



## Fatores sociodemográficos e circunstâncias relacionadas à morte por suicídio em Barbacena – MG, Brasil

*Socio - demographic factors and circumstances related to death by suicide in Barbacena - MG, Brazil*

Pedro Ivo C. Campos<sup>1</sup>, Caroline C. de Oliveira<sup>1</sup>, Gabriela C. G. A. Cruz<sup>1</sup>, Melina C. A. Faria<sup>1</sup>, Samuel Henrique F. de Souza<sup>1</sup>, Fernanda B. Machado<sup>1</sup>, Rômulo C. V. de Mello<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil epidemiológico e sociodemográfico das vítimas de suicídio entre os anos de 2005 a 2015 na microrregião de Barbacena – Minas Gerais, Brasil, e avaliar as circunstâncias relacionadas a essas mortes. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado a partir da análise das declarações de óbito e exames laboratoriais complementares emitidos pelo Posto Médico Legal de Barbacena. **Resultados:** No período estudado foram registrados 222 casos de suicídio, correspondente a 7,88 mortes por 100.000 habitantes. Os resultados revelaram o predomínio de indivíduos do sexo masculino (80,18%), de cor branca, solteiros, jovens (entre 19 e 39 anos), em sua maioria trabalhadores rurais. Entre esses indivíduos a asfixia mecânica por enforcamento prevaleceu como o principal método utilizado para o suicídio, e o consumo de álcool próximo ao momento da morte foi verificado em 34,48% dos casos testados. Por outro lado, as mulheres - 19,82% dos registros avaliados, eram em sua maioria trabalhadoras do lar e utilizaram o envenenamento como o principal meio para o suicídio. As substâncias tóxicas utilizadas com maior frequência foram respectivamente os anticonvulsivantes, pesticidas e benzodiazepínicos. **Conclusões:** O perfil traçado permite a adoção de estratégias mais específicas de promoção à saúde voltadas à prevenção do suicídio. Estas devem ser baseadas na capacitação da comunidade para identificação dos indivíduos em situação de risco e, na medida do possível, na restrição do acesso aos meios mais utilizados como medicamentos psicotrópicos, pesticidas e armas de fogo.

**Palavras-chave:** Suicídio. Declaração de óbito. Enforcamento. Envenenamento.

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG, Brasil.

\***Endereço para correspondência:** Pedro Ivo C. Campos. Praça Presidente Antônio Carlos, número 8, Bairro São Sebastião, Barbacena – MG. CEP: 36202-336, Barbacena, Brasil. E-mail: pedroivoccampos@yahoo.com.br

Declaração de Conflitos de Interesse: Nada a declarar.

## Abstract

**Objective:** The present study was aimed to trace the epidemiological and sociodemographic profile of suicide victims from 2005 to 2015 in the micro - region of Barbacena - Minas Gerais, Brazil, and to evaluate the circumstances related to these deaths. **Methods:** A cross-sectional study was carried out based on the analysis of death certificates and complementary laboratory tests issued by the Legal Medical Office of Barbacena. **Results:** During the study period, 222 cases of suicide were registered, corresponding to 7.88 deaths per 100,000 inhabitants. The results have shown the predominance of male individuals (80.18%), white, single, young (between 19 and 39 years), mostly rural workers. Among these individuals, mechanical asphyxiation by hanging prevailed as the main method used for the suicide, and alcohol consumption near the moment of death was verified in 34.48% of the cases tested. On the other hand, women - 19.82% of the registries evaluated, were mostly housewives and used poisoning as the main mean for suicide. The most frequently used toxic substances were respectively anticonvulsants, pesticides and benzodiazepines. **Conclusions:** Knowing these suicide profile can allow the adoption of more specific health promotion strategies aiming the the suicide prevention. These strategies should be based on the community empowerment to identify individuals at risk and, as far as possible, on restricting access to the most used means such as psychotropic drugs, pesticides and firearms.

**Keywords:** Suicide. Death certificate. Hanging. Poisoning.

## Introdução

O suicídio pode ser visto como o fim da própria vida provocado de forma consciente e intencional. É considerado uma grande questão de saúde pública, que se manifesta como uma epidemia silenciosa universal<sup>1</sup>. Do ponto de vista prático o suicídio é um comportamento que resulta da interação complexa de fatores psicológicos, genéticos, culturais e socioambientais<sup>2</sup>.

Devido a sua característica multifatorial, o suicídio deve ser considerado o desfecho irreversível de uma série de fatores complexos que se acumulam na história do indivíduo e levam à ideação suicida. Por sua vez, a ideação suicida tem como fatores de riscos mais comuns os transtornos psiquiátricos como a depressão, além de aspectos mais subjetivos como desesperança, impulsividade, agressividade, percepção do corpo, dificuldades de comunicação e falta de pertencimento social<sup>2</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio anualmente, sendo que em 2012 o coeficiente médio de incidência foi de 11,4 casos por 100.000 habitantes<sup>3</sup>. O Brasil é o oitavo país no mundo em número de suicídios, e o quarto da América Latina. Segundo o DATASUS, em 2014 foram registradas mais de 10.000 mortes por esta causa, totalizando 5,58 óbitos por 100 mil habitantes, sendo observado um aumento de 36,7% no número de suicídios entre os anos de 1996 a 2014. Aproximadamente 1.300 desses casos ocorreram no estado de Minas Gerais, que apresentou coeficiente de mortalidade por suicídio igual a 6,92 óbitos por 100 mil habitantes em 2014, com um aumento de 56,07% no número de casos desde 1996<sup>4</sup>.

Estudos realizados nas duas últimas décadas revelam que o coeficiente nacional de óbitos por suicídio oculta variações regionais e confirmam taxas mais elevadas em homens idosos e em cidades de pequeno e médio portes<sup>5,6</sup>. Nesses locais, o principal método utilizado para o suicídio é o envenenamento por pesticidas.

O coeficiente de mortalidade por suicídio em Barbacena no ano de 2014 foi de 10,29 óbitos por 100 mil habitantes, sendo o 4º maior entre as cidades da Região Sudeste do país com populações entre 100 e 200 mil habitantes<sup>4,6</sup>. Enquanto no Brasil houve elevação aproximada de 1,2 vezes no coeficiente de óbitos por suicídio no período entre

1996 e 2014, em Barbacena essa elevação foi 3,5 vezes maior, havendo crescente preocupação em se identificar os fatores associados a esse aumento, e propor estratégias para a sua prevenção junto a rede assistencial de saúde da região<sup>7,8</sup>.

O presente estudo buscou traçar o perfil das vítimas e as circunstâncias relacionadas às mortes por suicídio ocorridas na microrregião de Barbacena – MG, atendidas pelo Posto Médico Legal (PML) da 1ª Delegacia Regional da Polícia Civil, no período de 2005 a 2015.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal observacional descritivo, de abordagem quantitativa e documental do ponto de vista de procedimento técnico. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, sob o número de parecer 1102478.

Como critério de inclusão nesse estudo, foram selecionadas todas as declarações de óbito (DO) emitidas pelo Posto Médico Legal de Barbacena/MG (PML) da 1ª Delegacia Regional de Polícia Civil que apresentavam o Bloco VII “Causas externas” preenchido como “Suicídio” no campo “Prováveis circunstâncias de morte não natural”, correspondentes à população necropsiada entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015. Os laudos periciais referentes às DO estudadas foram utilizados como fonte secundária quando apresentavam resultados de exames complementares realizados. Para analisar o perfil sociodemográfico, foram avaliadas variáveis como idade, sexo, ocupação e meio utilizado para o suicídio.

O PML da 1ª DRPC, situado em Barbacena/MG, atende 19 municípios totalizando aproximadamente 260 mil habitantes, cerca de 1,3% da população do estado de Minas Gerais segundo dados do CENSO 2010 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A medida de ocorrência analisada foi a prevalência, por se tratar de um estudo seccional, sendo que os dados obtidos foram transcritos para planilha eletrônica e processados em software estatístico Stata V9.2®, sendo feita, a partir deste, análise estatística e interpretação dos resultados. A análise dos resultados foi feita por meio de técnicas de estatística descritiva, com a construção de tabelas e o cálculo de medidas como médias,

desvios padrões, porcentagens, e coeficientes de mortalidade por causa e mortalidade por sexo.

## Resultados

Foram incluídos no presente estudo 222 casos de morte por suicídio registrados no PML de Barbacena no período de 2005 a 2015. A Tabela 1 apresenta a prevalência da mortalidade por suicídio e seus respectivos coeficientes de mortalidade, calculados com base em cem mil habitantes, estratificados por cada um dos anos incluídos na pesquisa. Observa-se maior prevalência de óbitos

por suicídio no ano de 2012, com coeficiente de mortalidade de 12,5 óbitos por 100 mil habitantes; correspondendo a 32 óbitos (25 homens e sete mulheres). A média do coeficiente de mortalidade no período foi 7,88 óbitos por 100 mil habitantes e as médias dos coeficientes de mortalidade referentes aos sexos masculino e feminino foram de 12,95 e 3,05 óbitos por 100 mil habitantes respectivamente. A média do número de óbitos foi de 20,18 (DP =7,11) correspondendo a 16,18 (DP = 5,88) para os homens e 4 (DP = 2,1) para as mulheres.

**Tabela 1-** Prevalência de óbitos e coeficientes de mortalidade por suicídio segundo o sexo. Posto Médico Legal de Barbacena/MG.

Ano	Número absoluto (%)			Coeficiente de mortalidade/100 mil habitantes		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
2005	4 (2,25)	1 (2,27)	5 (2,25)	3,20	0,76	1,95
2006	18 (10,11)	5 (11,36)	23 (10,36)	14,41	3,81	8,98
2007	18 (10,11)	2 (4,55)	20 (9,01)	14,41	1,53	7,81
2008	20 (11,24)	4 (9,09)	24 (10,81)	16,01	3,05	9,37
2009	15 (8,43)	2 (4,55)	17 (7,66)	12,00	1,53	6,64
2010	15 (8,43)	6 (13,64)	21 (9,46)	12,00	4,58	8,20
2011	11 (6,18)	4 (9,09)	15 (6,76)	8,80	3,05	5,86
2012	25 (14,04)	7 (15,91)	32 (14,41)	20,01	5,34	12,50
2013	19 (10,67)	7 (15,91)	26 (11,71)	15,21	5,34	10,15
2014	22 (12,36)	2 (4,55)	24 (10,81)	17,61	1,53	9,37
2015	11 (6,18)	4 (9,09)	15 (6,76)	8,80	3,05	5,86
<b>Média</b>	<b>16,18</b>	<b>4</b>	<b>20,18</b>	<b>12,95</b>	<b>3,05</b>	<b>7,88</b>
<b>Total</b>	<b>178 (80,18)</b>	<b>44 (19,82)</b>	<b>222 (100)</b>	-	-	-

A amostra foi constituída por 178(80,18%) homens e 44 mulheres (19,82%), tendo como faixa etária de maior frequência 19 e 39 anos de idade para ambos. A descrição da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas e método utilizado para o suicídio está apresentada na Tabela 2. A asfixia mecânica foi o principal método de suicídio utilizado pelos homens, seguido de envenenamento

e ferimento por projétil de arma de fogo. Estes, em sua maioria são trabalhadores rurais e solteiros. Por outro lado, no sexo feminino a principal causa de morte verificada foi o envenenamento, seguido pela asfixia mecânica e queimadura autoprovocada, sendo a maioria das mulheres trabalhadoras do lar e também solteiras.

**Tabela 2** - Descrição da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas e método utilizado para o suicídio. Barbacena, Minas Gerais, Brasil, 2005 a 2015.

Variável	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
<b>Idade em anos</b>			
12 – 18	6 (3,37)	5 (11,36)	11 (4,95)
19 – 39	82 (46,07)	23 (52,27)	105 (47,29)
40 – 59	71 (39,89)	14 (31,82)	85 (38,29)
60 – 88	19 (10,67)	2 (4,55)	21 (9,4)
<b>Total</b>	<b>178 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>222 (100)</b>
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	88 (49,44)	29 (65,91)	117 (52,7)
Casado	78 (43,82)	10 (22,73)	88 (39,64)
Divorciado	9 (5,06)	3 (6,82)	12 (5,41)
Viúvo	3 (1,69)	2 (4,55)	5 (2,25)
Não informado	2 (1,11)	-	2 (0,9)
<b>Total</b>	<b>178 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>222 (100)</b>
<b>Ocupação</b>			
Trabalhador rural	41 (23,03)	2 (4,55)	43 (19,37)
Outros	40 (22,47)	9 (20,45)	49 (22,07)
Construção	27 (15,17)	-	27 (12,16)
Aposentado	20 (11,24)	-	20 (9,01)
Serviços gerais	18 (10,11)	5 (11,36)	23 (10,36)
Comércio	10 (5,62)	2 (4,55)	12 (5,41)
Estudante	9 (5,06)	6 (13,64)	15 (6,76)
Desempregado	4 (2,25)	-	4 (1,8)
Indústria	4 (2,25)	1 (2,27)	5 (2,25)
Ignorada	3 (1,69)	1 (2,27)	4 (1,8)
Trabalhador do lar	2 (1,12)	18 (40,91)	20 (9,01)
<b>Total</b>	<b>178 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>222 (100)</b>
<b>Método utilizado</b>			
Asfixia mecânica	115 (64,61)	12 (27,27)	127 (57,21)
Envenenamento	18 (10,11)	18 (40,91)	36 (16,22)
PAF	15 (8,43)	2 (4,55)	17 (7,66)
Politraumatismo	12 (6,74)	3 (6,82)	15 (6,76)
Indeterminada	8 (4,49)	3 (6,82)	11 (4,95)
Queimadura autoprovocada	1 (0,56)	5 (11,36)	6 (2,7)
Outros	5 (2,81)	1 (2,27)	6 (2,7)
FCC	4 (2,25)	-	4 (1,8)
<b>Total</b>	<b>178 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>222 (100)</b>

Outros métodos utilizados para o suicídio verificados foram: ferimento por projétil de arma de fogo (PAF); ferimento por objeto cortocundente (FCC); politraumatismos incluindo precipitação de lugar elevado e precipitação ou permanência diante de objeto em movimento, queimadura autoprovocada e causa indeterminada.

Da amostra estudada, em apenas 75 necropsias (33,78%) foram realizadas dosagens de teor alcoólico no sangue (58 homens e 17

mulheres) e exame toxicológico - pesquisa de drogas, medicamentos e substâncias tóxicas - (53 homens e 22 mulheres, ver Tabela 3). A presença de alcoolemia positiva (>1,0 dg/L de etanol no sangue) foi maior entre os homens, enquanto as mulheres apresentaram maior utilização de substâncias tóxicas, com predomínio dos medicamentos anticonvulsivantes (12 casos), seguidos pelos pesticidas (9 casos) e benzodiazepínicos (7 casos).

**Tabela 3** - Perfil dos resultados dos exames complementares, segundo o sexo, em corpos necropsiados no Posto Médico Legal de Barbacena/MG, de 2005 a 2015.

	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total (%)
<b>Dosagem de teor alcoólico</b>			
Não realizada	120 (67,42)	27 (61,36)	147 (66,22)
Resultados negativos	38 (65,52)	15 (88,24)	53 (70,67)
Resultados positivos	20 (34,48)	2 (11,76)	22 (29,33)
<b>Total</b>	<b>178 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>222 (100)</b>
<b>Exame toxicológico</b>			
Não realizado	130 (73,03)	29 (50,0)	159 (66,21)
Resultados negativos	29 (60,42)	6 (40)	35 (55,55)
Resultados positivos	19 (39,58)	9 (60)	28 (44,45)
<b>Total</b>	<b>178 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>222 (100)</b>
<b>Descrição dos resultados positivos</b>			
Anticonvulsivantes	8 (26,67)	4 (21,05)	12 (24,49)
Pesticidas	6 (20)	3 (15,79)	9 (18,37)
Benzodiazepínicos	6 (20)	1 (5,26)	7 (14,29)
Analgésicos	3 (10)	2 (10,53)	5 (10,20)
Antidepressivos	1 (3,33)	3 (15,79)	4 (8,16)
Cocaína	3 (10)	-	3 (6,12)
Antipsicóticos	1 (3,33)	1 (5,26)	2 (4,08)
Cafeína	-	2 (10,53)	2 (4,08)
Nicotina	1 (3,33)	1 (5,26)	2 (4,08)
Relaxantes musculares	-	1 (5,26)	1 (2,04)
Maconha	1 (3,33)	-	1 (2,04)
Soda Cáustica	-	1 (5,26)	1 (2,04)
<b>Total</b>	<b>30 (100)</b>	<b>19 (100)</b>	<b>49 (100)</b>

## Discussão

Em todo o mundo, as mortes por suicídio são a terceira causa mais frequente de óbito na faixa etária entre 15 e 34 anos em ambos os sexos, sendo um fenômeno fortemente influenciado por variáveis sociodemográficas<sup>9</sup>. Nesse sentido, o presente estudo confirma a tendência mundial, apresentando maior prevalência de casos de suicídio em jovens adultos na faixa etária dos 19 aos 39 anos. Resultado semelhante foi apresentado por Marín-Leon e colaboradores ao avaliarem cidades da mesma região e porte populacional de Barbacena<sup>6</sup>.

Muitos trabalhos destacam a grande subnotificação referente aos casos de suicídio, não somente por falhas no sistema de registro, mas também pelo estigma religioso e cultural envolvendo o suicida. Nesse contexto, estudos epidemiológicos com base em declarações de óbito e laudos necropsiais são de grande contribuição para se dimensionar o real papel ocupado pelo suicido na mortalidade nacional<sup>8,9,10,11</sup>.

A prevalência de óbitos por suicídio verificada no presente estudo mostrou-se quatro vezes maior no sexo masculino. Esta proporção é esperada em países ocidentais, e está relacionada ao fato de os homens utilizarem métodos de maior letalidade como enforcamento e armas de fogo o



que favorece a eficácia do ato<sup>14,15</sup>. Além disso, em sua maioria, os homens demonstram maior resistência em buscar ajuda para problemas de ordem psicológica tanto junto a família como nos serviços de assistência à saúde<sup>12,13</sup>. O quadro parece estar relacionado ao estereótipo masculino de autossuficiência, no qual buscar ajuda é visto como fragilidade<sup>14</sup>.

O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas. Estima-se que 30% a 60% dos indivíduos hospitalizados por tentativa de autoextermínio apresentaram tentativas prévias, sendo que até 25% destes tentarão novamente no prazo de um ano<sup>9</sup>. Portanto, o atendimento eficiente deste paciente por uma equipe multiprofissional que ofereça acompanhamento psicológico e oriente a família quanto aos cuidados após a alta, é uma importante estratégia de prevenção ao suicídio<sup>7,9</sup>.

Os trabalhadores rurais foram o grupo ocupacional mais prevalente, e vários fatores parecem estar associados ao suicídio na população rural, como o isolamento geográfico, que gera dificuldades de acesso a serviços básicos como educação, transporte e saúde, principalmente assistência à saúde mental<sup>16</sup>. Além disso, a população rural dispõe de acesso facilitado a meios para o suicídio como cordas para o enforcamento, armas de fogo e pesticidas<sup>16,17,18</sup>.

No sexo feminino o principal grupo ocupacional observado correspondeu às trabalhadoras do lar (40,9%), semelhante ao descrito para mulheres mexicanas e chinesas<sup>19,20,21</sup>. Segundo Mostow e Newberry a trabalhadora do lar é mais susceptível a casos de depressão, um dos principais fatores de risco para suicídio<sup>22</sup>. O isolamento social causado pela reclusão ao lar, o menor grau de instrução prevalente nessa categoria, e, muitas vezes, a ausência de uma figura que ofereça apoio emocional, são fatores relacionados a maior morbidade psicológica (ansiedade/depressão) entre essas mulheres que não possuem um emprego formal<sup>22,23</sup>.

A asfixia mecânica por enforcamento foi a principal forma para o óbito por suicídio na região estudada, seguida pelo envenenamento, condição tipicamente mais comum ao sexo feminino<sup>1,12,15</sup>. O uso de armas de fogo foi a terceira forma mais utilizada para o suicídio, confirmando dados obtidos na população brasileira<sup>5</sup>. O grande número de trabalhadores rurais incluídos no estudo parece

ter facilitado o acesso a instrumentos como cordas, armas e pesticidas<sup>16,24-26</sup>.

O conhecimento sobre as circunstâncias relacionadas ao suicídio em cada região são fundamentais para o planejamento de estratégias preventivas eficazes, que poderão envolver desde a restrição da comercialização de armas de fogo, pesticidas e medicamentos psicotrópicos, até o uso de barreiras físicas em locais de maior altura ou linhas férreas<sup>27,28</sup>.

Houve maior prevalência de indivíduos solteiros na amostra estudada, refletindo uma tendência descrita para a população brasileira<sup>1</sup>. Viver sozinho parece aumentar o risco de suicídio, com taxas mais elevadas entre indivíduos divorciados ou que nunca se casaram. Nesse sentido, a presença de um parceiro ou parceira facilitaria a busca por ajuda nos casos de ideação suicida e depressão<sup>29</sup>.

No Brasil, a dosagem do teor alcoólico no sangue durante a realização das necropsias não é obrigatória, sendo realizada de acordo com os protocolos de cada serviço de medicina legal. Em consequência, no período estudado, a alcoolemia foi testada em 33,78%, do total de declarações de óbitos e exames complementares realizados, sendo que 29,33% destes apresentaram resultado positivo. Esses valores vão de encontro a outros trabalhos realizados com a população brasileira, que evidenciaram o uso de álcool em média em um terço dos casos de suicídios<sup>30</sup>. De fato, o consumo excessivo de álcool pode levar à perda de inibição, comportamento impulsivo e tendência a assumir riscos, aumentando em até seis vezes a chance de suicídio<sup>31</sup>. Sendo assim, o álcool pode ser considerado um favorecedor do impulso suicida, e, ainda, uma comorbidade de outros transtornos mentais que levam ao suicídio<sup>30</sup>.

Autores sugerem que a escolha de métodos mais letais pelos homens possa estar relacionada a impulsividade e agressividade característica do sexo masculino, além de fatores como o desemprego, desilusão amorosa e maior uso de álcool<sup>14,15</sup>. Por outro lado, entre as mulheres a intoxicação exógena foi a principal causa de óbito, confirmando dados da literatura que indicam a predileção pelo envenenamento por questões estéticas, sendo uma forma de morte não associada a desfiguração<sup>1,23,32</sup>. Como consequência, o número de exames toxicológicos positivos foi proporcionalmente maior no sexo feminino, e as principais substâncias encontradas foram drogas

anticonvulsivantes, seguidas por pesticidas, benzodiazepínicos e analgésicos.

Estudos alertam para a gravidade do uso indiscriminado de medicamentos relacionados à alta letalidade, tais como barbitúricos e antidepressivos tricíclicos e o aumento no número de casos de suicídio<sup>33</sup>. A maior aceitabilidade social e disponibilidade desse método são importantes aspectos para sua escolha. Nesse contexto, o abandono de hábitos como manter estoques de medicamentos em casa ou a maior fiscalização quanto a dispensação e descarte dessas substâncias devem ser temas incluídos nas estratégias de prevenção do suicídio<sup>34</sup>.

De forma semelhante, os pesticidas foram a segunda maior classe de substâncias utilizadas para o suicídio, fato que pode ter sido influenciado pelo predomínio de trabalhadores rurais no estudo<sup>15</sup>. Resultados semelhantes foram observados por Gunnell e Eddleston, os quais apontaram a manipulação de pesticidas e o armazenamento destes produtos próximo às residências, ou dentro das mesmas, como facilitadores do seu uso para o suicídio<sup>34</sup>.

De forma geral, o conhecimento dos métodos mais utilizados para o suicídio na região estudada é uma importante estratégia para orientar a criação de políticas e programas de prevenção mais eficazes. Destaca-se também a necessidade de se oferecer suporte, acompanhamento psiquiátrico e psicológico ao paciente que dá entrada nos serviços de urgência e emergência por tentativa de suicídio, além de envolver a família no seu processo de recuperação e tratamento.

Como limitações ao presente estudo, deve-se considerar a existência de subnotificação ou preenchimento inadequado das declarações de óbito, assim, casos de suicídio podem ter sido registrados como mortes acidentais ou por outras causas externas.

## Conclusão

A avaliação das características sociodemográficas das vítimas e das circunstâncias relacionadas às mortes por suicídio na região de Barbacena revelou o predomínio de homens jovens, solteiros, trabalhadores rurais que utilizaram o enforcamento como principal método para o suicídio. Os resultados observados tornam-se importantes para orientar a criação de estratégias específicas de prevenção ao suicídio, envolvendo, por exemplo, maior controle sobre o acesso a medicamentos e pesticidas. Além disso, é

fundamental a realização de campanhas de conscientização da população sobre a identificação e auxílio a indivíduos em situação de risco como quadros depressivos, sinais de ideação suicida ou abuso de substâncias como o álcool e drogas.

## Referências

1. Pires MCC, Silva TPS, Passos MP, Sougey EB, Bastos Filho OC. Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. *Trends Psychiatry Psychother.* 2014; 36(2): 63–74.
2. Schlösser A, Rosa GFC, More CLOO. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *TemasEmPsicol* 2014; 22(1): 133–45.
3. WHO- World Health Organization: Suicide data .Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
4. DATASUS [Internet]. Mortalidade – 1996\_2014- CID-10: Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP.* 2014; 25(3): 231–6.
6. Marín-León L, Oliveira HB de, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Pública.* 2012; 32(5): 351–9.
7. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(1): 175-87.
8. Vidal CEL, Gomes CB, Mariano CA, Leite LMR, Silva RA da, Lasmar S de C. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. *Cad Saúde Coletiva.* 2014; 22 (2): 158–64.
9. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhar J, Botega N, Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse



- sites : the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med.* 2005; 35(10): 1457-65.
10. Pompili M, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community.* 2014; 22(4): 361-7.
11. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry.* 2015; 2(3):239-45.
12. White J BD.. Silent epidemic male suicide. *BC Medical Journal.* 2011; 529-34.
13. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA de, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(6): 804-10.
14. Bilsker D, White J. The silent epidemic of male suicide. *British Columbia Medical Journal.* 2011; 53(10): 529-34.
15. Kanchan T, Menon A, Menezes RG. Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *J Forensic Sci.* 2009; 54(4): 938-42.
16. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2013; 203 (6): 409-16
17. Kőlves K. Australian Institute for Suicide Research and Prevention. Suicide in rural and remote areas of Australia. Mt Gravatt, Qld.: Australian Institute for Suicide Research and Prevention; 2012.
18. Hirsch JK, Cukrowicz KC. Suicide in rural areas: an updated review of the literature. *J Rural Ment Health.* 2014; 38(2): 65-78.
19. Fresán A, González-Castro TB, Peralta-Jiménez Y, Juárez-Rojop I, Pool-García S, Velázquez-Sánchez MP, et al. Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population. *Acta Neuropsychiatr.* 2015; 27(3): 182-8.
20. Lam SM, Lau ACW, Yan WW. Over 8 years experience on severe acute poisoning requiring intensive care in Hong Kong, China. *Hum Exp Toxicol.* 2010; 29(9): 757-65.
21. da Silva Cais CF, Stefanello S, Fabrício Mauro ML, Vaz Scavacini de Freitas G, Botega NJ. Factors Associated with Repeated Suicide Attempts: Preliminary Results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Crisis* 2009;30:73-8.
22. Mostow E, Newberry P. Work role and depression in women: a comparison of workers and housewives in treatment. *Am J Orthopsychiatry.* 1975; 45(4): 538-48.
23. Vijayakumar L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry.* 2015; 57: 233.
24. Lee L, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide. 2019. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/suicide>' [Online Resource]
25. Oh S, Lee K, Kim S, Park K, Kim Y, Kim H. Factors associated with choice of high lethality methods in suicide attempters: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst.* 2014; 8:43.
26. Sarai S; Abaid B; Lippmann S. Guns and suicide: are they related?. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2017; 19(6).
27. Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet] 2013 [citado 2017 jan 18]; 13. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-214>

28. May AM, Klonsky ED. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clin Psychol Sci Pract.* 2016; 23: 5.
  
29. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45(8):795–800.
  
30. Agadir Santos S, Legay LF, Lovisi GM. Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. *Cad Saúde Coletiva* 2013; 21(1): 53–61.
  
31. Ponce JC, Andreuccetti G, Jesus MGS, Leyton V, Muñoz DR. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35 (Suppl 1): 13-6.
  
32. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health* [Internet] 2007 [citado 2017 jan 17];7. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-357>
  
33. Patorno E. Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. *JAMA.* 2010; 303(14): 1401-9.