

COMUNICAÇÃO BREVE

Suicídio entre médicos no Estado de São Paulo, Brasil, durante uma década

Hamer Palhares-N. Alves 1, Daniel M. Palhares 2, Ronaldo Laranjeira 1, Luiz A. Nogueira-Martins 3, Zila M. Sanchez 4

1 Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil 2 Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil 3 Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil 4 Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Descrever a mortalidade por suicídio entre os médicos no Estado de São Paulo, Brasil, entre 2000 e 2009.

Métodos: Análise secundária dos dados de mortalidade do governo. A variável de interesse era “causa básica de morte”, especificamente óbitos classificados pela CID-10 como auto-mutilação intencional (X60 a X84).

Resultados: As análises examinaram 2.297 declarações de óbito, entre as quais o suicídio foi responsável por 50 casos, ou seja, 1,7% de todas as causas de morte. Mulheres compuseram de 13,2% do total da amostra e representaram 24% do grupo de morte por suicídio, o que indica uma sobre-representação de mulheres no segundo ($p = 0,02$). Mortes por suicídio ocorreram, em média, 20 anos mais cedo do que mortes por outras causas ($46,8 \pm 14,2$ anos e $68,1 \pm 15,8$ anos, respectivamente; $p = 0,001$). Houve uma associação significativa entre o estado civil solteiro e/ou divorciado e suicídio ($p < 0,001$). A taxa média de mortalidade durante o período de estudo foi de 4,2 mortes por 100.000 médicos inscritos no Conselho de Medicina do Estado de São Paulo Regional.

Conclusão: Mortes por suicídio ocorreram 20 anos antes do que as mortes por outras causas. Instituições médicas devem desenvolver estratégias para a prevenção e detecção precoce dos transtornos mentais e estressores ocupacionais que elevem o risco de suicídio entre os médicos.

Palavras-chave: suicídio; médicos; mortalidade; epidemiologia; psiquiatria ocupacional

Introdução

Estudos de causas de morte são fundamentais para monitorar a prestação de cuidados de saúde e o planejamento de estratégias para reduzir as mortes evitáveis, como as relacionadas a causas externas, incluindo o suicídio. No Brasil, secretarias municipais de Saúde procuram ativamente registros de declarações de morte (DO) e notificam as unidades apropriadas. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, contém informações sobre mortes de 1979 até o presente.

A mortalidade por suicídio varia amplamente entre os países; as taxas mais baixas são relatadas em países muçulmanos e latino-americanos (menos de 6,5 por 100.000). Taxas mais elevadas de 30 suicídios por 100.000 habitantes foram relatados na Bielorrússia, Lituânia e Rússia. A maioria dos suicídios (73%) ocorrem em países em desenvolvimento.¹

Embora a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil tenha crescido 29,5% em 26 anos (1980–2006), a taxa nacional (4,9 por 100.000 habitantes, em média) ainda é considerada baixa em comparação com as taxas de suicídio em todo o mundo.² A mortalidade por suicídio é subestimada no Brasil, e alguns óbitos registrados como tendo uma “causa desconhecida” são mais tarde revelados como suicídios.³ Entre 1996 e 2009, 6.002 suicídios foram registrados no Estado de São Paulo, Brasil, resultando em uma taxa de 4,6 mortes por suicídio

por 100.000 habitantes (7,5 para os homens e 2,0 para as mulheres).⁴

Dados internacionais indicam que os suicídios são mais frequentes entre médicos do que entre na população em geral.⁵⁻⁷ Muitos estudos têm comparado a mortalidade médica com a da população em geral e descobriram que, apesar de ter uma expectativa de vida maior e uma menor taxa de mortalidade por doenças evitáveis e de várias outras causas, os médicos são mais suscetíveis ao suicídio.⁸ Em comparação com o resto da população em idade ativa, os médicos têm uma frequência 2,45 vezes maior de morte por suicídio.⁶ Depressão, transtornos por uso de substâncias, burnout e estresse ocupacional têm sido citados como fatores de risco para o suicídio entre médicos, especialmente entre médicos mais jovens.^{7, 9-11}

Pouco se sabe sobre a prevalência de suicídio entre médicos no Brasil. Assim, este estudo teve como objetivo descrever a mortalidade decorrente de suicídio entre médicos através dos óbitos registrados no Estado de São Paulo entre 2000 e 2009.

Métodos

Amostra

Um conjunto de dados históricos, abrangendo o período de 2000 a 2009, foi construído pela recuperação de informações a partir de registros DO (Declaração de Óbito) arquivados pelo MIS, uma fonte oficial de dados do governo federal brasileiro. O conjunto de dados incluiu os DOs de paulistas com código 061 (médico) no campo

“ocupação”. Declarações em que o campo ocupação foi deixada em branco (16%) foram excluídas.

Para determinar a população de profissionais médicos no Estado, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) forneceu dados que indicavam o número de médicos cadastrados, novos inscritos, e as mortes durante o período do estudo.

A população médica registrada (ativos e inativos) em 30 de junho de 2004 (ponto médio do período de estudo), foi utilizada como denominador para calcular a taxa de mortalidade por suicídio. Nessa data, de acordo com dados de registro consultados em dezembro de 2012, havia 118.065 médicos vivos registrados no CREMESP.

As variáveis e os instrumentos

A variável de interesse era “causa básica de morte”, e a análise incidiu sobre mortes causadas por suicídio. O campo “causa básica de morte” estava completo em todos as DOs analisadas; apenas 44 das DOs (1,5%) foram decorrentes de “causas mal definidas” (R99).

As causas de morte foram descritas usando a CID-10. Somente mortes causadas por “lesões autoprovocadas intencionalmente” (códigos X60 para X84) foram consideradas.

Análise de dados

O conjunto de dados foi codificado em Microsoft Access e analisados usando o software Stata 11. Foram realizados o teste do qui-quadrado o teste exato de Fisher para determinar diferenças na proporção de mortes por tipo (suicídio ou não-suicídio) de acordo com a distribuição dos casos na tabela de contingência.

Resultados

Foram analisados dados de 2.297 DOs de médicos residentes em São Paulo, que morreram entre 2000 e 2009. Os sujeitos foram predominantemente do sexo masculino (86,2%), brancos (94%) e casados (65%)

Tabela 1 Características sociodemográficas dos 2.927 médicos falecidos entre 2000 e 2009, no Estado de São Paulo, Brasil, de acordo com a causa da morte (suicídio vs. não-suicídio)

	Não-suicídio	Suicídio	Total	Valor-p
Estado Conjugal				0,001
Casado(a)	1.838 (65,5)	23 (46,0)	1.861 (65,1)	
Divorciado(a)	254 (9,0)	8 (16,0)	262 (9,2)	
Solteiro(a)	350 (12,5)	17 (34,0)	367 (12,9)	
Viúvo(a)	344 (12,3)	1 (2,0)	345 (12,1)	
Ignorado	21 (0,7)	1 (2,0)	22 (0,8)	
Raça				0,030
Bancos	2.621 (94,0)	48 (96,0)	2.669 (94,1)	
Asiáticos	99 (3,6)	0 (0,0)	99 (3,5)	
Mulatos	47 (1,7)	0 (0,0)	47 (1,7)	
Negros	18 (0,6)	2 (4,0)	20 (0,7)	
Índigenas	2 (0,1)	0 (0,0)	2 (0,1)	
Gênero				0,023
Masculino	2.502 (87,0)	38 (76,0)	2.540 (86,8)	
Feminino	375 (13,0)	12 (24,0)	387 (13,2)	
Idade. média ± DP	68,1 (15,8)	46,8 (14,2)	67,8 (16,9)	0,001
Ano de Morte				0,910
2000	265 (9,2)	6 (12,0)	271 (9,3)	
2001	259 (9,0)	3 (6,0)	262 (9,0)	
2002	302 (10,5)	5 (10,0)	307 (10,5)	
2003	308 (10,7)	4 (8,0)	312 (10,7)	
2004	308 (10,7)	8 (16,0)	316 (10,8)	
2005	295 (10,3)	4 (8,0)	299 (10,2)	
2006	302 (10,5)	6 (12,0)	308 (10,5)	
2007	260 (9,0)	3 (6,0)	263 (9,0)	
2008	306 (10,6)	7 (14,0)	313 (10,7)	
2009	272 (9,5)	4 (8,0)	276 (9,4)	
Total	2.927 (100,0)	50 (100,0)	2.927 (100,0)	

Dados expressos como n (%), salvo indicação em contrário.

DP = desvio padrão.

Tabela 1 .

Doenças do aparelho circulatório foram a causa de morte mais frequente (29,7%), seguidas por doenças neoplásicas (27,9%), doenças respiratórias (10,7%) e causas externas (8,9%). Foram identificados cinquenta casos de suicídio (1,7% do total de mortes), o que representa 3,1% das mortes masculinas e 1,6% das mortes de mulheres. Sexo e estado civil foram associados com incidência de suicídio. As diferenças entre os grupos de suicídio e não-suicídio são mostrados na Tabela 1.

A taxa de mortalidade por suicídio na amostra foi de 4,2 para cada 100.000 médicos no ponto médio do período estudado, desconsiderando gênero. Levando em conta o gênero, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 2,9 por 100.000 para o sexo feminino e 4,9 por 100.000 para os homens entre 2000 e 2009.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos na maneira em que o suicídio foi concluído ($p = 0,080$). No entanto, uma diferença numérica foi observada: 25% das mulheres completaram suicídio por intoxicação, e 25% o fizeram por asfixia. Entre os homens, o principal método utilizado não foi definido no certificado de óbito em 34,2% dos casos. Entre suicídios para os quais o método foi listado, o mais comum envolveu o uso de uma arma de fogo (26,3%).

Discussão

A taxa de morte por suicídio para essa população de médicos (4,2 por 100 mil em média) é comparável às taxas de suicídio para a população em geral, no Estado de São Paulo durante um período semelhante (4,6 por 100 mil).⁴ Esses números semelhantes, no entanto, não são suportados pela literatura internacional.⁵⁻⁷ Subnotificação de óbitos por suicídio entre médicos pode ser um fator envolvido nesse fenômeno, e pode explicar por que o nosso estudo mostrou uma taxa de suicídio menor se comparado ao encontrado entre os médicos em outros países.^{3,12} Outros estudos são necessários para melhor compreender essa situação.

A proporção de suicídio entre os médicos do sexo feminino é outro achado notável. Mulheres compuseram 13,2% da amostra total e 24% do grupo de morte por suicídio; Assim, as mulheres estão sobre-representadas no grupo de suicídio ($p = 0,02$). É importante ressaltar que esse resultado não espelha a taxa de suicídio da população brasileira, em que os homens estão 2.3 - 4.0 vezes mais em risco.² No entanto, a taxa de mortalidade por suicídio entre os médicos do sexo feminino foi mais baixa do que a taxa para os médicos do sexo masculino. Para esclarecer, o cálculo da mortalidade proporcional usa o total de mortes como o denominador (neste caso, as mulheres representam apenas 13,2% do total de mortes entre 2000 e 2009). Para calcular a taxa de mortalidade, no entanto, o número total de indivíduos que vivem na amostra é usada como o denominador (as mulheres representam 35% dos médicos residentes). Essa discrepância poderia ser o resultado de uma diferença de idade entre homens e mulheres na Medicina: as mulheres só recentemente alcançaram representação numérica na profissão proporcional a dos homens. Portanto, se o total de mortes relatadas é a base do cálculo, as mulheres estão suscetíveis. No

entanto, quando a população de médicos vivos é usada como linha de base, os homens são mais susceptíveis do que as mulheres para consumir o suicídio, o que reflete o comportamento da população em geral.^{2,4}

Mortes por suicídio ocorreram, em média, 20 anos mais cedo do que as mortes por outras causas ($46,8 \pm 14,2$ anos e $68,1 \pm 15,8$ anos, respectivamente). Esta constatação não reflete o padrão observado na população brasileira em geral, em que a maior incidência de suicídio é observado entre as pessoas com mais de 65 anos.²

É importante ressaltar que a morte prematura por suicídio cria um ônus econômico significativo. Estima-se que a perda de produção causada por suicídio custou ao Brasil R\$ 1,3 bilhões em 2001.¹³

Os resultados mostraram uma associação significativa entre o estado civil solteiro e/ou divorciado e suicídio ($p < 0,001$), indicando o importante papel de apoio da família na detecção e tratamento de predisposições ao suicídio. Um estudo mostrou que, quando comparada com a população geral com a mesma causa de morte, os médicos que cometeram suicídio tiveram maior incidência de transtornos mentais ou problemas relacionados ao trabalho.

Apesar dessa realidade, análises toxicológicas revelaram que a proporção de médicos em tratamento psicofarmacológico com antidepressivo era inferior a da população em geral.¹¹ Tais resultados sugerem que um tratamento inadequado e um aumento da taxa de problemas relacionados ao trabalho e estresse podem constituir fatores de risco potencialmente modificáveis, que podem ser chaves para reduzir mortes por suicídio entre os médicos.

Alguns autores indicam que médicos são mal atendidos pela rede de prevenção e cuidados atual.⁷ Na verdade, um consenso de especialistas americanos sugeriu que a cultura médica tacitamente desencoraja assistência precoce pois os que procuram ajuda podem ser estigmatizados e expostos ao preconceito, correm o risco de desemprego e até de perder sua licença profissional. O consenso afirmou que a remoção dessas barreiras culturais e institucionais é imprescindível e constitui uma medida para salvar vidas.⁷

Uma possível limitação deste estudo é a possível perda de casos por subregistro, subnotificação e preenchimento inadequado dos campos "ocupação" ou "causa básica da morte".¹² Quando é difícil estabelecer a intencionalidade por trás do ato violento, sua classificação contém um grau de imprecisão. Certidões de óbito tipicamente descrevem a natureza do evento causador da morte (mecânico ou fisiopatológico) em vez da sua intencionalidade (acidental, suicídio, ou homicídio).¹² No Brasil, é provável que a taxa de mortalidade por suicídio seja, pelo menos, duas vezes mais elevada que a registrada, de acordo com um estudo em que as mortes por "causas externas de tipo ignorado" foram cuidadosamente avaliadas por meio da coleta de dados a partir de delegacias de polícia e institutos médico-legais, e de visitas domiciliares.³

A literatura sobre o suicídio no Brasil também revela diferenças entre as regiões (4,7 por 100.000 habitantes no Norte e 9,4 por 100.000 no Sudeste), com taxas mais elevadas nos municípios menores (4 por 100.000 em cidades maiores de 200.000 habitantes e 13 por 100.000

em cidades menores de 20.000). Houve um aumento significativo nas taxas de suicídio nas últimas décadas, especialmente entre homens com idades entre 15 a 24 anos (0,3–6,0 por 100.000).^{12,14}

Instituições médicas (escolas médicas, agências reguladoras, e associações profissionais e de especialidade) têm um papel importante a desempenhar no fornecimento de conhecimentos sobre saúde médica e desenvolvimento de estratégias para melhorar a prevenção e a detecção precoce dos transtornos mentais e estresse ocupacional, os quais aumentam o risco de suicídio na população médica.^{12,15} Apesar da evidente necessidade, há notável *déficit* tanto de uma estratégia eficaz quanto de política nacional de prevenção ao suicídio no Brasil.¹²

Declaração: Os autores relatam não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Este estudo recebeu apoio financeiro e organizacional do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

Referências

- 1 Bertolote JM, De Leo D. Global suicide mortality rates - a light at the end of the tunnel? *Crisis*. 2012;33:249–53.
- 2 Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. [Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:S86–94.
- 3 Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5:212–23.
- 4 Bando DH, Brunoni AR, Fernandes TG, Benseñor IM, Lotufo PA. Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:286–93.
- 5 Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2295–302.
- 6 Stack S. Suicide risk among physicians: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res*. 2004;8:287–92.
- 7 Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003;289:3161–6.
- 8 Torre DM, Wang NY, Meoni LA, Young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35:146–53.
- 9 Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12:344–6.
- 10 Tomioka K, Morita N, Saeki K, Okamoto N, Kurumatani N. Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occup Med (Lond)*. 2011;61:163–70.
- 11 Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:45–9.
- 12 Bertolote JM, Botega N, de Leo D. Inequities in suicide prevention in Brazil. *Lancet*. 2011;378:1137.
- 13 Ywata AX, Cerqueira DRC, Rodrigues RI, Lobão WJA. Custo das mortes por causas externas no Brasil. *Rev Bras Biom*. 2008;26:23–47.
- 14 Mello-Santos Cd, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980–2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27:131–4.
- 15 Sher L. Towards a model of suicidal behavior among physicians. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:111–2.