

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos”

por

Jacqueline dos Santos

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade
Profissional em Saúde Pública.*

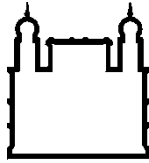
*Orientador principal: Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Gonçalves de Assis*

Campo Grande, novembro de 2010.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

II

Esta dissertação, intitulada

“Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos”

apresentada por

Jacqueline dos Santos

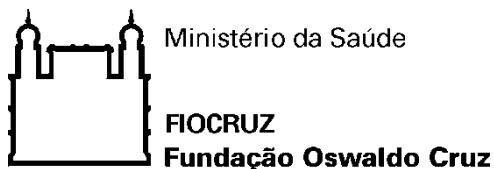
foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Abrão Nachif

Prof.^a Dr.^a Liana Wernersbach Pinto

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva – Orientador principal

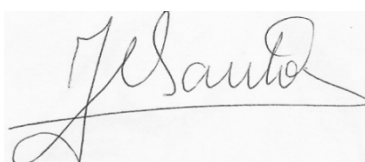
Dissertação defendida e aprovada em 25 de novembro de 2010.



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Campo Grande, 25 de novembro de 2010.



Jacqueline dos Santos

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Jacqueline dos
Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos. /
Jacqueline dos Santos. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
xiii,65 f., tab., mapas

Orientador: Silva, Cosme Marcelo Furtado Passos da
Assis, Simone Gonçalves de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Suicídio. 2. Fatores de Risco. 3. Modelos Logísticos. 4. Fatores
Sócioeconômicos. 5. Demografia. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.28

Dedico esta dissertação aos meus maiores motivadores, razão da minha vida e da minha luta diária. Aos meus lindos e amados filhos Isabela e Henrique, que com uma sabedoria e paciência inesgotável, apesar da pouca idade, souberam esperar, rir e chorar comigo, durante todos os momentos, ao longo de mais esta jornada cumprida.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, orientador dessa dissertação, pela sabedoria e compreensão, que fez com que ultrapassasse a barreira de mestre, tornando-se um amigo.

À. Dra. Simone Gonçalves de Assis, orientadora desta dissertação, por sua ajuda, interesse e leitura aprimorada dos textos, indispensáveis à conclusão deste trabalho.

Às Profas. Dras. Inês Echenique Mattos e Silvana Granado Nogueira da Gama, coordenadoras do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, pelas idéias, pelo exemplo, pelas cobranças, que contribuíram não somente para o enriquecimento deste trabalho, como para o crescimento profissional e pessoal.

Às Dr.(as) Liana Wernersbach Pinto e Maria Cristina Abrão Nachif por aceitarem participar da defesa desta Dissertação, proporcionando discussões e sugestões que servirão para crescimento, aprendizado e incentivo à pesquisa.

Aos colegas do curso, pelos conselhos, apoio e pela amizade sincera, que fizeram de cada etapa um encontro inesquecível. Sentirei saudades de todos.

Aos meus pais, meus maiores exemplos e incentivadores, que mesmo de longe, torcem e rezam por mim todos os dias.

Ao meu esposo, Junior, e meus filhos, que souberam contornar minhas ausências, como forma de amor e apoio ao meu trabalho.

A todos os meus amigos e amigas que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa Dissertação de Mestrado.

RESUMO

O suicídio vem se tornando um importante problema para a Saúde Pública devido ao grande número de vidas perdidas, que geram impacto tanto nas vítimas, como em seus familiares e na sociedade em geral. É uma das dez maiores causas de óbito no mundo e uma das três primeiras na faixa etária entre 15 e 35 anos. Este trabalho buscou identificar alguns fatores sócio-demográficos relacionados ao suicídio no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008. Para tal, realizou-se um estudo seccional, analisando a distribuição dos óbitos (mortalidade geral, causas externas e suicídio) em relação às variáveis Macrorregião de Saúde (MRS) de residência, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor e local de ocorrência do óbito. Após, estimou-se, com o auxílio da regressão logística, a chance de morrer por suicídio, neste estado, dado que morreu por causas externas. A taxa média de suicídio para o período foi de 8,0 por 100 mil habitantes, fazendo com que o estado possua a segunda maior taxa média de suicídio no país, menor apenas que a do Rio Grande do Sul. A MRS de Dourados foi a que apresentou a maior incidência de suicídio. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram as maiores taxa e proporções de suicídio. Quanto a faixa etária, 43,2% dos suicídios ocorreram na faixa etária de 20 a 39 anos, entretanto, a maior incidência pertence ao seguimento dos idosos. Em relação ao estado civil, 50,5% dos suicídios ocorreram em indivíduos solteiros. Desconhecia-se a escolaridade de 51% das vítimas de suicídio, de forma que a análise desta variável foi prejudicada. Merece destaque o suicídio de indígenas, uma vez que estes, que representaram 3,3% do total de óbitos no período de estudo, foram responsáveis por 23,2% dos suicídios. A maioria (60,9%) dos óbitos por suicídio ocorreu no domicílio. Dentre os meios utilizados para o suicídio, verificou-se que a maior parte dos indivíduos (acima de 60%), de ambos os sexos, utilizaram como forma de perpetração do suicídio o enforcamento. As armas de fogo ocuparam o segundo lugar entre os homens e o terceiro entre as mulheres. Já as intoxicações foram o segundo meio mais usado no sexo feminino e o terceiro no sexo masculino. Os demais meios foram pouco utilizados. Na análise dos modelos de regressão observou-se significância estatística para raça/cor, estado civil e local de ocorrência. A chance de suicídio, quando comparada aos indivíduos que morreram por outras causas externas, esteve aumentada em indivíduos indígenas, separados, e nos óbitos ocorridos em domicílio ou em outros locais e, diminuída em indivíduos viúvos e nos óbitos ocorridos em via pública. A partir do presente estudo, descreveu-se o comportamento de algumas variáveis, disponíveis no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), em relação às mortes por causas externas e suicídio. Entretanto, faz-se necessário o estudo de outros potenciais fatores de risco para tais causas.

Palavras-chave: Suicídio; fatores de risco; modelos logísticos.

ABSTRACT

Suicide is becoming an important issue for public health due to the large number of lives lost, so that impact on the victims as their relatives and society in general. It is one of the top ten causes of death worldwide and one of the first three aged between 15 and 35. This study attempts to identify some socio-demographic factors related to suicide in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil, from 1999 to 2008. To this end, we carried out a cross-sectional study, analyzing the distribution of deaths (overall mortality, external causes and suicide) in relation to variables Macroregion Health (MRS) of residence, sex, age, marital status, education, race and place of occurrence of death. After it was estimated with the help of logistic regression, the odds of dying by suicide in this state since died from external causes. The average rate of suicide for the period was 8.0 per 100 000 inhabitants, making the state has the second highest average rate of suicide in the country, second only to the Rio Grande do Sul. MRS Dourados was the one with the highest incidence of suicide. The males had the highest suicide rate and proportions. Regarding age, 43.2% of suicides occurred in patients aged 20 to 39 years, however, belongs to a higher incidence following the elderly. Regarding marital status, 50.5% of suicides occurred in single individuals. It was not known to school 51% of suicide victims, so that the analysis of this variable was poor. Also noteworthy is the suicide of indigenous people, as these, which represented 3.3% of total deaths during the study period, accounted for 23.2% of suicides. The majority (60.9%) of deaths by suicide occurred at home. Among the means used for suicide, it was found that most individuals (above 60%) of both sexes were used as a means of committing suicide hanging. Firearms occupied second place among men and third among women. Since the poisonings were the second most used means for females and males in the third. The other means were not used. In the analysis of regression models was observed statistical significance for race / ethnicity, marital status and place of occurrence. The risk of suicide compared to individuals who died of other external causes, was increased in indigenous individuals, separated, and deaths occurring at home or elsewhere, and decreased in individuals widowed and deaths on public roads. From the present study described the behavior of some variables are available in Information System (SIM), in relation to deaths from external causes and suicide. However, it is necessary to study other potential risk factors for such causes.

Keywords: suicide; risk factors; logistic models.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E TABELAS	XI
LISTA DE ABREVIATURAS	XIII
1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	5
2.1 Suicídio	5
2.2 Modelos explicativos do suicídio	8
2.2.1 <i>Modelo sociológico</i>	9
2.2.2 <i>Modelo psicológico</i>	11
2.2.3 <i>Modelo nosológico</i>	11
2.2.4 <i>Visões complementares</i>	12
2.3 Suicídio no Brasil e no Mato Grosso do Sul	13
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 PERCURSO METODOLÓGICO	18
4.1 Tipo, local, período e variáveis de estudo	18
4.1.1 <i>Mato Grosso do Sul</i>	20
4.2 Fonte dos dados	23
4.3 Procedimento de coleta e tratamento dos dados	24

4.4 Aspectos éticos	27
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	53
ANEXO A	60
ANEXO B	61
ANEXO C	62
ANEXO D	63
ANEXO E	64

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Lista de Figuras

- Figura 1 – Mato Grosso do Sul e limites geográficos **20**
- Figura 2 – Mapa de Mato Grosso do Sul e Macrorregiões de Saúde **21**

Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Taxa de suicídio (por 100 mil habitantes), Brasil, Regiões e Unidades da Federação (UF), 1999 a 2007 **15**
- Tabela 2 – Descrição das variáveis de estudo e possibilidades de resposta **18**
- Tabela 3 – Número e proporção populacional segundo sexo e faixa etária nas Macrorregiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul, 2008 **22**
- Tabela 4 - Variáveis explicativas agrupadas no processo de modelagem **27**
- Tabela 5 – Número, porcentagem e taxa de óbitos por suicídio, causas externas e mortalidade geral, Mato Grosso do Sul, 1999 a 2008 **30**
- Tabela 6 – Número e porcentagem de óbitos por suicídios, causas externas e mortalidade geral segundo variáveis explicativas, Mato Grosso **31**

do Sul, 1999 a 2008

Tabela 7 – Taxa anual de suicídio (por 100.000 habitantes) segundo **34**
Macrorregião de Saúde, sexo e faixa etária, Mato Grosso do Sul – 1999 a
2008

Tabela 8 – Proporção de óbitos por suicídio segundo o meio utilizado, **36**
sexo e faixa etária, Mato Grosso do Sul, 1999 – 2008

Tabela 9 - Estimativas de máxima verossimilhança do modelo com as **37**
variáveis Macrorregião de Saúde, sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor
e local de ocorrência, Mato Grosso do Sul – 2008

Tabelas 10 - Estimativas de máxima verossimilhança para os coeficientes **38**
dos parâmetros do modelo, Mato Grosso do Sul - 2008

Tabela 11 – Estimativas dos coeficientes de regressão, desvios padrões e **39**
razões de chance da ocorrência de suicídio, no conjunto de óbitos por
causas externas, Mato Grosso do Sul, 2008

LISTA DE ABREVIATURAS

- CEP Comitê de Ética em Pesquisa
- CID Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde
- DATASUS Departamento de Informática do SUS
- DO Declaração de Óbito
- FUNAI Fundação Nacional do Índio
- FUNASA Fundação Nacional de Saúde
- IML Instituto Médico Legal
- OMS Organização Mundial da Saúde
- MRS Macrorregião de saúde
- MS Mato Grosso do Sul
- OR Odds Ratio
- SES Secretaria de Estado de Saúde
- SIASI Sistema de Informações da Atenção à Saúde
- SIM Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SUS Sistema Único de Saúde
- TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UF Unidade da Federação
- UFMS Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- WHO World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

O suicídio vem sendo tratado, atualmente, como importante problema para a Saúde Pública, devido ao número de vidas perdidas e ao impacto social que acarreta, ocasionando danos não somente à vítima, mas também a sociedade que a rodeia. É uma das dez maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos¹.

A Organização Mundial de Saúde inclui o suicídio em uma categoria mais ampla, denominada violência auto-infligida, que inclui o comportamento suicida e o auto-abuso. No primeiro grupo estão os pensamentos suicidas, as tentativas de suicídio (também chamados de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada") e os suicídios completados. O auto-abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação². Nesta dissertação, tomamos como *objeto de estudo* os **suicídios consumados** no estado de Mato Grosso do Sul entre 1999 e 2008, buscando avaliar alguns fatores sócio-demográficos associados a esta forma específica de violência auto-infligida.

O suicídio tem uma enorme significância social, provocando comoção devido a seu caráter revelador de complexas relações sociais e pessoais, envolvendo o sentido da convivência em sociedade e as razões da opção pela interferência humana na finitude da vida, que na concepção de muitas sociedades é interpretado como vontade de Deus, dos deuses, ou como ciclo natural da vida³.

O impacto social e psicológico provocado pelo suicídio nas famílias e na sociedade é incalculável. Em média, um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas e quando este ocorre em algum local público (escola ou em algum local de trabalho), tem impacto em centenas de pessoas¹.

Estima-se que o custo do suicídio em termos de DALYs (*disability adjusted life years*), ou anos de vida ajustados às limitações, foi responsável, em 1998, por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de renda elevada a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo equivalente ao das guerras, dos homicídios, do trauma e das asfixias neonatais e, aproxima-se do dobro do custo do diabetes¹.

O Brasil, em comparação aos outros países, como o Japão e os países europeus, não possui números elevados de suicídio no seu quadro de mortalidade³. Dados da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2009 confirmam esta informação, sendo observado que países com maiores taxas de suicídio para este ano foram a Bélgica e China (99 por 100 mil habitantes); Índia e Turkmenistan (com 98 por 100 mil habitantes). O Brasil apresentou taxa de mortalidade para este ano de cinco suicídios por 100 mil habitantes, ocupando a 63ª posição entre os 104 países citados⁴. Os casos notificados desse evento, no Brasil, representam de 4% a 5% do conjunto de mortes por causas violentas³.

Embora o Brasil não apresente taxas tão elevadas de suicídio, o estado de Mato Grosso do Sul, objeto de investigação da presente tese, vem se destacando no contexto nacional, apresentando uma das maiores incidências. Desta forma, julgou-se importante e necessário o estudo das características desta população e a relação destas com a ocorrência de suicídio.

Somando-se a isso, constata-se a relevância da investigação do suicídio dentro do contexto de mudanças sócio-demográficas e políticas pelas quais o país está passando⁵.

A análise do suicídio, a caracterização dos acometidos, do ato e suas motivações, auxiliam na previsão e, portanto, na prevenção e controle deste evento

junto à população e aos serviços de saúde^{6,7,8,9}. Estes estudos permitem, ainda, trazer informações relevantes do quadro epidemiológico atual, bem como, proporcionar um atendimento mais eficiente à população⁹.

Parte fundamental do trabalho de prevenção do suicídio consiste na identificação de fatores de risco, possibilitando a elaboração de estratégias de prevenção direcionadas para grupos específicos e a criação de estratégias que atinjam a totalidade da população⁸.

Sabendo-se que o suicídio é um fenômeno multifacetado, passível de influências sociais, individuais, psicológicas e patológicas e considerando-se o número bastante reduzido de trabalhos acerca do suicídio no estado de Mato Grosso do Sul, propôs-se a elaboração da presente tese, no âmbito da vigilância epidemiológica, dos casos de suicídio ocorridos neste estado, no período de 1999 a 2008, visando avaliar fatores sócio-demográficos relacionados ao evento.

O conhecimento gerado a partir deste estudo pretende subsidiar informações à sociedade e aos profissionais de saúde de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, ao mesmo tempo em que fornecerá embasamento para a elaboração de políticas públicas que priorizem as ações voltadas à redução das taxas suicídio, no estado de Mato Grosso do Sul, minimizando seu impacto na população.

A dissertação está organizada da seguinte forma: inicia-se com a apresentação dos principais marcos teóricos e conceituais relacionados à temática do suicídio, ressaltando a definição e evolução histórica, os principais modelos explicativos, os aspectos epidemiológicos e o impacto no Brasil e no mundo. A seguir apresentam-se os objetivos e o percurso metodológico adotado para atingi-los. Neste último capítulo, insere-se, também, uma breve descrição de Mato Grosso

do Sul e de suas Macrorregiões de Saúde. Por fim, trazem-se os resultados, a discussão e as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O texto a seguir traz uma revisão de alguns documentos publicados acerca do suicídio. Inicia com a definição e evolução histórica e parte para a discussão dos modelos explicativos mais adotados, focando-se nos modelos sociológico, psicológico e nosológico. Aborda o impacto do suicídio no Brasil e no mundo contemporâneo e seus aspectos epidemiológicos.

2.1 Suicídio

O termo suicídio provém do latim *sui*, que designa de si próprio, e *caedere*, que significa matar. Refere-se às mortes resultantes da ação da própria vítima, seja ela positiva ou negativa, realizada com a intenção de morrer e cientes do resultado, excluindo-se os atos assim definidos que forem interrompidos antes de ocasionar a morte¹⁰.

Trata-se da morte de si mesmo por ação do próprio indivíduo, perante a qual o sujeito vacila, querendo viver e morrer ao mesmo tempo¹¹. É um ato consciente de auto-aniquilamento, no qual o indivíduo vulnerável encontra no auto-exterminio a melhor solução para os seus problemas¹².

O caráter autodestrutivo da violência do ser humano o torna, simultaneamente, agente e paciente de um fenômeno complexo que faz parte de um interjogo dinâmico de inúmeros aspectos presentes no dia a dia¹³.

Uma breve revisão histórica mostra que o suicídio é um fenômeno universal, registrado desde a antigüidade, rememorado pelos mitos das sociedades primitivas, criticado pelas religiões como ato de rebelião contra o criador, aparecendo ainda, em

muitos escritos filosóficos, como ato de suprema liberdade, sendo, portanto, um fenômeno que acompanha a própria história da humanidade³.

Este evento, porém, foi encarado pela sociedade de diversas maneiras, no decorrer da história, variando com a época e a região, oscilando entre proibido e tolerado, clandestino e patológico¹⁴.

As culturas primitivas viam o suicídio de formas bem diversas, sendo que algumas possuíam inclusive rituais para os corpos dos indivíduos que morriam por esta causa¹⁵. Algumas sociedades politeístas tinham registros dos seus membros suicidados, dentre estas se encontram os *vikings*, que acreditavam que apenas os indivíduos que morreram de forma violenta poderiam entrar no paraíso. Assim morrer em batalhas ou por suicídio era considerado uma grande honra¹⁵.

Em outros povos, como os esquimós e a samoana o suicídio era até estimulado para os velhos e doentes¹⁶, que eram penalizados, caso desejassem continuar a viver, sendo alocados em subterrâneos¹⁷.

Outras culturas, ao longo da história, determinavam o suicídio em alguns casos. Como exemplo, cita-se os escravos no antigo Egito e as esposas, na cultura indiana, que, no intuito de evitar que os subordinados e as mulheres planejassem matar seus senhores/cônjuges, eram obrigados a suicidar após a morte dos mesmos¹⁷.

Na Grécia Antiga, entretanto, o indivíduo não poderia se matar sem o consenso do Estado, que tinha o poder de vetar, autorizar ou até induzir ao suicídio¹⁴. Aos suicidas clandestinos, eram recusadas as honras funerárias, suas mãos eram amputadas e enterradas separadamente de seu corpo¹⁴.

Na Idade Média, profundamente marcada pela doutrina cristã-católica, o suicídio passou a ser veementemente condenado na sociedade ocidental. A vida era

considerada um dom divino, e somente Deus tinha o poder de concedê-la ou tirá-la, de forma que o suicídio era considerado uma afronta ao próprio Deus¹⁶. O suicídio passou a ser considerado um sacrilégio; os indivíduos que se matavam eram excomungados pela Igreja Católica, negavam-lhes os ritos fúnebres, seus corpos eram queimados e pendurados pelas ruas e, seus familiares eram despojados de seus bens pela igreja^{16, 17}.

Entretanto, mesmo na Idade Média, o suicídio de nobres e servos era tratado de formas diferentes, dando-se mais importância aos motivos e à origem social da pessoa, que ao ato em si. Assim, o suicídio de nobres em sua maioria era visto como um ato de coragem, de amor ou de loucura, sendo considerado socialmente desculpável. Ao contrário, o suicídio de camponeses era considerado um ato de covardia, de indivíduos que fugiam da realidade, ou que estavam sob a inspiração do diabo¹⁸.

A partir do Renascimento, a exemplo da antiguidade, ressurgem as idéias ambíguas a respeito do suicídio. Entretanto, mantém-se a condenação deste ato pelos católicos, apoiados pelos calvinistas, luteranos e anglicanos¹⁶. Entretanto, o período renascentista trouxe mudanças culturais profundas, promovendo a expansão do individualismo e fazendo com que os valores tradicionais e as verdades absolutas passassem a ser questionadas, ocasionando maiores questionamentos sobre o sentido da vida e contribuindo com o aumento da incidência de suicídio¹⁷.

No século XVII, contrapondo-se ao liberalismo do período do renascimento, as autoridades religiosas, juristas e moralistas passaram a reprimir o suicídio, entretanto passaram a ser discutidos o confisco de bens em vigor até o momento¹⁶. A medicina considerou o suicídio como uma doença somática, vinculada

à presença de depressão¹⁸.

No Brasil, existem relatos sobre o grande número de mortes de escravos por suicídio, tanto na forma passiva (recusa ao alimento), como na forma ativa, por enforcamento, uso de arma branca e afogamento. Estas mortes eram atribuídas à tristeza decorrente da perda da liberdade, da ligação com a terra e com o grupo social, além dos castigos excessivos aplicados pelos senhores¹⁹.

Atualmente, percebe-se um abrandamento dos rigores com que os suicidas eram tratados no passado; graças ao desenvolvimento da psicologia, possibilitou-se uma maior compreensão dos fatores que levam o indivíduo a atentar contra a própria vida²⁰.

Como demonstrado, a questão do suicídio teve ao longo da história, inúmeros significados e, a partir da década de 1990, passou a ser vista, também, como um problema de saúde pública^{13,21}. Este fato se deve a sua incidência, bem como às conseqüências que produz, nos aspectos físicos, psicológicos e sociais tanto nas vítimas como em seus familiares⁹.

Apesar disso, existe uma vertente atual que afirma que cada indivíduo tem o poder de decidir sobre sua vida e afirma que não respeitar a autonomia dos mesmos quanto ao seu direito de morrer é um ato ilegal, podendo ser considerado como abuso de poder ou até lesão corporal²².

2.2 Modelos explicativos do suicídio

O suicídio, considerado como ato individual, complexo e multideterminado, pode ser visto das mais diversas formas, com profundas implicações ou ancoragens não apenas psicológicas, mas também, sociais e psicossociais²³.

Nesta perspectiva, descreve-se a seguir, três modelos explicativos para fundamentar a ocorrência do suicídio: o modelo sociológico, que aborda o suicídio como um fato determinado pelo contexto histórico e cultural; o modelo psicológico, que se baseia em processos individuais e inerentes à personalidade dos indivíduos, calcado em aspectos subjetivos e o modelo nosológico, que o correlaciona a aspectos patológicos.

2.2.1 Modelo sociológico

A análise do suicídio, desde as sociedades gregas e romanas até as sociedades cristãs, permite perceber uma forte influência da sociedade sobre a motivação e sobre as formas de execução do suicídio¹⁵.

A partir do discurso de Durkheim¹⁰, a análise do suicídio, que até então era observada apenas sob a ótica da filosofia, da criminologia e das religiões, passa a ser vista a partir do estudo das ciências sociais, uma vez que, na visão do autor, é um ato socialmente determinado, ligado a forças sociais que transcendem a esfera dos sujeitos; seu incremento é inversamente proporcional ao grau de integração dos indivíduos à sociedade, da qual faz parte. Varia de acordo com as culturas, sendo que cada povo tem uma tendência ao suicídio que lhe é própria.

Chesnais²⁴, ao estudar as taxas de suicídio em diversas regiões da Europa, observa a interferência dos aspectos históricos, religiosos, étnicos, culturais, ambientais e individuais. Este autor verifica uma tendência de manutenção das taxas em períodos históricos longos, com grandes variações entre sociedades muitas vezes geograficamente próximas e relaciona o crescimento abrupto das sociedades às mudanças bruscas, como um sintoma de impotência social. Se ao invés de

considerar o suicídio como evento isolado, observar-se o conjunto dos suicídios que ocorrem em uma determinada região, notar-se-á que esse total não representa tão somente a soma das unidades independentes, mas sim um fato novo, único e individual, de natureza social¹⁰.

Na perspectiva antropológica, o tema é abordado nos níveis individual e coletivo, sendo que no nível individual, o suicídio é considerado como característica do ser humano que se permite avaliar e questionar sobre a finitude da vida; contudo, isto acontece dentro de um contexto social que reage ao ato praticado²⁰.

Oliveira e Lotufo Neto²⁵ apontam também a interferência de outras variáveis sociais (por exemplo, conflitos familiares e violência doméstica) e culturais, dentre as quais incluem o aspecto da religiosidade. Estas variáveis atuam com maior ou menor intensidade sobre os indivíduos, devido às representações sociais de cada um. As representações sociais representam a maneira como os indivíduos apreendem o mundo envolvente, tentando e resolvendo seus problemas existenciais, emocionais ou relacionais²⁶.

O suicídio pode ser considerado como um fato social total, carregado, ao mesmo tempo de diversos elementos e significados biológicos, emocionais, históricos e sociais propriamente ditos²⁷.

No Brasil, um exemplo da interferência de fatores sócio-culturais sobre o suicídio são suas altas incidências em populações indígenas jovens de diversas etnias como os guaranis, os kaiowa e os nhandewa entre outras²⁸. Oliveira e Lotufo Neto²⁵ afirmam, porém, que o estudo dos suicídios entre os povos indígenas deve considerar a interferência dos fatores socioeconômicos, culturais e também a associação com psicopatologias.

2.2.2 Modelo psicológico

Opondo-se à idéia da determinação social do suicídio, nota-se, desde a psiquiatria mais primitiva até as correntes fenomenológicas e a psicanálise, que a área vem afirmando que o suicídio é determinado por fatores psicológicos ou orgânicos individuais³.

Dentro desta perspectiva, discute-se o suicídio sob três enfoques: psicodinâmico, que o define como uma agressão a um objeto de amor introjetado; cognitivista, que o associa a falta de habilidade para resolução de problemas em situações de estresse; existencialista, relacionado à limitação individual de encontrar o sentido da própria vida²⁹.

Este modelo supõe a interligação de fatores psicológicos à predisposição genética³⁰ que sugere que cada indivíduo herda, geneticamente, uma capacidade maior ou menor de enfrentar os desafios da vida, tornando-se mais ou menos resiliente.

Nesse sentido, Kaplan³¹ associa a etiologia do suicídio a um estresse insuportável, necessidade de fuga, desamparo, desespero, sendo praticado com a intenção de cessação de um sofrimento extremo e não ocorre ao acaso.

2.2.3 Modelo nosológico

Outra corrente de pensadores defende que há grupos mais suscetíveis ao suicídio, como os usuários de álcool e outras drogas, portadores de doenças crônicas (transtornos mentais e outras) e do vírus da imunodeficiência adquirida – HIV³². Roses³³ acrescenta que o suicídio representa um caminho trágico ocasionado

por falhas no diagnóstico e tratamento destas desordens.

Corroborando com este modelo, um estudo feito na Hungria, país com elevada incidência de suicídio, demonstrou que dos suicídios ocorridos em um ano em Budapeste, 2/3 eram de pessoas doentes, sendo que metade destas possuía doenças crônico-degenerativas e a outra metade distúrbios psiquiátricos, perturbações neuróticas ou psicóticas. Além disso, apenas 10% dos suicidas gozavam de boa saúde na ocasião do evento²⁴.

Ernst³⁴ verificou que 90% dos suicidas apresentaram transtorno psiquiátrico diagnosticável através das autópsias psicológicas e que 15% dos óbitos estavam relacionados a transtornos de humor, dentre os quais o mais relevante foi a depressão.

2.2.4 Visões complementares

As várias disciplinas das ciências modernas tentam reduzir o suicídio, de um fenômeno complexo, à sua própria visão, com o objetivo de fazê-lo entrar em suas categorias convencionais, de forma a adequá-lo às suas próprias verdades³. Para Cassorla e Smeke¹³, não existe um modelo rígido que explique a causalidade do suicídio, pois consideram que ele surge como o ponto culminante, resultante da associação de uma série de fatores (ambientais, biológicos, psicológicos e outros) que vão se acumulando na vida do indivíduo. Assim, demonstram a complexidade das situações autodestrutivas, tanto em sua vertente social como em suas manifestações individuais. Contrariando a visão reducionista, os fatos mostram que a autodestruição humana é resultante de uma combinação de fatores, de natureza histórica, cultural e individual, numa síntese biopsicossocial³.

Independente do modelo explicativo adotado para o suicídio, Meleiro³⁵

afirma que os fatores relacionados ao suicídio podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Dentre os primeiros, incluem a depressão, que tem seu potencial de letalidade diminuído com tratamento eficaz. Nos não modificáveis classificam a história pessoal e familiar e questões relacionadas ao sexo e à idade. Referem-se, ainda, a uma terceira categoria, a qual os autores denominam de fatores de difícil modificação, como o desemprego e questões financeiras.

De acordo com Moscicki³⁶, os fatores de risco podem ser ainda classificados em proximais, que resultam diretamente na ação, como possuir uma arma de fogo e, distais, que são responsáveis pela elaboração do contexto no qual a ideação suicida se constitui.

Cabe ressaltar que alguns autores indicam que existem, também, fatores de proteção para o suicídio. Os fatores de proteção são definidos por Silveira³⁷ como estratégias sociais ou pessoais que minimizam ou neutralizam o impacto do risco. Dentre os fatores de proteção, Silva⁸ apresenta a religiosidade, independente da afiliação e, Benicasa e Rezende³⁸ citam a presença de alguém de confiança para desabafar como fator que inibe a consumação do suicídio por aqueles que sofrem de ideação.

2.3 Suicídio no Brasil e no Mato Grosso do Sul

No Brasil, 24 pessoas morrem diariamente por suicídio, porém essa informação é pouco divulgada, sendo encoberta pelos acidentes de trânsito e pelos homicídios, em maior número³⁹.

Nas últimas décadas, entretanto, o suicídio vem tendo um crescimento significativo no Brasil e no mundo, estando, atualmente, entre as dez primeiras

causas mundiais de mortalidade geral e, entre as três primeiras na faixa etária de 15 a 44 anos^{6,21}. Segundo Mello-Santos⁴⁰, o suicídio teve um incremento de 21% entre os anos 1980 e 2000 no Brasil.

Nota-se, ainda, que a idade média das pessoas que tentam suicídio tem diminuído com o passar dos anos, fazendo com que sua incidência esteja cada vez mais aumentada entre os adultos jovens, em especial, do sexo masculino^{9,41}.

Em 2007, registrou-se, no Brasil, 8.868 óbitos por suicídio, destes, 78% foram em homens e 22% em mulheres, numa relação semelhante à encontrada nas referências internacionais; dentre estes óbitos 20% ocorreram em jovens com idade inferior a 25 anos⁴².

Este quadro pode ser ainda mais alarmante, uma vez que os números reais de suicídios podem ser até quatro vezes maiores que os registros oficiais⁴³, por ser um evento de difícil dimensionamento, com registros falhos e taxas oficiais precárias³. Isto ocorre devido à falta de precisão e omissão de informações nos órgãos responsáveis pelo registro, ao estigma da família e pela dificuldade, em muitos casos, em constituir se a morte foi acidental ou intencional^{13,44,45,46}.

O estigma amplia a subnotificação, uma vez que há uma resistência, por parte da família, em assumir o suicídio¹³. Dessa forma tenta-se mascará-lo com o objetivo de não revelar problemas relacionais e dificuldades vivenciadas pelo suicida, tratando o ato como pertinente à esfera privada³, contrariando a teoria de Durkheim¹⁰ que o tratava como um evento social, parte da esfera pública.

Para melhorar o diagnóstico de suicídio é imprescindível uma boa descrição da ocorrência e demais evidências, considerando a dificuldade de se isolar o que é suicídio no conjunto dos demais eventos violentos^{13,47}.

No Brasil, o estudo do suicídio vem ocorrendo com maior freqüência na

região Sul^{41,46,48} e, em especial, no estado do Rio Grande do Sul, que, historicamente, apresenta as maiores taxas do país, como pode ser observado na Tabela 1, que apresenta as taxas de mortalidade por suicídios no período de 1999 a 2007.

Entre as regiões brasileiras, a que apresenta as maiores taxas de suicídio é a região Sul, variando de 7,8 (em 2003 e 2006) a 8,5 por 100 mil habitantes em 1999 e 2001⁴².

A região Centro-oeste ocupa a segunda posição no que se refere às taxas de suicídio, variando de 5,4 em 1999 a 6,5 óbitos devido a esta causa a cada 100 mil habitantes, em 2002. Entretanto, estudos sobre o suicídio na região Centro-oeste ainda são pouco freqüentes.

Tabela 1 – Taxa de suicídio (por 100 mil habitantes), Brasil, Regiões e Unidades da Federação (UF), 1999 a 2007

Região/UF	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Região Norte	2,4	2,9	3,3	2,9	3,2	3,2	3,2	3,2	3,5
Rondônia	4,8	5,5	5,4	3,1	3,6	4,3	4,2	4,0	2,6
Acre	1,3	4,8	5,0	3,7	4,3	4,2	2,8	3,6	5,0
Amazonas	2,1	2,7	3,2	2,7	3,0	3,2	2,8	3,0	3,8
Roraima	10,1	6,8	5,0	5,5	5,6	7,3	6,9	8,4	10,4
Pará	1,6	1,9	2,3	2,2	2,1	2,0	2,4	2,3	2,5
Amapá	2,5	3,4	6,0	7,2	6,9	6,9	6,9	4,1	4,2
Tocantins	2,8	3,3	4,0	4,1	5,9	4,7	5,2	5,4	6,3
Região Nordeste	2,4	2,4	3,0	3,2	3,3	3,3	3,7	3,8	4,2
Maranhão	1,3	1,3	1,9	2,2	1,5	1,7	1,9	2,6	2,6
Piauí	1,8	2,6	4,0	4,1	4,8	5,4	4,9	6,0	6,8
Ceará	4,3	3,6	5,0	6,0	5,4	5,8	6,6	6,0	6,3
Rio Grande do Norte	3,2	3,1	4,1	3,7	5,1	3,9	5,4	4,8	4,3
Paraíba	1,7	1,1	1,3	2,1	2,3	2,6	2,9	3,6	3,6
Pernambuco	3,6	3,5	3,4	3,2	3,6	3,6	3,7	3,5	4,4
Alagoas	2,5	2,6	3,4	2,9	2,3	3,2	2,6	3,1	3,5
Sergipe	2,2	2,7	3,8	4,3	4,3	4,2	4,1	3,8	4,8
Bahia	1,2	1,5	1,8	1,8	2,2	1,9	2,6	2,8	3,0
Região Sudeste	3,5	3,5	4,1	4,0	4,0	3,9	4,1	4,2	4,0
Minas Gerais	2,9	3,4	4,4	4,4	5,1	4,8	5,2	5,2	5,2
Espírito Santo	3,1	3,4	3,7	4,0	4,6	4,6	4,9	4,5	3,9
Rio de Janeiro	2,3	2,7	3,1	3,1	2,4	2,6	2,8	2,6	2,2
São Paulo	4,3	3,8	4,4	4,1	4,0	3,9	4,0	4,2	4,1

Região Sul	8,5	8,1	8,5	8,0	7,8	8,2	8,1	7,8	7,9
Paraná	6,3	6,1	6,8	5,9	6,0	6,8	6,5	5,7	6,0
Santa Catarina	7,6	8,0	8,5	7,9	7,2	7,4	7,7	6,4	7,5
Rio Grande do Sul	11,0	10,0	10,0	9,9	9,8	9,9	9,9	10,5	9,9
Região Centro-Oeste	5,4	6,3	5,8	6,5	6,2	6,3	5,9	5,8	5,5
Mato Grosso do Sul	7,2	8,3	6,5	7,8	8,6	8,7	8,6	8,4	8,1
Mato Grosso	5,2	5,7	5,6	5,9	6,1	5,9	5,4	5,9	5,3
Goiás	5,5	6,5	6,5	7,3	6,2	6,2	6,0	5,1	5,2
Distrito Federal	3,9	4,2	3,8	4,2	3,9	4,4	3,8	4,5	4,2
Total	4,0	4,0	4,5	4,4	4,4	4,5	4,6	4,6	4,7

Fonte: DATASUS⁴²

Na análise das Unidades da Federação (UF), observa-se que as taxas de suicídio do estado de Mato Grosso do Sul tem sido uma das maiores do país, ocupando o segundo lugar nos anos de 2000 e, de 2003 a 2006, quando ficou atrás apenas do Rio Grande do Sul. E o terceiro lugar em 2002 e 2007, ficando atrás do Rio Grande do Sul (que vem mantendo as maiores taxas) e de Santa Catarina e Roraima, respectivamente⁴².

O estado de Mato Grosso do Sul permanece com uma elevada incidência de suicídio, destacando-se entre os estados brasileiros, além disso, apresenta variações significativas nos números de suicídio em cada uma de suas regiões⁴⁹.

Considerando a magnitude do suicídio no estado de Mato Grosso do Sul, as especificidades regionais existentes (detalhadas adiante na seção de metodologia) e a escassez de estudos publicados sobre o tema, resolveu-se desenvolver o presente estudo, a partir das informações de mortalidade, com o intuito de identificar os fatores sócio-demográficos associados ao suicídio, neste estado, no período de 1999 a 2008.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar alguns fatores sócio-demográficos associados ao suicídio, no estado de Mato Grosso do Sul, no período de 1999 a 2008, considerando a distribuição dos municípios nas três macrorregiões de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever os indivíduos que morreram por suicídio, no estado de Mato Grosso do Sul, período de 1999 a 2008, quanto as suas características sócio-demográficas;
- b) Analisar a distribuição dos óbitos por suicídio e por causas externas em cada um das macrorregiões de saúde do estado;
- c) Identificar os meios utilizados para o suicídio;
- d) Estimar a chance de morrer por suicídio em Mato Grosso do Sul, no ano de 2008, dado que morreu por causas externas, segundo fatores sócio-demográficos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Apresentaremos, a seguir, informações relevantes para a compreensão do estudo realizado que perpassam o desenho proposto para o estudo, a coleta de dados, o processamento das informações, a análise dos dados e as questões éticas que deram suporte à realização da dissertação.

4.1 Tipo, local, período e variáveis de estudo

No desenvolvimento deste trabalho foi realizado um estudo seccional, levantando as características sócio-demográficas de todos os óbitos de indivíduos residentes no estado de Mato Grosso do Sul, ocorridos no período de 1999 a 2008, levando-se em conta a distribuição dos municípios, nas 03 macrorregionais de saúde do estado.

A tabela 2 contém as variáveis explicativas (macrorregião de saúde de residência, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, local de ocorrência), os códigos padronizados na Declaração de Óbito (DO) e as possibilidades de resposta para as mesmas variáveis.

Tabela 2 – Descrição das variáveis de estudo e possibilidades de resposta

Variáveis	Código	Categorias
Suicídio	0	Outras causas externas
	1	Suicídio
Macrorregião de Saúde	1	Campo Grande
	2	Dourados
	3	Três Lagoas
Sexo	1	Masculino
	2	Feminino
Faixa etária	1	0 a 19 anos
	2	20 a 39 anos

	3	40 a 59 anos
	4	60 e mais anos
Estado civil	1	Solteiro
	2	Casado
	3	Viúvo
	4	Separado judicialmente
	5	União consensual
Escolaridade	1	Nenhuma
	2	1 a 3 anos
	3	4 a 7 anos
	4	8 a 11 anos
	5	12 e mais anos
Raça/ cor	1	Branca
	2	Preta
	3	Amarela
	4	Parda
	5	Indígena
Local de ocorrência	1	Hospital
	2	Outro estabelecimento de saúde
	3	Domicílio
	4	Via pública
	5	Outros

Decidiu-se retirar do estudo a variável ocupação, visto que a mesma se encontrava com uma grande quantidade de valores não preenchidos (*missings*) ou preenchidos como ignorada, de forma que inviabilizaria a análise.

Para a etapa da modelagem, foram retirados também os valores ignorados, visto que a base de dados não perdeu uma quantidade significativa de informações. O suicídio foi considerado como variável resposta, no conjunto das causas externas, através do uso da variável binária 1 (um), quando o óbito estava relacionado ao suicídio e 0 (zero), quando relacionado a outra causa externa.

4.1.1 Mato Grosso do Sul

O estado de Mato Grosso do Sul foi criado em 11 de outubro de 1977, através da Lei Complementar nº 31, sendo instalado administrativamente em 1º de janeiro de 1979. Está localizado ao sul da região Centro-oeste e possui 357.194,96 Km², correspondendo a 22,23% do território da região Centro-Oeste e a 4,19% do território nacional⁵⁰. Limita-se ao norte com Mato Grosso e Goiás; ao sul com o Paraguai e o Paraná; ao leste com Minas Gerais e São Paulo, e a oeste com Paraguai e Bolívia (Figura 1).

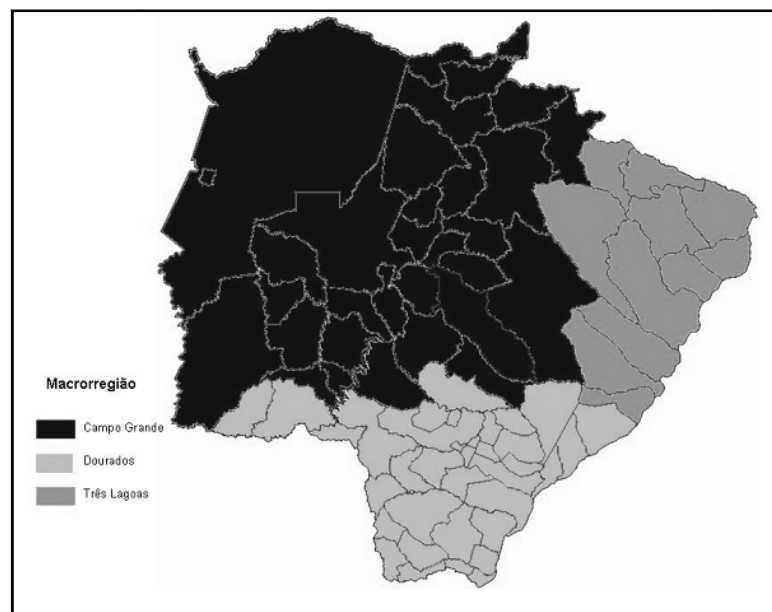
Figura 1 – Mato Grosso do Sul e limites geográficos



A população estimada para o estado, em 2008 era de 2.336.058 habitantes, dos quais aproximadamente 32% residem na capital, Campo Grande⁴². Seus 78 municípios encontram-se subdivididos, de acordo com o Plano diretor de regionalização⁵¹, em três Macrorregiões de Saúde (MRS): Campo Grande, Dourados, e Três Lagoas (Figura 2).

A MRS de Campo Grande apresentava, em 2008, população de 1.339.469 habitantes, sendo a macrorregião mais populosa do estado, correspondendo a 57,3%⁴². É composta por 32 municípios, distribuídos em cinco microrregiões (Figura 2): a) Campo Grande, com 15 municípios (Bandeirantes, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Costa Rica, Figueirão, Jaraguari, Maracaju, Nova Alvorada do Sul, Ribas do Rio Pardo, Rio Negro, Rochedo, São Gabriel do Oeste, Sidrolândia, Terenos); b) Aquidauana, com 6 municípios (Anastácio, Aquidauana, Bodoquena, Dois Irmãos do Buriti, Miranda, Nioaque); c) Coxim, com 5 municípios (Alcinópolis, Coxim, Pedro Gomes, Rio Verde de Mato Grosso, Sonora); d) Jardim, com 4 municípios (Bonito, Guia Lopes da Laguna, Jardim, Porto Murtinho); e) Corumbá, com 2 municípios (Corumbá e Ladário)⁵¹.

Figura 2 – Mapa de Mato Grosso do Sul e Macrorregiões de Saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde 2008-2011, 2007, p. 19.

A MRS de Dourados possui 742.173 habitantes, correspondendo a 31,8% da população do estado⁴². Conta com 35 municípios distribuídos em 04 microrregiões: a) Dourados, com 11 municípios (Caarapó, Deodápolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Carapã, Rio Brillhante, Vicentina); b) Naviraí, com 7 municípios (Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí, Japorã, Juti,

Mundo Novo, Naviraí); c) Nova Andradina, com 7 municípios (Anaurilândia, Angélica, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Taquarussu); d) Ponta Porã, com 10 municípios (Amambaí, Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas, Tacuru)⁵¹.

E, por fim, a MRS de Três Lagoas, com 254.416 habitantes, o que representa 10,9% da população do estado⁴². Possui 11 municípios, distribuídos em duas microrregiões: a) Três Lagoas, com 6 municípios (Água Clara, Bataguassu, Brasilândia, Santa Rita do Pardo, Selvíria, Três Lagoas); b) Paranaíba, com 5 municípios (Aparecida do Taboado, Cassilândia, Chapadão do Sul, Inocência e Paranaíba)⁵¹.

Considerando a distribuição populacional de Mato Grosso do Sul, no ano de 2008 (Tabela 3), observa-se que a população jovem (de 0 a 19 anos) corresponde a 36% do total da população do estado. Observa-se ainda, uma relação inversamente proporcional entre faixa etária e contingente populacional. Não foram verificadas diferenças na distribuição populacional, no que se refere ao sexo e faixas etárias, entre as Macrorregiões de Saúde do estado.

Tabela 3 – Número e proporção populacional segundo sexo e faixa etária nas Macrorregiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul, 2008

Sexo/ Faixa etária	0 a 19 anos		20 a 39 anos		40 a 50 anos		60 e + anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MRS Campo Grande	477418	35,6	453105	33,8	289909	21,6	119037	8,9	1339469	57,3
Masculino	243122	18,2	225719	16,9	139809	10,4	56633	4,2	665283	28,5
Feminino	234296	17,5	227386	17,0	150100	11,2	62404	4,7	674186	28,9
MRS Dourados	274929	37,0	240610	32,4	155678	21,0	70956	9,6	742173	31,8
Masculino	139895	18,8	119790	16,1	76174	10,3	35623	4,8	371482	15,9
Feminino	135034	18,2	120820	16,3	79504	10,7	35333	4,8	370691	15,9
MRS Três Lagoas	87515	34,4	85321	33,5	57229	22,5	24351	9,6	254416	10,9
Masculino	44662	17,6	42842	16,8	28332	11,1	12130	4,8	127966	5,5
Feminino	42853	16,8	42479	16,7	28897	11,4	12221	4,8	126450	5,4
Total	839862	36,0	779036	33,3	502816	21,5	214344	9,2	2336058	100,0

Fonte: DATASUS⁴²

Cabe ressaltar, ainda, que em Mato Grosso do Sul há um grande contingente indígena, sendo o segundo maior estado do país com esta população⁵². De acordo com dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde – SIASI, da Funasa⁵³, em Mato Grosso do Sul há 68.860 indígenas, que residem em 72 aldeias, em 29 municípios sul-mato-grossenses, sendo eles das seguintes etnias: Kaiowa, Terena, Guarani, Kadiweu, Guato, Kinikinawa, Ofaie, Atikum, Guarani Kaiowa, Bororo, Xavante, Cinta Larga. A maior parte destes indígenas (65,1%) reside na MRS de Dourados, que possui, em 2010, 44.814 indígenas. A MRS de Campo Grande possui 23.941 indígenas, ocupando o segundo lugar, com uma população indígena correspondente a 34,8% do total do estado. A MRS de Três Lagoas possui apenas 105 indígenas cadastrados, correspondendo a 0,2% do total⁵³.

Considerando a grande extensão e diferenças geográficas, culturais, características populacionais, capacidade instalada de serviços de saúde, vias de acesso e, até mesmo, hábitos e costumes, decidiu-se considerar, nesta análise, a distribuição dos municípios nas três macrorregiões de saúde.

4.2 Fonte dos dados

O presente trabalho foi realizado a partir de dados secundários, coletados do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Este banco de dados é composto por aproximadamente 60 (sessenta) variáveis das declarações de óbito, tendo como objetivo central descrever o comportamento sociodemográfico de mortalidade das regiões brasileiras.

Vale ressaltar que, com o objetivo de melhorar o diagnóstico e, conseqüentemente a qualidade dos registros, ao ocorrer morte por causa externa no

Brasil, a vítima deve ser encaminhada para o Instituto Médico Legal (IML), onde é emitida a Declaração de Óbito⁵⁴. São considerados óbitos por causa externa aqueles que decorrem de uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), independente do tempo decorrido entre o evento e o óbito⁵⁵. Destaca-se a importância do preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO), uma vez que é o documento oficial padronizado, a partir do qual são coletadas as informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), gerando-se dados estatísticos que permitem a construção de indicadores para fundamentar o planejamento das ações de saúde⁵⁶.

As informações dos óbitos por suicídio ocorridos no período de 1999 a 2007 analisados neste estudo foram obtidas a partir do banco de dados do SIM, disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil através do site: www.datasus.gov.br. Os dados de 2008 foram obtidos no banco de dados do SIM, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SIM/SES), disponibilizados através de CD contendo as informações digitais das declarações de óbito deste ano, no estado.

4.3 Procedimento de coleta e tratamento dos dados

Os dados coletados do site do DATASUS apresentam o formato “dbc” que não é usualmente utilizado em softwares específicos de estatística. Por isso, os dados foram transformados para o formato “dbf” através da plataforma Tabwin32, disponível no site do Ministério da Saúde. Os dados de 2008, disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SIM/SES), já se apresentavam no formato “dbf”.

A tabulação dos dados foi realizada com o auxílio do Tabwin, Epiinfo (análise

descritiva) e do software R versão 2.9.1 (regressão logística), através do qual foi possível efetuar todo o processo de modelagem dos dados.

Para análise descritiva, foi feito inicialmente um acompanhamento cronológico das taxas e proporções de suicídio e das mortes por causas externas no estado de Mato Grosso do Sul a fim de verificar se ocorreram modificações ao longo do período de estudo. Utilizou-se de taxas e proporções de óbitos por suicídio e causas externas, demonstradas com o auxílio de tabelas, para maior compreensão.

Foram considerados óbitos relacionados às Causas Externas de Morbidade e Mortalidade todos os óbitos de indivíduos residentes no estado de Mato Grosso do Sul, cuja causa básica do óbito estivesse codificada pelos CID V01 a Y99, pertencentes ao Capítulo XX da Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID 10⁵⁷. Definiu-se como suicídio os óbitos cujas causas básicas foram codificados pelos CID X60 a X84, relacionados especificamente, às lesões auto-provocadas voluntariamente, classificados no mesmo capítulo da CID 10.

Posteriormente demonstrou-se a distribuição proporcional das variáveis explicativas dentro do conjunto dos óbitos por suicídio, causas externas e mortalidade geral para a totalidade do período de estudo. Para as variáveis macrorregião de saúde, sexo e faixa etária, foram também descritas as taxas de óbito por suicídio, para cada um dos anos de estudo.

Na seqüência, analisou-se a distribuição proporcional dos meios utilizados para o suicídio, considerando-se sexo e faixa etária.

Finalmente, apenas para o ano de 2008, uma vez que este era o mais recente entre os anos do estudo, foi utilizado o modelo de regressão logística, para estudo da relação entre as variáveis explicativas e a ocorrência de suicídio,

permitindo-se estimar a chance de ocorrência do desfecho, conhecendo-se alguns dos fatores de exposição. O objetivo desta análise foi de verificar a probabilidade de sucesso, ou seja, a probabilidade de que determinado fenômeno ocorra, através do uso de variáveis explicativas supostamente associadas.

A função logística é utilizada quando a variável resposta Y é dicotômica, assumindo assim apenas 2 (dois) resultados possíveis (respostas binárias). Por convenção, chamamos de variáveis *dummy*, no qual a mesma assume 0 (zero) quando o fenômeno em estudo não ocorrer e 1 (um) quando o fenômeno ocorrer. Adotamos, dessa forma, 1 (um) para o evento suicídio e, 0 (zero) para a ocorrência de outra causa externa.

Antes do início do processo de modelagem verificou-se, através do teste Qui-Quadrado de Pearson, se as variáveis eram associadas ou não, ou seja, se existia relação entre a variável selecionada e o fato do indivíduo ter suicidado.

Para o processo de modelagem dos dados, procedeu-se a importação dos dados para o software estatístico R versão 2.9.1. Através do teste de razão de verossimilhança, as variáveis que se mostravam estatisticamente mais significativas foram incluídas no modelo, de forma sistemática, de modo que se obtiveram, no processo, categorias que não eram estatisticamente significativas. Com isso, se fez necessário recorrer à base teórica e propor agregações, a fim de se atingir um modelo final que tivesse os parâmetros significativos e um bom ajuste aos dados.

Encontram-se demonstradas, na tabela 4, as principais agregações efetuadas:

Tabela 4 - Variáveis explicativas agrupadas no processo de modelagem

Variável	Novo código	Agrupamento
Estado civil	0	Solteiro
	1	Casado + união consensual
	2	Viúvo
	3	Separado
Raça/cor	0	Branca + amarela
	1	Preta + Parda
	2	Indígena
Local de ocorrência	0	Hospital + outro estabelecimento de saúde
	1	Domicílio
	2	Via Pública
	3	Outros

4.4 Aspectos éticos

O presente trabalho foi analisado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob Parecer nº 1544 (Anexo A) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob parecer nº 216/09 (Anexo B), antes do início da coleta de dados, conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996⁵⁸.

As informações foram coletadas, sem prejuízo aos sujeitos da pesquisa, conforme Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados (Anexo C).

Por se tratar de coleta de dados secundários, pediu-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo D).

Considerando-se que o banco de dados do SIM encontra-se sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde, foi solicitada autorização do responsável por este órgão antes do início da coleta de dados, sendo que a solicitação e a autorização encontram-se no Anexo E.

Após a conclusão deste trabalho, comprometo-me a dar retorno quanto aos

resultados da pesquisa às instituições envolvidas na execução e publicação em revistas científicas da área.

5 RESULTADOS

Ao longo dos dez anos investigados (1999-2008) foram registrados 122.102 óbitos no estado de Mato Grosso do Sul. Destes, 18.487 tiveram como causa básica de óbito uma das causas externas de morbidade e mortalidade, codificadas pela CID (V01 a Y99) e classificadas no capítulo XX do CID 10⁵⁷. Dentre os óbitos por causas externas, 1.761 foram caracterizados como lesões autoprovocadas voluntariamente, codificadas na CID (X60 a X84), denominada sucintamente como suicídio.

Na análise dos óbitos ocorridos no período investigado no estado de Mato Grosso do Sul (tabela 5) observa-se a distribuição anual das 122.102 declarações de óbitos de indivíduos residentes. O número de óbitos anuais variou de 11.078 (9,1%) em 2000 a 13.702 (11,2%) em 2008, sendo que a média de óbitos anuais foi de 12.210 óbitos. A taxa de mortalidade geral (por 100.000 habitantes) oscilou entre 531,2 em 2001 e 586,5 em 2008.

O número de óbitos cuja causa básica foi uma das causas externas variou de 1.621 (1999) a 2.006 (2007 e 2008), com frequência média anual aproximada de 1.849 óbitos no período estudado, sendo responsável por 15,1% do total de óbitos registrados no estado de Mato Grosso do Sul no período investigado. A proporção anual de óbitos por causas externas variou de 14,1% dos óbitos registrados em 1999 (ano com menor proporção), a 16,2% em 2002. A taxa média anual de óbitos por causas externas no período foi de 84,1 por 100.000 habitantes, variando de 78,3 em 2001 a 89,0 em 2004.

O suicídio teve média anual de 176 óbitos no período, tendo menor frequência anual em 2001(138) e maior nos anos de 2005 e 2006 (194). As taxas de óbitos por suicídio (por 100.000 habitantes) apresentaram variação de 6,5 em 2001

a 8,7 em 2004. A taxa média anual de óbitos por suicídio foi de 8,0 óbitos por 100.000 habitantes. O suicídio foi responsável por 1,4% do total dos óbitos deste período. A proporção de óbitos devidos a esta causa variou de 1,2% do total de óbitos ocorridos em 2001 a 1,6% dos óbitos ocorridos em 2000 e 2005.

Verifica-se, ainda que os óbitos por suicídio representaram 9,5% dos óbitos por causas externas do período, sendo que esta proporção variou de 8,3% em 2001 a 10,5% em 2000.

Tabela 5 – Número, porcentagem e taxa de óbitos por suicídio, causas externas e mortalidade geral, Mato Grosso do Sul, 1999 a 2008

Ano	Suicídio			Causas Externas			Mortalidade geral		
	N	%	Taxa ¹	N	%	Taxa ¹	N	%	Taxa ¹
1999	145	1,3	7,2	1621	14,1	80,0	11489	9,4	566,9
2000	173	1,6	8,3	1645	14,8	79,2	11078	9,1	533,1
2001	138	1,2	6,5	1653	14,7	78,3	11213	9,2	531,2
2002	168	1,5	7,8	1846	16,2	86,2	11421	9,4	533,5
2003	187	1,5	8,6	1853	15,2	85,4	12161	10,0	560,5
2004	192	1,5	8,7	1957	15,6	89,0	12562	10,3	571,4
2005	194	1,6	8,6	1945	15,6	85,9	12508	10,2	552,4
2006	194	1,5	8,4	1955	15,3	85,1	12760	10,5	555,3
2007	188	1,4	8,1	2006	15,2	86,0	13208	10,8	566,6
2008	182	1,3	7,8	2006	14,6	85,9	13702	11,2	586,5
TOTAL	1761	1,4	8,0	18487	15,1	84,1	122102	100,0	555,7

¹ Taxa por 100.000 habitantes

Partindo-se do pressuposto que as proporções e as taxas de óbitos por suicídio e por causas externas apresentaram pequena variação ao longo dos anos investigados no estado de Mato Grosso do Sul, analisou-se a distribuição dos óbitos de forma agrupada para o total do período, segundo as seguintes variáveis explicativas (Tabela 6): macrorregião de saúde (MRS), sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor e local de ocorrência do óbito.

Tabela 6 – Número e porcentagem de óbitos por suicídios, causas externas e mortalidade geral segundo variáveis explicativas, Mato Grosso do Sul, 1999 a 2008

Variáveis	Suicídio (n=1761)		Causas externas (n=18487)		Mortalidade geral (n=122102)	
	N	%	N	%	N	%
Macrorregião de saúde						
Campo Grande	649	36,9	9718	52,6	66885	54,8
Dourados	901	51,2	6490	35,1	40602	33,3
Três Lagoas	204	11,6	1962	10,6	14064	11,5
Ignorada – MS	7	0,4	317	1,7	551	0,5
Sexo						
Masculino	1356	77,0	15235	82,4	74513	61,0
Feminino	405	23,0	3235	17,5	47545	38,9
Ignorado	0	0,0	17	0,1	44	0,0
Faixa etária						
0 a 19	392	22,3	3467	18,8	14615	12,0
20 a 39	760	43,2	8093	43,8	14753	12,1
40 a 59	386	21,9	4223	22,8	26368	21,6
60 e +	214	12,2	2499	13,5	65471	53,6
Ignorada	9	0,5	205	1,1	895	0,7
Estado civil						
Casado	452	25,7	4382	23,7	42245	34,6
Solteiro	889	50,5	8944	48,4	35832	29,3
Viúvo	61	3,5	776	4,2	23571	19,3
Separado	70	4,0	658	3,6	5562	4,6
União consensual	91	5,2	847	4,6	2462	2,0
Ignorado	198	11,2	2880	15,6	12430	10,2
Escolaridade						
Nenhuma	147	8,3	1457	7,9	28349	23,2
1 a 3 anos	277	15,7	2413	13,1	28223	23,1
4 a 7 anos	284	16,1	2640	14,3	17297	14,2
8 a 11 anos	106	6,0	1165	6,3	6862	5,6
12 e mais	49	2,8	547	3,0	3470	2,8
Ignorada	898	51,0	10265	55,5	37901	31,0
Raça/ cor						
Branca	667	37,9	8277	44,8	59371	48,6
Parda	493	28,0	6945	37,6	41524	34,0
Preta	54	3,1	766	4,1	5195	4,3
Indígena	408	23,2	982	5,3	4003	3,3
Amarela	12	0,7	82	0,4	904	0,7
Ignorada	127	7,2	1435	7,8	11105	9,1
Local de ocorrência						
Hospital	250	14,2	5035	27,2	80135	65,6
Outro estabelecimento de saúde	3	0,2	63	0,3	565	0,5
Domicílio	1073	60,9	2953	16,0	27541	22,6
Via pública	67	3,8	5677	30,7	7282	6,0
Outros	302	17,1	3261	17,6	5792	4,7
Ignorado	66	3,7	1498	8,1	787	0,6

A análise da mortalidade geral de acordo com as macrorregiões de saúde (MRS) apresentada na tabela 6 demonstra que as proporções de óbitos dentro dessas macrorregiões se assemelham à distribuição populacional. A MRS de Campo Grande, que é a maior em extensão e em população, possui 57,8% da população do estado e, apresentou 54,8% dos óbitos ocorridos no período. Os óbitos na MRS de Dourados representaram 33,3% dos óbitos, sendo que esta MRS possui 31,2% da população. Já a MRS de Três Lagoas, que é a menor das três, possui 11,0% da população do estado e apresentou 11,5% do total de óbitos do período. Observa-se, ainda, que se ignora a MRS de ocorrência de 0,5% dos óbitos registrados no estado no período em estudo.

Em relação aos óbitos por causas externas, observa-se que 52,6% dos óbitos por esta causa ocorreram na MRS de Campo Grande, 35,1% na MRS de Dourados e 10,6% na MRS de Três Lagoas, aproximando-se da distribuição populacional nestas MRS.

O suicídio apresentou proporções de 36,9% na MRS de Campo Grande, 51,2% na MRS de Dourados e 11,6% na MRS de Três Lagoas, não acompanhando a distribuição populacional, com maiores proporções de óbitos na MRS de Dourados.

Os indivíduos do sexo masculino representam a maior proporção de óbitos por todas as causas (61,0%). Neste grupo, ocorreram 82,4% das mortes por causas externas e 77,0% dos suicídios.

Nota-se que a mortalidade geral é diretamente proporcional ao aumento da idade. Entretanto, observa-se que as causas externas e o suicídio concentram-se mais na faixa etária de 20 a 39 anos, representando, respectivamente, 43,8% e 43,2% do total de óbitos por estas causas. A faixa etária de 40 a 59 anos ocupa o

segundo lugar em proporção de óbitos por causas externas (22,8%). Já em relação ao suicídio, a segunda posição é ocupada pela fase da infância e adolescência (0-19 anos) com 22,3%.

Analisando o estado civil das vítimas, nota-se que a maior proporção de óbitos por todas as causas ocorre entre os indivíduos casados (34,6%), seguidos pelos solteiros (29,3%) e viúvos (19,3%). Observa-se, contudo que se ignora o estado civil de 10,2% dos indivíduos cujos óbitos ocorreram no período do estudo. Os óbitos por causas externas e suicídio ocorreram em maior proporção entre os solteiros, 48,4 e 50,5%; em seguida vem os óbitos entre os casados (23,7 e 25,7%).

Ignora-se a escolaridade de 31% dos indivíduos cujos óbitos ocorreram no período de estudo; dentre as mortes por todas as causas tem-se que 46,3% ocorreram entre pessoas com três ou menos anos de estudo. Quadro um pouco diferente ocorre nos óbitos por causas externas, com concentração nas faixas de 4 a 7 anos de estudo (14,3%). Também há maior proporção de suicídio em pessoas com 4 a 7 anos de estudo (16,1%). Cabe ressaltar, entretanto, que ignora-se a escolaridade de 55,5% indivíduos com mortes violentas e de 51,0% dos suicidas.

Quanto à raça/cor, 9,1% das mortes por todas as causas não apresentam esta informação no atestado de óbito. A maior parte dos óbitos ocorreu em indivíduos de raça branca (48,6%) e parda (34,0%). As maiores proporções de óbitos por causas externas ocorreram entre brancos (44,8%) e pardos (37,6%). O mesmo ocorre com os óbitos por suicídio, onde brancos e pardos representaram, respectivamente 37,9 e 28,0% dos óbitos. Merece destaque, entretanto, a proporção de indígenas entre os suicídios (23,2%), uma vez que eles representam apenas 3,3% do total de óbitos.

Em relação ao local de ocorrência verifica-se uma predominância de óbitos hospitalares devido a todas as causas (65,6%), seguidos pelos óbitos ocorridos em domicílio (22,6%). Já os óbitos por causas externas tiveram suas maiores proporções em óbitos ocorridos em via pública (30,7%) e, a maior parte dos óbitos por suicídio (60,9%) ocorreu em domicílio. Ignora-se, contudo, o local de ocorrência de 8,1% dos óbitos por causas externas e 3,7% dos óbitos por suicídio.

A análise da taxa anual de suicídio (Tabela 7) demonstra que a MRS de Dourados possui a maior incidência ao longo dos anos, com taxa média no período de 13,2 suicídios por 100.000 habitantes, variando de 10,9 no ano de 1999 a 15,1 no ano de 2003. A MRS de Campo Grande foi a que apresentou a menor taxa de suicídio no período (5,1 por 100.000 habitantes), variando de 3,8 em 2001 a 6,3 em 2004 e 2006. A MRS de Três Lagoas ocupou posição intermediária, com taxa média de 8,4 suicídios por 100.000 habitantes no período e variação de 7,1 em 2008 a 11,9 em 2000.

Tabela 7 – Taxa anual de suicídio (por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde, sexo e faixa etária, Mato Grosso do Sul – 1999 a 2008

Ano	Macrorregião de Saúde			Sexo		Faixa etária (anos)				Total
	Campo Grande	Dourados	Três Lagoas	Masculino	Feminino	0 a 19	20 a 39	40 a 59	60 e +	
1999	4,5	10,9	9,0	10,8	3,5	4,0	7,9	7,7	20,7	7,2
2000	5,1	12,6	11,9	12,8	3,9	4,4	11,8	7,7	15,3	8,3
2001	3,8	11,1	7,3	10,0	3,0	3,7	7,7	9,6	8,8	6,5
2002	5,0	13,7	5,5	11,9	3,7	4,5	11,9	6,4	11,8	7,8
2003	5,1	15,1	8,4	12,6	4,6	5,5	9,9	11,4	12,9	8,6
2004	6,3	13,2	8,3	13,3	4,2	4,3	12,1	10,2	14,5	8,7
2005	5,4	14,4	8,8	12,4	4,7	4,8	10,8	11,4	12,4	8,6
2006	6,3	12,9	7,5	13,9	3,0	4,0	11,3	11,0	13,4	8,4
2007	4,5	14,0	10,8	12,1	4,0	4,2	10,5	9,5	11,1	8,1
2008	4,9	13,3	7,1	13,2	2,4	4,8	10,3	8,6	7,9	7,8
Média	5,1	13,2	8,4	12,3	3,7	4,4	10,4	9,4	12,9	8,0

A taxa média de suicídio do sexo masculino (12,3/100.000 habitantes) foi 2,3 vezes maior que a do sexo feminino (3,7/100.000 habitantes), chegando a 13,9/100.000 habitantes, no ano de 2006. A menor taxa de suicídio para o sexo masculino foi de 10/100.000 habitantes no ano de 2001. A taxa de suicídio para o sexo feminino, no estado, variou de 2,4, em 2008 a 4,7/100.000 habitantes, em 2005.

A análise das taxas de suicídio em relação às faixas etárias demonstra o oposto do que ocorre com as proporções de óbitos por suicídio em cada uma das faixas etárias, uma vez que apontam o seguimento dos idosos (com idade igual ou superior a 60 anos) com as maiores taxas de suicídio (média de 12,9/100.000 habitantes), variando de 7,9 em 2008 a 20,7/100.000 habitantes em 1999. A faixa etária com menor taxa de suicídio foi a de 0 a 19 anos, com média de 4,4/100.000 habitantes no período do estudo.

Em relação aos meios utilizados para o suicídio (Tabela 8) verificou-se que o enforcamento é responsável pela maioria dos óbitos (65,6%), tanto no sexo masculino (66,6%), como no sexo feminino (62,4%) e em todas as faixas etárias. A maior proporção de enforcamento ocorreu nos indivíduos com idade inferior a 20 anos do sexo masculino, entre os quais representou 84,3% dos suicídios e, a menor proporção (45,1%) ocorreu entre as mulheres de 40 a 59 anos.

Os suicídios por armas de fogo ocupam o segundo lugar entre os homens (20,6%) e o terceiro entre as mulheres (14,1%). Merece destaque os grupos de homens idosos e na faixa etária de 40 a 59 anos, onde representaram, respectivamente, 25,0% e 24,1% dos suicídios. Entre as mulheres, a faixa etária com maior predomínio de suicídio através do uso de armas de fogo foi a de 40 a 59 anos (21,1%).

Tabela 8 – Proporção de óbitos por suicídio segundo o meio utilizado, sexo e faixa etária, Mato Grosso do Sul, 1999 – 2008

Meios	Masculino					Feminino					Total
	0 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 e + anos	Total	0 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 e + anos	Total	
Enforcamento	84,3	67,2	54,9	60,3	66,6	79,0	52,4	45,1	63,3	62,4	65,6
Arma de fogo	11,1	21,4	24,1	25,0	20,6	12,1	13,6	21,1	10,0	14,1	19,1
Intoxicação	3,4	7,8	13,3	7,6	8,3	7,6	25,2	19,7	16,7	16,8	10,2
Objeto cortante/penetrante	0,0	1,1	3,2	1,6	1,5	0,0	0,0	2,8	3,3	0,7	1,3
Fumaça, fogo e chamas	0,0	0,3	1,3	2,2	0,7	0,6	2,7	2,8	3,3	2,0	1,0
Precipitação	0,0	0,8	0,6	1,1	0,7	0,6	0,7	4,2	3,3	1,5	0,9
Afogamento	0,4	0,5	0,6	1,1	0,6	0,0	1,4	1,4	0,0	0,7	0,6
Outros	0,9	0,8	1,9	1,1	1,1	0,0	4,1	2,8	0,0	2,0	1,3
Total	17,3	45,2	23,2	13,6	100,0	38,8	36,3	17,5	7,4	100,0	100,0

Nota: Foram excluídos 9 suicídios masculinos por enforcamento com faixa etária ignorada

As intoxicações foram responsáveis por 16,8% dos suicídios femininos, ocupando o segundo lugar neste grupo e, 8,3% dos suicídios masculinos, sendo o terceiro meio mais freqüente. O grupo em que as intoxicações tiveram maior representatividade foi entre as mulheres de 20 a 39 anos (25,2%). A menor proporção foi observada nos suicídios masculinos em que a idade era inferior a 20 anos (3,4%).

As demais formas de suicídio representaram isoladamente, até 2% dos óbitos por suicídio, em ambos os sexos e em todas as faixas etárias.

Após a descrição dos dados e com o objetivo de verificar a chance de morrer por suicídio, considerando-se que morreu por causas externas, procedeu-se a análise dos modelos de regressão de cada variável explicativa em relação à variável resposta, sendo analisados seus p-valores (Tabela 9). Os dados considerados nesta análise foram restritos ao ano de 2008.

Para isso, considerou-se como variável resposta uma variável binária (0 ou 1), onde 1 (um) significa que ocorreu o óbito por suicídio e 0 (zero) que não ocorreu suicídio, ou seja, o indivíduo morreu por outra causa externa.

Tabela 9 - Estimativas de máxima verossimilhança do modelo com as variáveis Macrorregião de Saúde, sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor e local de ocorrência, Mato Grosso do Sul – 2008

Covariável	Descrição	Coefficiente de regressão	Estimativa dos coeficientes de regressão	Estimativas dos desvios padrões	Valor z	PR(> z)
Macrorregião						
X ₀	Intercepto	β_0	-2,6936	0,1282	-21,017	<2e-16
X ₁	MRS Dourados	β_1	0,8025	0,1675	4,792	1,65e-06
X ₂	MRS Três Lagoas	β_2	0,2609	0,2772	0,941	0,347
Sexo						
X ₀	Intercepto	β_0	-2,27312	0,08436	-26,947	<2e-16
X ₁	Feminino	β_1	-0,19679	0,21413	-0,919	0,358
Faixa etária						
X ₀	Intercepto	β_0	-2,0573	0,1679	-12,252	<2e-16
X ₁	20 a 39 anos	β_1	-0,2403	0,2044	-1,176	0,2397
X ₂	40 a 59 anos	β_2	-0,1729	0,2323	-0,745	0,4565
X ₃	60 anos e +	β_3	-0,6696	0,3229	-2,073	0,0381
Estado civil						
X ₀	Intercepto	β_0	-2,2697	0,1056	-21,500	<2e-16
X ₁	Casado + união consensual	β_1	0,1297	0,1856	0,699	0,4847
X ₂	Viúvo	β_2	-1,0261	0,5197	-1,974	0,0483
X ₃	Separado	β_3	0,5245	0,3434	-1,527	0,1267
Raça cor						
X ₀	Intercepto	β_0	-2,63177	0,13479	-19,525	<2e-16
X ₁	Preto + Pardo	β_1	0,02908	0,18695	0,156	0,876
X ₂	Indígena	β_2	2,09896	0,21807	9,625	<2e-16
Local de ocorrência						
X ₀	Intercepto	β_0	-3,1388	0,2003	-15,669	<2e-16
X ₁	Domicílio	β_1	2,5561	0,2330	10,970	<2e-16
X ₂	Via pública	β_2	-1,9807	0,5399	-3,669	0,000244
X ₃	Outros	β_3	0,9711	0,2582	3,761	0,000169

Foram tomados como linha de base a MRS de Campo Grande, o sexo masculino, a faixa etária de 0 a 19 anos, o estado civil solteiro, a raça/cor formada pela junção das raças branca e amarela e como local de ocorrência os óbitos hospitalares acrescidos dos ocorridos em outros estabelecimentos de saúde.

A partir da análise univariada, observou-se significância estatística para Macrorregião de Saúde (MRS), faixa etária, estado civil, raça/cor e local de ocorrência do óbito.

No modelo multivariado, contudo, a MRS e a faixa etária, deixaram de ser significativas, sendo por este motivo, retiradas do modelo.

Após a análise univariada do modelo, utilizou-se o teste de razão de verossimilhança para encontrar o modelo que fosse concomitantemente parcimonioso e que se ajustasse bem aos dados. Assim traçou-se o modelo final com as variáveis explicativas cujos parâmetros estimados foram significativos aos níveis estatísticos usuais (Tabela 10).

Tabelas 10 - Estimativas de máxima verossimilhança para os coeficientes dos parâmetros do modelo, Mato Grosso do Sul - 2008

Covariável	Descrição	Coeficiente de regressão	Estimativa dos coeficientes de regressão	Estimativas dos desvios padrões	PR(> z)
X ₀	Intercepto	β ₀	-3,2109	0,2230	<2e-16
X ₁	Raça indígena	β ₁	1,6252	0,2475	5,2e-11
X ₂	Estado civil viúvo	β ₂	-1,4858	0,5586	0,00781
X ₃	Estado civil separado	B ₃	0,9187	0,3981	0,02101
X ₄	Local de ocorrência domicílio	B ₄	2,5422	0,2609	<2e-16
X ₅	Local de ocorrência via pública	B ₅	-1,7803	0,5468	0,00113
X ₆	Local de ocorrência outros	B ₆	0,7624	0,2888	0,00828

Desta forma, a chance de morrer por suicídio, no estado de Mato Grosso do Sul, no ano de 2008, dado que morreu por causas externas, pode ser estimada da seguinte forma:

$$\hat{\pi} = (1 + \exp(3,2109 - 1,6252X_1 + 1,4858X_2 - 0,9187X_3 - 2,5422X_4 + 1,7803X_5 - 0,7624X_6))^{-1}$$

Onde: $\hat{\pi}$ representa a probabilidade de óbito por suicídio.

Após a fase de estimação dos parâmetros do modelo, estimou-se a chance do indivíduo com determinado perfil, teve de suicidar no estado de Mato Grosso do Sul, no ano de 2008. Demonstram-se na Tabela 11 as razões de chance (Odds ratio - OR) calculadas e seus intervalos de confiança (95%) para o evento.

Tabela 11 – Estimativas dos coeficientes de regressão, desvios padrões e razões de chance da ocorrência de suicídio, no conjunto de óbitos por causas externas, Mato Grosso do Sul, 2008

Descrição	Estimativa dos coeficientes de regressão	Estimativas dos desvios padrões	Estimativas das razões de chance	Intervalo de confiança (95%)
Raça indígena	1,6251	0,2475	5,0790	3,1266 - 8,2505
Estado civil viúvo	-1,4858	0,5586	0,2263	0,0757 - 0,6764
Estado civil separado	0,9187	0,3981	2,5060	1,1485 - 5,4681
Local de ocorrência domicílio	2,5422	0,2609	12,7079	7,6205 - 21,1916
Local de ocorrência via pública	-1,7803	0,5468	0,1686	0,0577 - 0,4923
Local de ocorrência outros	0,7624	0,2888	2,1435	1,2171 - 3,7750

A partir da análise da Tabela 11, pode-se concluir que a chance de uma pessoa indígena suicidar é aproximadamente 5,1 vezes a de uma pessoa pertencente a outra raça/cor,, mantendo-se o estado civil e o local de ocorrência do óbito. Ser viúvo, em comparação às demais condições de estado civil, pode ser considerado fator de proteção para o suicídio, mantendo-se as mesmas condições de raça e local de ocorrência do óbito. Indivíduos separados possuem 2,5 vezes a chance de cometer suicídio que indivíduos solteiros, mantendo-se o local de ocorrência e raça/cor. A chance da morte por suicídio ocorrer no domicílio é aproximadamente 13 vezes em relação às mortes em hospitais e estabelecimentos de saúde, por esta mesma causa, mantendo-se a raça/cor e o estado civil. Mantendo-se as mesmas condições de estado civil e raça/cor, a via pública pode ser considerada como um fator de proteção ao suicídio, em relação aos óbitos hospitalares e em outros estabelecimentos de saúde. A chance de o indivíduo morrer em outros locais é cerca de 2,1 vezes a de morte hospitalar ou em outro estabelecimento de saúde, mantendo-se a raça/cor e o estado civil.

6 DISCUSSÃO

A distribuição proporcional da mortalidade geral neste estudo aproxima-se da verificada por Souza⁵⁹, no estudo da população de Itabira, para o período de 1990 a 2001, indicando maior proporção de óbitos no sexo masculino e entre os idosos.

A taxa de mortalidade por causas externas do estado de Mato Grosso do Sul em 2007 (86,0/100.000 habitantes) o classifica como sexto estado brasileiro com maior taxa de óbito por causas violentas no ano de 2007, ficando atrás apenas dos estados do Espírito Santo (110,3/100.000), Alagoas (96,7/100.000), Rio de Janeiro (96,5/100.000), Pernambuco (94,8/100.000) e Roraima com taxa de 92,7/100.000 habitantes⁴². Coloca-o, também com a maior taxa de óbitos por causas externas da região Centro-Oeste, pois os estados de Mato Grosso, Goiás e o Distrito Federal apresentaram, respectivamente, 85,7, 73,5 e 71,7 óbitos por causas violentas a cada 100 mil habitantes⁴². Esta taxa foi maior que a do estado de São Paulo que apresentou 34% de queda na incidência das mortes por causas externas no período entre 1999 e 2008, passando de 94,1 para 62,0 óbitos por 100.000 habitantes⁶⁰. Entretanto, as taxas de óbitos por causas externas deste estado para o período 1999 a 2008, que variaram de 78,3 em 2001 a 89,0 por 100 mil habitantes em 2004, são menores que as taxas divulgadas pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde⁶¹ para o Brasil (119,9/ 100.000) e região Centro-Oeste (138,3/ 100.000) para o ano de 2004.

A proporção de óbitos por causas externas (15,1%) no total de óbitos ocorridos no estado foi maior que a ocorrida no estado de São Paulo, no período de 1977 a 1994, que variou de 8,7 a 12,5%⁶², e no ano de 1999 (14,3%), e 2008,

quando correspondeu a 10,3%⁶⁰. Foi superior também à observada por Souza et al. (2006) em Itabira, nos anos de 1990 (9,5%) e 2001(8,1%) e à encontrada por Lima e Ximenes⁶³, na cidade de Recife, onde as causas violentas representaram proporções que variaram de 5,9% (1977) a 13,6% (1990) do total de óbitos ocorridos neste município. A representatividade das causas externas, em Mato Grosso do Sul é, entretanto, menor que a verificada em outros estados brasileiros, tais quais, Roraima, Amapá e Rondônia, onde as mortes violentas representam, respectivamente, 25,8, 21,5 e 20,0% do total dos óbitos em 2007⁴². Contudo, concorda-se com a razão de sexos proposta por Souza⁵⁹, de quatro homens para cada mulher, na mortalidade por causas externas.

A representatividade do suicídio no total de óbitos (em torno de 1,4%), foi maior que as encontradas por Marín-León e Barros⁶⁴, que estudaram a mortalidade por suicídio em Campinas, São Paulo, no período de 1976 a 2001, onde o suicídio representou aproximadamente 0,4% do total de óbitos.

Também na análise por sexo, as proporções de suicídio encontradas foram maiores que no estudo de Campinas⁶⁴, onde variaram de 0,3 a 0,8% no sexo masculino e 0 a 0,3% (do total de óbitos) no sexo feminino. No estado de Mato Grosso do Sul, os suicídios representaram 1,8% do total de óbitos masculinos. Já entre as mulheres, representaram aproximadamente 0,9%.

As mortes por suicídio, no estado de Mato Grosso do Sul, entre 1999 e 2008, representaram 9,5% (variando de 8,3 a 10,5%) do total das mortes violentas neste estado, no mesmo período. Esta proporção foi maior que a encontrada em Campinas, nos anos de 1976 a 2001, onde o suicídio representou, respectivamente, 2,0 e 5,4% dos óbitos por causas externas⁶⁴. Foi maior também que a observada no Brasil, no período de 1979 a 1994, quando o suicídio representou 5,2% (variando de

4,5 a 6,4%) do total de mortes violentas⁶².

A incidência de suicídio em Mato Grosso do Sul no período do estudo variou de 6,5 a 8,7 por 100 mil habitantes, fazendo com que o estado possua uma das maiores taxas do país. O estado com a maior taxa de suicídio é o Rio Grande do Sul, com variação, no período de 1999 a 2007, de 9,8 (2003) a 11,0 óbitos por 100 mil habitantes, em 1999⁴². À exceção dos anos de 2002 e 2007, quando Santa Catarina e Roraima ocuparam a segunda posição, Mato Grosso do Sul ficou atrás apenas do Rio Grande do Sul em incidência de suicídio entre os estados brasileiros⁴². Assim, a incidência de suicídios no estado foi bem maior que a nacional, que variou de 4,0 (1999) a 4,7 por 100 mil habitantes em 2007⁴².

As taxas de mortalidade por suicídio encontradas no presente estudo tanto entre as mulheres (média de 3,7 por 100.000 hab.), como entre os homens (média de 12,3 por 100.000 hab.) foram maiores que aquelas verificadas por Lovisi⁶⁵. (2009), que analisaram a epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Entretanto concorda-se com os autores⁶⁵ no que se refere às maiores incidências de suicídio no sexo masculino. As taxas femininas, apesar de bem menores que as masculinas, são bastante semelhantes às descritas no Rio Grande do Sul, no período de 1980 a 1999, que apresentaram variação de 3,2 a 4,7 suicídios por 100 mil mulheres⁴¹.

Comparando-se a outros países, entretanto, a incidência de suicídio no Brasil e no estado de Mato Grosso do Sul está bem aquém das taxas de outros países como Bélgica e China, com taxas de suicídio em torno de 99 por 100 mil habitantes⁴.

Observou-se, em relação às Macrorregiões de Saúde (MRS), que a MRS de Dourados foi a que apresentou as maiores taxas de suicídio (média de 13,2 por 100

mil habitantes), seguida pela MRS de Três Lagoas (média de 8,4 por 100 mil habitantes) e por fim MRS de Campo Grande (média de 5,1 por 100 mil habitantes). O estudo de Pires⁴⁹, que avaliou as intoxicações no estado de Mato Grosso do Sul, com ênfase no suicídio, no período de 1992 a 2002, demonstrou que as maiores prevalências médias de suicídio ocorreram nas microrregiões de Dourados, Cassilândia, Iguatemi e Paranaíba. Vale ressaltar, que entre os 38 municípios pertencentes a estas microrregiões, 29 pertencem à MRS de Dourados, 6 à MRS Três Lagoas e 3 à MRS de Campo Grande, coincidindo, assim, com a distribuição de suicídio encontrada por este estudo.

Mais de 70% dos suicídios ocorreram em indivíduos do sexo masculino, corroborando com a distribuição proporcional por sexo das vítimas, verificada em estudos anteriores^{6,46,59,65}. Concorda-se, portanto, com Benincasa e Rezende³⁸, que afirmam que o suicídio exitoso predomina em indivíduos do sexo masculino. Esta proporção, segundo Meneghel⁴¹ é de três suicídios masculinos para cada suicídio feminino.

As menores ocorrências de suicídio entre as mulheres são atribuídas à menor proporção de alcoolismo, maior religiosidade, à reflexão sobre os papéis sociais das mesmas, bem como ao diagnóstico e tratamento precoce de depressão e doenças mentais neste seguimento⁴¹. O inverso ocorre entre os homens, onde o desempenho da masculinidade predispõe à competitividade, impulsividade, maior acesso às armas de fogo e, conseqüentemente, maior dificuldade de lidar com falhas pessoais no papel de provedor da família⁶⁶.

A faixa etária de 20 a 39 anos representou, neste estudo, uma proporção de suicídio (43,2%) próxima da encontrada no estudo de Ponce⁶⁷, que afirma que quase metade dos casos (46,3%) se situou na faixa de 20 a 40 anos.

Entretanto, quando se analisa a faixa etária considerando-se as taxas de suicídio, concorda-se com os estudos de Lovisi⁶⁵ e Meneghel⁴¹, que verificaram que as maiores taxas de suicídio ocorrem entre os idosos. Discorda-se, portanto de Parente⁶, que referiu uma maior incidência de suicídio nas populações mais jovens.

Vem ocorrendo, entretanto, uma modificação no padrão das taxas de suicídio entre as faixas etárias, com migração das maiores taxas das faixas etárias mais idosas para as faixas etárias mais jovens e de meia idade^{35,46,64,68}. Este fato, aparentemente, também vem ocorrendo em Mato Grosso do Sul, visto que se observa um declínio das taxas de suicídios entre os idosos no período de estudo, variando de 20,7 em 1999 a 7,9 suicídios por 100 mil habitantes em 2008.

Os dados de Mato Grosso do Sul demonstram que, cerca de 50% dos indivíduos que morreram devido ao suicídio eram solteiros. Verifica-se, também que 58% destes não possuíam companheiro/companheira (solteiros, viúvos, separados). Tais informações se aproximam dos estudos de Lovisi⁶⁵ e de Parente⁶, onde a maior parte dos indivíduos que comete suicídio não possui companheiro(a). A distribuição proporcional de suicidas de acordo com o estado civil difere, portanto, da encontrada por Viana⁴⁶, onde 28,6% eram casados, 26,5% solteiros, 6,2% separados, 6,1% viúvos. Diverge, também, do estudo de Souza⁵⁹ que encontrou, entre os suicidas, em 1990, 50% de indivíduos casados e 50% de solteiros e, em 2001, 40% de casados, 20% de solteiros e 20% de viúvos.

Meneghel⁴¹, constatou em seu estudo, que maior proporção de suicídios ocorre entre pessoas casadas, porém as maiores taxas pertencem aos viúvos. O presente estudo deteve-se ao estudo das proporções de suicidas dentre as categorias de estado civil, uma vez que não se dispunha a distribuição populacional desta variável.

Para Almeida⁴³, a freqüência de suicídios é menor em indivíduos casados e aumenta de forma expressiva entre solteiros, viúvos e divorciados, destacando o isolamento social como importante fator de risco ao suicídio.

No estudo de Lovisi⁶⁵, observou-se que 38,2% dos suicidas tinham pouca educação formal. No presente estudo observa-se que aproximadamente 40% dos suicídios ocorreram em pessoas com escolaridade de até sete anos de estudo. Concorda-se, portanto, com Souza⁵⁹, em cujo estudo a maior parte dos suicídios ocorreu em indivíduos com apenas o primeiro grau de escolaridade, levantando a discussão na relação entre restrição de escolaridade, como limitadora na vida profissional e financeira, contribuindo para o aumento dos suicídios. Esta variável, entretanto, deve ser discutida com cautela, uma vez que se ignora a escolaridade de 51% dos indivíduos analisados.

A variável raça/cor passou a fazer parte da Declaração de Óbito a partir de 1995, com o intuito de investigar diferenças de risco de morte entre pessoas com cor da pele branca, preta, parda, amarela ou indígenas⁶⁹.

No presente estudo observou-se uma alta proporção de indígenas (23,2%) no total de indivíduos que cometeram suicídio, uma vez que estes representam apenas 3,3% do total de óbitos do período. Altas incidências de suicídio em povos indígenas já haviam sido relatadas entre os Guarani-Apapokuva, os Tikunas, os Caiowás, os Urubu-Kaapor, os Paresi e os Yanomani²⁵. Em relação ao suicídio de indígenas na região de Dourados, a psicóloga da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) Maria Aparecida da Costa Pereira citada no trabalho de Cassorla e Smeke¹³, já havia relatado sobre alta incidência neste grupo, justificado principalmente por: dissoluções familiares, precárias condições socioeconômicas e conflito cultural entre a origem (indígena) e a sociedade “branca” na qual se inserem.

Cabe refletir acerca da afirmação de Meneghel⁴¹ de que quando o suicídio ocorre predominantemente em um grupo etário ou étnico, isolado geograficamente, este pode estar funcionando como um medidor da pressão social à qual este grupo está submetido.

Mais de 60% dos óbitos por suicídio analisados ocorreram no domicílio da própria vítima, sendo que apenas 14,2% ocorreram no hospital. Assim, alinha-se aos estudos de Marín-León e Barros⁶⁴ e de Lovisi⁶⁵, que relataram que a maioria dos suicídios acontece no domicílio. Os mesmos autores também referiram que o ambiente hospitalar é o segundo lugar em proporção de suicídio, também coincidindo com os dados deste estudo.

A distribuição de suicídio em relação aos meios utilizados para sua efetivação coincide com o relato de Cassorla⁷⁰ que afirma que o enforcamento é o meio mais utilizado para o suicídio, em ambos os sexos, seguido pelo uso de armas de fogo e intoxicações entre os homens e, pelos mesmos dois meios, porém na ordem inversa, entre as mulheres.

Observa-se que também no estado de São Paulo, no ano de 2005⁶⁷ houve uma predominância de suicídios por enforcamentos (31,8%), em especial no sexo masculino (34,3%). Proporções semelhantes de enforcamentos (36,4%) e uso de armas de fogo (31,8%) foram descritas por Marín-León e Barros⁶⁴ para os suicídios masculinos. Lovisi⁶⁵ e Gawryszewski⁷¹ também observou um predomínio do uso do enforcamento como meio para o suicídio, com percentuais de 47,2 e 51,1%, respectivamente. Estas proporções, entretanto, encontram-se ainda muito aquém daquelas observadas para os enforcamentos, no estado de Mato Grosso do Sul, tanto para a totalidade de suicídios (65,6%) como para o sexo masculino (66,6%). Proporções de enforcamentos semelhantes a do presente estudo foram descritas

em Teresina, Piauí, no período de 2000 a 2005 e em Tubarão, Santa Catarina, de 2001 a 2005⁴⁶.

Os resultados encontrados diferem, assim, dos dados demonstrados por alguns autores, que referem que o meio mais utilizado pelas mulheres para o suicídio é a intoxicação^{64,67}, fato que não ocorreu neste estado, com maioria absoluta de enforcamentos, mesmo entre as mulheres (62,4%).

Difere também do relato de Viana⁴⁶, que observou que 20% dos suicídios femininos ocorreram por afogamento, causa que, neste estudo, foi responsável por apenas 0,7% dos suicídios femininos.

O estudo de Ponce⁶⁷ encontrou proporção razoável de suicídios por queda (13,8%), diferindo da presente dissertação, em que apenas 0,9% das vítimas utilizaram este meio.

Cabe ainda, discutir sobre a qualidade das informações de mortalidade por causas externas. Sobre este aspecto Souza⁷² acredita haver deficiências desde a sua geração, devido a falhas na formação dos profissionais responsáveis pelos registros e ausência de interligação com o uso social da informação; até sua divulgação, relacionada à insuficiência qualitativa do material.

Apesar disso, as variáveis sexo e idade tem mantido bom preenchimento (superior a 99%), permitindo, assim, que essas possam ser bem analisadas do ponto de vista epidemiológico⁷³. Também no presente estudo, observa-se que as variáveis sexo, faixa etária, macrorregião de saúde e local de ocorrência do óbito puderam ser obtidas em mais de 99% das declarações de óbito. Entretanto, não foi possível identificar 9,1% da variável raça/cor, 10,2% do estado civil e 31,0% da escolaridade do total das declarações de óbito do estado de Mato Grosso do Sul, entre 1999 e 2008. O preenchimento das variáveis estado civil e escolaridade foi

ainda pior quando o óbito esteve relacionado ao suicídio e a outras causas externas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constatou, a partir das declarações de óbitos cadastradas no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), que o estado de Mato Grosso do Sul, alcançou um total de 1761 suicídios durante os dez anos de estudo (1999 a 2008), representando 1,4% dos óbitos do período.

A taxa média de suicídio foi de 8,0 por 100 mil habitantes, fazendo com que o estado possua a segunda maior taxa média de suicídio no país, no período, ficando atrás apenas do Rio Grande do Sul.

A análise das Macrorregiões de Saúde (MRS) demonstrou que 51,2% dos suicídios ocorreram na MRS de Dourados, cuja população representa 31,2% da população do estado, levando a refletir sobre uma possível maior incidência de suicídio nesta MRS. A análise das taxas confirma esta hipótese, demonstrando que a MRS de Dourados apresentou 13,2 suicídios por 100 mil habitantes. As MRS de Três Lagoas e Campo Grande apresentaram incidências, respectivamente de 8,4 e 5,1 suicídios a cada 100 mil habitantes.

As maiores proporções de suicídio ocorreram em indivíduos do sexo masculino (77%), que também apresentaram taxas de suicídio mais de 2,3 vezes maiores que nas mulheres (12,3/100.000 homens contra 3,7/100.000 mulheres).

Em relação à faixa etária, observou-se que 43,2% dos suicídios ocorreram na faixa etária de 20 a 39 anos, entretanto, a maior incidência pertence ao seguimento dos idosos (12,9/100.000 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos).

A análise dos óbitos de acordo com o estado civil identificou que 50,5% dos suicídios ocorreram em indivíduos solteiros.

O estudo dos suicidas segundo a escolaridade foi prejudicado, uma vez que, em 51% das declarações de óbito esta variável não foi preenchida, ou desconheciasse a escolaridade da vítima.

Quanto à raça/cor, merece destaque o suicídio de indígenas, uma vez que estes, que representaram 3,3% do total de óbitos no período de estudo, foram responsáveis por 23,2% dos suicídios. Além disso, tomando como base de cálculo a população indígena sul matogrossense cadastrada pelo Sistema de Informações de Atenção à Saúde – SIASI/ FUNASA⁵³, obtém-se uma incidência anual de 59,3 suicídios por 100 mil indígenas cadastrados.

Em relação ao local de ocorrência, verifica-se que a grande maioria (60,9%) dos óbitos relacionados ao suicídio ocorreu no domicílio.

Dentre os meios utilizados para o suicídio, verificou-se que a maior parte dos indivíduos (acima de 60%) de ambos os sexos utilizaram como forma de perpetração do suicídio o enforcamento. As armas de fogo ocuparam o segundo lugar entre os homens e o terceiro entre as mulheres. Já as intoxicações foram o segundo meio mais usado no sexo feminino e o terceiro no sexo masculino. Os demais meios foram pouco utilizados.

Na análise dos modelos de regressão (realizada apenas para o ano de 2008) observou-se significância estatística apenas para a raça/cor, local de ocorrência, e estado civil. Dessa forma, considerou-se, neste estudo, que raça cor indígena, estado civil separado, e local de ocorrência domicílio e outros locais foram fatores de risco para suicídio. Já estado indivíduos viúvos e óbitos em via pública apresentaram uma menor chance de suicídio, quando comparados aos indivíduos que morreram por outras causas externas.

Este estudo analisa, entretanto apenas uma face do suicídio no estado. A

principal limitação deste estudo está relacionada ao uso de banco de dados secundários que limitam o leque de variáveis estudadas e suas formas de categorização, fugindo do alcance deste trabalho validar os dados disponíveis. Desta forma, possíveis erros e ou falhas não puderam ser corrigidos, tais como: possibilidade de incorreções no diagnóstico de suicídio, quantidade de variáveis com dados ignorados, dificuldade na determinação da raça, do estado civil, da escolaridade e da ocupação. Ainda, em virtude da inexistência no banco de dados utilizado, não foi possível incluir variáveis relacionadas à renda.

Além disso, há necessidade de melhorar o preenchimento da Declaração de Óbito; fato este que somente se dará através da conscientização dos responsáveis pelo preenchimento e do aprimoramento da investigação dos óbitos, em especial no que se refere às Causas Externas de Morbidade e Mortalidade. Contudo, apesar das deficiências, o SIM mostrou-se uma boa fonte de informações na área da saúde.

A partir do presente estudo, descreveu-se o comportamento de algumas variáveis, disponíveis no SIM, em relação às mortes por causas externas e suicídio. Entretanto, faz-se necessário o estudo de outros potenciais fatores de risco para tais causas. Assim, sugere-se a realização de trabalhos que levem em conta os outros aspectos sociais, psicológicos e nosológicos, além dos disponíveis nos bancos de dados, para melhor delimitar os fatores relacionados à ocorrência destes óbitos.

Propõe-se a investigação criteriosa dos óbitos por causas externas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos dados dos sistemas de informação, permitindo maior confiabilidade dos estudos que os utilizam como fonte de dados.

Sugere-se a utilização das análises provenientes dos sistemas de informação, pelos profissionais e gestores de saúde, em suas atividades cotidianas, com o objetivo de direcionar suas ações para a melhoria dos indicadores de saúde.

Propõe-se, ainda, a inclusão no Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, a implantação de um programa estadual de prevenção ao suicídio, sistematizado, voltado às especificidades desta população.

Sugere-se a divulgação dos fatores de risco para o suicídio, bem como o treinamento e conscientização dos profissionais de saúde que atuam na assistência, seja na atenção básica, média ou alta complexidade, para que estejam atentos às inquietações e atitudes, verbalizadas ou não, dos indivíduos por eles assistidos.

REFERÊNCIAS

- 1 WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for general physicians. Department of Mental Health, Geneva: World Health Organization; 2000. 18p.

- 2 KRUG, E. D.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Orgs.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002.

- 3 MINAYO, M.C.S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, abr./jun.1998.

- 4 WHO. World Health Organization. Programmes and projects. Mental health. Suicide prevention. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html> Acesso em: 27/11/09.

- 5 MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov.1997- fev. 1998.

- 6 PARENTE, A.C.M.; SOARES, R.B.; ARAUJO, A.R.F.; CAVALCANTE, I.S. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 377-381, jul./ago. 2007.

- 7 ROCHA, F.F., SOUSA, K.C.A. Suicídio em Belo Horizonte entre 2004 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 190-191, jun. 2007.

- 8 SILVA, V.F.; OLIVEIRA, H.B.; BOTEGA, N.J.; MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M.B.A.; DALGALARRONDO, P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, set. 2006.

- 9 TEIXEIRA, A.M.F.; LUIS, M.A.V. Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 31-36, maio 1997.

- 10 DURKHEIN, Emile. **O suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

- 11 SHNEIDMAN, E.S. **Suicide Thoughts and Reflections,1960-1980**. London: Human Sciences Press, 1981.
- 12 SHENEIDMAN, E.S. **Definition of suicide**. New Jersey: Aronson, 1994.
- 13 CASSORLA, R.M.S.; SMEKE, E.L.M. Autodestruição Humana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 61-73, 1994.
- 14 SILVA, M.M. **Suicídio - trama da comunicação**. São Paulo: Pontífice Universidade Católica de São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado). São Paulo, 1992.
- 15 PALHARES, P.A.; BAHLS, S. O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 84-85, jan./mar. 2003.
- 16 JAMILSON, K.R. **Quando a noite cai: entendendo o suicídio**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.
- 17 PARREIRA, V. T. **O suicídio em Freud**. Rio de Janeiro: Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais, Fundação Getúlio Vargas, 1988. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, 1988.
- 18 MINOIS, G. **História do Suicídio**. Lisboa: Teorema, 1998.
- 19 OLIVEIRA, S.V.; ODA, A.M.G.R. O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas duas décadas da escravidão. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 371-388, abr./jun. 2008.
- 20 FERREIRA, L.A.; LUIS, M.A.V. A construção do processo que culminou num episódio de queimadura: relato da história de vida de pacientes queimadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 125-132, jun. 2002.
- 21 WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H.; PHEBO, L.B.; VIEIRA, D.E.; GOMES, V.L.O. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, out. 2006.
- 22 RIBEIRO, D.C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006.

23 OLIVEIRA, A.; SAMPAIO, D.; AMÂNCIO, L. Perscrutando o fim – Representações sociais da morte e do suicídio na adolescência. In: J. Vala, M. Garrido; P. Alcobia (Eds.), **Percursos da investigação em Psicologia Social e Organizacional**. Lisboa: Colibri, 2004.

24 CHESNAIS, J. C. **Histoire de la Violence**. Paris: Éditins Seuil, 1981.

25 OLIVEIRA, C.S.; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

26 OLIVEIRA, A.; AMARAL, V. A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 2, p. 271-293, abr. 2007.

27 MAUSS, M. Sociologia e antropologia. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

28 BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**. Informativo da Saúde Mental. Brasília, DF, ano IV, n. 18, jan./maio 2005. Disponível em: <[http://www.ccs.gov.br/saude mental/pdf/smSUS/2005 ISMSUS 18.pdf](http://www.ccs.gov.br/saude%20mental/pdf/smSUS/2005%20ISMSUS%2018.pdf)> Acesso em: 01 set. 2008.

29 CROSS, T. L.; GUST-BREY, K.; BALL, P.B. A psychological autopsy of the suicide of an academically gifted student: researcher's and parent's perspectives. *Gifted Child Quarterly*, v. 46, n. 4, p. 247-265, Oct./2002.

30 BAECHLER, J. **Les Suicides**. Paris: Calman-Lévy, 1975.

31 KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

32 MELO, M. F. Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan./mar. 2000.

33 ROSES, M. Building Awareness-Reducing Risk: Mental Illness and Suicide. In: **Commemoration of World Mental Health Day 2006 by the Pan American Health Organization and the World**, 10 Oct. 2006. Washington: Federation for Mental Health, 2006. Disponível em:

<http://www.paho.org/English/D/PAHO_WMHD_MRoses.htm> Acesso em: 01 set. 2008.

34 ERNST, C.; LALOVIC, A.; LESAGE, A.; SEGUIN, M.; TOUSIGNANT, M.; TURECKI, G. Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n.3, p. 268-273, set./dez. 2004.

35 MELEIRO, A.M.A.S.; TENG, C.T.; WANG, W.P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

36 MOSCICKI, E.K. Identification of suicide risk factors in epidemiologic studies. **Psychiatric Clinics of North America**, Rockville, v. 20, n. 3, p. 499-517, Sept. 1997.

37 SILVEIRA, J. M.; SILVARES, E. F. M.; MARTON, S. A. Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 59-67, set./dez. 2003

38 BENINCASA, M.; REZENDE, M.M. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 124, p. 93-110, jun. 2006.

39 CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEAGA, N.; TURECKI, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl.1, p. 18-25, maio. 2009.

40 MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J.M.; WANG, Y.P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 131-134, jun. 2005.

41 MENEGHEL, S.N.; VICTORA, C.G.; FARIA, N.M.X.; CARVALHO, L.A.; FALK, J.W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-810, dez. 2004.

42 BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de informática do SUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 out. 2009.

43 ALMEIDA, O.P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

44 MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1979. Tese (Doutorado). São Paulo, 1979.

45 MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil, IV. A situação em 1980. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 19-41, fev. 1982.

46 VIANA, G.N.; ZENKNER, F.M.; SAKAE, T.M.; ESCOBAR, B.T. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 38-43, jan./mar. 2008.

47 TOOLAN, J. M. Suicide in children and adolescents. **Américan Journal of Psychotherapy**, v. 29, p. 339-344, 1975.

48 FARIA, N.M.X.; VICTORA, C.G.; MENEGHEL, S.N.; CARVALHO, L.A.; FALK, J.W. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2611-2621, dez. 2006.

49 PIRES, D.X.; CALDAS, E.D.; RECENA, M.C.P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 598-605, mar./abr. 2005.

50 MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008/2011**. Campo Grande: SES, 2007. 40 p.

51 MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Ata 151ª Reunião Ordinária. 16.03.2007, disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=47802>> Acesso em: 18 mar. 2009.

52 MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Educação Permanente em Saúde: Plano Estadual de Mato Grosso do Sul**. Campo Grande, 2009. 43p. Disponível em: <<http://www.esp.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=55173>> Acesso em: 17 jun. 2010.

53 BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <

http://sis.funasa.gov.br/transparencia_publica/siasweb/Layout/quantitativo_de_pessoas_2010.asp> Acesso em: 17 jun. 2010.

54 CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 121., Brasília, DF, 05 dez. 2005.

55 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. **Declaração de óbito**: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

56 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. 3. ed. Brasília: FUNASA, 2001.

57 WHO. World Health Organization. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: décima revisão. 5. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

58 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. (Resolução 196/96 e outras). 2. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf> Acesso em: 18 nov. 2007.

59 SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. O impacto do suicídio sobre a mortalidade da população de Itabira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1333-1342, 2006.

60 MENDES, J.D.V. Redução dos Homicídios no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 7, n.78, jun. 2010.

61 RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde, disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=C.9&lang=pt&version=ed3>> Acesso em 20.fev.2010.

62 MELLO JORGE, M.H.P.; GAWRYSZEWSKI, V.P.; LATORRE, M.R.D.O. Análise dos dados de mortalidade. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, supl., 1997.

63 LIMA, M.L.C.; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. **Cadernos de Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 829-840, out./dez. 1998.

64 MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M.B.A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 357-363, jun. 2003.

65 LOVISI, G.M.; SANTOS, S.A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl.2, out. 2009.

66 LEAL, O.F. Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. **Caderno de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, p. 7-21, 1992.

67 PONCE, J.C.; ANDREUCETTI, G.; JESUS, M.G.S.; LEYTON, V.; MUÑOZ, D.R. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo, **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, sup. 1, p. 13-16, 2008.

68 BOTEGA, N.J. Suicídio, saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n.1, p.7-8, mar. 2007.

69 BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil, 2005**. Brasília: MS; 2005.

70 CASSORLA, R.M.S. **Do suicídio**. Campinas: Papyrus, 1991.

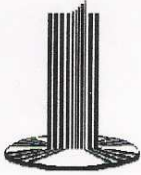
71 GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZUMI, M.S.; MELLO-JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003 jul./ago. 2004.

72 SOUZA, E. R.; NJAINE, K.; MINAYO, M. C. S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania. **Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-112, jan/jun. 1996.

73 MELLO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-654, maio/jun. 2007.

ANEXO A

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1544 da Pesquisadora Jacqueline dos Santos intitulado "Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: Fatores Sócio-Demográficos", foi revisado por este comitê e aprovado e em reunião ordinária no dia 27 de agosto de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 28 de agosto de 2009.

ANEXO B

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 216/09

CAAE: 0230.0.031.000-09

Título do Projeto: “Suicídio em mato grosso do sul, Brasil: fatores sócio-demográficos”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Jacqueline dos Santos

Orientador: Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva e Simone Gonçalves de Assis

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 11 / 2009

Data de apreciação: 09 / 12 / 2009

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

ANEXO C

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: **SUICÍDIO EM MATO GROSSO DO SUL, BRASIL: FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

Nome da Pesquisadora: Jacqueline dos Santos

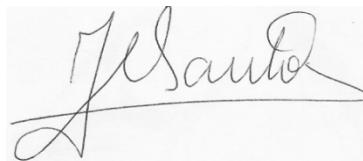
Base de dados a ser utilizada: Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Como pesquisadora supra qualificada, comprometo-me com utilização das informações contidas na base de dados acima citada, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ ou econômico-financeiro.

Declaro, ainda, que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais e, que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS), 01/07/2009



Jacqueline dos Santos

CPF 034.577.086-22

ANEXO D

Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido

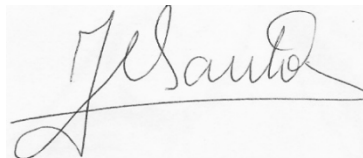
Eu, Jacqueline dos Santos, executora do Projeto de Pesquisa “SUICÍDIO EM MATO GROSSO DO SUL, BRASIL: FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS” orientado pelo Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva e pela Profa. Dra. Simone Gonçalves de Assis, venho por meio deste solicitar a esse Colegiado “Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para realizar o projeto acima, com a seguinte justificativa:

JUSTIFICATIVA:

O presente trabalho será realizado a partir de informações de um banco de dados secundários, disponibilizado pela da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), não havendo em nenhum momento da pesquisa, contato com os indivíduos aos quais se referem as informações nem a possibilidade de identificação dos mesmos.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Campo Grande (MS), 01/07/2009





Jacqueline dos Santos

CPF 034.577.086-22

ANEXO E

Solicitação de autorização para uso do banco de dados

	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE COORDENADORIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL "DR. JORGE DAVID NASSER"	
---	--	---

COMUNICAÇÃO INTERNA

SIGLA DO ÓRGÃO	NÚMERO	DATA
COES/SES	CI nº 652/2009	16/07/2009

DE: Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde		
	Ramal: 8002	Nome: Marina

PARA: Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi Gabinete/SES
--

ASSUNTO: Solicitação (Faz)

Exma. Sra. Secretária,

A Enfermeira Jacqueline dos Santos é aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, que vem se realizando nesta Escola em convênio com a ENSP/FIOCRUZ. A referida aluna está desenvolvendo a dissertação de conclusão do Curso sobre o tema: Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sócio-demográficos.

Para a realização de seu trabalho de dissertação a aluna necessita ter acesso aos dados sobre a mortalidade por causas externas, referentes ao ano de 2008.


Por isso, vimos por meio da presente, solicitar à Vossa Excelência a autorização para que a aluna possa realizar a coleta de dados para a realização de sua dissertação, na Divisão de Informações em Saúde da SES/MS.

Anexo, encaminho o projeto de pesquisa.

Pela sua atenção, somos gratos.

Atenciosamente,

Secretaria de Estado de Saúde
GABINETE
Protocolo nº 4104
Em 21/07/09 às 14:40
Nome: Marina


Marina Lopes Fontoura Mateus
Coordenadora local/ESP/COES/SES
COES/SES/MS

ÓRGÃO DE ORIGEM COES/ESP/SES

Mariza Pereira Santos
Diretora da Escola de Saúde Pública
"Dr. Jorge David Nasser"

ÓRGÃO DE DESTINO

DATA:
ASSINATURA:

A aluna poderá
solicitar os dados
que deseja e a
DVS disponibilizará

M. Mohand
230709

Beatriz Figueiredo Dobashi
Secretária de Estado de Saúde / SES

p/a COES
Eugenio Oliveira Martins de Barros
Matr.: 9264493
Diretor Geral de Vigilância em Saúde / SES

RECEBIDO
Em: 03/08/09
Ass.: Mayra Brito

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)