarujá	-	2	9	10	8	4	2	2	-	37
Itanhaém	2	1	1	8	6	3	4	1	1	27
Mongaguá	1	-	2	2	2	2	1	-	-	10
Peruíbe	1	1	3	5	2	1	1	1	-	15
Praia Grande	-	6	6	17	10	6	6	3	2	56
Santos	1	5	7	20	11	10	13	2	2	71
São Vicente	2	6	9	11	6	12	4	1	1	52
Total	8	21	43	79	50	41	32	11	7	292

Tabela 8 - Suicídios por município e faixa etária no período de 2016 a 2018. CID-10 X60 a X84 (SIM 2020)

Importante ressaltar que para a análise de eventual coeficiente deve ser observado o grupo de idades, sob pena de ignorar a proporcionalidade de cada faixa etária na população.

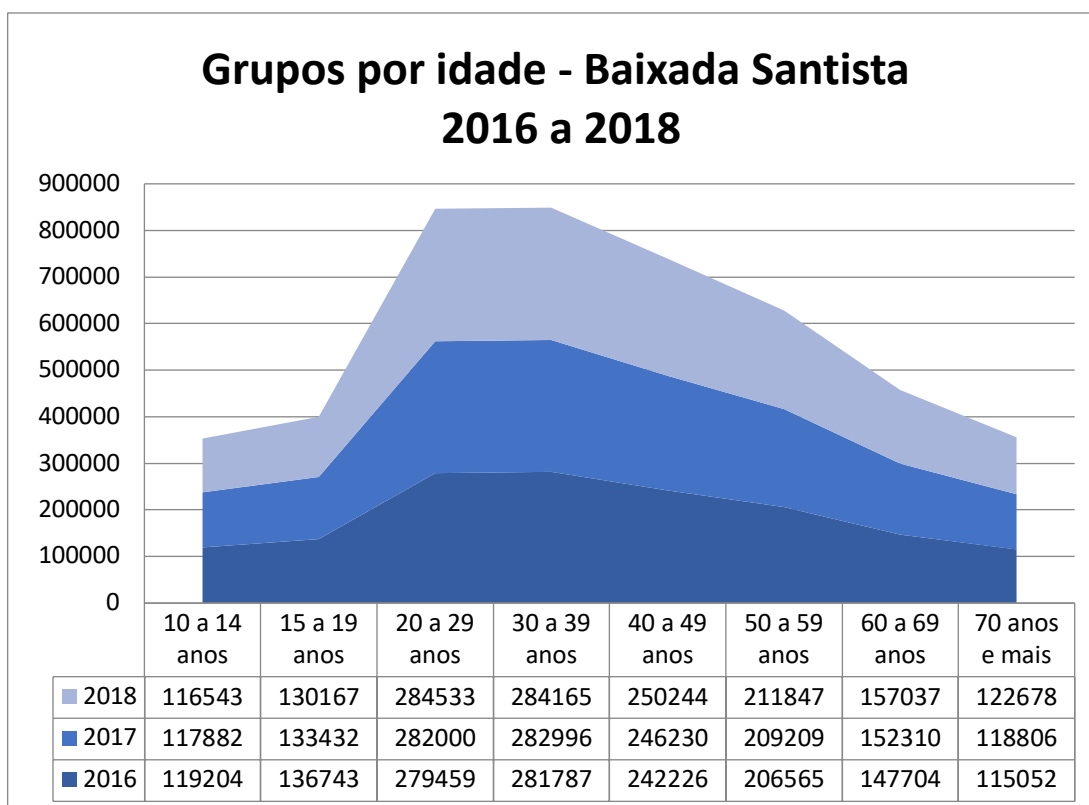


Figura 24 - Grupos por idade - Baixada Santista - Triênio 2016-2018 (IBGE 2020)

Importante observar que o coeficiente de suicídio (número de suicídios dividido por 100.000 habitantes) em cada faixa etária (10-14 anos, 15-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, 60 a 69 anos e 70 anos e mais) na Baixada Santista e no triênio estudado (2016-2018) encontra o valor de 9,3 suicídios para cada 100.000 habitantes na faixa etária de 30 a 39 anos (quase alcançando o grau alto segundo a OMS, que fixa 10/100.000).

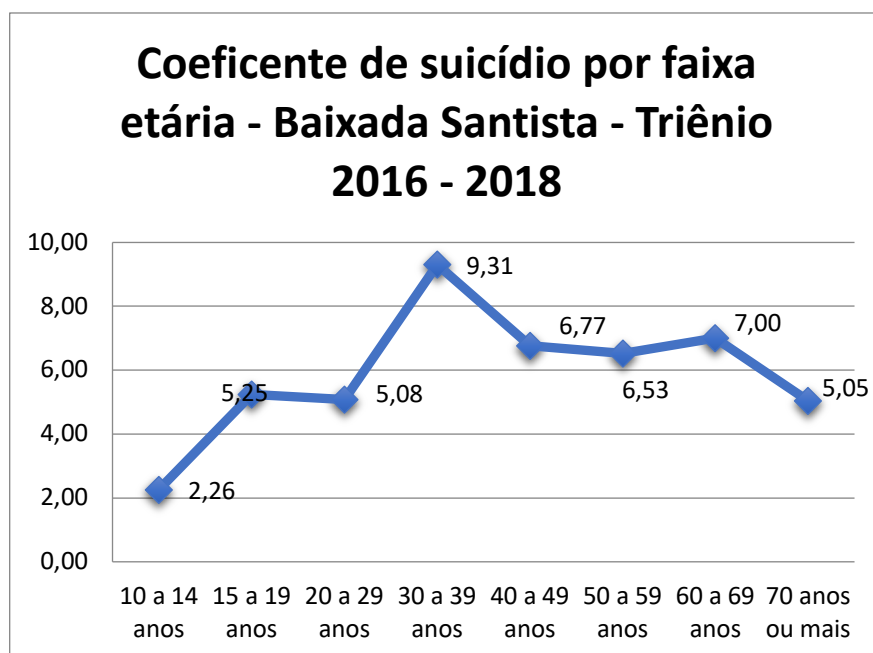


Figura 25 Coeficiente de suicídio por faixa etária na Baixada Santista para o Triênio 2016-2018 (IBGE/SIM 2020)

A incidência de suicídio entre adolescentes alcança 5,2 para cada 100.000 habitantes na faixa compreendida entre 15 a 19 anos. Na faixa dos 20 a 29 anos apresenta leve recuo do índice de 5,08 para cada 100.000 habitantes desta faixa.

Na faixa etária de 40 a 49 anos apura-se o índice de 6,77 para cada 100.000 habitantes, correspondente a 14,3% dos casos no triênio, apresentando queda significativa se comparada com a faixa de 30 a 39 anos.

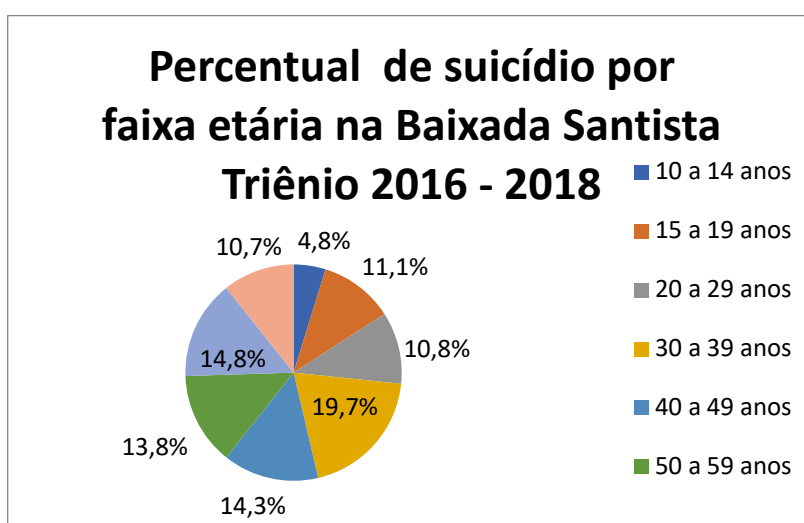


Figura 26 - Percentual de suicídio por faixa etária na Baixada Santista - 2016 a 2018 (IBGE/SIM 2020)

Em uma análise percentual verifica-se que 19,7% do número total de suicídio está consolidado na faixa etária de 30 a 39 anos, seguido dos idosos na faixa de 60 a 69 anos, correspondendo a 14,8% dos casos no triênio estudado.

3.6.1. Do Idoso.

O adulto no grupo dos 60 a 69 anos figura o segundo maior índice de suicídio nos anos de 2016 e 2018.

Se somadas todas as faixas etárias que compõe o grupo de idosos (60 anos ou mais) e, respeitando a proporcionalidade populacional com as demais faixas etárias, corresponderá a 25,5% do total de registros de suicídio na Baixada Santista, considerando 14,8% dos casos registrados na faixa etária de 60 a 69 anos e 10,7% para idosos com mais de 70 anos.

O suicídio entre pessoas idosas constitui hoje um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo. Em pessoas com mais de 65 anos, as tentativas tendem a ser mais efetivas, chegando à razão de duas tentativas para cada suicídio consumado (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Segundo recente boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde publicado em setembro de 2020 e amparado em dados nacionais e da Organização Mundial da Saúde, constatou-se que as taxas de suicídio são mais elevadas entre as pessoas com 70 anos ou mais, estando relacionado a algum transtorno mental:

Embora o suicídio tenha causas múltiplas, a literatura aponta forte correlação com transtornos mentais. Das pessoas idosas que cometeram suicídios, entre 71% e 95% apresentavam algum transtorno mental. Por sua vez, o processo de adoecimento mental neste grupo etário está associado a problemas de saúde física, ao isolamento e a falta de suporte social. (BRASIL 2020)

A precarização da saúde mental do idoso é o fator determinante para o aumento do registro de suicídios. O preconceito, diversas formas de discriminação social contra esse grupo etário e a sensação de negação de sua função social

estimula a depressão, o isolamento e, em muitos, o desejo de morte (BRASIL, 2020).

Homens morrem mais, enquanto a tentativa é mais frequente em mulheres. Tal situação, pode ser devido ao sofrimento psíquico demonstrado ao final da vida pelas mulheres. Esse sofrimento se avoluma mais quando passam a ter limitações próprias do envelhecimento, sofrem violência patrimonial e se tornam dependentes social e fisicamente, atingindo fortemente o sentimento de dignidade (BRASIL, 2020)

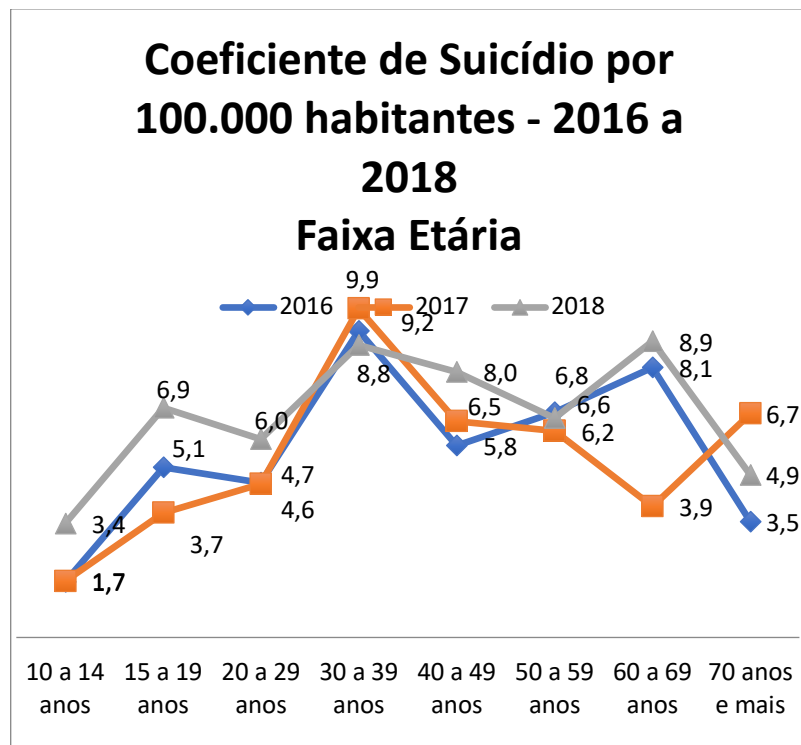


Figura 27 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio na Baixada Santista por faixa etária nos anos 2016 a 2018 (SIM 2020)

Observa-se que a taxa de suicídio na faixa etária entre 60 e 69 anos em 2018 alcançou 8,9 óbitos por 100.000 habitantes. Este valor é alto, considerando a média nacional e da própria região da Baixada Santista (5,8% por 100.000 habitantes).

3.7. Do sexo.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico do MS (2020) em 2018 foram notificados 1806 obitos masculinos (79,2%) e 475 femininos (20,8%).

O Estado de São Paulo apresentou no triênio estudado idêntico percentual ao índice nacional, 79%, sendo 5.334 óbitos masculinos e 1.377 femininos.

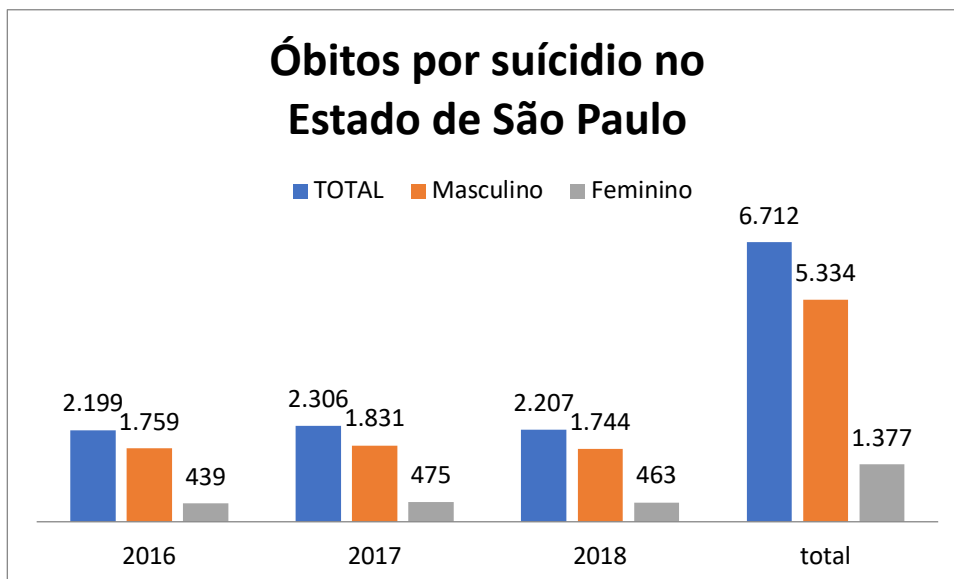


Figura 28 - - Óbitos por suicídio na Estado de São Paulo por sexo - Triênio 2016-2018 (SIM 2020)

A Baixada Santista acompanha o cenário nacional ao apresentar que o sexo masculino cometeu suicídio três vezes mais em comparação ao sexo feminino no ano de 2016, sendo superior a duas vezes nos demais anos analisados (2017 e 2018), confirmando a estatística histórica nacional.

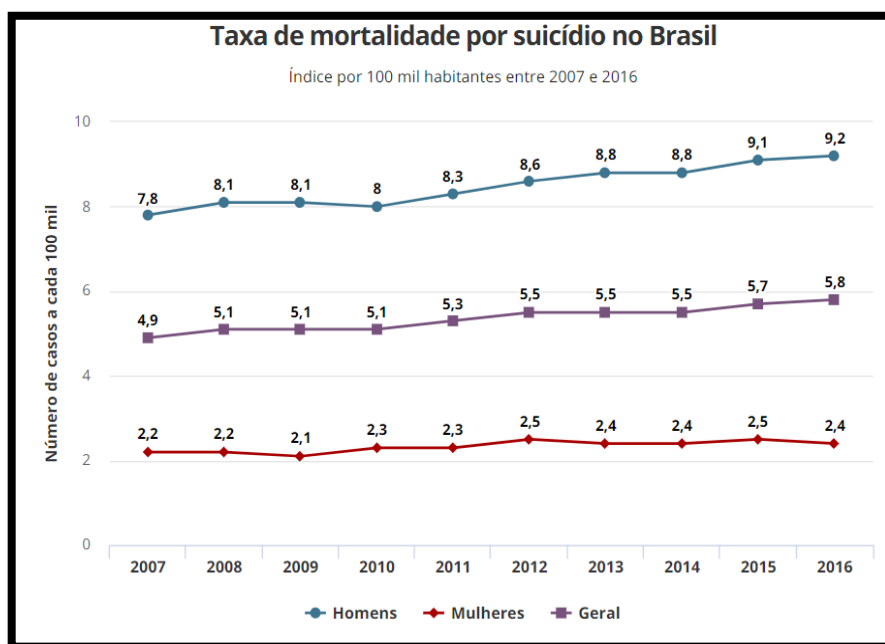


Figura 29 - Taxa de Mortalidade por suicídio no Brasil (por 100.000 habitantes) 2007 a 2016 (MS 2017)

As tentativas de suicídio entre o sexo feminino seriam em maior número, com métodos menos contundentes, enquanto no sexo masculino o suicídio consumado está em maior número com métodos mais invasivos e intencionais (PARENTE et al., 2007 Apud ABREU et al., 2010).

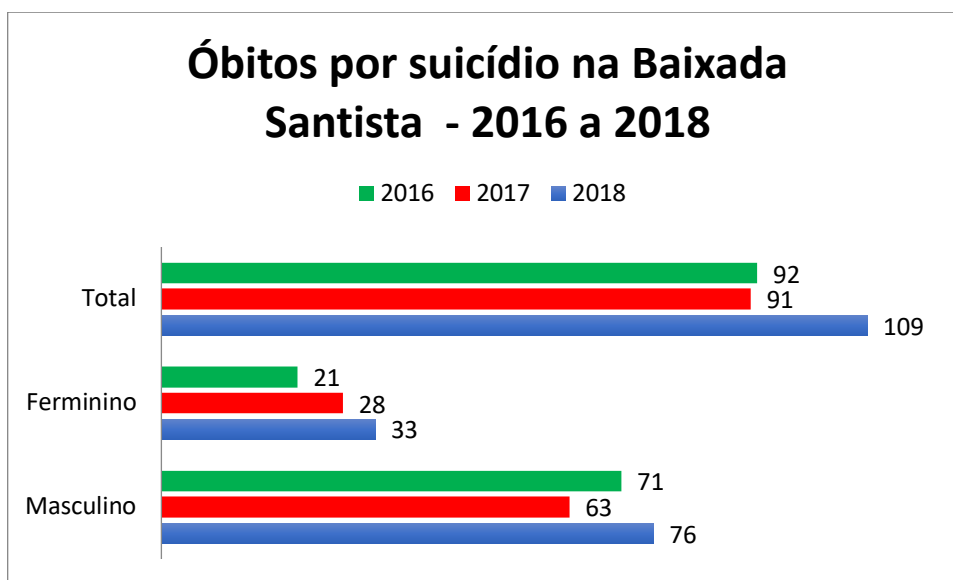


Figura 30 - Óbitos por suicídio na Baixada Santista por sexo - Triênio 2016-2018 (SIM 2020)

A literatura demonstra que a prevalência de suicídio masculino tem como causas multifatoriais, entre elas a competição empregatícia, o sentimento de responsabilidade pela subsistência familiar, bem como a maior presença de fatores como alcoolismo, depressão e até acesso fácil ao armamento de fogo (GONÇALVES; JUNIOR, 2011).

A menor incidência de suicídio relacionada ao sexo feminino está associada com a ingestão menor do álcool e sua dependência, bem como seu maior envolvimento em questões familiares, social e religiosa, além de sua sensibilidade em identificar fatores que induzem as tentativas de suicídio, sendo que a procura de ajuda profissional em momentos de dificuldade emocionais é maior entre as mulheres (MENEGHEL et al., 2004 apud MACENTE; ZANDONADE, 2011).

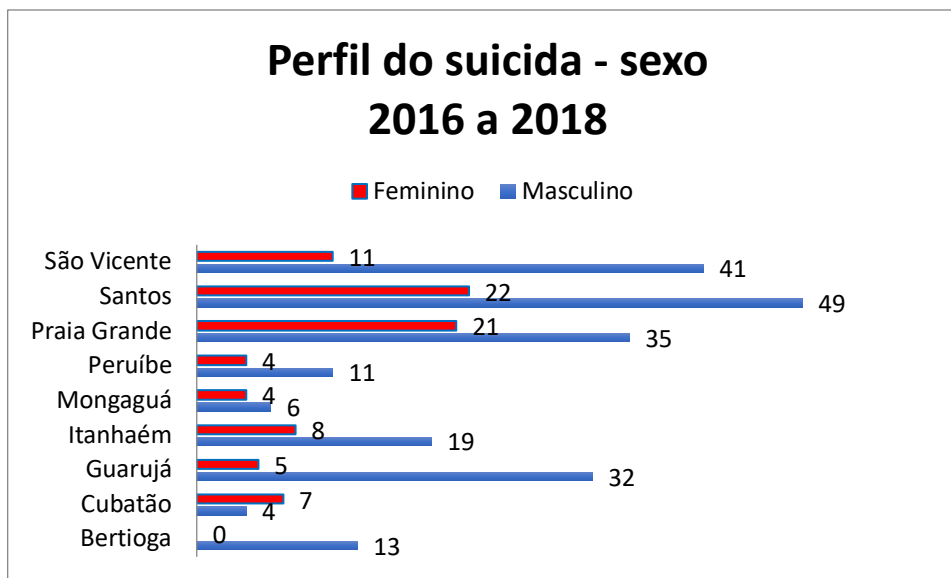


Figura 31 - Mortalidade por suicídio segundo o sexo e município da Baixada Santista de 2016 a 2018 (SIM 2020)

No triênio estudado, com exceção do município de Cubatão - que apresentou um maior número de suicídios femininos (7 para 4 masculinos) -, todos os demais apresentaram idêntica proporcionalidade com os dados nacionais, ou seja, maioria de casos envolvendo o sexo masculino.

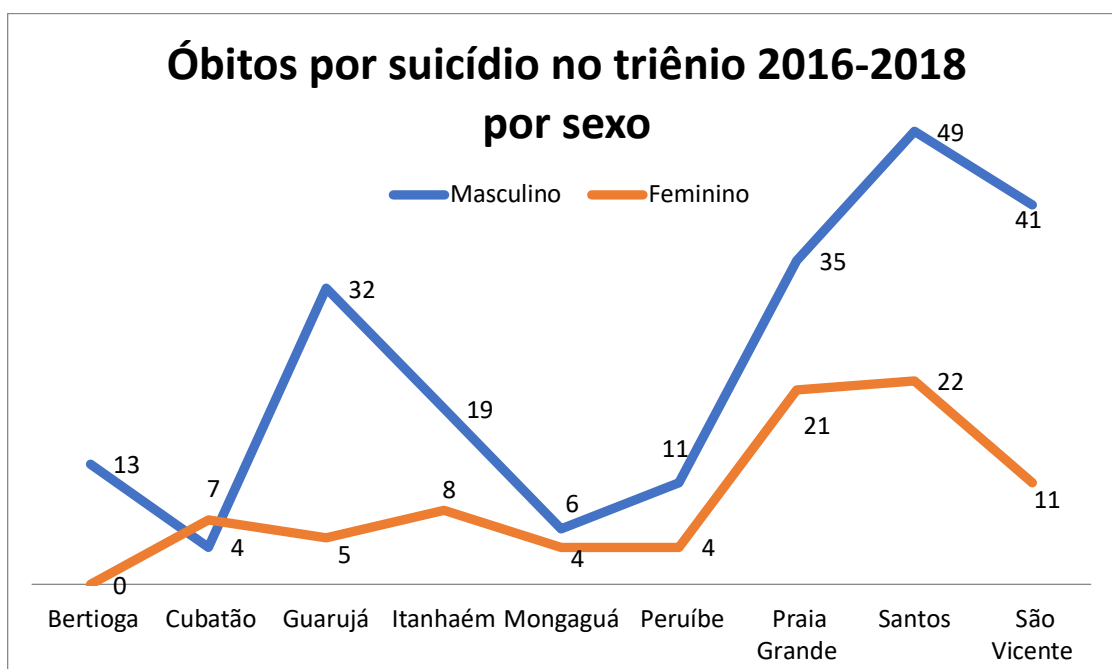


Figura 32 - Total de suicídios segundo o sexo e município da Baixada Santista no Triênio 2016-2018 (SIM 2020)

O município de Bertioga não apresentou casos de suicídio feminino no triênio estudado, de um total de 13 suicídios. Já o município de Guarujá apresentou a maior desproporcionalidade, sendo que o suicídio do gênero masculino representou 86% dos casos (5 femininos e 32 masculinos).

Em São Vicente, o suicídio do gênero masculino correspondeu a 79% dos casos (41 registros) e no município de Santos 69% (49 masculinos e 22 femininos).

3.7.1. Da sexualidade.

Quanto à sexualidade, importante pontuar que o DATASUS ainda não possui qualquer parâmetro de cadastro neste sentido. Relevante destacar que, segundo a Fundação Americana para a Prevenção do Suicídio e do Instituto Williams, em pesquisa realizada em 2015, constatou-se através de uma pesquisa com pessoas transgêneros, que 81,7% dos entrevistados relataram ter pensado em cometer suicídio ao longo de suas vidas, sendo 48,3% o fez no ano anterior a pesquisa (2014).

Um fator dominante para a ideação suicida entre os transgêneros, segundo a referida pesquisa, é a recorrente experiência com discriminação social. O referido estudo ainda destacou que os transgêneros estão sujeitos, além dos fatores de risco gerais, ainda contam com fatores de risco exclusivos:

Experimentar discriminação ou maus-tratos na educação, no emprego, na moradia, na saúde, em locais de acomodações públicas ou na aplicação da lei está associado a uma prevalência mais alta de pensamentos e tentativas de suicídio. Por exemplo, a prevalência de tentativas de suicídio no ano anterior por aqueles que relataram ter sido negado tratamento igual no ano anterior por serem transgêneros foi mais que o dobro daquelas que não haviam experimentado esse tratamento (13,4% em comparação com 6,3%)

Aqueles que relataram que seus cônjuges, parceiros ou filhos os rejeitaram por serem transgêneros relataram uma prevalência maior de tentativas de suicídio na vida e no ano anterior.

Aqueles que relataram rejeição pela família de origem, por exemplo, relataram o dobro da prevalência de tentativas de suicídio no ano anterior em comparação com aqueles que não haviam experimentado tal rejeição (10,5% contra 5,1%).

Os entrevistados que foram rejeitados por suas comunidades religiosas ou se submeteram à terapia de conversão foram mais propensos a relatar pensamentos e tentativas de suicídio.

Por exemplo, 13,1% dos que experimentaram rejeição religiosa no ano anterior haviam tentado o suicídio no ano anterior; em contraste, 6,3% dos entrevistados que experimentaram aceitação religiosa no ano passado tentaram o suicídio no ano anterior.

Experiências de violência, incluindo violência contra parceiro íntimo (VPI), estão associadas a maior prevalência de pensamentos e tentativas de suicídio. Mais de 30 por cento das pessoas que foram atacadas fisicamente em um local de acomodação pública relataram tentativa de suicídio no ano passado, o que é mais de quatro vezes a prevalência entre os entrevistados que não foram atacados da mesma forma.

Aqueles que haviam "transferido" em algum ponto, ou seja, voltado a viver de acordo com seu sexo atribuído ao nascimento, eram significativamente mais propensos a relatar pensamentos e tentativas de suicídio, tanto no ano anterior quanto na vida, do que aqueles que nunca "de-transição." Quase 12 por cento daqueles que "desfizeram" tentaram o suicídio no ano passado, em comparação com 6,7 por cento daqueles que não "fizeram a transição".

Pessoas que não são vistas por outras pessoas como transgênero e aquelas que não revelam a outras pessoas que são transgêneros relataram uma prevalência mais baixa de pensamentos e tentativas de suicídio. Por exemplo, 6,3% dos que relataram que os outros nunca saberão que são transgêneros tentaram o suicídio no ano passado, em comparação com 12,2% dos que relataram que os outros sempre podem dizer que são transgêneros.

O efeito cumulativo do estresse minoritário está associado a uma maior prevalência de suicídio. Por exemplo, 97,7 por cento das pessoas que tiveram quatro experiências discriminatórias ou de violência no ano passado (ser demitido ou forçado a demitir-se de um emprego, despejo, vivência de rua e ataque físico) relataram pensar seriamente em suicídio no ano passado e 51,2 por cento fez uma tentativa de suicídio no ano passado. (Fundação Americana para a Prevenção do Suicídio e do Instituto Williams 2015 - **tradução livre**)

Em recente estudo epidemiológico publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria (2020) - que abordou o pensamento suicida entre a população transgênero atendida no ambulatório do Hospital Dia, no Distrito Federal, no período de agosto de 2017 a setembro de 2018 -, constatou-se que as questões sociodemográficas, de habitação e psiquiátricas compõem fatores intervenientes no surgimento da ideação suicida.

Segundo o referido artigo, dos 154 participantes foi observado que 48,3% possuíam ideação suicida e 23,8% tentaram suicídio, concluindo o estudo que os índices são mais altos de ideação e tentativas suicidas em pessoas com disforia de gênero do que na população geral.

3.8. Do local da realização do ato suicida

O Brasil registrou 1572 óbitos por suicídio no ano de 2018, sendo 68,9% ocorridos no âmbito doméstico, seguido de Hospital ou outros estabelecimentos de saúde com 14,6% (333 registros) e via pública com 4,3% (97 casos), conforme ressalta o Boletim Epidemiológico do MS (2020).

No mesmo ano de 2018, a Baixada Santista apresentou 109 óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente, sendo que 62% das ocorrências ocorreram no domicílio da vítima, seguida de Hospital ou outros estabelecimentos de saúde com 26 registros, e via pública com 7 casos:

Óbitos por suicídio por município e local de consumação						
Município	Hospital	Outro estab. saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Total
Bertioga	-	1	3	-	1	5
Cubatão	-	-	3	-	-	3
Guarujá	2	2	13	1	2	20
Itanhaém	-	-	8	1	1	10
Mongaguá	-	-	5	-	1	6
Peruíbe	1	-	3	-	1	5
Praia Grande	2	3	14	1	1	21
Santos	2	-	9	1	1	13
São Vicente	13	-	9	3	1	26
Total	20	6	67	7	9	109

Tabela 9 - Óbitos por suicídio por município da Baixada Santista e local de consumação. Ano 2018 (SIM 2020)

Idêntico percentual de lesões autoprovocadas voluntariamente no âmbito do domicílio foi constatado para 2017 e 2016, 62%:

Óbitos por suicídio por município e local de consumação						
Município	Hospital	Outro estab. saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Total
Bertioga	-	-	2	-	-	2
Cubatão	1	1	1	-	-	3
Guarujá	-	3	5	1	-	9
Itanhaém	1	-	7	-	3	11
Mongaguá	-	-	3	-	-	3
Peruíbe	-	-	4	-	1	5
Praia Grande	3	4	15	2	-	24

Santos	4	1	13	3	2	23
São Vicente	2	1	6	1	1	11
Total	11	10	56	7	7	91

Tabela 10 - Óbitos por suicídio por município da Baixada Santista e local de consumação. Ano 2017 (SIM 2020)

Óbitos por suicídio por município e local de consumação

Município	Hospital	Outro estab. saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Total
Bertioga	-	-	2	1	3	6
Cubatão	-	1	3	1	-	5
Guarujá	-	-	5	-	3	8
Itanhaém	2	-	3	-	1	6
Mongaguá	-	1	-	-	-	1
Peruíbe	-	-	4	-	1	5
Praia Grande	2	2	4	-	3	11
Santos	3	3	25	1	3	35
São Vicente	5	-	7	2	1	15
Total	12	7	53	5	15	92

Tabela 11 - Óbitos por suicídio por município da Baixada Santista e local de consumação. Ano 2016 (SIM 2020)

O domicílio foi o local utilizado para consumação do ato suicida em 60% dos casos na Baixada Santista e no triênio estudado, seguido de Hospitais (15%).

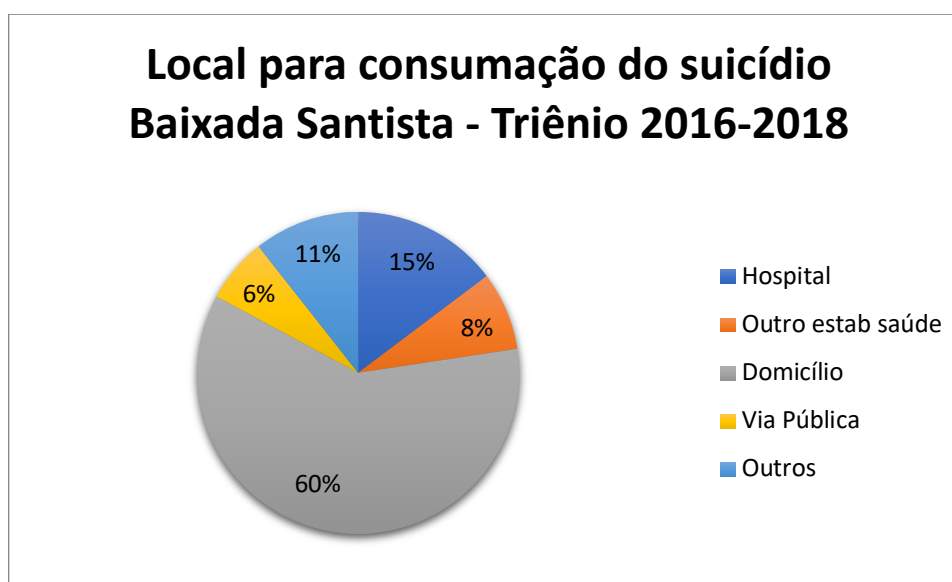


Figura 33 - Local para consumação do suicídio Baixada Santista - Triênio 2016-2018 (SIM 2020)

3.9. Do Estado Civil

Na literatura, o estado civil casado é apontado como um fator de proteção e, portanto, de redução da ideação suicida. De fato, no Brasil os óbitos por suicídio ocorreram em maiores proporções entre solteiros (60,4%), praticamente o dobro dos casados/em união estável (31,5%) (BRASIL, 2017).

No Estado de São Paulo, no triênio de 2016 a 2018, 50% dos óbitos por suicídio eram solteiros e 27% casados.

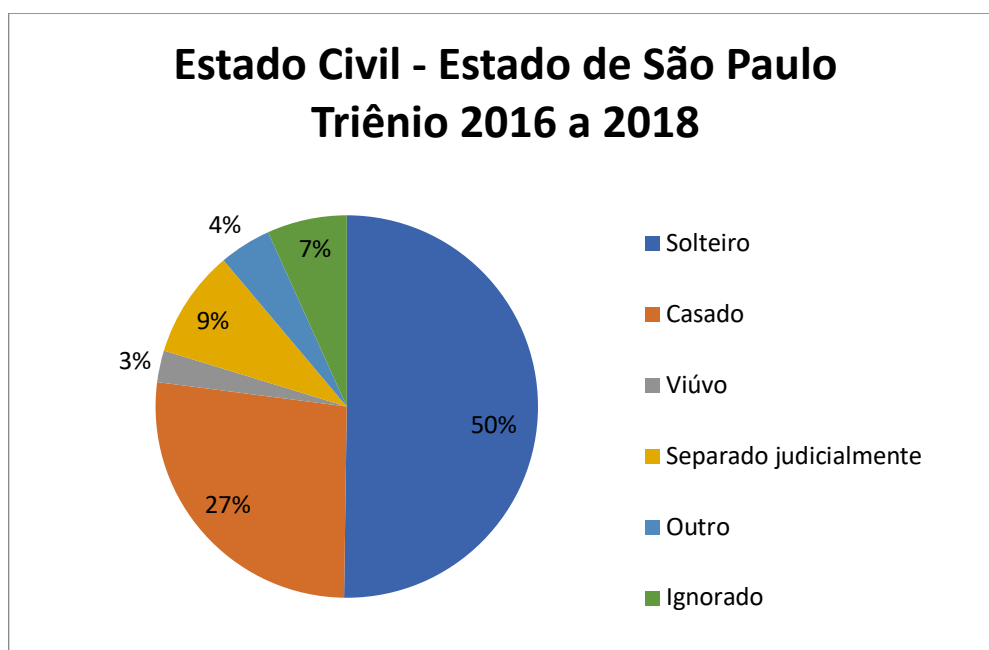


Figura 34 - Óbitos por Estado civil – 2016 a 2018 – Estado de São Paulo – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020)

Na Baixada Santista, no ano de 2018, constatou-se que 59% eram solteiros, 11% separados, 3% viúvos - estados civis mais propensos ao comportamento suicida. Casados representaram 21% dos casos, de um total de 92 suicídios registrados naquele ano.

Município	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Ignorado	Total
Bertioga	3	2	-	1	-	6
Cubatão	5	-	-	-	-	5
Guarujá	7	1	-	-	-	8
Itanhaém	2	3	-	1	-	6
Mongaguá	1	-	-	-	-	1
Peruíbe	5	-	-	-	-	5

Praia Grande	5	5	1	-	-	11
Santos	17	8	1	7	2	35
São Vicente	10	2	-	3	-	15
Total	55	21	2	12	2	92

Tabela 12 - Óbitos p/Residência por Município e Estado civil – 2016 – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020)

Em 2017 foi observado que 62% eram solteiros, 13% separados, 3% viúvos e casados representaram 19% dos 91 casos registrados.

Município	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Outro	Ignorado	Total
Bertioga	1	-	-	-	-	1	2
Cubatão	1	1	-	1	-	-	3
Guarujá	9	-	-	-	-	-	9
Itanhaém	6	2	1	1	1	-	11
Mongaguá	2	-	-	1	-	-	3
Peruíbe	2	1	-	2	-	-	5
Praia Grande	14	6	-	4	-	-	24
Santos	13	5	2	2	1	-	23
São Vicente	8	2	-	1	-	-	11
Total	56	17	3	12	2	1	91

Tabela 13 - Óbitos p/Residência por Município e Estado civil – 2017 – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020)

Em 2016 foi observado que 60% eram solteiros, 13% separados, 2% viúvos e casados representaram 23% dos 109 casos registrados.

Município	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Outro	Ignorado	Total
Bertioga	2	1	-	1	1	-	5
Cubatão	3	-	-	-	-	-	3
Guarujá	15	2	-	2	-	1	20
Itanhaém	5	1	-	3	1	-	10
Mongaguá	3	1	-	1	-	1	6
Peruíbe	4	1	-	-	-	-	5
Praia Grande	11	8	-	2	-	-	21
Santos	7	3	1	1	-	1	13
São Vicente	14	6	2	2	1	1	26
Total	64	23	3	12	3	4	109

Tabela 14 - Óbitos p/Residência por Município e Estado civil – 2018 – CID-10 X60 a X84 (SIM 2020)

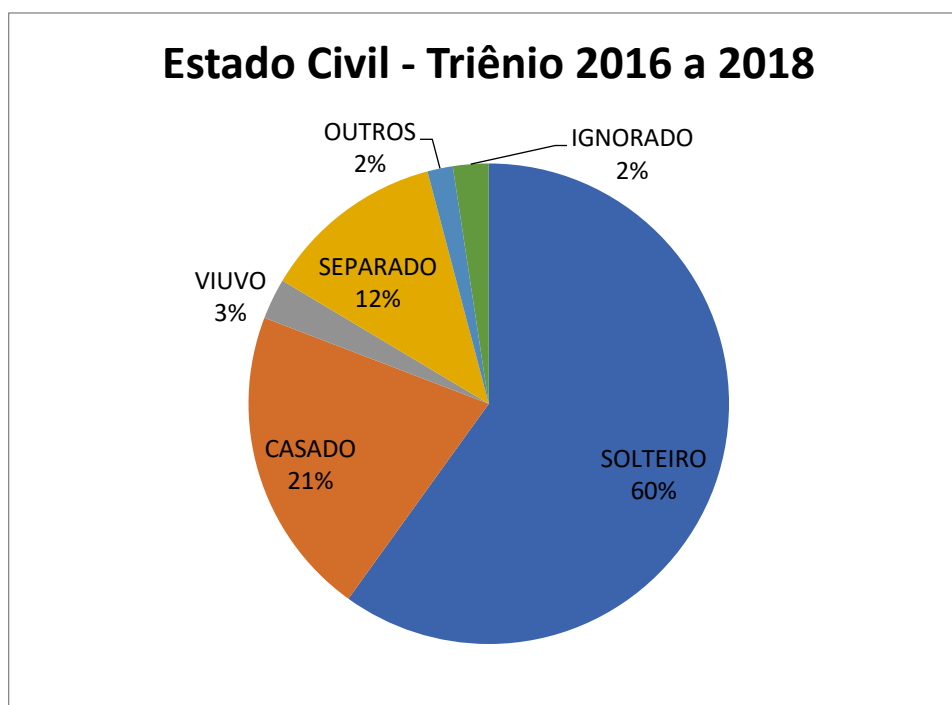


Figura 35 - Suicídio por estado civil na Baixada Santista - triênio 2016-2018

No triênio objeto deste estudo constatou-se que 60% dos casos registrados de suicídio eram praticados por solteiros, 11% separados, 3% viúvos, 12% separados, sendo que os casados representaram 21% dos casos.

3.10. Sazonalidade do Suicídio.

Desde o início dos dados do DATASUS, que contabiliza 22 anos, dezembro é o mês líder em óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente, seguido por outubro e janeiro.

No mês de outubro de 2018 na Baixada Santista houve o registro de 18 suicídios, seguido de dezembro com 14 óbitos. No ano de 2017 o mês de maior registro foi em novembro, com 11 casos, seguido de dezembro e julho, ambos com 10 óbitos. Em 2016 o mês de setembro registrou 11 óbitos, seguido de outubro e novembro com 10 óbitos.

Município	Jan	Fev	Mar	Abril	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Bertioga	-	-	-	-	2	1	-	1	1	2	1	5	13
Cubatão	1	2	1	-	1	-	-	-	2	3	-	1	11
Guarujá	3	3	1	2	4	1	2	5	1	5	4	6	37
Itanhaém	2	1	2	3	1	2	1	4	3	2	3	3	27
Mongaguá	1	-	-	-	2	-	-	-	3	2	-	2	10
Peruíbe	-	1	-	-	1	1	2	2	1	3	3	1	15
Praia Grande	5	1	4	5	5	5	6	1	5	5	8	6	56
Santos	7	8	3	6	8	5	4	6	6	3	12	3	71
São Vicente	3	3	5	4	2	2	5	4	6	10	2	6	52
Total	22	19	16	20	26	17	20	23	28	35	33	33	292

Tabela 15 - Óbitos por suicídio no triênio 2016-2018 por município e mês da ocorrência (SIM 2020)

Poderia se cogitar em alta de desemprego nos últimos meses nos anos estudados, no entanto, não houve aumento significativo do desemprego no Estado de São Paulo nos últimos trimestres dos anos de 2016 a 2018, conforme Taxa de Desocupação informada pelo IBGE.

Grupo de idade	3º trimestre 2016	4º trimestre 2016	1º trimestre 2017	2º trimestre 2017	3º trimestre 2017	4º trimestre 2017	1º trimestre 2018	2º trimestre 2018	3º trimestre 2018	4º trimestre 2018
18 a 24 anos	29	27.1	31.1	29.1	29.2	27.6	30.4	28.9	28.4	26.7
25 a 39 anos	11.4	11.2	13	12.1	11.3	11.3	11.9	11.9	11.6	11.2
40 a 59 anos	7.3	7.4	7.7	7.9	7.9	7.3	8.1	8.2	7.5	7.5
60 anos ou mais	5.2	3.6	5.5	5.2	4.8	5.6	4.7	6	6.4	5.3

Tabela 16 - Taxa Trimestral de Desocupação na Baixada Santista - 2016 a 2018 (IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua trimestral 2020)

Tal evidência reforça, conforme já destacado anteriormente neste estudo, que o ato suicida está relacionado em 96% dos casos na existência de uma doença mental e não de uma condição social.

4. DOS EVENTOS COM INTENÇÃO INDETERMINADA.

Tecnicamente o estudo epidemiológico do suicídio deve se concentrar nos óbitos classificados como lesões autoprovocadas voluntariamente (CID10 – X-60 a X-84), sendo que a literatura adota o mesmo critério. Com base nestes dados pode-se afirmar seguramente que o óbito decorre de ato exclusivamente suicida, descartando, assim, qualquer óbito que não apresente de forma irrefutável a consumação suicida.

No entanto, o DATAPREV através do SIM disponibiliza os óbitos decorrentes de eventos cuja intenção é indeterminada (CID10 – Y-10 a Y-34 e Y-87), ou seja, aqueles que não foram possíveis constatar a intenção da vítima fatal pelo profissional da saúde que atendeu a ocorrência.

Trata-se assim de um dado que, embora não venha compor os dados oficiais de óbitos por suicídio, também não podem ser desprezados, eis que não foi descartada a possibilidade de motivação suicida.

Em muitos casos não há como precisar se a lesão foi autoprovocada ou um acidente, por exemplo, acidente de trânsito (Y32) ingestão exagerada de medicamento (Y10 a Y14) ou afogamento (Y21). Como dito, estes óbitos, geralmente excluídos das análises epidemiológicas, podem impactar diretamente os dados, especialmente com o exponencial aumento de casos entre os idosos (>60 anos).

A constatação da causa de morte pelo profissional de saúde é algo complexo, sendo que a causa básica de morte pode envolver opinião, diferentes diagnósticos e interpretações os quais afetam consideravelmente a sua certificação (BORGES 2012).

É objeto de classificação CID-10, cuja intenção da vítima não foi determinada, por exemplo, o possível envenenamento (intoxicação), acidental ou intencional, por exposição a diversos medicamentos, inclusive sedativos e psicotrópicos, narcóticos e psicodislépticos (Y10 a Y14).

Também será classificado como CID-10 Y-15 o envenenamento (intoxicação) por exposição ao álcool, sendo impossível precisar a intenção da

vítima. Mesmo inequívica a presença de Alcool no episódio, como dito neste estudo, um dos principais fatores de risco para o comportamento suicida, caberá ao profissional da área de saúde qualifica-lo como lesão autoprovada (suicídio) ou desqualifica-lo para intenção não determinada, retirando o óbito das estatísticas oficiais de suicídio.

Existe a possibilidade de enforcamento, estrangulamento e sufocação ser considerado evento com intenção não determinada, cabendo a classificação CID-10 Y-20, mesmo sendo está hipótese a principal forma de conduta suicida (mais de 50% dos suicídios na Baixada Santista nos anos deste estudo).

O mesmo destaque para a classificação CID-10 Y21 que trata de afogamento e submersão com intenção não determinada. Considerando que praticamente todas as cidades que compõe a Baixada Santista, exceto Cubatão, são litorâneas, portanto, possui número relevante de óbitos por afogamentos (2018 foram registrados 80 óbitos).

No ano de 2018 o Brasil registrou 12.310 óbitos decorrentes de eventos com intenção indeterminada. No mesmo ano de 2018 o DATAPREV registrou quase o mesmo número de suicídios: 12.733 óbitos cadastrados como lesões autoprovocadas.

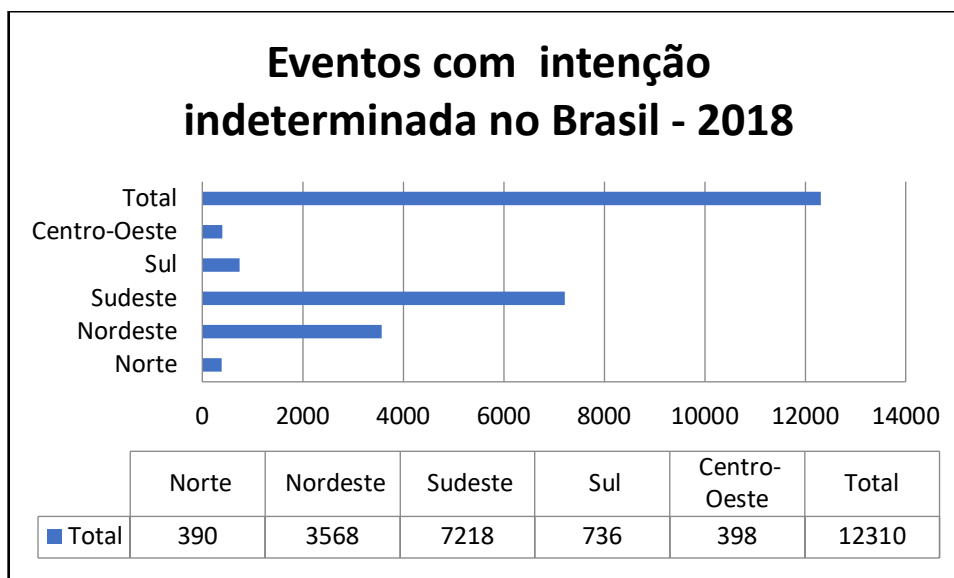


Figura 36 - Óbitos decorrentes de eventos com intenção indeterminada no Brasil - 2018 (SIM 2020)

No Estado de São Paulo foram registrados no triênio estudado o total de 9.252 óbitos decorrentes de eventos com intenção indeterminada, sendo no ano de 2018 o total de 4.297 óbitos, em 2017 foram 2.637 e 2.318 em 2016 (DATAPREV 2021).

Na Baixada Santista no triênio objeto do estudo (2016 a 2018) foram registrados no sistema DATAPREV o total de 429 óbitos ocorridos em eventos cuja intenção da vítima não pode ser determinada. No mesmo período a região apresentou em 2016 o total de 92 óbitos por lesão autoprovocada, 91 em 2017 e 109 no ano de 2018, totalizando no triênio 292 óbitos por suicídio.

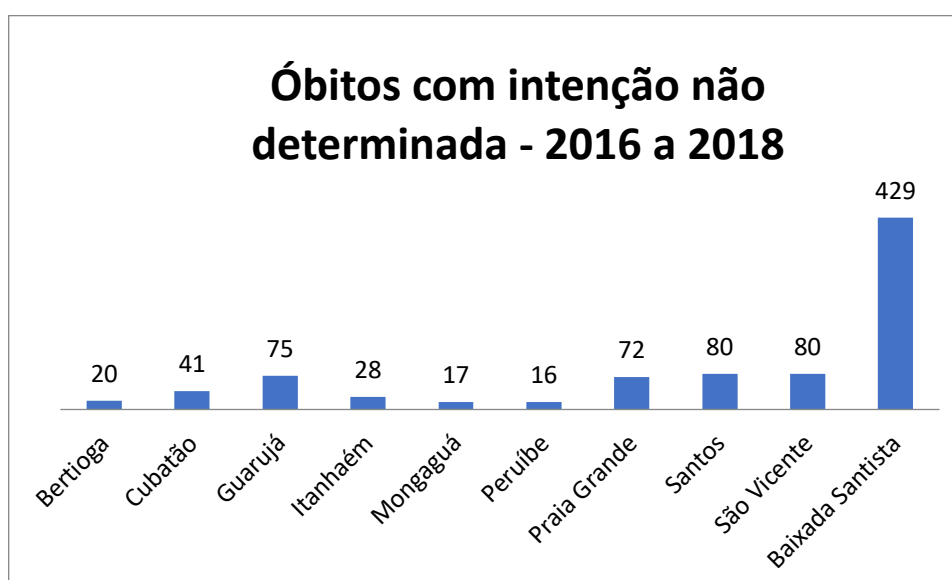


Figura 37 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10: Y-10 a Y-34 e Y-87. 2016 a 2018 (SIM 2020)

O coeficiente de mortalidade, que calcula o número de eventos por 100.000 habitantes, demonstra que no triênio 2016-2018 o município de Santos teve o menor índice de óbitos registrados pelo CID-10 Y-10 a Y-34 e Y-87. Em contrapartida a cidade de Bertiooga apresentou o maior índice da região, com 11,2 óbitos por 100.000 habitantes cuja intenção da vítima não foi determinada.

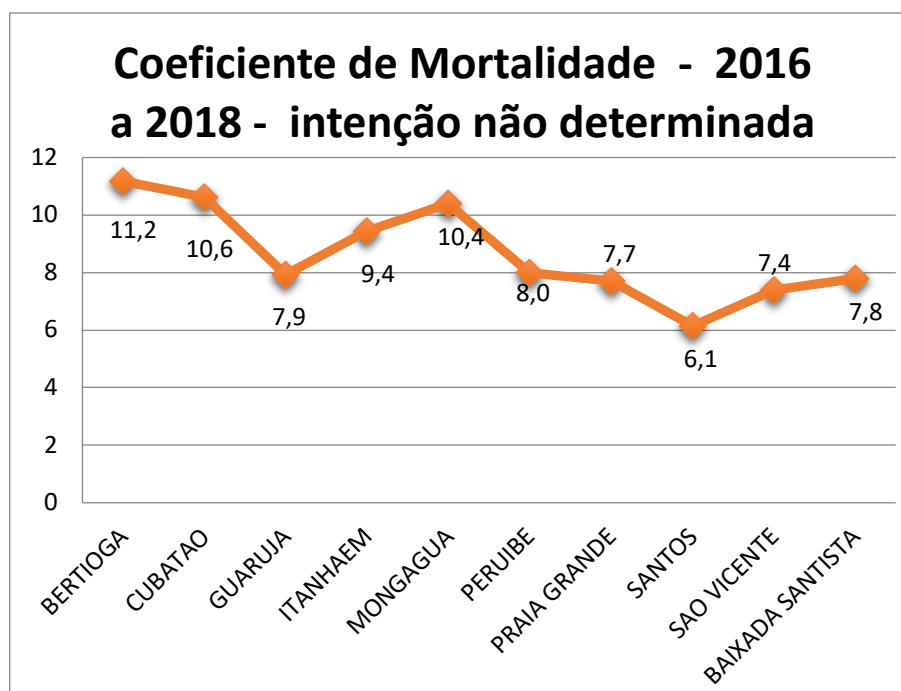


Figura 38 - Coeficiente de Mortalidade por 100.000 habitantes no período de 2016 a 2018 na Baixada Santista por 100.000 habitantes (SIM 2020)

O alto índice de óbitos decorrentes de eventos cuja intenção não pode ser determinada acaba por fragilizar as conclusões epidemiológicas. Nesse sentido Laurenti (2004) afirma:

Quanto maior a proporção de óbitos por causas mal definidas, menor a exatidão dos dados sobre mortalidade por causas. É importante lembrar que sempre haverá alguns óbitos por causas mal definidas. Porém, idealmente, esta proporção deve ser baixa, entre 4% e 6% (LAURENTI, 2004).

Neste contexto foi observado que o número de óbitos registrados com indicação do CID-10 Y-10 a Y-34 e Y-87 (intenção não determinada) está em declínio desde o ano de 2014, ano em que foram informados 183 óbitos com esta classificação na Baixada Santista, reduzindo para 114 no ano de 2018, conforme:

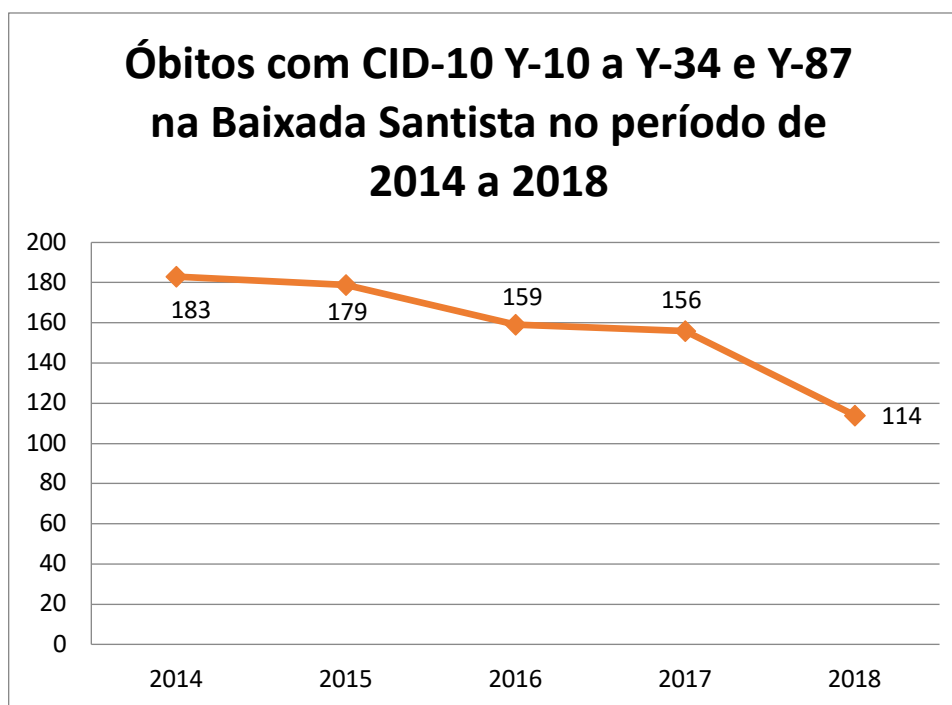


Figura 39 - Óbitos com CID-10 Y-10 a Y-34 e Y-87 na Baixada Santista nos anos de 2014 a 2018 (SIM 2020)

A constatação no gráfico acima ocorre em razão do aperfeiçoamento na coleta de dados, com a uniformização de procedimentos e questionários padronizados, bem como a melhoria e capacitação dos serviços de saúde ao longo das últimas décadas.

Desde 2000 o Brasil apresenta declínio na mortalidade por causas mal definidas, presentes no Capítulo XVIII da CID-10 como “Sintomas, sinais e achados clínicos não classificados em outra parte”. Em 2000 apresentava 15,1% de mortes, porém este valor representa 29,8% a menos do que a proporção constatada em 1980, quando foi igual a 21,5%. Já em 2007 este capítulo da CID apareceu em quinto lugar nas estatísticas de mortalidade, com uma proporção de 7,7%, valor 49% menor que em 1999 (BORGES 2012).

Relevante mencionar o levantamento realizado por Borges (2012) em 114 óbitos por causas mal definidas em Niterói-RJ de junho a setembro de 2008, que ao investigar 82 óbitos classificados no capítulo XX da CID-10, conhecido como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34.9).

O referido estudo concluiu que 47% eram na verdade óbitos por acidentes de transporte (V01-V99), 19% passaram para outras causas externas de

traumatismos acidentais (W00-X59), 3% para mortes por lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84), 8% de causas naturais e 16% para o agrupamento referente aos óbitos por agressões (X85-Y09), permanecendo apenas 7% dos óbitos como CID-10 Y10-Y34 (BORGES, 2012)

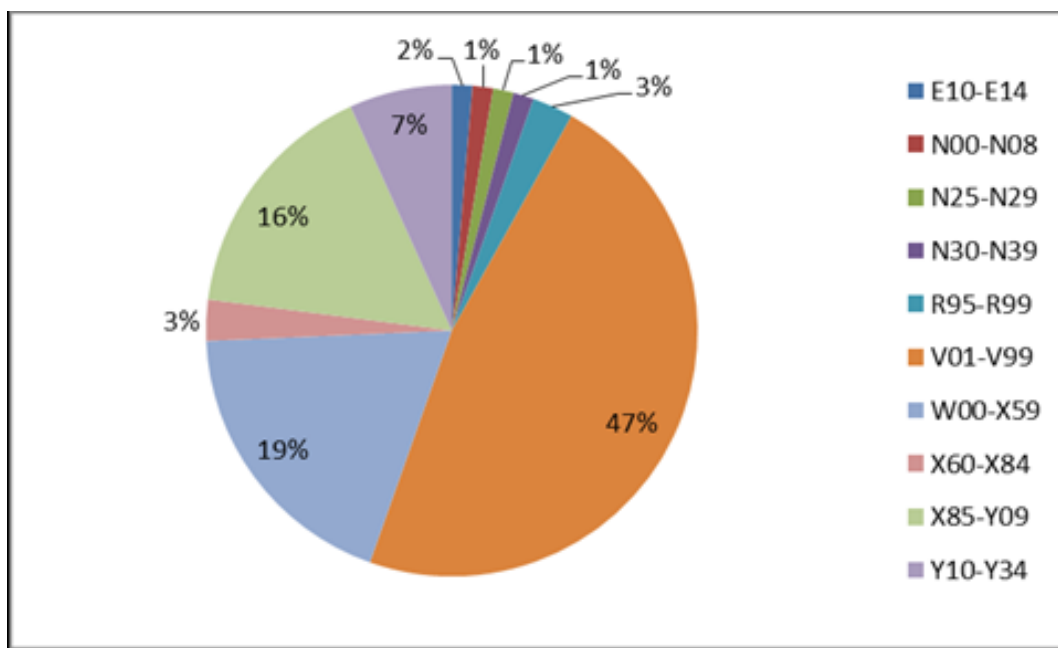


Figura 40 - Redistribuição (%) dos óbitos por causas residuais externas, ocorridos em Niterói, de junho a setembro de 2008, após a investigação de Borges (2012)

Quanto aos problemas relativos às causas externas, sugere-se um empenho dos órgãos de saúde junto aos IMLs no sentido de que o legista, não só seja orientado a preencher corretamente os atestados de óbito, não sendo necessária uma informação completa e detalhada sobre a lesão em si, mas sim a informação sobre a causa da lesão e sua intencionalidade. Somente assim, será possível a obtenção de dados mais precisos quanto às causas externas, a fim de que, com melhores estatísticas oficiais, efetivos programas de prevenção dessas mortes venham a ser realizados (BORGES 2012)

Os achados na pesquisa de Borges (2012), confirmam a preocupação do estudo presente, pois evidenciam a necessidade de aprimoramento constante na forma da coleta dos dados no sistema SIM, visando reduzir o uso das classificações CID-10 Y10-Y34, alterando as estatísticas de mortalidade e prejudicando diretamente os estudos epidemiológicos, sendo estes as bases para proposituras de políticas públicas.

5. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Com base nas informações constantes de atestados de óbitos compiladas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, utilizado como fonte primária neste estudo, constata-se a existência de óbitos registrados como transtornos mentais e comportamentais.

Além dos registros de óbitos, como lesões autoprovocadas voluntariamente (CID10 – X-60 a x-84), no período de 2016 a 2018, na Baixada Santista, foram localizados registros de óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais (F10 a F99).

Nesta categoria do CID-10 estão listados os óbitos devido ao uso de substância psicoativa (F10 a F19) esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 - F29); transtornos do humor [afetivos] (F30 - F39); transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (F40 - F48); síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 - F59); transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 - F69); retardo mental (F60-F69) transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 - F89); transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 - F98) e transtorno mental não especificado (F99 - F99).

No Estado de São Paulo foram registrados 3.560 óbitos classificados no CID-10 entre F10 e F99 no triênio estudado, sendo 1.240 casos em 2016, 1.144 em 2017 e 1.176 em 2018.

Dos referidos dados estaduais 80% (2.839) são do sexo masculino e 20% (721) do sexo feminino para o triênio estudado (SIM 2021).

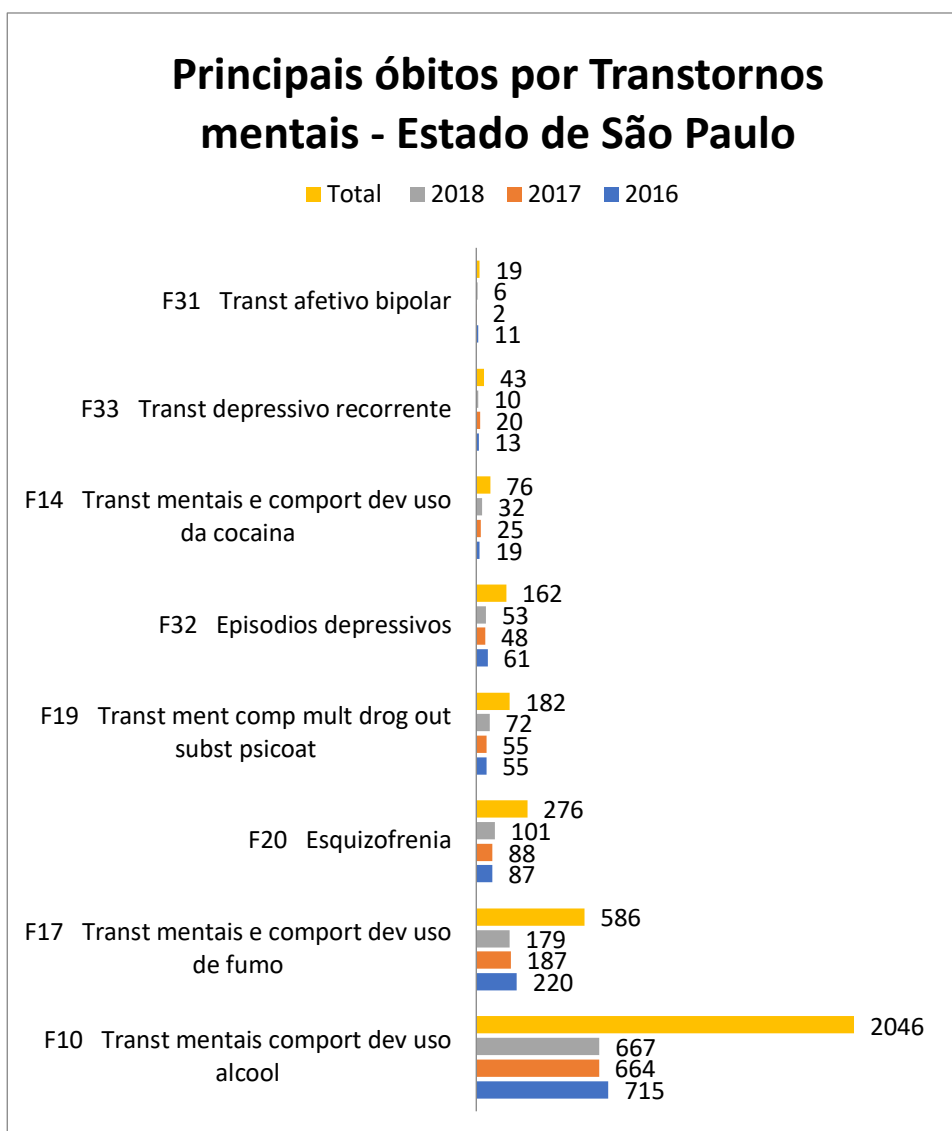


Figura 41 - Principais óbitos por Transtornos mentais - Estado de São Paulo triênio 2016-2018 (SIM 2021).

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (CID-10 F10) representam 2.046 casos no triênio, seguido de 586 casos por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo (CID-10 F17), esquizofrenia (CID-10 F20) foram 276 e transtornos mentais e comportamentais por drogas (CID-10 F19) 182.

No Estado de São Paulo foram classificados 162 óbitos por transtornos depressivos (CID-10 F30) e 43 por transtorno depressivo recorrente (F33).

Por óbvio as referidas classificações não podem ser consideradas causa principal do óbito. Afinal, são enfermidades que não ensejam o óbito diretamente,

mas o quadro depressivo favorece substancialmente o aumento do uso de álcool e drogas, bem como da ideação suicida.

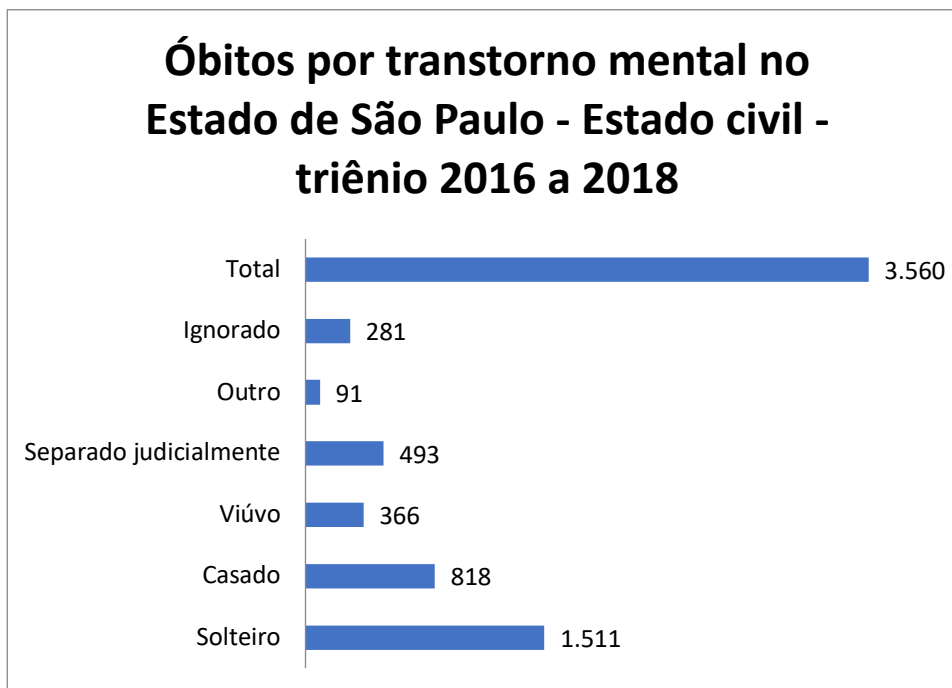


Figura 42 - Óbitos por transtorno mental no Estado de São Paulo - Estado civil - triênio 2016 a 2018 (SIM 2021)

Solteiros representam 42% dos casos de óbitos por doença mental (1.511) para o triênio estudado e no âmbito do estado paulista, seguido de 23% de pessoas casadas (818 casos).

Constata-se que no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) houve o lançamento de 119 obitos na região da Baixada Santista no período de 2016 a 2018 em razão de transtornos mentais e comportamentais (F010 a F99).

Na Baixada Santista, solteiros representam 47% dos casos de óbitos por doença mental (56) para o triênio estudado, seguido de 21% de pessoas casadas (25 casos), quase idêntica proporcionalidade dos dados estaduais.

Principais Transtornos mentais e comp. por faixa etária	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	2	3	12	21	13	8	1	-
F17 Transt mentais e comport dev uso de fumo	-	-	5	2	3	-	4	1
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	1	6	4	1	1	-	-	-
F32 Episodios depressivos	-	-	1	-	3	1	3	1
F20 Esquizofrenia	-	-	1	2	4	-	1	-
F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaína	1	1	2	1	1	-	-	-

Tabela 17 - Principais Transtornos mentais e comp. por faixa etária. Triênio 2016 a 2018. Baixada Santista (SIM 2021)

No triênio pesquisado ocorreram 28 óbitos por transtornos mentais e comportamentais na faixa etária de 50 a 59 anos, seguido de 27 óbitos na faixa de 60 a 69 anos e 25 casos registrados na faixa de 40 a 49 anos. Não houve registro de óbitos categoria F-00 a F99 (transtornos mentais e comportamentais) nas faixas etárias de 0 a 19 anos e 4 casos entre 20 a 29 anos.

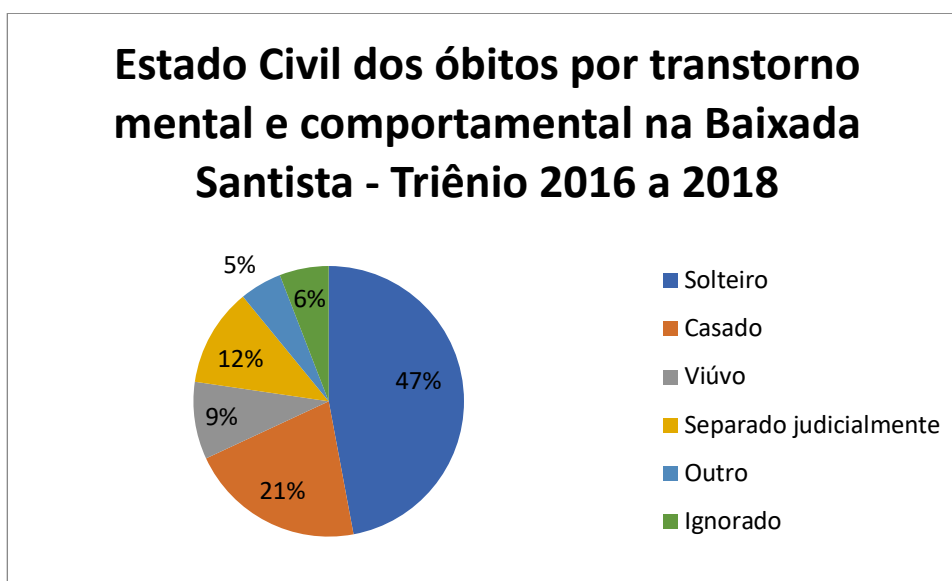


Figura 43 - Estado Civil dos óbitos por transtorno mental e comportamental na Baixada Santista - Triênio 2016 a 2018 (SIM 2021)

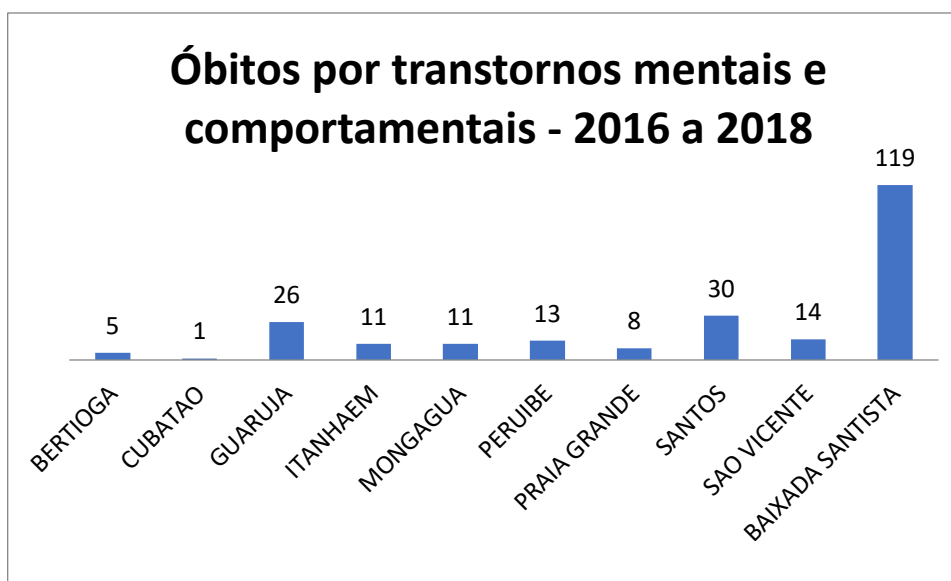


Figura 44 - Total de óbitos por município. Categoria CID-10 F10 a F99 – 2016 a 2018 (SIM 2020)

Ocorre que não há como tais diagnósticos, isoladamente, induzirem ao óbito, ou seja, caberia a complementação dos dados para aclarar as circunstâncias efetivas da ocorrência que resultaram em morte.

Como ressaltado, para uma correta análise epidemiológica, impensável excluir, por exemplo, os óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de Alcool (F10) ou ainda em razão de esquizofrenia (F20) ou episódios depressivos (F32).

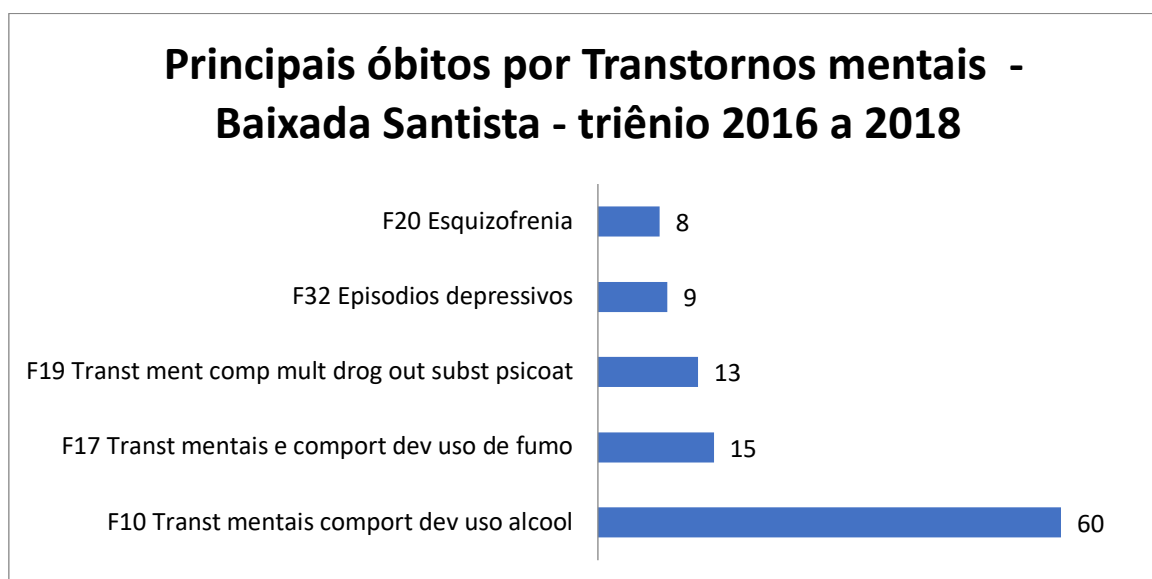


Figura 45 - Principais óbitos por transtornos mentais na Baixada Santista – 2016 a 2018 (SIM 2020)

Na Baixada Santista foram registrado 60 óbitos no triênio pesquisado como decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (CID-10 F10), representando quase 50% dos óbitos por transtornos mentais (categoria CID-10 de F00 a F99), seguido de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo (15 casos) e de drogas ou substância psicoativa (13 casos).

Importante ressaltar que 9 óbitos foram registrados no período como decorrentes de episódios depressivos e 8 por esquizofrenia, ou seja, foram classificados tais óbitos como transtorno mental ou comportamental.

Assim, forçoso concluir que os registros no SIM constando como 119 óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais (F010 a F99), da mesma forma que os 429 cadastrados como de eventos cuja intenção é indeterminada (CID10 – Y-10 a Y-34 e Y-87), induzem na possível redução do número de suicídio na Baixada Santista, este oficialmente totalizado em 292 para o triênio estudado.

CONCLUSÃO

Importante ressaltar que os comportamentos suicidas decorrem de múltiplos fatores que agregam e afetam cada indivíduo de forma singular, somando-se ainda a possibilidade de aspectos constitucionais, da história do desenvolvimento e de circunstâncias sociais e culturais.

Estudos recentes destacam a importância de implantação e divulgação de sistemas de ajuda telefônica e plantões de atendimento psicológico, somado a conscientização da sociedade quanto aos comportamentos de seus familiares, ressaltando a importante atuação das figuras parentais para identificação de atos preparatórios ou pensamentos suicidas.

Merece atenção especial as políticas públicas voltadas para a saúde mental do idoso, eis que evidenciado o aumento de registro de suicídios significativo envolvendo esta faixa etária.

Há um vácuo abissal entre o que deve ser feito e o que está sendo produzido na área de comportamento suicida no país, pois não há política pública de saúde voltada ao tema, faltam recursos e investimentos, sobeja má vontade política, que poderia evitar perdas dessas vidas e sofrimento para os sobreviventes. (MARCOLAN 2019).

Necessária ainda a revisão na classificação dos dados que envolvam suicídio, sugerido a inclusão dos óbitos por doenças mentais e comportamentais nos dados oficiais como suicídio ou nos estudos epidemiológicos governamentais, bem como no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para promoção de saúde mental e prevenção do suicídio, direcionando com maior atenção dos serviços de apoio ao perfil majoritário do agente suicida.

O aperfeiçoamento na forma de obtenção de dados coletados em serviços de emergências, visando a redução do índice de lesão decorrentes de eventos cuja intenção é indeterminada (CID10 – Y-10 a Y-34 e Y-87), constatando-se a real causa (autoprovocada ou não) em caso de traumatismos, queimaduras, ferimentos por arma de fogo ou arma branca, bem como em acidentes automobilísticos e intoxicações exógenas.

Nota-se que, embora seja possível estabelecer um perfil epidemiológico com os óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas (CID10 – X-60 a x-84), a existência de óbitos por transtornos mentais e comportamentais (CID10 – F10 –F99) e somando-se ainda os decorrentes de eventos cuja intenção é indeterminada (Y-10 a Y-34 e Y-87), fragiliza as conclusões do primeiro perfil conforme demonstrado neste estudo.

Assim, para uma correta análise epidemiológica, impensável excluir, por exemplo, os óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de Alcool (F10) ou ainda em razão de esquizofrenia (F20) ou episódios depressivos (F32) e inclui-lo corretamente nos dados de lesão autoprovocada intencionalmente.

Assim, diante da evidente subnotificação, o registro de óbitos no sistema do DATAPREV-SIM de forma equivocada e a impossibilidade dos agentes de saúde para identificar a motivação da lesão, fica fragilizada a eficácia de políticas públicas para prevenção do suicídio, eis que somente os óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas (CID10 – X-60 a x-84), subsidiam o planejamento de ações e medidas de controle.

Consultando todas as secretarias municipais de saúde da Baixada Santista ao longo de 2020 foi observado que as campanhas de conscientização e prevenção do suicídio estão direcionadas ao público adolescente, sendo que ao público idoso não há qualquer menção, por exemplo.

Necessário o treinamento e capacitação dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde para identificação de grupos vulneráveis, acolhimento das pessoas em risco e desmistificação do fenômeno na sociedade, promovendo verdadeiramente ações multidisciplinares e intersetoriais para prevenção do suicídio.

BIBLIOGRAFIA

ANDRE, Willian. Sobre o Conceito de Suicídio. Revista Unespar. Londrina. Vol. 20. P154-174. 2018. Disponível em: www.uel.br/revistas/uel/index.php/estacaoliteraria/article/download/31041/23395+&cd=7&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d. Acesso em 23 dez 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Suicídio: informando para prevenir*. 2014. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14#page/51>>. Acesso em 10 mai 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Comportamento Suicida: Conhecer para prevenir*. 2017. Disponível em: http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf>. Acesso em 10 mai 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). *Manual para a Imprensa. Boas práticas de comunicação e guia com recomendações para um texto claro e esclarecedor sobre doenças mentais e psiquiatria*. Rio de Janeiro, ABP Ed. 2 ed., 2009. Disponível em: http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2013/10/Cartilha_ABP_2009_light.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BERTOLETE, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo, SP: Ed. Unesp.

BORGES, Carolina da Costa Silva; COSTA, Antonio José Leal. *Análise da recuperação da informação sobre causas de morte após a investigação de óbitos por causas mal definidas e diagnósticos incompletos, ocorridos em Niterói, de junho a setembro de 2008*. Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/2001/1958>. Acesso em 20 ago 2020.

BOTEGA, Neury José. *Comportamento suicida: epidemiologia*. Psicologia USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D201400>>. Acesso em: 05 out. 2020.

BOTEGA, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B., Silva, V. F., & Dalgalarrodo. P. (2009). *Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP*. Cadernos de Saúde Pública, 25(12), 2632-2638.

BRASIL. Ministério de Saúde. (2013). *Estatísticas vitais, mortalidade*. Recuperado em 29 de setembro de 2013 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Taxa de suicídio é maior em idosos com mais de 70 anos e indígenas*. 2017c. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/29692-taxa-de-suicidio-e-maior-em-idosos-com-mais-de-70-anos>> Acesso em 28 set. 2017.

BONAVIDES, Paulo. *Do Estado Liberal ao Estado Social*. 7ª ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. *Tentativas e suicídios na população idosa do Brasil* – n.38, volume 51. Setembro 2020. Acesso em 7 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: *Manual de Uso do Aplicativo e-SUS AB Território* – Versão 2.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. ISBN Modo de acesso: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>

CALIXTO.Filho M, Zerbini. T. *Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>> Acesso em 29 abr 2020.

CAMARGO, A.B.M. A mortalidade por suicídio no Estado de São Paulo. *Conjuntura Demográfica*, São Paulo, Fundação Seade, n. 18, p. 17-24, jan./mar. 1992. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10015014&parte=1>>. Acesso em: 03 set. 2020.

CARRIÇO, Jose Marques. SALEME, Edson Ricardo. *Dos planos municipais ao plano de desenvolvimento urbano integrado: a aprovação do plano de desenvolvimento urbano integrado pela região metropolitana da Baixada Santista*. Revista Brasil Metropolitano em Foco: desafios à implementação do Estatuto da Metrópole. Brasília, 2018. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8686/1/Dos%20Planos.pdf>. Acesso em 24 jan 2021.

CARVALHO, Soraya. *Depressão e Suicídio: Aspectos Psicológicos*. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 2002. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Apostila_de_Psicologia_CIAVE.pdf+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d. Acesso em 10 jan. 2021.

CASSORLA, Roosevelt M.S (Coord). *Do Suicídio: Estudos Brasileiros*. Campinas, SP: Papirus, 1991. p 41-42.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). *O Centro de Valorização da Vida*, 2015. Disponível em: <<http://www.cvv.org.br/cvv.php>>. Acesso em: 2 out 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). *Campanha Setembro Amarelo*, 2020. Disponível em: <<http://www.setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em: 7 nov 2020.

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DO IDOSO DO ESTADO DO PARANÁ. Webconferência: *Prevenção de Suicídio de Pessoas Idosas* (05/12/2017). Disponível em: < <http://www.cedi.pr.gov.br/Pagina/Capacitacoes>>. Acesso em 23 de abril de 2020.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio. v. 1. n. 1. Setembro 2018. Disponível em: <www.cevs.rs.gov.br> . Acesso em: 2 de agosto de 2020.

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DO IDOSO DO ESTADO DO PARANÁ. Webconferência: *Prevenção de Suicídio de Pessoas Idosas* (05/12/2017). Disponível em: < <http://www.cedi.pr.gov.br/Pagina/Capacitacoes>>. Acesso em 23 de abril de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Setembro Amarelo: Médicos alertam população sobre a importância de se prevenir contra o suicídio*. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27833:2018-09-05-17-23-10&catid=3:portal>. Acesso em 24 de maio de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Setembro Amarelo: um suicídio a cada 45 minutos no Brasil*. 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27824:2018-09-04-12-52-28&catid=3:portal. Acesso em: 24 de maio 2020.

CORREA, Fábio Henrique Mendonça; RODRIGUES, Bráulio Brandão; MENDONÇA, Jussane Cabral ; CRUZ, Leonardo Rodrigues. *Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico*. Jornal brasileiro de psiquiatria. vol.69 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2020 Epub May 08, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000256>. Acesso em 7 de setembro de 2020.

DURKHEIM, Émile. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2010

HAAS, Ann P.; RODGERS, Philip L.; HERMAN, Jody L. *Transgender and Gender Non-Conforming Adults*. Publicado por American Foundation for Suicide Prevention. Janeiro 2014. Disponível em: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/suicidality-transgender-adults/>. Acesso em: 18 abril 2020.

HIRANO, Heidi. *O Suicídio na cultura japonesa*. Revista Brasileira de Psicologia, 02(02), Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1840/452>. Acesso em 20 dez 2020.

HOBBSAWN, Eric J. *A Era do Capital*. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 10ª edição, 2004.

HODGES, Mark. *The transgender suicide epidemic: is accepting their confusion really the answer?*. Disponível em: <https://www.lifesitenews.com/news/gender-confused-suicide-rate-ten-times-national-average> Acesso em 13 de julho 2020.

HUBERMAN, Leo. *História da Riqueza do Homem*. LTC Editora, Rio de Janeiro, 21ª edição, 1986.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. *A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 909-920, 2004.

LOVISI, G. M.; SANTOS, A. S.; LEGAY, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). *Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 31(suppl), 86–93

MAIA. Paulo Borlina. SP Demográfico. *MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO ESTADO DE SÃO PAULO*. Ano 16 – n.3 Setembro 2016. Disponível em: <<https://www.seade.gov.br/?s=suicidio>>. Acesso em 20 de abril de 2020.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto. *O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, jan./jun. 2019 Disponível em:<<http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/download/9290/7954>>. Acesso em: 4 jun 2020.

MARX, Karl. *Sobre o suicídio*. Trad. Rubens Enderle e Francisco Fontanella. - São Paulo: Boitempo, 2006

MELLO JORGE, M. H. P, GOTLIEB, S. L. D, LAURENTI, R. (2002). *O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas*. Revista Brasileira de Epidemiologia 5(2), 212-213.

MOGADOURO, Mônica de Almeida; CORDEIRO, Quirino Cordeiro, ZUNG; Stevin; VALLADA, Homero. *Mortalidade e esquizofrenia*. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa Disponível em: <
<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/download/399/452>> São Paulo. 2009; 54(3):119-26

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. *OMS: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo*. Disponível em < <https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>> Acesso em 15 setembro de 2019.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. *Curso de Direito do Trabalho*. 14ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1997.

NUNES, Rizzatto. *Manual de Filosofia do Direito*. São Paulo: Saraiva, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2001. Disponível em: <
<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em 24 de agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS, 2006. Disponível em: <
http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/prev_suicidio_recurso_para_conselheiros.pdf>. Acesso em: 4 outubro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Genebra 2019. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 4 jan 2021.

PETRY, Franciele Bete. *Sobre a diferença entre morte e suicídio em Schopenhauer*. *Controvérsia* – v.2, n.2, p. 51-71 (jan-jun 2006).

SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi. *Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da organização do trabalho*. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2009.

SANTOS, E. D. G. M., Lira, G. O. L., Santos, L. M., Alves, M. E. S., Araújo, L. F., & Santos, J. V. O. (2019). *Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 258-282. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v9.n1.12>

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

ZUNDT, C. Baixada Santista: uso, expansão e ocupação do solo, estruturação de rede urbana regional e metropolização. In: Cunha JMP, organizador. *Novas metrópoles paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Universidade Estadual de Campinas; 2006. p. 305-36. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/vulnerabilidade/arquivos/arquivos/vulnerab_cap_11_pgs_305_336.pdf. Acesso em 20 jan 2021.