

SUICÍDIO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS AO SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, CID-10

Amanda Gabrielly Magalhães Miranda¹

Michelle Ferreira de Souza²

Viviane Cristina Caldeira³

Melissa Carvalho Martins⁴

Juliana Burgo Godoi Alves⁵

Resumo: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo, sobre as taxas de mortalidade por suicídio no município de Jataí-Goiás, no período de 2009 a 2014, que possibilitou a identificação dos fatores de risco mais frequentes nos casos de autoextermínio. A coleta do número de mortalidade por suicídio ocorreu através de pesquisa de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Neste estudo a maioria dos casos foram cometidos por homens, jovens de 20 a 29 anos, solteiros, com escolaridade entre 4 e 7 anos por enforcamento ou auto intoxicação. Tal ocorrência caracteriza-se como problema de saúde pública, sendo necessária atenção e capacitação não só dos profissionais de saúde, como da população em geral para detecção precoce de possíveis casos e intervenção necessária para a mudança desse desfecho.

Palavras-chave: Autoextermínio. Epidemiologia. Fatores de risco. Suicídio.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio ou autoextermínio é o ato intencional de um indivíduo dar fim a sua própria vida. A tentativa de suicídio se caracteriza pelos atos intencionais de se matar que não levam ao óbito, esses atos alcançam a estimativa de 60.000 tentativas diárias e entre 15 e 25% dessas pessoas se matam nos próximos 10 anos (BOTEGA et al, 2006).

O suicídio está entre as quatro principais causas de morte em pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (LOVISI et al., 2009). De acordo com a OMS nos últimos 45 anos houve um aumento de 60% no número

1 Acadêmica do curso de Medicina UniFimes. amandagmm97@gmail.com

2 Enfermeira pela Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí. michelle-souza1992@hotmail.com

3 Docente no Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mestranda em "Atenção em Saúde" pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC - GO). Pós-graduada (lato sensu) em "Enfermagem do Trabalho" pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais (CEUCLAR). Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais (CEUCLAR), viviane@fimes.edu.br

4 Médica, especialista em Medicina do Trabalho. Coordenadora do curso de Medicina da UniFimes. dramelissa@fimes.edu.br

5 Enfermeira, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde - PUC-GO. Docente do curso de Enfermagem da Regional Jataí/UFG. burgogodoi@gmail.com

de suicídios e a cada ano ocorre cerca de 1 milhão de mortes no mundo, o que representa uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2012).

Dentre os fatores de risco para cometer suicídio os que mais se destacam são os transtornos mentais, no entanto, perdas abruptas, impulsividade e situações clínicas extremas são estudadas como possíveis causas. Além desses fatores estudos observaram que ser do sexo masculino, ter entre 15 e 35 anos, estar desempregado, ser solteiro, não participar de grupos religiosos ou ter situação financeira muito elevada ou muito baixa aumentam o risco de tentativa de eliminar a própria vida (WHO, 2003)

Ramos e Falcão (2011), afirmam que o Brasil ocupava o nono lugar em números de suicídios em 2011, e que mesmo com taxas consideradas baixas, dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que nos últimos 20 anos houve um crescimento de aproximadamente 20% nos casos de autoextermínio e a taxa de mortalidade do país vem crescendo nos últimos anos.

Apesar das taxas serem altas e estarem crescendo nos últimos anos, Lovisi (2009) afirma que este número na realidade deve ser muito maior devido a subnotificação e omissão de casos.

Antes de cometer o suicídio, a pessoa passa por um processo de pensamento suicida, onde imagina que esta seria a solução para colocar fim em seu sofrimento, quando esse pensamento se intensifica, pode ser o início do planejamento suicida, onde o indivíduo realiza planos e metodologias para dar fim a sua vida, ou realiza a tentativa por impulso, sem planejamento prévio, podendo ter êxito em sua tentativa ou se frustrando com ela (BERTOLOTE, 2012).

Em 2006, foi lançada oficialmente no Brasil, a estratégia nacional de prevenção do suicídio, que inclui, entre outras atividades, a qualificação dos profissionais de saúde para a abordagem de casos de risco de suicídio. O Ministério da Saúde enfatiza que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, devem ser implantadas em todas as unidades federadas (BRASIL, 2006).

Os profissionais da saúde devem estabelecer ações estratégicas de promoção, prevenção, educação e redução de danos para a sociedade, estimular pesquisas, linhas de cuidados e educação permanente no intuito de se reconhecer pessoas que necessitem de cuidados de forma integral e humanizada (KOHLRAUSCH, 2012).

É difícil entender por que alguém chega a tirar a própria vida, quais as possíveis razões para ocorrência desse fato? As razões seriam psicológicas, biológicas, socioeconômicas? Tudo isso deve ser levado em consideração para que se possa estudar sobre o suicídio

(FERREIRA et al., 2014). Lembrando que antes de chegar ao ato, o suicida já mostrou sinais ou falou com alguém sobre seu sofrimento. A atenção a todo este processo e a capacidade de lidar com ele pode mudar o desfecho da situação (MOURA et al., 2011).

Como se trata de um assunto considerado problema de saúde pública identificamos a necessidade de se realizar um estudo com o objetivo de analisar os aspectos epidemiológicos do suicídio, identificando a frequência dos fatores influenciadores na cidade de Jataí-GO.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo, sobre as taxas de mortalidade por suicídio no município de Jataí-Goiás, no período de 2009 a 2014.

A coleta de dados de mortalidade por suicídio ocorreu através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que foram fornecidos pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (NVEAS) de Jataí mediante autorização por escrito e assinada pela secretaria municipal de saúde.

O sistema apresentou como resultado os casos de óbito por Lesão Autoprovocada Voluntariamente (CID-10). O número de suicídios foi gerado levando em consideração as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade e métodos utilizados para o suicídio. A partir desse número, foi possível calcular a taxa total de suicídios dividindo-se o número absoluto de mortes por suicídio pela quantidade populacional do município no respectivo ano e multiplicando o resultado por 100.000.

Foram considerados como critérios de inclusão todos os casos de tentativas de suicídio confirmados de pessoas notificadas no município de Jataí no período de 2009 a 2014 e excluídos os casos notificados cujo fechamento da ficha consta como descartado, aguardando fechamento ou em investigação.

Resultados e Discussão

O resultado da pesquisa no banco de dados DATASUS apresentou um total de 43 casos de óbito por Lesão Autoprovocada Voluntariamente (CID-10) em Jataí-Goiás no período de 2009 a 2014. O número de casos foi coletado de acordo com sexo, idade, estado civil, escolaridade e métodos utilizados para o suicídio.

Existem quatro níveis de classificação do suicídio de acordo com a Organização Mundial da Saúde sendo eles: Baixo, quando menor que 5 habitantes em 100 mil; Médio entre 5 a 15; Alto de 15 a 30; e muito alto acima de 30 por 100 mil.

As taxas de mortalidade por suicídio no município permaneceram entre 5,61 e 11,59 entre os anos de 2009 e 2014, com média de 7,88 mortes por 100 mil habitantes classificando-se assim como nível médio.

De acordo com os dados obtidos a maioria dos casos foram cometidos por homens, jovens de 20 a 29 anos, solteiros, com escolaridade entre 4 e 7 anos por enforcamento ou auto intoxicação.

A análise realizada a partir da variável sexo mostra que o índice de suicídios no período é predominante no sexo masculino, sendo este de 81,39% (variando entre 3 e 10 casos por ano), em relação ao sexo feminino que é de 18,60% (entre 0 e 3 por ano estudado). Quando comparados esses dados considerando o ano do acontecimento, percebe-se que em todos os anos, exceto em 2010 o número de casos entre os homens superaram o número de casos entre as mulheres (Tabela 1).

Quanto ao sexo, os resultados obtidos nesta pesquisa estão em conformidade com a produção científica pesquisada, ocorrendo o predomínio de suicídio no sexo masculino.

Parente, et al. (2007), concluíram em seu estudo que as mulheres possuem maior comportamento suicida e que elas realizam mais tentativas que os homens, no entanto escolhem métodos menos invasivos como a auto intoxicação, sendo mais fácil a reversão dos casos; Já os homens preferem métodos mais viris e letais como enforcamento e envenenamento, e são mais efetivos em suas tentativas.

Alguns homens quando enfrentam o fracasso de não conseguirem ser um bom provedor para a família, não alcançam suas expectativas pessoais, ou passam por situações de crise principalmente de ordem financeira, elevam o consumo de álcool e drogas, isso pode levar a desordem familiar, desemprego e posteriormente ao suicídio (LEÓN; BARROS, 2003). Homens com comportamento impulsivo e competitivos possuem ainda mais predisposição para se suicidarem em momentos de crise e estresse, principalmente aqueles que possuem acesso a armas de fogo ou outros métodos capazes de causar lesões auto provocadas (SOUZA, et al., 2011).

As mulheres por sua vez possuem maiores características preventivas como religiosidade, menor prevalência de dependência química, maior papel vivenciado na família e sociedade; e recorrem a serviços de saúde com maior frequência e buscam ajuda com maior facilidade quando reconhecem que estão em momento de crise (MENEGHEL, et al., 2004).

Para as mulheres a maternidade e o sentimento de importância na vida de alguém, principalmente da família, reduz a probabilidade de autoextermínio, já os homens se importam em ter um bom emprego, se sentirem produtivos e estar socialmente integrados (YING;CHANG, 2009).

Na Tabela 2 ao analisar a idade, verificamos que a maioria dos suicidas, encontravam-se entre 20 a 29 anos (30,23%), seguidos pelos de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos (ambos com 16,23% dos casos) e os menores índices foram entre as idades de 15 a 19 anos e entre 70 a 79 anos (ambos com 2,32% dos casos).

Os dados mostram uma maior incidência em jovens e na literatura consultada a maior parte dos dados apontaram ocorrência de maior índice em idosos com idade acima de 60 anos.

De acordo com Meneghel et al. (2004), os índices de suicídio aumentavam conforme a faixa etária, e as maiores taxas se concentravam entre os indivíduos idosos, mas que essa realidade vem se modificando nos últimos anos, podendo se perceber um aumento nos casos entre pessoas mais jovens.

Quando analisados os dados de 1980 a 1985 em Campinas – SP pode-se perceber que o maior índice de suicídio se concentrava entre as pessoas com 55 anos ou mais, ao realizar a análise dos dados referente aos anos 1997 a 2001 observou-se uma redução na taxa de suicídios entre os idosos e um aumento na taxa de adultos de 34 a 54 anos (LEÓN e BARROS, 2003). A mudança no perfil etário da ocorrência de suicídio observada por estes autores foi confirmada no presente estudo, sendo a ocorrência observada em adultos jovens com idade entre 20 a 29 anos.

Para Ying e Chang (2009), o crescimento de números de casos entre jovens pode estar relacionado a dificuldade no estabelecimento profissional, dificuldades financeiras, pressões acadêmicas ou até rompimentos amorosos.

Na Tabela 3 pode ser observado que os casos de suicídio ocorrem em menor proporção entre os casados porque o vínculo se caracteriza como ponto preventivo, já os solteiros estão mais propensos ao isolamento social, característica essa considerada um fator de risco (BOTEGA, 2014).

Apesar da literatura demonstrar uma elevada taxa de suicídios em indivíduos divorciados e viúvos, esta pesquisa demonstrou um percentual menor nesses grupos.

De acordo com os dados de escolaridade, 46,51% tinham registros ignorados, sendo que 23,25% estudaram entre 4 e 7 anos, seguidos de 11,62% que estudaram 12 anos ou mais (Tabela 4).

Estudos consultados trazem que normalmente as pessoas que cometem suicídio possuem fator socioeconômico extremo, seja de pobreza ou de excesso de riquezas. A baixa escolaridade comumente está associada a pobreza, que se apresenta como fator de risco para a ocorrência de auto extermínio. (SOUZA et al., 2011)

No estudo de Machado e Santos (2015) ficou evidenciada a influencia da desigualdade social e da baixa escolaridade na ocorrência desses fatos, a exposição a violência, ambiente social, sentimento de privação e estresse, sentimento de não pertencer ao espaço onde vive, a baixa autoestima e a desvalorização pessoal pode afetar o individuo, e o enfrentamento ineficaz desses fatores pode desencadear transtornos mentais e levar ao suicídio.

Na Tabela 5 pode-se observar quanto aos métodos utilizados, 53% foram provenientes de Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento (X70), seguido de 18,60% de auto intoxicação intencional a pesticidas (X68) e 6,97% de auto intoxicação por drogas, medicamentos ou substancias biológicas (X64).

Este estudo assemelha-se aos resultados encontrados na literatura, que registra o enforcamento como o meio mais utilizado.

De acordo com a literatura consultada, no Brasil, a maioria dos casos ocorre dentro de casa e geralmente são por enforcamento 47%, por uso de armas de fogo 19%, e por envenenamento 14% (LOVISI et al., 2009). No presente estudo foi encontrado resultado semelhante, no entanto, o uso de armas de fogo ficou em quarto lugar com cerca de 4,6% dos casos, ficando atrás de auto intoxicação intencional a pesticidas 18,60% e de auto intoxicação por drogas, medicamentos ou substancias biológicas 6,97%.

Para Souza et. al. (2011), o local de ocorrência do caso está diretamente ligado ao método que será utilizado por estar relacionado aos meios disponíveis.

O suicídio é um problema de saúde pública que vem crescendo e que requer atenção especial principalmente dos profissionais de saúde. É um fenômeno complexo, multifatorial que envolve fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais e ambientais, necessitando de atenção e condutas específicas para cada caso (LIMA et al., 2010).

Vários países implantaram estratégias no intuito de reduzir as taxas de suicídio, a Suécia, por exemplo, conseguiu diminuir o índice em 39,5% mostrando que é possível enfrentar esse problema com eficácia. No Brasil por sua vez, esse índice subiu cerca de 43,8% entre 1980 e 2005. Os números passaram de 3,2 para 4,6 por 100 mil pessoas. Em 2007 a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,7 por 100 mil pessoas, sendo que os estados com maiores índices são Roraima, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina (MOURA et al, 2011).

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde, (WHO, 2004) criou as diretrizes para a prevenção do suicídio, oferecendo aos profissionais da saúde orientações de como deve ser realizada a intervenção frente a um caso de risco, são elas:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- Aumentar a atenção dirigida dos profissionais de saúde para com suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;
- Prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Sabendo-se que o suicídio é um evento evitável e de grande impacto na qualidade de vida das pessoas, tanto aquelas com comportamento suicida, quanto das famílias que perdem entes queridos de forma tão trágica, a OMS enfatiza a necessidade de investimentos financeiros e em recursos humanos na criação de novas estratégias e na melhora de estratégias já existentes (WHO, 2004).

Conclusão

Esta pesquisa retrata as características epidemiológicas dos casos de suicídio do município de Jataí-GO, estudos realizados nesta temática contribuem para que os profissionais de saúde identifiquemos indivíduos com risco de autoextermínio podendo intervir melhorando assim a qualidade de vida destes indivíduos e evitando esse final trágico.

Após análise dos dados pode-se observar que a partir do ano de 2012 os números estão crescendo, confirmando assim a relevância de se discutir esse assunto e capacitar os profissionais principalmente da atenção básica. Luoma, Martin e Pearson (2002), identificaram a necessidade de capacitação desses profissionais, pois estudos mostraram que

mais de 75% das pessoas que cometem suicídio procuraram um serviço de atenção primária no ano de sua morte e 45% no mês que cometeram autoextermínio. Ou seja, a detecção precoce do comportamento e intenção suicida pode mudar o desfecho da história.

É importante ressaltar a necessidade de mais estudos desta natureza visto que, a maior parte dos estudos encontrados são artigos e de revisão, dificultando assim uma visão fidedigna da atual situação nacional em relação as morte por lesões autoprovocadas voluntariamente.

Referências

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

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. Revista de psicologia da USP,

BOTEGA, N. J; et al. Prevenção do comportamento suicida. Revista: PSICO, v. 37, n. 3, 213-220, Porto Alegre, set./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância Sanitária. PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2006.

FERREIRA, et. al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. Revista Ciência Saúde Coletiva. 19(1):115-26, 2014.

KOHLRAUSCH, E. R. Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família. Porto Alegre; 2012. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000873068&loc=2013&l=b623b9ebb4148589>

LEÓN, L. M; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Revista de Saúde Pública, vol.37 no. 3 São Paulo-SP Jun, 2003.

LIMA, D. D. et al. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoolicas internados em hospital geral. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 59(3):167-72, 2010. Disponível em: <http://unicamp.sibi.usp.br/bitstream/handle/SBURI/21501/S0047-20852010000300001.pdf?sequence=1>

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 31, supl.2, p. S86-S94, 2009.

LUOMA, J. B; MARTIN, C. E; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry, 159(6):909-916, 2002.

MACHADO, D. B; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 64(1):45-54; 2015.

MENEGHEL, S. N; et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6),804-810, 2004.

MOURA, A. T. M. S; et al. Prevenção do suicídio no nível local: Orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1333997505_Manual%20preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADdio.pdf

PARENTE, A. C. M. et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem online*, vol.60, n.4, pp.377-381, 2007.

RAMOS, I. N. B; FALCÃO, E. B. M. Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 35 (4): 507-516; Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2011.

SOUZA, et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 60(4):294-300, 2011.

WHO (World Health Organization). Suicide prevention. *Mental Health*.2003 Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en

WHO (World Health Organization). Suicide rates 2004. Disponível em: <http://www.who.int.mentalhealth/suicide>

WHO. Suicide prevention (SUPRE), the problem. Organização Mundial de Saúde, Agosto de 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es
Ying, Y. H; Chang, K.A study of suicide and socioeconomic factors. *Suicide LifeThreat*.39:214-226; 2009.

Sexo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Feminino	3	3	1	0	0	1	8
Masculino	4	3	4	6	8	0	5
Total	7	6	5	6	8	1	4

Tabela 1: Taxa de suicídio do município de Jataí-Goiás por ano, de acordo com sexo.

Faixa etária	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
15	-	-	-	-	1	-	1

a 19								
a 20	2	2	1	-	5	3	1	
a 29							3	
a 30	2	-	3	-	-	2		7
a 39								
a 40	-	2	1	1	1	2		7
a 49								
a 50	3	-	-	1	-	2		6
a 59								
a 60	-	1	-	2	-	1		4
a 69								
a 70	-	-	-	1	-	-		1
a 79								
a 80	-	1	-	1	1	1		4
a 89								
al	Tot	7	6	5	6	8	1	3

Tabela 2: Idade e ano do óbito em Jataí-GO.

Estado civil	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Solteiro	5	2	4	1	4	6	22
Casado	1	2	-	2	2	1	8
Viúvo	-	1	-	1	-	-	2
Separado	-	1	-	-	1	-	2
Outro	-	-	-	2	1	3	6
Ignorado	1	-	1	-	-	1	3
Total	7	6	5	6	8	11	43

Tabela 3: Número de óbitos por autoextermínio, segundo estado civil por ano em Jataí-Go.

Escolaridade	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
1 a 3 anos	-	-	-	2	-	2	4
4 a 7 anos	2	2	1	-	2	3	10
8 a 11 anos	1	1	-	-	1	1	4

12 anos ou +	1	1	1	-	-	2	5
Ignorado	3	2	3	4	5	3	20
Total	7	6	5	6	8	11	43

Tabela 4: Número de óbitos por autoextermínio, segundo escolaridade em Jataí-GO.

Categoria CID 10	009	010	011	012	013	014	Total
X64- Autointoxicação por drogas, medicamentos ou substâncias biológicas.	-	-	2	-	-	1	3
X68- Auto intoxicação intencional a pesticidas.	5	1	-	-	-	2	8
X70- Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento.	1	4	2	5	7	4	23
X71- Lesão autoprovocada intencional por afogamento.	-	1	-	-	-	-	1
X72- Lesão autoprovocada por disparo de arma de fogo de mão.	-	-	-	-	1	-	1
X74- Lesão autoprovocada por disparo de arma de fogo não especificada.	-	-	1	-	-	1	2
X76- Lesão autoprovocada intencional fumaça, fogo e chamas.	-	-	-	-	-	2	2
X78- Lesão autoprovocada intencional por objeto cortante ou penetrante.	1	-	-	1	-	-	2
X81- Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	-	-	-	-	-	1	1
Total	7	6	5	6	8	11	43

Tabela 5: Número de óbitos por autoextermínio, segundo CID10 em Jataí-GO.