



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, ENTRE 2001 A 2019

Marcone Henrique de Freitas ¹

RESUMO

Objetivo deste estudo foi analisar o perfil da mortalidade por suicídio no estado do Espírito Santo, no período de 2001 a 2019. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS) e analisados segundo variáveis como gênero, faixa etária, local de ocorrência e indicadores sociodemográficos. No período foram registrados 3102 óbitos por suicídio no estado, o que respondeu a uma taxa média padronizada de 5,25 morte por 100 mil habitantes. Os resultados apontaram predomínio de mortes na população masculina, na faixa etária de 30 a 39 anos e local de ocorrência em domicílios. O método mais utilizado foi de enforcamento e as microrregiões de Santa Tereza e Afonso Cláudio apresentaram as maiores taxas ao longo do período analisado.

Palavras-chave: Suicídio, Análise espacial, Geografia, Espírito Santo.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar el perfil de mortalidad por suicidio en el estado de Espírito Santo, de 2001 a 2019. Los datos se obtuvieron del Sistema de Información sobre Mortalidad del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (SIM / DATASUS) y se analizaron según variables como sexo, grupo de edad, lugar de ocurrencia e indicadores sociodemográficos. En el período se registraron 3102 muertes por suicidio en el estado, lo que respondió a una tasa promedio estandarizada de 5,25 muertes por 100.000 habitantes. Los resultados mostraron un predominio de defunciones en la población masculina, con edades entre 30 y 39 años, y lugar de ocurrencia en los hogares. El método más utilizado fue el ahorcamiento y las microrregiones de Santa Tereza y Afonso Cláudio presentaron las tasas más altas en todo el período analizado.

Palabras clave: Suicidio, Análisis espacial, Geografía, Espírito Santo.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno que possui fatores de alta complexidade e que, nos últimos anos, em virtude de seu constante crescimento em relação aos níveis de morbidade e mortalidade, passou a representar um grave problema de saúde pública.

¹ Mestrando do curso de Geografia da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, marcone.h.freitas@gmail.com;



Efetivando-se como uma das causas mais comuns de morte e regularmente ocupando a segunda posição entre as causas mais frequentes de óbito de pessoas nas faixas etárias de 15 a 29 anos (OMS, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, nas últimas cinco décadas, houve um incremento de 60% dos óbitos causados pelas Lesões Autoprovocadas Intencionalmente - LAI (WHO, 2014). Apenas no ano de 2012, cerca de 800 mil pessoas cometeram suicídio no mundo, representando um caso a cada 40 segundos e uma taxa global de mortalidade de 16 por 100 mil habitantes (OMS, 2000). Vale ressaltar, que o número de tentativas é de 10 a 20 vezes maior que a de suicídios consumados, destacando a magnitude do fenômeno. Estimativas apontam que morrem mais pessoas por suicídio que conflitos armados em todo o mundo (VIDAL et al., 2013; WANG et al., 2004).

No Brasil, as taxas de suicídio encontram-se em média de 3 e 4 por 100 mil habitantes, sendo incidência 4 vezes maior entre homens e com taxas crescentes nas faixas etárias mais jovens (MELLO-SANTOS et al., 2005). O país apresenta um coeficiente de mortalidade baixo quando comparado com outras nações (71º lugar), porém ocupa a 9ª posição em números absolutos de mortes por suicídio (OMS, 2000). Entre os anos 1998 e 2008, o total de autoextermínio no país passou de 6.985 para 9.328, o que representou um incremento de 33,5%. Esse aumento foi superior ao da população do país no mesmo período, que foi de 17,8%, ao dos homicídios que cresceram 19,5% e ao dos óbitos por acidentes de transporte, 26,5% (WAISELFISZ, 2011).

No que se refere à distribuição dos óbitos por suicídio, verifica-se que os coeficientes variam muito entre as regiões brasileiras, pois, enquanto a Região Sudeste concentra 50% dos registros, a Região Sul possui as maiores taxas e a Região Nordeste as menores taxas de mortes autoprovocadas do país. Já entre os estados brasileiros com maiores taxas estão o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Goiás, em ordem decrescente (VASCONCELOS, 1998; MACENTE et al., 2011). No Espírito Santo as taxas de óbitos LAI apresentam valores relativamente baixos quando comparados com outros estados brasileiros. Em 1979, a taxa de mortalidade por suicídio era de 2 por 100 mil habitantes, passando, em 2003, para 4,7 por 100 mil, tendo um incremento de 135% (TAVARES, 2005).



Apesar de poucos os estudos que abordam a questão do suicídio no estado, destaca que o Espírito Santo apresentou um crescimento de 50% no valor da taxa no período de 1980-2004⁹. Este crescimento fica ainda mais alarmante quando analisados os índices de suicídio entre jovens (15 a 24 anos), que apresentou um crescimento de 31,6% na unidade federativa, chegando a 150% para a capital (Vitória) entre os anos de 1993 e 2002 (WAISELFISZ, 2004).

Portanto, partindo da crescente nas taxas de suicídio nos últimos anos e da falta de estudos específicos sobre o fenômeno no Estado, o presente artigo surge com objetivo de realizar uma análise sobre os óbitos por suicídio no Espírito Santo entre 2001 a 2019, com intuito de identificar e caracterizar o perfil de mortalidade, bem como sua relação com os indicadores sociodemográficos do Estado.

METODOLOGIA

O Estado do Espírito Santo está localizado na região sudeste do Brasil, é composto 13 microrregiões compreendidas em 78 municípios e com uma população estimada de 4.018.650 habitantes, sendo 51% do sexo feminino (IBGE, 2018).

A presente pesquisa trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com a finalidade de investigar o perfil da população que cometeu suicídio entre 2001 e 2019. Os dados de mortalidade utilizados foram retirados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os dados das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ambos disponíveis na plataforma eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados todos os óbitos por suicídios de indivíduos de idade igual ou superior a 10 anos.

As informações referentes a mortalidade por suicídio foram codificadas seguindo os padrões categóricos da 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, constantes no capítulo XX, referente às causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos X60-X84).

As variáveis sociodemográficas são analisadas seguindo os seguintes agrupamentos: sexo (masculino e feminino), faixa etária (a) 10 a 29; b) 30 a 49; c) 50 a 69; d) 70 ou mais), escolaridade (Nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos



ou mais), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro) e local de ocorrência (estabelecimento de saúde, domicílio, via pública e outros). Em relação aos métodos utilizados no ato suicida, foram agrupadas as seguintes causas em relação as categorias da CID-10: enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70 e X71), autointoxicação (X60 ao X69), arma de fogo (X72 ao X74), precipitação de locais elevados e objeto em movimento (X80 e X81), fumaça, fogo, chamas e vapor d'água (X76 e X77) e outros meios específicos (X78, X79, X82 ao X84). O cálculo das taxas de mortalidade por suicídio foi realizado a divisão do número absoluto de LAI pela população do mesmo ano e local e, posteriormente, multiplicado por 100.000. Em grupos específicos como das faixa-etária, por exemplo, o número de suicídios por grupo de idade foi dividido pela população que compreende o mesmo agrupamento etário. Os dados foram compilados no *software* Microsoft Office Excel 2019 e no SPSS. Para as representações gráficas foi utilizado o ArcMap 10.5.

Ademais, buscando destacar contexto locais, que em muitos casos são escondidos por indicadores sociais amplos, foi desenvolvido também a análise dos suicídios nas microrregiões do Espírito Santo com intuito apresentar dados e informações camufladas por análises em escala globais e nacionais.

RESULTADOS

No Estado do Espírito Santo, durante o período estudado, ocorreram 396.312 óbitos, sendo que 68.474 decorrentes de causas externas e 3102 oriundo de LAI. Ao considerar a totalidade de registros, verificou-se que alguns campos do banco de dados do SIM apresentaram incompletude em suas informações. Dentre esses campos, destaca-se a ausência de 1970 (61,7%) dados referentes a escolaridade e 424 (13,3%) dados de situação conjugal. Estatisticamente é orientado usar apenas as informações que apresente pelo menos 90% dos dados preenchidos (FIELD, 2009), no entanto, buscando traçar o perfil de cada variável optou-se por utilizar os dados que não apresentam o nível exigido de completude.

A evolução das taxas de suicídio no Espírito Santo não segue uma lógica crescente, apresentando leves variações longo dos anos (Tabela 01). Entretanto, nos



últimos anos, ocorreu um incremento nos índices, indicando uma perspectiva ainda mais negativa no futuro.

O número total de óbitos seguiu padrão semelhante ao da taxa de mortalidade por suicídio, não passando por variações significativas no decorrer dos anos. Após chegar à marca dos 150 óbitos por ano em 2003, apenas no ano de 2007, com 136 mortes, atingiu-se valores menores. No período analisado, a taxa de mortalidade por suicídio teve um crescimento de 67,8%, saindo de 3,68 por 100 mil/hab., em 2001, e chegando a 6,17 óbitos por 100 mil/hab., em 2019. Evidenciando uma média de 4,78 óbitos por 100 mil/hab. No mesmo período o Brasil apresentou crescimento de 43,7%, apontando taxa de suicídio superiores às do Estado.

Em relação ao crescimento anual, os anos de 2003, 2017 e 2018 destaca-se com os maiores porcentagem em relação ao ano anterior. Já os anos de 2007 e 2013 apresentam as maiores reduções no número de caso em todo o período estudado. Tais alterações podem estar diretamente atrelados a fatos e ao contexto social, econômico e político vivenciados no país durante os últimos anos.

As mortes de indivíduos associadas ao gênero demonstrar uma grande desproporção, uma vez que, a ocorrência de suicídios é aproximadamente três vezes maior em indivíduos do sexo masculino (Tabela 02). As faixas-etárias que apresentaram maior porcentagem de óbitos foram a de 30 a 49 anos e 10 a 29 anos para ambos os sexos.

Do total de autocídios, 55% foram decorrentes de “enforcamento, estrangulamento e sufocação”, seguido de “autointoxicação” (20,4%) e “arma de fogo” com 9,3%. Tal fato pode estar ligado diretamente ao local de ocorrência do óbito, visto que um pouco mais de 67% dos suicídios são consumados em casa ou em vias públicas, conforme demonstrado pela Tabela 03.

Desta forma, identificar os fatores de risco de cada pessoa é de grande importância para compreender todos os fatores individuais que compõem a base do ato suicida. A partir disso, os estudos mais focais, como das microrregiões, surgem como uma possibilidade de análises contextos mais próximos do indivíduo e ressaltando peculiaridades não vista em estudos mais abrangentes e com escalas geográficas menores (Tabela 04).



Tabela 01: Mortalidade por suicídio no Estado do Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019

| Ano | Número de óbitos | Crescimento anual (Espírito Santo) * | Taxa de suicídio (Espírito Santo) | Taxa de suicídio (Brasil) |
|------|------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| 2001 | 116 | - | 3,68 | 4,49 |
| 2002 | 128 | 10% | 4,00 | 4,42 |
| 2003 | 150 | 17% | 4,62 | 4,44 |
| 2004 | 151 | 1% | 4,50 | 4,42 |
| 2005 | 166 | 10% | 4,87 | 4,64 |
| 2006 | 157 | -5% | 4,53 | 4,63 |
| 2007 | 136 | -13% | 4,06 | 4,82 |
| 2008 | 151 | 11% | 4,37 | 4,92 |
| 2009 | 150 | -1% | 4,30 | 4,89 |
| 2010 | 160 | 7% | 4,55 | 4,95 |
| 2011 | 162 | 1% | 4,57 | 5,12 |
| 2012 | 178 | 10% | 4,97 | 5,32 |
| 2013 | 158 | -11% | 4,12 | 5,24 |
| 2014 | 172 | 9% | 4,43 | 5,25 |
| 2015 | 189 | 10% | 4,81 | 5,47 |
| 2016 | 175 | -7% | 4,40 | 5,55 |
| 2017 | 207 | 18% | 5,15 | 6,02 |
| 2018 | 239 | 15% | 6,02 | 6,11 |
| 2019 | 248 | 4% | 6,17 | 6,43 |

Fonte: SIM/DataSus. *Crescimento em relação ao ano anterior. Elaborado pelo autor.

Tabela 02 – Mortalidade por suicídio segundo sexo e faixa-etária no Espírito Santo entre os anos de 2001 e 2019.

| Ano | Sexo | | | Taxa de mortalidade* | | | |
|------|-----------|----------|-------|----------------------|--------------|--------------|-----------------|
| | Masculino | Feminino | Razão | 15 a 29 anos | 30 a 49 anos | 50 a 69 anos | 70 anos ou mais |
| 2001 | 97 | 19 | 5,11 | 3,93 | 4,65 | 4,84 | 6,45 |
| 2002 | 107 | 21 | 5,10 | 3,49 | 6,29 | 5,15 | 5,30 |
| 2003 | 118 | 32 | 3,69 | 2,91 | 6,81 | 8,12 | 11,84 |



| | | | | | | | |
|-------------|-----|----|------|------|------|-------|------|
| 2004 | 116 | 35 | 3,31 | 3,44 | 7,10 | 7,05 | 7,30 |
| 2005 | 128 | 38 | 3,37 | 3,34 | 6,24 | 10,75 | 9,33 |
| 2006 | 112 | 45 | 2,49 | 3,71 | 7,43 | 5,98 | 5,21 |
| 2007 | 104 | 32 | 3,25 | 2,84 | 6,01 | 6,12 | 5,71 |
| 2008 | 111 | 40 | 2,78 | 2,22 | 6,37 | 8,95 | 6,84 |
| 2009 | 108 | 42 | 2,57 | 2,98 | 6,06 | 6,31 | 7,88 |
| 2010 | 121 | 39 | 3,10 | 2,82 | 6,96 | 6,74 | 6,31 |
| 2011 | 125 | 37 | 3,38 | 2,74 | 7,01 | 6,62 | 6,07 |
| 2012 | 131 | 47 | 2,79 | 5,11 | 6,33 | 5,52 | 3,50 |
| 2013 | 110 | 48 | 2,29 | 1,99 | 6,82 | 7,00 | 5,06 |
| 2014 | 120 | 52 | 2,31 | 2,69 | 6,78 | 7,32 | 4,86 |
| 2015 | 135 | 54 | 2,50 | 2,70 | 8,27 | 6,19 | 6,74 |
| 2016 | 125 | 50 | 2,50 | 3,32 | 6,97 | 5,00 | 5,96 |
| 2017 | 160 | 47 | 3,40 | 3,10 | 7,85 | 8,45 | 3,80 |
| 2018 | 180 | 58 | 3,10 | 4,13 | 8,62 | 8,84 | 4,99 |
| 2019 | 179 | 69 | 2,59 | 6,17 | 8,67 | 5,93 | 5,62 |

Fonte: SIM/DataSus. * Por 100 mil habitantes. Elaborado pelo autor.

Tabela 03 - Métodos e locais de ocorrência dos suicídios no Espírito Santo, entre 2001 a 2019.

| Métodos Utilizados | Masculino (%) | Feminino (%) | Total (%) |
|--|----------------------|---------------------|------------------|
| Enforcamento, estrangulamento e sufocação | 59,2 | 42,6 | 55,0 |
| Autointoxicação | 16,3 | 32,4 | 20,4 |
| Arma de fogo | 10,9 | 4,7 | 9,3 |
| Outros meios específicos | 7,6 | 6,3 | 7,3 |
| Precipitação de lugar elevado e objetos em movimento | 4,7 | 8,4 | 5,7 |
| Fumaça, fogo, chamas e vapor d'água | 1,3 | 5,5 | 2,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 |
| Local de Ocorrência (%) | | | |
| Domicílio | 50,0 | 48,6 | 49,7 |
| Estabelecimento de Saúde | 22,6 | 35,2 | 25,8 |
| Via pública | 19,4 | 11,7 | 17,5 |
| Outros | 7,9 | 4,5 | 7,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fonte: SIM/DataSus. Elaborado pelo autor.



Tabela 04 – Taxa de suicídio segundo indicadores sociodemográficos nas microrregiões do Espírito Santo, entre 2001 e 2019.

| Sexo (%) | Barra S. Francisco | Nova Venécia | Colatina | Montanha | São Mateus | Linhares | Afonso Cláudio | Santa Tereza | Vitória | Guarapari | Alegre | Cachoeiro Itapemirim | Itapemirim |
|------------------------------|-----------------------|-----------------|----------|----------|---------------|----------|-------------------|-----------------|---------|-----------|--------|-------------------------|------------|
| Masculino | 78,0 | 72,5 | 73,7 | 70,5 | 80,6 | 76,3 | 83,3 | 85,4 | 70,9 | 84,0 | 76,6 | 71,0 | 67,6 |
| Feminino | 22,0 | 27,5 | 26,3 | 29,5 | 19,4 | 23,7 | 16,7 | 14,6 | 29,0 | 16,0 | 23,4 | 29,0 | 32,4 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Raça/Cor (%) | | | | | | | | | | | | | |
| Branco | 30,8 | 38,7 | 43,6 | 6,8 | 21,4 | 27,0 | 49,4 | 63,3 | 21,9 | 43,8 | 52,3 | 56,7 | 51,4 |
| Preto | 18,7 | 7,7 | 6,7 | 9,1 | 8,7 | 2,8 | 3,8 | 1,5 | 4,5 | 2,8 | 7,6 | 7,6 | - |
| Amarelo | - | - | 0,6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pardo | 48,4 | 50,0 | 44,1 | 72,7 | 58,3 | 61,1 | 30,5 | 17,6 | 56,0 | 42,4 | 31,5 | 27,7 | 35,1 |
| Indígena | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,1 | - | - | - | - |
| Ignorado | 2,2 | 3,5 | 5,0 | 11,4 | 11,7 | 9,0 | 16,3 | 17,6 | 17,6 | 11,1 | 8,6 | 8,0 | 13,5 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Situação Conjugal (%) | | | | | | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 52,7 | 52,1 | 53,6 | 61,4 | 60,2 | 50,2 | 33,5 | 27,6 | 59,7 | 52,1 | 47,2 | 44,6 | 40,5 |
| Com companheiro | 22,0 | 40,1 | 30,7 | 27,3 | 26,2 | 37,4 | 45,6 | 51,8 | 31,4 | 35,4 | 39,1 | 41,1 | 40,5 |
| Ignorado | 25,3 | 7,7 | 15,6 | 11,4 | 13,6 | 12,3 | 20,9 | 20,6 | 9,0 | 12,5 | 13,7 | 14,3 | 18,9 |



| | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Escolaridade (%) | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 5,5 | 5,6 | 2,8 | 6,8 | 4,9 | 3,3 | 3,3 | 3,0 | 0,9 | - | 3,0 | 2,2 | 5,4 |
| 1 a 3 anos | 9,9 | 20,4 | 14,0 | 13,6 | 16,5 | 9,0 | 11,3 | 15,6 | 4,6 | 6,9 | 9,6 | 5,1 | - |
| 4 a 7 anos | 9,9 | 21,8 | 10,6 | 15,9 | 25,2 | 17,5 | 13,4 | 14,6 | 12,0 | 11,8 | 9,6 | 8,3 | 2,7 |
| 8 a 11 anos | 6,6 | 14,1 | 10,1 | 9,1 | 10,7 | 15,2 | 4,2 | 3,5 | 13,3 | 8,3 | 3,0 | 4,1 | 2,7 |
| 12 anos ou mais | 3,3 | 4,9 | 2,8 | 2,3 | 4,9 | 6,2 | 2,5 | 2,0 | 8,4 | 3,5 | 1,5 | 3,5 | 2,7 |
| Ignorado | 64,8 | 33,1 | 59,8 | 52,3 | 37,9 | 48,8 | 65,3 | 61,3 | 60,9 | 69,4 | 73,1 | 76,8 | 86,5 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Faixa-Etária (%) | | | | | | | | | | | | | |
| 10 a 29 anos | 34,1 | 29,6 | 20,8 | 22,7 | 27,2 | 28,0 | 26,8 | 15,6 | 25,4 | 28,0 | 24,4 | 21,1 | 16,2 |
| 30 a 49 anos | 39,6 | 37,3 | 42,7 | 54,5 | 33,0 | 42,2 | 44,8 | 54,3 | 46,5 | 35,7 | 46,2 | 45,0 | 37,8 |
| 50 a 69 anos | 17,6 | 26,1 | 29,2 | 18,2 | 32,0 | 23,2 | 23,0 | 24,6 | 22,8 | 28,0 | 24,9 | 24,6 | 37,8 |
| 70 anos ou mais | 8,8 | 7,0 | 7,3 | 4,5 | 7,8 | 6,6 | 5,4 | 5,5 | 5,4 | 8,4 | 4,6 | 9,3 | 8,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Anos Potenciais de Vida Perdidos (anos) | | | | | | | | | | | | | |
| APVP's | 2796 | 4124 | 4781 | 1279 | 2848 | 6164 | 6886 | 5301 | 74649 | 3878 | 5754 | 8281 | 834 |

Fonte: SIM/DataSus. Elaborado pelo autor.



Nas 13 microrregiões do IBGE do Espírito Santo apresentaram maior proporção de óbitos masculinos, sendo que a de maiores porcentagem de mortes masculinas foi na microrregião de Santa Tereza (85,4%) e a menor a de Itapemirim (67,5%). Em relação a mortalidade por raça/cor, ocorre a alternância dos valores mais elevados, em que pardos são a maioria em 7 e brancos em 5 microrregiões.

Já em relação a situação conjugal, apenas as microrregiões de Santa Tereza (51,8) e Afonso Cláudio (45,6) apresentaram porcentagens superiores de óbitos em pessoas que possuíam companheiro. Indo por caminho semelhantes, a microrregião de Itapemirim foi a única a apresentar valores iguais tanto nos que possuíam e os que não possuíam companheiro. Além disso, a mesma microrregião também apresentou valores iguais nas faixas-etárias de maior número de óbitos, de 30 a 49 anos e 50 a 59 anos, sendo a única a apresentar maiores porcentagem no último valor. Além disso, em virtude dos dados disponíveis sobre a idade exata da vítima no dia em que cometeu suicídio, foi possível identificar que durante todo o período analisado as mortes por suicídio tiraram cerca de 127.575² anos potenciais de vida.

É importante ressaltar a escolaridade dos indivíduos que vieram a óbitos, no entanto, devido a completude dos dados e o grande número de missings e dados ignorados, a análise ficou comprometida. Ainda assim, com os dados disponíveis, observou-se que 9 das 13 microrregiões apresentaram maior número de morte de pessoas que tinham de 4 a 7 anos de escolaridade, isto é, que tinham pelo menos o ensino fundamental I completo. Por coincidência ou não, a microrregião de Itapemirim foi a única a expor maior número de mortes por suicídio em indivíduos sem nenhuma escolaridade e a que possui as maiores porcentagens de dados ignorados.

Com base nesse perfil, o Mapa 01 apresenta a distribuição das taxas de óbitos por suicídio nas microrregiões do Espírito Santo, buscando identificar as peculiaridades possibilitadas por análises de escalas geográficas maiores. Sendo possível observar que, com exceção dos anos de 2001, 2002, 2012 e 2013, houve casos de suicídio em todas as

² Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) constitui-se por uma coorte, onde é computado o número total de anos de vida que as pessoas falecidas prematuramente não viveram. Metodologia utilizada foi de somar a idade dos indivíduos no momento da morte e subtrair por 70, obtendo o calculo que a OMS sugere.

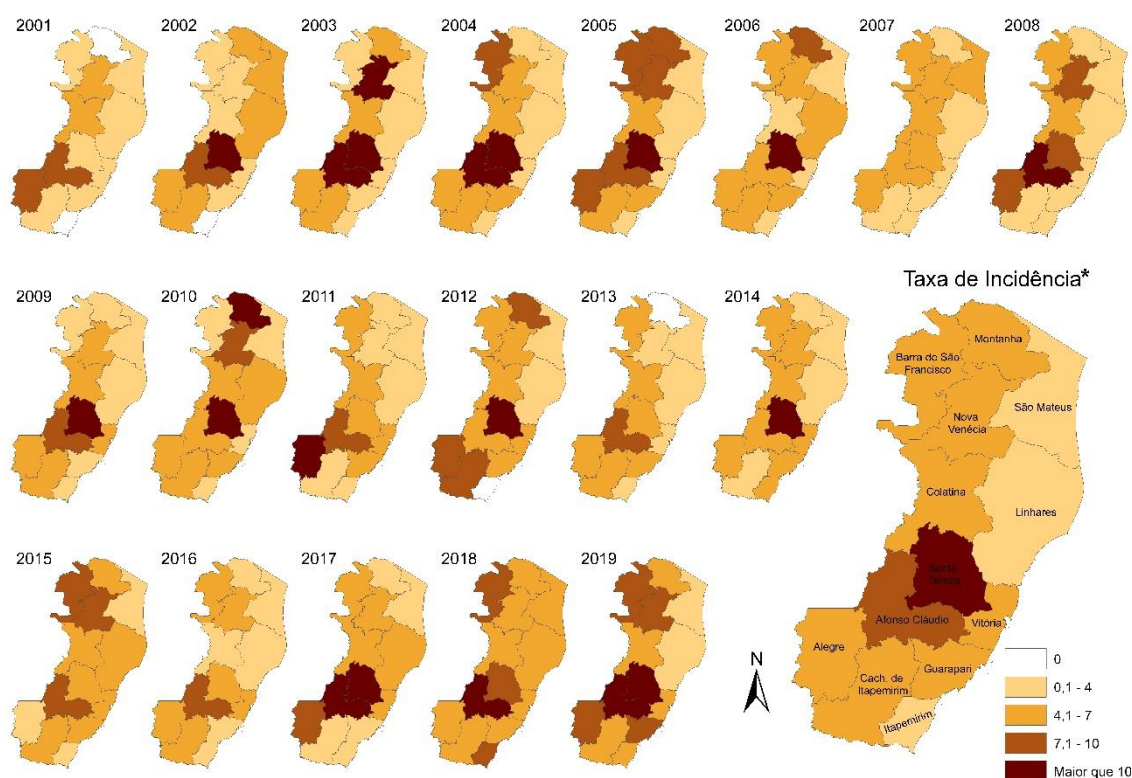


microrregiões. Além disso, apenas no ano de 2007 não conta com taxas acima de 7 óbitos por 100 mil/hab.

Nos demais anos, nota-se uma concentração entre das taxas de 7,1 a 10 óbitos e acima de 10 óbitos a cada 100 mil/hab., nas microrregiões de Santa Teresa e Afonso Claudio. Ademais, apenas as microrregiões Nova Venécia em 2003, Montanha em 2010 e Alegre em 2011 apresentaram taxas acima de 10 mortes a cada 100 mil/hab.

Na taxa de incidência de todo o período, verifica-se que a microrregiões de Santa Teresa e Afonso Claudio são as únicas a apresentar taxas acima 7,1 óbitos a cada 100 mil/hab., enquanto outras 8 microrregiões apresentam taxas de 4,1 a 7 por 100 mil/hab., e 3 de 0,1 a 4 óbitos por 100 mil/hab.

Mapa 01 – Taxa de mortalidade por suicídio entre 2001 e 2019



Fonte: SIM/DataSus. Elaborado pelo autor. *A taxa de incidência foi calculada pela seguinte equação:
$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de suicídio } 2001 \text{ a } 2019}{\text{Pop.}2010} \right) * 100 \text{ mil} / 18$$



DISCUSSÃO

O estado do Espírito Santo manteve o crescimento constante em sua taxa de suicídio em praticamente em todo o período estudado, aproximando-se muito da taxa nacional. Em relação a outras unidades da federação como São Paulo (6,6 óbitos por 100 mil/hab.), Paraná (8,4 óbitos por 100 mil/hab.) e Rio Grande do Sul (11,3 óbitos por 100 mil/hab.) (BANDO et al., 2012; FRANK et al., 2020; ROSA et al., 2017), o estado ainda apresenta coeficiente bem menores. Entretanto, quando analisando todo o período de estudo, o Espírito Santo apresentou crescimento de 114% nos últimos 18 anos, enquanto o Brasil (75%), a região Sudeste (64%), São Paulo (45%) e o Rio Grande do Sul (38%), apontando crescimento bem abaixo do ocorrido no território capixaba.

Ao avaliar a mortalidade por suicídio de acordo com sexo, constatou-se que no Espírito Santo, o ato suicida é predominante no sexo masculino (75%), mas que ao passar dos anos a razão entre os homens e mulheres reduziu consideravelmente, saindo de 5,1:1, em 2001, e chegando a 2,5:1, em 2019, representando uma redução de mais de 49%. Tal fato apresenta uma tendência mundial, em que o número de suicídio é maior entre os homens e o de tentativas entre as mulheres (CANETT, 1998).

Entre as justificativas atribuídas a predominância de suicídios entre os homens, a maior agressividade, o uso de meios mais letais e o maior consumo de bebidas alcoólicas e drogas são as principais motivações (CANETT, 1998). Já entre as mulheres algumas características como a gravidez e a maternidade seriam fatores de proteção (WANG et al., 2004). Além disso, entre as mulheres, a busca por ajuda profissional e, conseqüentemente, a identificação prematura das doenças neurais como a ansiedade e depressão é bem mais comum que entre os homens.

No que diz respeito aos métodos utilizados para suicídio, o Espírito Santo se caracteriza por apresentar mais de $\frac{3}{4}$ dos suicídios (75,4%) na população são decorrentes de “enforcamento, estrangulamento e sufocação” e “autointoxicação”, seguindo-se de arma de fogo no caso dos homens e a precipitação de locais elevados e objetos em movimento entre as mulheres. Neste contexto, conhecer as causas pode auxiliar na orientação de programas de prevenção a elaborar estratégias com maior eficiência, visto que a compra de medicamentos, pesticidas e outros agentes utilizados para



autointoxicação, são comercializados facilidade e não havendo o controle e a fiscalização sob venda e uso.

Ademais, os suicídios que utilizam métodos mais incisivos como as armas de fogo, overdose medicamentosa e envenenamento estão intimamente ligadas ao fácil acesso (HAWTON, 2009; NUNES, 2018). Afirmativa atestada através das análises do local de ocorrência, em que 50% dos óbitos entre os homens e 48,6% entre as mulheres ocorrem no próprio domicílio, indicando a presença do agente usado para o suicídio na própria residência. Por outro lado, os óbitos decorrentes de enforcamento, estrangulamento e sufocação e precipitação de lugar elevado e de objetivo em movimento, são meios que não necessitam de aquisição de ferramentas específicas, dificultando ainda mais as ações de combate e prevenção.

Quando analisado a situação microrregional do Espírito Santo, nota-se algumas diferenças substanciais em relação ao Estado. Algumas microrregiões, apresentam ao longo do período estudado, taxas de suicídio bem superiores as observadas quando analisado a escala estadual. As microrregiões de Santa Teresa e Afonso Claudio, por exemplo, apresentaram taxas de suicídio maiores que 10 óbitos por 100 mil/hab., superior ao maior índice do Estado.

Em relação as outras variáveis, quando investigado em escalas maiores, evidenciou-se novas características na distribuição e no perfil dos suicídios, uma vez que, a mortalidade entre indivíduos pardos é maior nas regiões Central e Norte, e entre pessoas brancas nas regiões Centro-Sul e Sul.

A situação conjugal também é outro ponto que apresentou diferenças quando analisado os óbitos por suicídio. Apenas as microrregiões de Santa Tereza e Afonso Cláudio apresentaram maior número de morte em indivíduos com companheiro, indo contra a todas as outras microrregiões e ao padrão observado no estado como um todo. No entanto, por coincidência ou não, tais microrregiões são as que exibiram as maiores taxas de suicídio durante todo o período estudado. Uma explicação desses maiores índices pode estar em conformidade com localização em regiões mais altas, caracterizada pelo clima mais frio e grande número de descendentes europeus (MACENTE et al., 2009).

Desta forma, quando analisado o perfil de suicídio nas escalas nacional, estadual e microrregional constata-se que as diferenças contextuais exercem forte influência nos



resultados. No Brasil o suicídio atinge mais homens brancos, com baixa escolaridade e idade superior a 60 anos (MACHADO, 2015). Já no Espírito Santo, a mortes por suicídio é mais comum entre pessoas com escolaridade de 4 e 7 anos, homens, pardos e com faixa etária de 30 a 49 anos, havendo importantes diferenças microrregionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados, o presente estudo verificou uma tendência de crescimento nos óbitos e nas taxas de suicídio no Estado do Espírito Santo, principalmente nos últimos três anos analisado. No entanto, quando analisado a escala microrregional, observou-se índices de mortalidade expressivos e que se diferenciam muito da média estadual e brasileira, evidenciando contextos locais de fatores de risco e proteção ao suicídio.

Desta forma, a necessidade de estudos mais focais sobre a temática, somado a uma maior comunicação com as ações de combate e prevenção, poderiam auxiliar na identificação precoce do risco e nas intervenções, as quais, certamente, teriam impacto na redução das taxas de suicídio.

REFERÊNCIAS

- BANDO, Daniel H; BRUNONI, André R; BENSEÑOR, Isabela M; LUFATO, Paulo A. Suicide rates and income in São Paulo and Brazil: a temporal and spatial epidemiologic analysis from 1996 to 2008. *BMC Psychiatry* **12**, 127 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-127>.
- CANETT, Silva Sara; SAKINOFSKY, Isaac. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998;28(1):1-23.
- FIELD, Andy. Descobrimos a estatística usando o SPSS. Tradução Lorí Viali. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FRANK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnalel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. *Brasília: Epidemiol. Serv. Saude*, 29(2):e2019512, 2020.
- HAWTON, Keith; HEERINGEN, Kees Van. Suicide. *Lancet.* 2009;373(9672):1372-81.



IBGE. Projeções da população: Brasil e unidades da federação - revisão 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

MACENTE, Luciane Bolzam; SANTOS, Elem Guimarães, ZANDONADE, Eliana. Tentativas de suicídio e suicídio em municípios de cultura pomerana do interior do estado do Espírito Santo. Rio de Janeiro: Bras Psiquiatr:2009;58(4):238-244.

MACENTE, Luciane Bolzam; ZANDONADE, Eliana. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**.2011;60(3):151-7.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. J Bras Psiquiatr. 2015; 64(1): 45-54.

MELLO-SANTOS, Canolina; WANG, Yuan Pang; BERTOLOTE, José Manuael. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2005; 27(2):131-4.

MOTA, Adeir Archanjo. Cartografia do suicídio no período 1979-2011. *Hygeia*, 11(1). 2015. p. 85-98. <https://doi.org/1980-1726>

NUNES, A. M. Suicídio em Portugal: um retrato do país. J Bras Psiquiatr. 2018;67(1): 25-33.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Genebra; 2000.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha informativa sobre suicídio. Genebra: OMS, 2018.

ROSA, Natalina Maria; OLIVEIRA, Rosana Rosseto; ARRUDA, Guilherme Oliveira; MATHIAS, Thais Aidar Freitas. **Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica**. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2017, vol.66, n.2, pp.73-82. ISSN 1982-0208.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliana Costas Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores e prognósticos e estimativa do excesso de morte. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 29(1):175-187. 2013.



TAVARES, Fabio Lúcio. A mortalidade por causas externas no Espírito Santo, de 1979 a 2003. 2005. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales. A qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil. **Rev Bras Estudos Pop**: Brasília. 1998;15(1):116-24.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Secretaria dos Direitos Humanos, 2004.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência: os Jovens do Brasil, Brasília: Instituto Sangari, 2011.

WANG, Yuan Pang; MELLO- SANTOS, Carolina; BERTOLOTE, José Manuel. Epidemiologia do suicídio. In: MALEIROS, Alexandrina; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang. Suicídio: Estudos fundamentais. São Paulo: **Segmento Farma**; 2004. pp. 97-108.

World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: WHO; 2014.