



**FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Título da Dissertação

**Perfil e tendência dos casos de suicídio admitidos nos Serviços de Medicina Legal dos
Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014 a 2018.**

Nome do estudante: Ivandra Percina Alberto Magaia-Jamela

Maputo, Novembro de 2023



FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Perfil e tendência dos casos de suicídio admitidos nos Serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014 a 2018.

Nome do estudante: **Ivandra Percina Alberto Magaia-Jamela**

Nome e título do Supervisor: **Prof. Doutor Gerito Augusto, PhD**

Maputo, Novembro de 2023

ii

Perfil e tendência dos casos de suicídio admitidos nos Serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014 a 2018

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE DO PROJECTO

“Eu **Ivandra Percina Alberto Magaia-Jamela**, declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo aos 15 de Novembro de 2023

Ivandra P. A. Magaia-Jamela

Dedicatória

Dedico este trabalho à memória dos meus avós Foliche, Rabeca, Calú e Adamo, bisavós Nhankwave, Joaquim, Mussongue & Boene e minha tia Nina (Advainer).

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo e acima de todos a Deus por sempre guiar e proteger-me.

Aos meus pais sempre presentes e incansáveis, Alberto e Fátima, obrigada, eu sou porque vocês são.

Ao meu esposo Cláudio, obrigada pela força desde o início desta luta!

Aos meus filhos René & Khael, vocês são o motivo pelo qual acordo todos dias e vou à luta.

Aos meus irmãos Bruno, Beto Jr. e sobrinhos [Iyan, Enzo, Alichia e Ariel (in memoriam)] obrigada pelo apoio durante esta longa jornada.

Ao meu supervisor Doutor Gerito, obrigada pela paciência e apoio.

À Dra. Eunice Jethá obrigada pela paciência e por apesar de tudo nunca ter desistido de mim (demorei muito mais do que devia).

À equipa do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde (“Mentalistas”), Dra Lídia Gouveia, Flávio Mandlate, Dirceu Mabunda e Wilza Fumo, eterna gratidão por despertarem meu interesse por este tema tão pertinente.

À Dra. Alda Mariano pelo tempo e atenção dispensados na revisão deste trabalho, o meu muito obrigada.

Por último, mas não menos importante, a todos os meus colegas e professores do Mestrado pelos ensinamentos transmitidos.

“Tudo que vale a pena na vida, dá trabalho conquistar...” (Lourdes Trindade)

ÍNDICE

Declaração de originalidade do projecto.....	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Lista de abreviaturas.....	ix
2 Motivação.....	1
3 Objectivos.....	2
3.1 Objectivo Geral.....	2
3.2 Objectivos específicos.....	2
4 Contribuição.....	3
5 Problematização.....	4
6 Revisão bibliográfica.....	5
7. Enquadramento teórico ou conceptual.....	9
8 Metodologia.....	17
8.1 Tipo/desenho de estudo.....	17
8.2 Local do estudo.....	17
8.6 Período do estudo.....	21
8.4 População do estudo.....	21
8.5 Modo de selecção dos participantes, amostra.....	22
8.6 Procedimentos, técnicas e os instrumentos de recolha de dados.....	22
8.7 Variáveis, gestão e análise de dados.....	23
8.7.1 Variáveis.....	23
8.7.2 Plano de análise de dados.....	24
10 Limitações do estudo.....	25
11.1 Resultados.....	27
11.2 Discussão.....	32
12.1 Conclusões.....	35
12.2 Recomendações.....	36
13 Referências Bibliográficas.....	37
14 Anexos.....	42

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública em todo o mundo e uma das principais causas de morte de jovens adultos. Situa-se entre as três maiores causas de morte na população de adolescentes e jovens. Moçambique é o país da África Austral com maior taxa de suicídio. **Objetivo:** avaliar o perfil epidemiológico dos casos de suicídio admitidos nos serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula num período de 5 anos (entre 2014-2018). **Método:** Tratando-se de um estudo transversal no qual se recorreu a dados secundários, foram seleccionados todos os dados colhidos no estudo principal “Avaliação do perfil epidemiológico do suicídio e tentativas de suicídio nos últimos 5 anos (2014-2018) em Moçambique-estudo exploratório baseado nos registos do Serviço Nacional de Saúde” registados nos Serviços de Medicina Legal. A colheita dos dados sobre suicídios foi feita nos Serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula com recurso aos livros de registo das autópsias realizadas no período entre 2014 e 2018. **Resultados:** Durante o período do estudo foram registados nos 3 hospitais centrais um total de 744 casos de suicídio. A maioria dos casos pertencem ao Hospital Central de Maputo com 554 casos. O ano com maior número de casos foi o de 2016 e a faixa etária mais afectada no sexo masculino foi a de 20-24 anos com 80 casos e no feminino de 15 a 19 anos com 32 casos. O método mais usado foi o enforcamento com 71,1%. **Conclusão:** O suicídio representa um problema de saúde pública em Moçambique, ainda que os dados espelhem somente os casos ocorridos nas províncias com hospitais centrais, sendo por isso urgente implementar estratégias para a prevenção do fenómeno. **Recomendações:** Desenvolvimento e implementação de um sistema de notificação de casos de suicídio robusto e sincronizado para melhoria no processo de registo.

Palavras-chave: suicídio; método usado para o suicídio; hospitais centrais de Moçambique; serviços de Medicina Legal

Abstract

Suicide is a major public health problem worldwide and one of the leading causes of death among young adults. It is among the three biggest causes of death in the population among adolescents and young people. Mozambique is the country in Southern Africa with the highest suicide rate. **Objective:** to evaluate the epidemiological profile of suicide cases admitted to the Forensic Medicine services of the Central Hospitals of Maputo, Beira and Nampula over a period of 5 years (between 2014-2018). **Method:** As this is a study in which secondary data was used, all data collected in the main study “Assessment of the epidemiological profile of suicide and suicide attempts in the last 5 years (2014-2018) in Mozambique - exploratory study based on records from the National Health Service” registered with the Legal Medicine Services. Data on suicides were collected at the Forensic Services of the Central Hospitals of Maputo, Beira and Nampula using the record books of autopsies carried out in the period between 2014 and 2018. **Results:** During the study period, data were recorded in the 3 hospitals central a total of 744 cases of suicide. Most of the cases belong to the Maputo Central Hospital with 554 cases. The year with the highest number of cases was 2016 and the most affected age group for males was 20-24 years old with 80 cases and for females 15 to 19 years old with 32 cases. The most used method was hanging with 71,1%. **Conclusion:** Suicide represents a public health problem in Mozambique, even though the data only reflects cases occurring in provinces with central hospitals, and it is therefore urgent to implement strategies to prevent the phenomenon. **Recommendations:** Development and implementation of a robust and synchronized suicide reporting system to improve the registration process.

Keywords: suicide; used method for suicide; Mozambique central hospitals; forensic services

LISTA DE ABREVIATURAS

CIBS	Comité Institucional de Bioética para Saúde
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DSM	Departamento de Saúde Mental
HCB	Hospital Central da Beira
HCM	Hospital Central de Maputo
HCN	Hospital Central de Nampula
INS	Instituto Nacional de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
US	Unidade Sanitária
WHO	World Health Organization

2 MOTIVAÇÃO

Durante o exercício da minha actividade como médica, afecta na área de pesquisa em Saúde Mental no Instituto Nacional de Saúde (INS), houve a oportunidade de desenhar e implementar um estudo sobre o suicídio e tentativas de suicídio em Moçambique. No processo de busca de informação sobre do suicídio em Moçambique pude constatar que o suicídio era uma preocupação entre os profissionais da área de Saúde Mental, e também notei a existência de escassez de dados que espelhassem a real situação deste fenómeno no nosso país.

Havendo necessidade e desejo de preencher essa lacuna, e ao mesmo tempo gerar informação sobre os casos de suicídio ainda que não seja em todo país, mas à nível regional, em 3 Hospitais Centrais, decidi levar a cabo um estudo com base nos casos de suicídio submetidos a autópsia nos Serviços de Medicina Legal. Esperava, a partir desses dados, que estratégias pudessem ser desenhadas e implementadas para ajudar não só na disponibilização de informação actualizada como também no desenho e implementação de medidas para prevenção da ocorrência deste fenómeno em Moçambique.

3 OBJECTIVOS

3.1 OBJECTIVO GERAL

- Analisar o perfil e a tendência dos casos de suicídio admitidos nos Serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014-2018.

3.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico associado ao suicídio;
- Descrever os principais métodos utilizados para o suicídio;
- Analisar a tendência dos casos de suicídio nos 3 Hospitais Centrais durante o período de 2014-2018.

4 CONTRIBUIÇÃO

Este estudo pretende contribuir com evidências que possam preencher a lacuna científica e principalmente académica que existe de informação sobre o suicídio no nosso país. Provavelmente os resultados do estudo possam ser posteriormente usados como base para sustentar a necessidade de realizar outros estudos incluindo um qualitativo onde poder-se-ia aprofundar o tema.

Espero ainda com este estudo, poder informar as autoridades de saúde e não só, sobre a situação do suicídio nalgumas províncias do país.

5 PROBLEMATIZAÇÃO

O suicídio é um problema de saúde pública em todo o mundo e uma das principais causas de morte de jovens adultos. Situa-se entre as três maiores causas de morte na população entre adolescentes e jovens. Dados reportados pela OMS (2014) mostram que Moçambique tem a maior taxa de suicídio na África Austral (17,3/100.000 habitantes). A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez as estimativas usando métodos padronizados para melhorar a comparabilidade entre países. Porém, algumas estatísticas foram derivadas de dados produzidos e mantidos por outras organizações internacionais. É importante enfatizar que essas estimativas também estão sujeitas a considerável incerteza, especialmente para países com sistemas de informação estatística e de saúde fracos, onde a qualidade dos dados empíricos subjacentes é limitada. Portanto, os dados nacionais sobre suicídio são pobres e incompletos devido à falta de um sistema de notificação formal em Moçambique. A OMS (2014) refere que existem poucos dados fiáveis na maior parte dos países africanos para avaliar a extensão da sua gravidade, embora as estatísticas actuais de suicídio para alguns países africanos sejam consideradas preocupantes.

Qual é o perfil e a tendência dos casos de suicídio admitidos nos Serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014-2018?

6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O suicídio é um fenómeno mundial definido como morte causada por comportamento prejudicial autoinfligido com a intenção de morrer como resultado do comportamento (WHO, 2016).

Trata-se de uma preocupação global com uma estimativa de mais de 703,000 mortes ocorrendo mundialmente a cada ano. Mais de 1 em cada 100 mortes em 2019 foram decorrentes do suicídio (*Suicide Worldwide in 2019 - Global Health Estimates.Pdf*, n.d.)

O suicídio encontra-se entre as 10 maiores causas de morte na população mundial, com mais mortes que as causadas por malária, HIV/SIDA, cancro da mama ou guerra e homicídio. Suicídio foi a 4ª causa de mortalidade no Mundo, na faixa etária dos 15 aos 29 anos (2ª e 3ª décadas de vida) para ambos os sexos, a seguir a trauma por acidentes de viação, Tuberculose e violência interpessoal (WHO, 2019).

Suicidam-se diariamente em todo o Mundo cerca de 300 pessoas – em outras palavras, uma pessoa deliberadamente mata-se a cada 40 segundos (WHO, 2008, p.12).

A OMS estimou que a taxa de suicídio em 2016 foi de 10,6 suicídios em cada 100,000 pessoas, e que 80% desses casos ocorreram em países de média e baixa renda onde as taxas de pobreza são elevadas (WHO, 2018).

As taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em desenvolvimento (Mann, 2005).

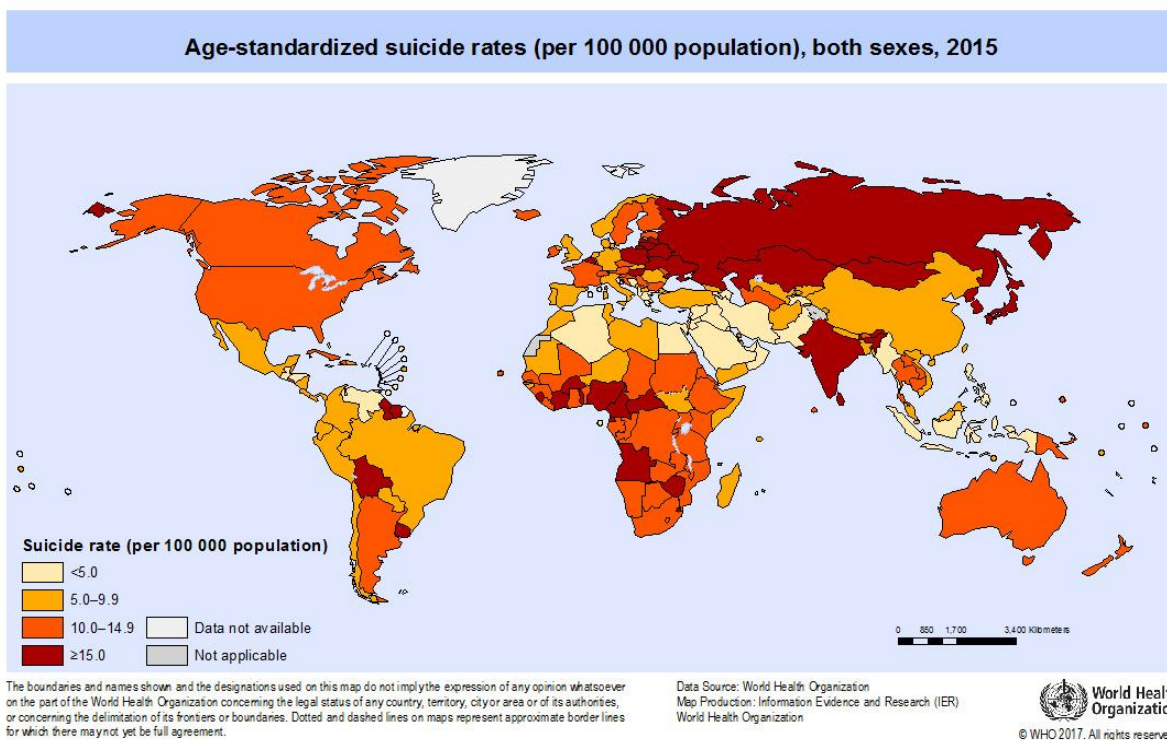


Figura 1. Taxas de suicídio para ambos os sexos em todo o mundo em 2015

Mundialmente, as taxas de suicídio variam de acordo com o sexo e idade estando os números mais altos entre indivíduos de maior idade e sexo masculino (15,6 suicídios /100,000) comparado com as mulheres (7,0 suicídios /100,000). (WHO, 2018).

A OMS (2014) refere que existem poucos dados fiáveis da maior parte dos países africanos para avaliar a extensão da sua gravidade, embora as estatísticas actuais de suicídio para alguns países africanos sejam consideradas preocupantes.

A pesquisa sobre este fenómeno em África é limitada pela ausência de colheita de dados de forma sistemática. Menos de 10% dos países africanos reportam os dados à OMS, havendo disponíveis apenas dados oficiais correspondentes a 15% da população africana, portanto, os poucos dados reportados não reflectem a magnitude do problema.(Mars et al., 2014)

Ainda que o suicídio seja uma grande causa de mortalidade mundialmente, os dados relacionados ao continente africano são limitados, isto é, pouco é conhecido sobre a incidência e padrão do suicídio pelo continente. A taxa de suicídio em África é 3 vezes maior em homens que mulheres e na população sul africana ela é 5 vezes maior nos homens que nas mulheres. (Kootbodien et al., 2020). No Egito, registou-se um alarmante aumento de mortes por suicídio em 2019, com 3 mortes a cada 100.000 habitantes, e em 2021 foram registados oficialmente 2,584 casos de suicídio. (Saied et al., 2022)

Em relação Moçambique, a OMS (2014), refere que este registou em 2012 a taxa mais elevada de suicídio do continente africano - 27.4/100.000 habitantes.

Entretanto, os registos nacionais não são confiáveis quanto aos suicídios, em virtude de não existirem registos sistemáticos e rigorosos, mas também, acredita-se que muitos dos casos são subnotificados nas unidades sanitárias e outros perdem-se na própria comunidade, principalmente devido ao estigma (Muthemba, 2015).

Resultados de um estudo conduzido na região centro de Moçambique, na província de Sofala, Cidade da Beira, nas urgências de psiquiatria e com autópsias do serviço de Medicina Legal do hospital central daquela região (Wageenar et al, 2016) mostraram que no Serviço de Medicina Legal foram analisados 1793 casos de morte violenta, dos quais 10% foram por suicídio, predominantemente em homens (67%) e por enforcamento (43%).

Estudos anteriores mostraram ainda que os registos nacionais de suicídio não são confiáveis pelas seguintes razões: **i.** ausência de registos sistemáticos e rigorosos, **ii.** inexistência de um sistema de vigilância harmonizado no país, **iii.** subnotificação de casos nas unidades sanitárias e **iv.** perda de seguimento na própria comunidade, principalmente devido ao estigma (Muthemba, 2015).

Podemos assim concluir que em Moçambique a situação face ao suicídio resume-se em: 1) subnotificação dos casos; 2) fraco conhecimento dos factores de risco associados; 3) falha na referência dos indivíduos em risco de suicídio para cuidados psiquiátricos/psicológicos; 4) tabus e estigma em torno do suicídio; 5) atitude preconceituosa e comportamento discriminatório por

parte do pessoal da saúde face ao paciente em risco de suicídio e 6) inconsistência no registo dos casos de suicídio.

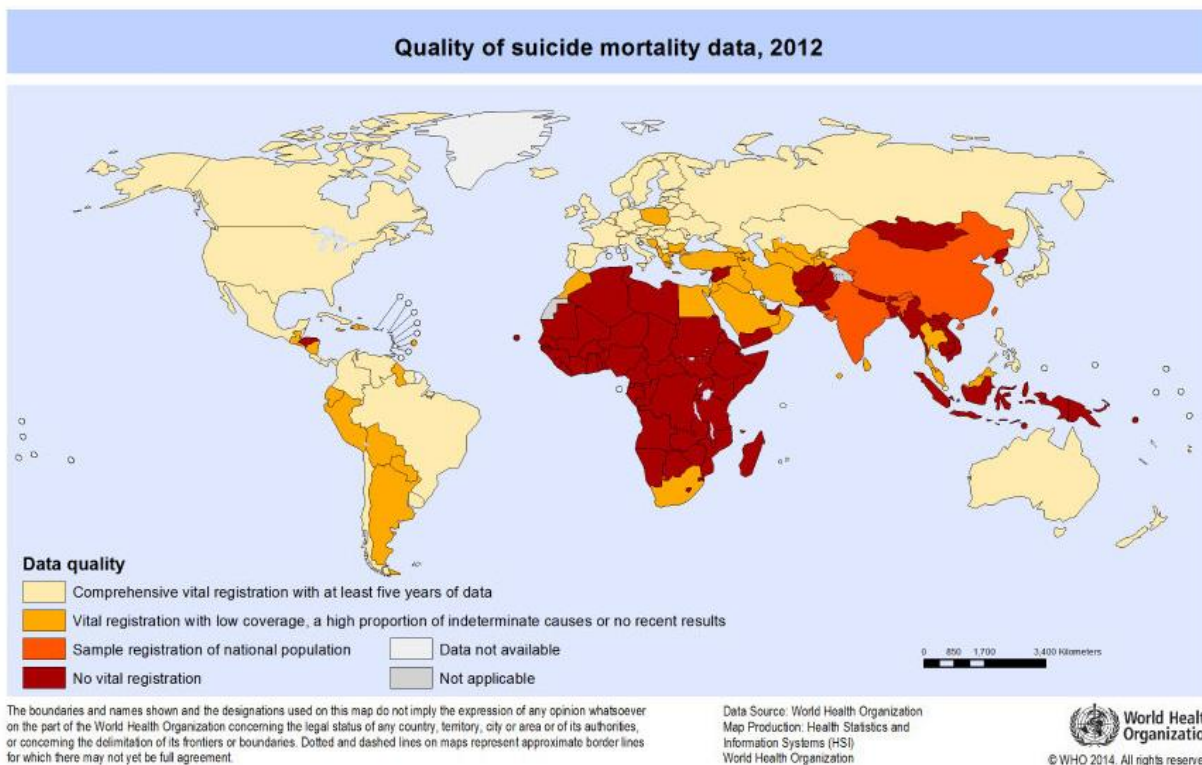


Figura 2. Qualidade dos dados de mortalidade por suicídio (2012)

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas (OMS, 2000). Conforme De Leo (2004), para cada óbito por suicídio há pelo menos cinco pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afectadas.

7. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O suicídio é considerado uma perturbação multidimensional, que resulta de uma interacção complexa entre factores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos.

Trata-se de um comportamento complexo ,onde a interacção entre os factores de risco e os factores protectores causam um impacto a nível individual, familiar, comunitário e social. (Kootbodien et al., 2020)

Para melhor desenhar e implementar estratégias de prevenção do suicídio ou fortificar as estratégias já disponíveis é necessário e importante identificar os factores de risco e os factores protectores e avaliar como estes interagem com o suicídio numa população específica.

Factores de risco associados

Médicos psiquiatras dividem os factores de risco em dinâmicos e estáticos. Os factores de risco dinâmicos variam e são possíveis de mudar (ex. paciente com depressão correctamente tratado reverte a possibilidade de cometer suicídio) enquanto que os estáticos não são possíveis de alterar e tem uma tendência a serem demográficos (ex género).(Sinclair & Leach, 2017)

Segundo Hawton & Heeringen (2009), a carga global estimada de suicídio é de milhões de mortes por ano. As taxas de suicídio variam de acordo com região, sexo, idade, tempo, origem étnica, etc.

Dos factores de risco estudados, destacam-se:

- 1) Os factores **sociodemográficos** como o sexo masculino; adolescência; terceira idade; divórcio; desemprego; reforma e isolamento social.

2) **Factores psicológicos** como perda recente; conflitos familiares; problemas interpessoais; traços da personalidade: agressividade e impulsividade; história familiar de suicídio; doenças físicas crónicas, incapacitantes, dolorosas e terminais;

3) **Doença psiquiátrica:** perturbações do humor (depressão); toxicoddependência; esquizofrenia; perturbação da personalidade (*Borderline* e anti-social) e as tentativas anteriores de suicídio (Nock *et al.*, 2008).

Idade

As mortes por suicídio atingem grandes números em adolescentes e adultos jovens dos 15 aos 29 anos de idade. (Bachmann, 2018)

Muitos jovens que cometem o suicídio possuem transtornos do foro psiquiátrico, como os do foro afectivo, o abuso de substâncias e o transtorno de comportamento disruptivo na lista dos mais frequentes. Outros factores que também contribuem incluem as tentativas prévias de suicídio, destruição familiar, perdas, abuso físico e sexual, desabrigo, orientação sexual (bissexual, homossexual). (Fazel & Runeson, 2020)

Importante referir que os meios de comunicação social também desempenham um papel importante neste grupo, pois estes representam plataformas comumente usadas pelos jovens para expressar pensamentos suicidas. Não só, apesar dos inúmeros benefícios das redes sociais, alguns efeitos adversos das mesmas estão associados ao suicídio, ou seja, ao agravamento do pensamento e comportamento suicida, por exemplo o cyberbullying, os desafios online, comparações e imitações sociais. (Robinson *et al.*, 2016)

Relativamente às pessoas mais velhas, nos países desenvolvidos, o suicídio encontra-se fortemente ligado ao transtorno psiquiátrico, com a depressão como o maior dos factores. O abuso de substâncias também constitui um factor importante neste grupo.

A doença física, o luto e a perda de autonomia/independência também jogam papéis importantes. (Suicide, Keith Hawton.)

Gênero

A taxa de mortalidade por suicídio é maior nos homens em relação às mulheres. As mulheres manifestam mais ideação suicida enquanto que os homens tem maior probabilidade de cometer o acto em si.(Kootbodien et al., 2020)

No geral, a taxa de suicídio é de 10,7 por cada 100,000 habitantes e possui uma proporção homem :mulher de 1,7 , ou seja, os homens suicidam-se duas vezes mais comparado com as mulheres.(*Suicide Keith Hawton.Pdf*, n.d.)

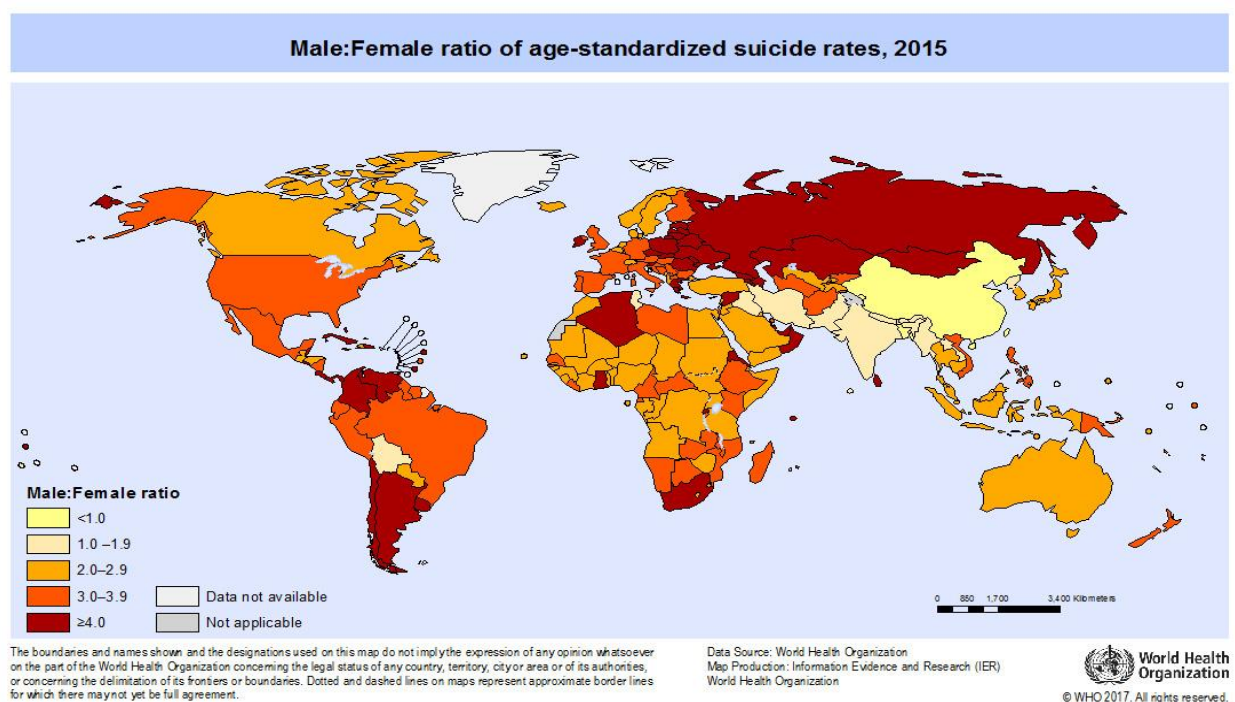


Figura 3. Proporção global de suicídio entre homens: mulheres por 100.000 em 2015

História familiar

A presença de história familiar de suicídio aumenta em pelo menos 2 vezes o risco principalmente nas raparigas e mulheres. A transmissão do risco para o suicídio é importante principalmente quando o suicídio ocorre no lado materno.(*Suicide Keith Hawton.Pdf*, n.d.)

Ocupação

Em relação a ocupação, há que mencionar o registo de elevadas taxas de suicídio na população desempregada. A casualidade é complexa, no entanto, dentro deste grupo a doença mental contribui tanto para o desemprego como para o suicídio.

Dentre as pessoas empregadas, algumas ocupações estão associadas ao elevado risco, por ex. os médicos, enfermeiros em alguns países e principalmente no sexo feminino. Acredita-se que o fácil acesso a substâncias tóxicas/nocivas neste grupo joga um papel importante. (Suicide Keith Hawton.Pdf, n.d.)

Estações do ano

As taxas do suicídio variam de acordo com a estação do ano e tendem a aumentar com o pico verificado durante a Primavera (principalmente nos homens). Esta também comprovado que essas taxas são elevadas nas pessoas nascidas na Primavera e início do verão (sexo feminino).(Bachmann, 2018)

Doença física

De acordo com a OMS (2000), o risco de suicídio é também aumentado em condições físicas crónicas (cancro, HIV/SIDA, Esclerose Múltipla, Epilepsia, Lupus Eritematoso Sistémico, dor etc.). Além disso, existe uma taxa aumentada de perturbações psiquiátricas, principalmente a depressão, em sujeitos com doenças físicas. A cronicidade, limitações e prognóstico reservado correlacionam-se com o suicídio.(Fazel & Runeson, 2020)

Doença Psiquiátrica

Os factores individuais, particularmente, os transtornos psiquiátricos possuem um grande impacto nas taxas do suicídio. (Fazel & Runeson, 2020)

Grande parte dos casos de suicídio reportados mundialmente estão ligados a existência de doença psiquiátrica, portanto, a presença de perturbação mental é considerada o factor de risco mais importante para o suicídio (Carvalho & Col, 2013).

As perturbações com risco associado mais elevados incluem: as perturbações do humor (principalmente a depressão), transtorno bipolar, as psicoses, a ansiedade, o abuso e dependência de substâncias (em particular o álcool), epilepsia e alguns transtornos de personalidade (estado limite e anti-social) ((*Suicide Keith Hawton.Pdf*, n.d.)). Estudos comprovaram que dentre os transtornos previamente mencionados, os de humor e o abuso de substâncias são os de maior risco.

Segundo alguns estudos (OMS, 2002) cerca de 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de perturbação mental e a depressão é o factor mais frequente. Uma percentagem de 4% dos doentes com qualquer tipo de depressão e cerca de 15 a 20% com depressão grave morrem por suicídio, afectando mais homens e os idosos, representando uma das três primeiras causas de mortalidade na faixa etária entre os 15 e os 34 anos, em todos os países (OMS, 2002).

Métodos usados

O método usado para o suicídio varia nos diferentes países. Alguns padrões sociais de suicídio podem ser melhor compreendidos a partir de conceitos básicos tais como a aceitabilidade social do método (cultura e tradição), experiência ou familiaridade com o método e a sua disponibilidade e acesso.

Quando um indivíduo está a considerar a possibilidade de cometer o suicídio, o acesso a métodos específicos pode ser um factor determinante que vai transformar o pensamento suicida em acção. A disponibilidade de métodos pode determinar se o desfecho será ou não fatal. (*Suicide Keith Hawton.Pdf*, n.d.)

De um modo geral, os indivíduos do sexo masculino optam por métodos mais violentos (por exemplo, o enforcamento ou uso de arma de fogo), enquanto no sexo feminino a opção vai para os métodos menos violentos (autointoxicação). (Fazel & Runeson, 2020)

Mundialmente, o enforcamento foi usado em aproximadamente 40% das mortes por suicídio e o uso de pesticidas (organofosforados) em 14 a 20%.(Fazel & Runeson, 2020)

Outros métodos comuns usados para o suicídio são o salto de edifícios altos e overdose medicamentosa.

O conhecimento sobre os métodos de suicídio pode potenciar o desenvolvimento de medidas preventivas para reduzir os factores de risco modificáveis, como por exemplo, medidas para reduzir o acesso a certos métodos preferidos como a destoxificação do gás doméstico nos quais a inalação era um método muito frequentemente utilizado pelos idosos e pelas mulheres (Shah & Buckley, 2011).

Factores precipitantes

Os factores predisponentes interagem com os factores precipitantes e considera-se também que estes factores tem efeitos diferentes a nível individual dependendo da resiliência da pessoa. A associação dos factores predisponentes e precipitantes pode levar a mudanças psicológicas (sentimentos de solidão, desespero etc.) e isso leva ao isolamento social. Dentre os factores precipitantes, os eventos estressantes da vida (relacionamentos difíceis, luto, diagnóstico de doença crônica, vítimas de violência, prisioneiros e ex-prisioneiros) antecedem a muitos casos de suicídio.(Sinclair & Leach, 2017)

Factores protectores

Estes podem reduzir o risco de uma morte por suicídio, no entanto a sua importância varia imenso de indivíduo para indivíduo e não só, estes factores são também modificáveis (Mars et al., 2014).

São factores como:

- Uma forte fé religiosa;
- Apoio familiar para encontrar soluções alternativas para seus problemas;
- Ter filhos em casa;
- Um senso de responsabilidade pelos outros;
- Habilidades para resolver problemas.

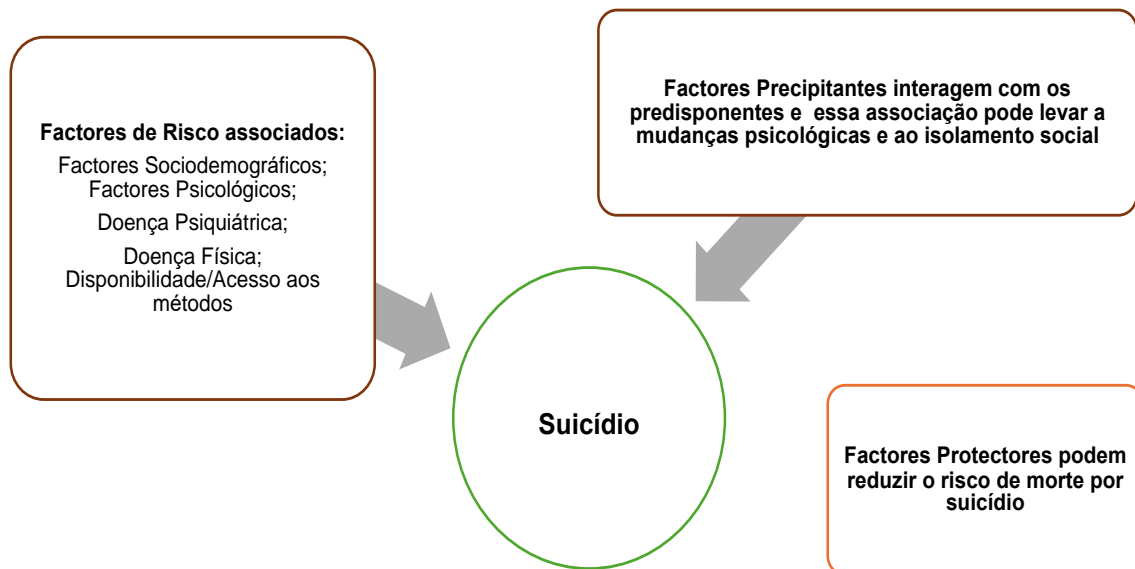


Figura 4. Resumo dos factores associados ao comportamento suicida

Prevenção e controle

A prevenção do suicídio foi destacada como uma questão global de Saúde Mental e a redução da mortalidade por suicídio foi priorizada pela OMS como meta global e incluída como indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (Bantjes et al., 2016).

A prevenção do suicídio pode ser feita à nível populacional ou dirigida a indivíduos ou grupos-alvos de alto risco.

Segundo Lapierre et al., 2011, a prevenção pode ser feita aos 3 seguintes níveis de protecção:

Universal: Voltada para o público em geral. Por exemplo, redução do acesso a métodos letais (protecção dos locais que possam culminar em queda, controlo de posse de armas de fogo, criação de políticas que controlem a produção, distribuição e vendas de substâncias tóxicas).

Selectiva: Para as pessoas consideradas de risco elevado. Por exemplo, capacitação interna dos profissionais de saúde na identificação e tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais.

Específica: Seguimento intensivo de pacientes que tentaram suicídio ou com ideação suicida.

A OMS (2014) demonstra que a restrição dos meios usados para o suicídio constitui um fundamental elemento para a prevenção do suicídio.

A restrição de pesticidas foi avaliada em alguns países e o banimento da venda de pesticidas altamente tóxicos contribuiu para a redução de casos de suicídio em alguns países como a Sri Lanka, Bangladesh e Coréia do Sul. (Fazel & Runeson, 2020)

A presença de barreiras em locais propícios ao suicídio, como pontes, edifícios altos, linhas férreas, venda de pequenas quantidades de medicamentos não prescritos que são usados para o suicídio (ex. o paracetamol), levaram a redução de casos de suicídios por esses métodos. (Fazel & Runeson, 2020)

8 METODOLOGIA

8.1 TIPO/DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo *observacional, transversal, descritivo*.

No presente estudo foram analisados dados colhidos no estudo principal referentes à ocorrência do suicídio nos serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014 a 2018.

8.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados analisados no estudo foram colhidos nos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula, mais concretamente nos serviços de Medicina Legal. Toda morte violenta deve ser alvo de autópsia médico-legal. Para cada região do país existe um hospital central que serve de referência, no qual estão instalados os serviços de Medicina Legal equipados em termos técnicos e de recursos humanos especializados para realização de autópsias.

Hospital Central de Maputo

O Hospital Central de Maputo, é uma unidade do nível quaternário e de referência nacional localizado na zona Sul do país, na Cidade de Maputo, que desenvolve actividades assistenciais, de formação e investigação.

Com mais de 100 anos de existência, com cerca de 35 edifícios, o HCM tem actualmente uma capacidade de internamento de 1500 camas distribuídas por diversos departamentos clínicos e serviços de apoio e presta assistência nas mais diversas áreas médicas e cirúrgicas. Conta actualmente com aproximadamente 4000 funcionários e colaboradores distribuídos em categorias profissionais como, médicos, técnicos de saúde, administrativos, agentes de serviços e outras áreas de apoio.

Além das actividades de rotina, o HCM vem desenvolvendo nos últimos anos actividades como diálise, Cirurgia Ortopédica de prótese da anca e joelho e Cirurgia de coração aberto com circulação extracorpórea. Tem ainda capacidade para realizar exames auxiliares de diagnóstico tais como a Tomografia Axial Computorizada (TAC), Ressonância Magnética, Mamografia entre outros. No HCM, são formados Médicos de Clínica Geral, Especialistas de diversas áreas, enfermeiros, técnicos médios e superiores de diversas áreas de saúde.

O HCM é também um polo importante de pesquisa clínica, em parceria com outras instituições vocacionadas para a pesquisa, quer nacionais quer internacionais. (*Relatório Anual de Actividades 2020.Pptx*, n.d.)



Vista Frontal do Hospital Central de Maputo

Hospital Central da Beira

O Hospital Central da Beira (HCB) está localizado na zona centro do país na Província de Sofala na Cidade da Beira. É um Hospital do nível Quaternário sendo o principal de referência na região centro do país. Em 2020 o HCB contou com 1616 funcionários, dos quais 1551 do quadro, 11 fora do quadro, 51 médicos estrangeiros e 3 enfermeiras estrangeiras. O Hospital actualmente tem a capacidade de 823 camas e conta com 1020 camas, das quais 197 são extras que são usadas para responder a demanda, devido à pressão por falta do Hospital Geral para responder as necessidades dos Hospitais Provinciais da Região. (*Relatório Anual de Actividades HCB, 2020.docx*, n.d.)



Vista frontal do Hospital Central da Beira

Hospital Central de Nampula

O Hospital Central de Nampula está localizado na zona norte do país, província de Nampula, na Cidade com o mesmo nome. É um Hospital do nível Quaternário sendo o principal de referência na Região norte do país. O Hospital conta com uma capacidade de 563 camas distribuídas entre os Serviços de Pediatria, Medicina, Cirurgia, Gineco-Obstetrícia, Ortopedia e Oftalmologia/Urologia. Em 2020 o HCN contou com 1514 funcionários. (*Relatório Anual de Actividades HCN 2021.Pptx*, n.d.)



Vista Frontal do Hospital Central de Nampula

Organização dos Serviços de Medicina Legal

Os hospitais centrais de Maputo, Beira, Nampula e Quelimane possuem todos um serviço de Medicina Legal. No entanto para o estudo mãe foram somente colhidos dados dos serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula pois para o período do estudo (2014 a 2018), o Hospital Central de Quelimane não estava ainda em funcionamento.

De forma geral, todos os serviços de Medicina Legal possuem a mesma organização administrativa:

- Director de Serviço
- Chefe Administrativo
- Enfermeiro Chefe
- Médicos Especialistas em Medicina Legal
- Médicos Residentes em Medicina legal
- Enfermeiros (responsáveis pela organização das consultas)
- Técnicos de tanatologia

Os dois (2) principais serviços oferecidos são:

1. Tanatologia – autópsias médico-legais
2. Clínica médico legal

8.6 PERÍODO DO ESTUDO

Este estudo decorreu entre Janeiro e Dezembro de 2023. Durante esse período ocorreu a escrita e submissão do protocolo para aprovação ética, a colheita dos dados desejados e sua respectiva análise, redacção da dissertação e submissão para defesa.

População do estudo

A população deste estudo foi constituída por todos os casos de suicídio que constam na base de dados existente do estudo principal, que deram entrada e foram submetidos à autópsia nos serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula durante o período de 2014 a 2018.

O estudo não envolveu contacto directo com participantes, pois recorreu a uma base de dados existente de um estudo cujos dados foram extraídos de fontes secundárias, livros de registos das autópsias realizadas nos serviços de Medicina Legal das unidades sanitárias seleccionadas, referentes ao período de 2014 a 2018.

Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo:

- a) Todos os casos de suicídio que constam na base de dados do estudo principal correspondentes ao período entre 2014 e 2018.

Critérios de exclusão

- a) Todos os casos na base de dados original que não correspondiam ao suicídio.

8.5 MODO DE SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES, AMOSTRA

Como se pretendia ter informação dos casos de suicídio no geral, todos os casos de suicídio que constam na base de dados do estudo principal, correspondentes aos casos registados e submetidos a autópsia durante o período de 2014 a 2018 nos Serviços de Medicina Legal das unidades sanitárias onde o estudo decorreu foram considerados e incluídos no estudo e por isso a amostra foram todos os casos de suicídio registados na base de dados do estudo principal.

8.6 PROCEDIMENTOS, TÉCNICAS E OS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A colheita de dados do estudo principal foi realizada nos Hospitais Centrais com Serviços de Medicina Legal a partir dos livros de registo das autópsias realizadas com uso de um Tablet contendo o instrumento de recolha dos dados previamente desenhado para tal.

Para este estudo cujos dados foram previamente colhidos não houve necessidade de desenhar um instrumento de recolha de dados. Requiriu-se a uma autorização do Investigador Principal do estudo para ter acesso e fazer uso da base de dados do estudo principal, e uma vez cedida a autorização procedeu-se a selecção dos dados desejados correspondentes aos suicídios para posterior análise.

A equipa de pesquisa foi constituída pela investigadora do estudo, e um técnico estatístico para apoiar na selecção e extracção dos dados desejados da base original para posterior análise.

8.7 VARIÁVEIS, GESTÃO E ANÁLISE DE DADOS

8.7.1 VARIÁVEIS

As principais variáveis consideradas no estudo foram as seguintes:

Variáveis relativas ao local e data da colheita de dados

- Data da colheita dos dados/ano
- Local da ocorrência
- Província

Variáveis relativas ao paciente

- Idade em anos
- Gênero (masculino, feminino)
- Profissão
- Local de residência

Variáveis clínicas

- Método usado para suicídio

8.7.2 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Gestão de dados

Base de dados

Os dados após prévia autorização foram selecionados, colhidos e posteriormente analisados. Após análise e uso dos dados para a dissertação, todas as fontes que continham dados ou informação relacionada com o estudo foram destruídas de maneira que a confidencialidade fosse garantida, ainda que os dados não possuíssem informação que ajudasse a identificar os indivíduos em causa.

Análise dos dados

Métodos de Análise

Para análise dos dados foram elaborados gráficos e tabelas. E para analisar a tendência foi elaborado um gráfico de tendência.

Após a obtenção da base de dados no Microsoft Office Excel, foi feita uma verificação preliminar e, em seguida, importada para o Pacote Estatístico SPSS versão 20.0. Este software foi utilizado para realizar a análise estatísticas de dados. A análise dos dados no SPSS incluiu:

Tabelas de Distribuição de Frequência (Crosstables)

Foram elaboradas tabelas de distribuição de frequência para apresentar a distribuição das variáveis categóricas e analisar a relação entre diferentes variáveis.

Gráficos

Foram elaborados gráficos para visualizar a distribuição e as tendências dos dados colhidos.

Teste do Qui-Quadrado

Usado para avaliar a associação entre variáveis categóricas. Este teste ajudou a determinar a relação entre as variáveis em estudo

Significância Estatística

Para todas as análises, foi calculado o valor de p (p-value) a um nível de significância de 95%. O p-value foi utilizado para determinar a significância das associações observadas, com um valor de $p < 0,05$ indicando uma associação estatisticamente significativa.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo foram relacionadas com:

- a) Subnotificação dos casos de suicídio;
- b) Informação incompleta nos dados dos casos registados e colhidos;

Neste estudo foram incluídos todos dados referentes ao suicídio que constavam da base de dados do estudo principal. As limitações encontradas serviram para também avaliar a qualidade e completude dos dados existentes, e com isso propor recomendações para melhoria do processo de registo.

Considerações éticas

O estudo principal teve aprovação do CIBS-INS com a Referência 020/CIBS-INS/2019. E o presente estudo foi também submetido para revisão pelo Comité Institucional de Bioética da Faculdade de Medicina onde recebeu aprovação com registo número CIBS FM&HCM/031/2022. A extracção e análise de dados da base principal foi antecedida de um pedido de autorização formal feito à Investigadora Principal do estudo.

A análise de dados foi feita de forma agregada e não individual para respeitar a confidencialidade/anonimato.

Confidencialidade

O estudo não envolveu nenhum contacto directo com os participantes, tendo apenas recorrido a uma base de dados já existente onde também não constava informação que levasse a identificação de sujeitos. A base de dados encontra-se num computador ao qual apenas a investigadora e o estatístico têm acesso e encontra-se protegida com uma palavra-passe.

11 Resultados e Discussão

11.1 RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 744 casos de suicídio, 554 do HCM representando 74,5% dos casos, seguido do HCN com 182 casos (24,5%) e finalmente o HCB com 8 casos (1,0%).

Tabela 1. Número total de suicídios por unidade sanitária

Província	Unidade Sanitária	N	%
Maputo Cidade	HC Maputo	554	74,5%
Sofala	HC Beira	8	1,0%
Nampula	HC Nampula	182	[24,5%]
Total		744	[100,0%]

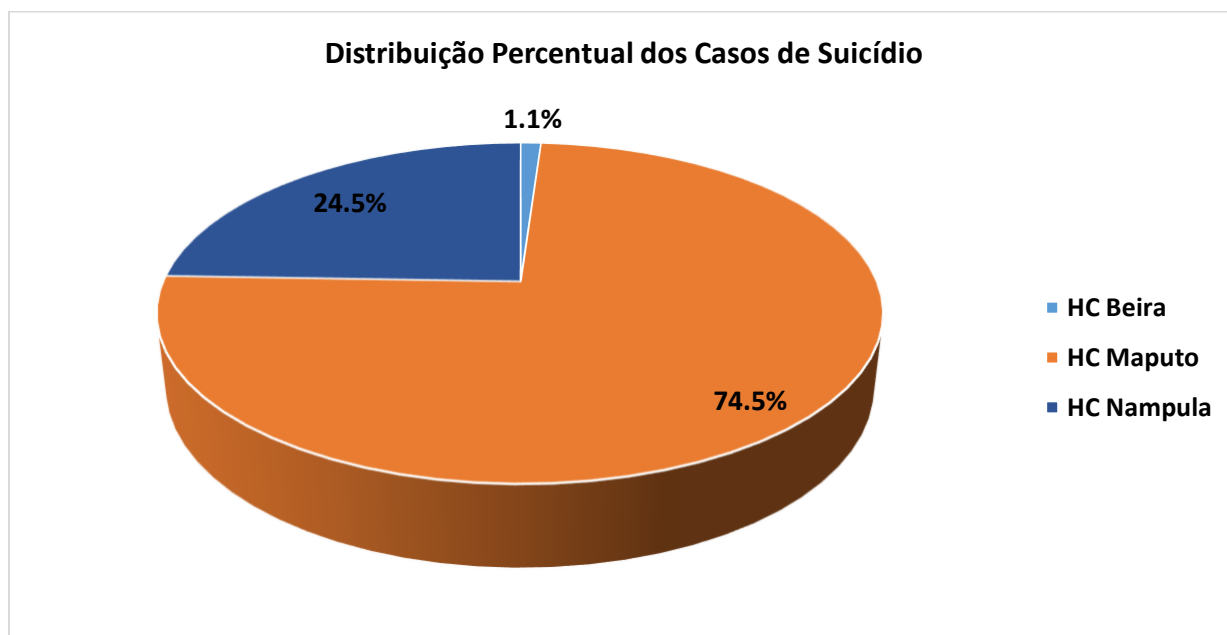


Gráfico 1. Distribuição percentual dos casos de Suicídio admitidos nos Serviços de Medicina Legal do HCM, HCB e HCN entre 2014-2018

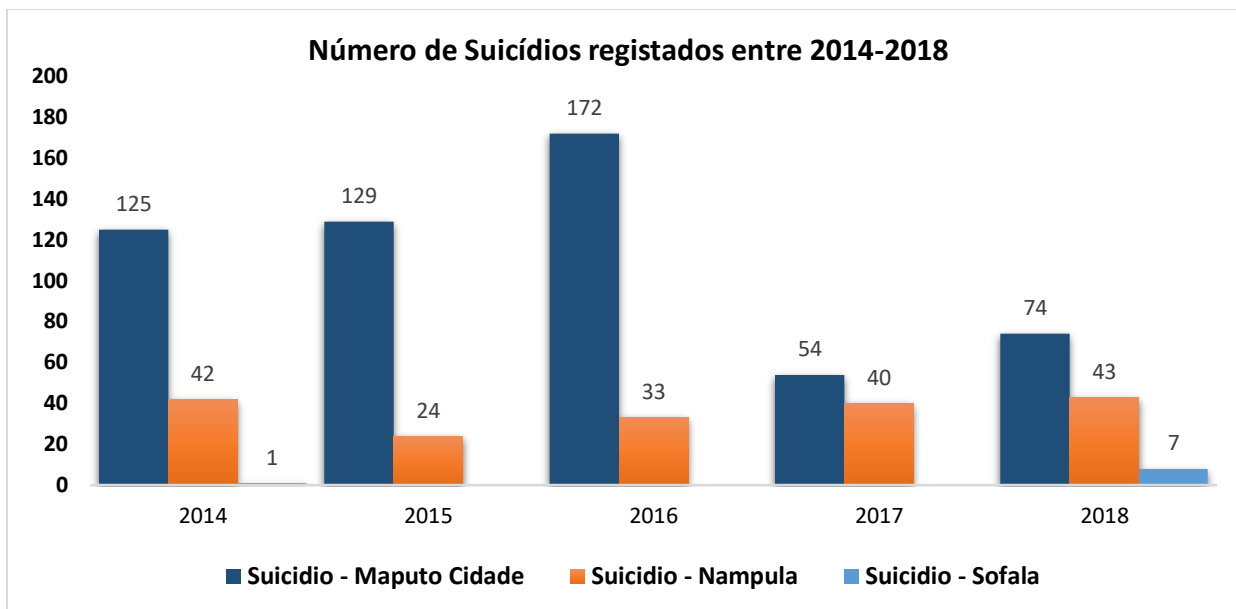


Gráfico 2. Distribuição anual dos casos de suicídio por Unidade Sanitária

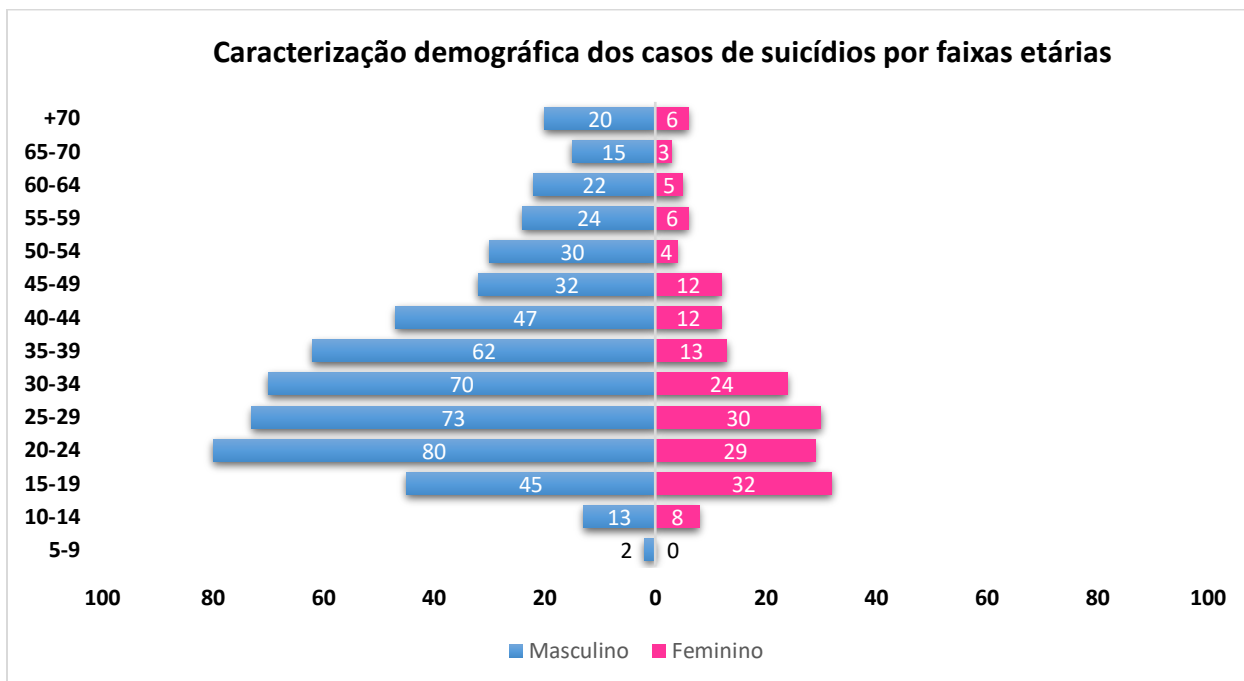


Gráfico 3. Caracterização demográfica dos casos de suicídio de acordo com gênero e faixas etárias

Casos de Suicídios Por área de Residência

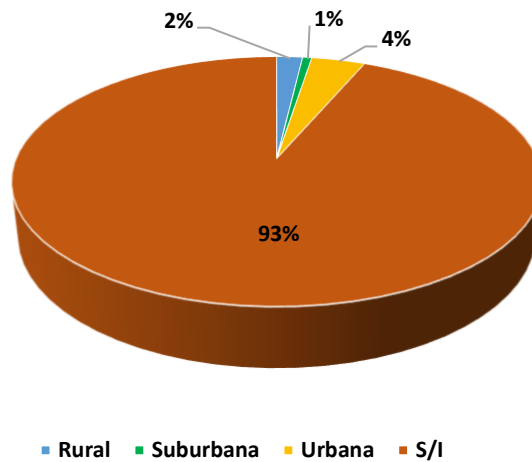


Gráfico 4. Distribuição dos casos de suicídio por área residencial

Resumo dos métodos usados para suicídio

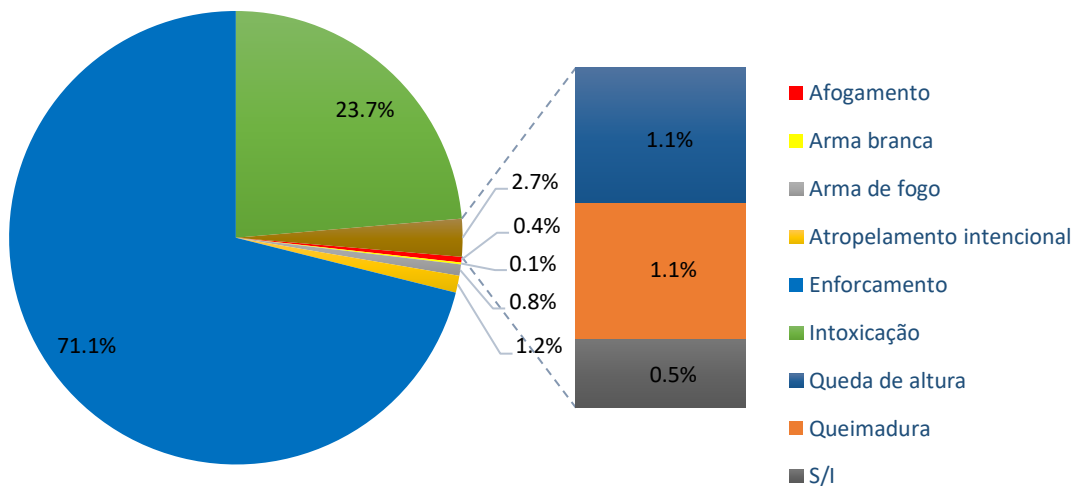


Gráfico 5. Principais métodos usados para o suicídio

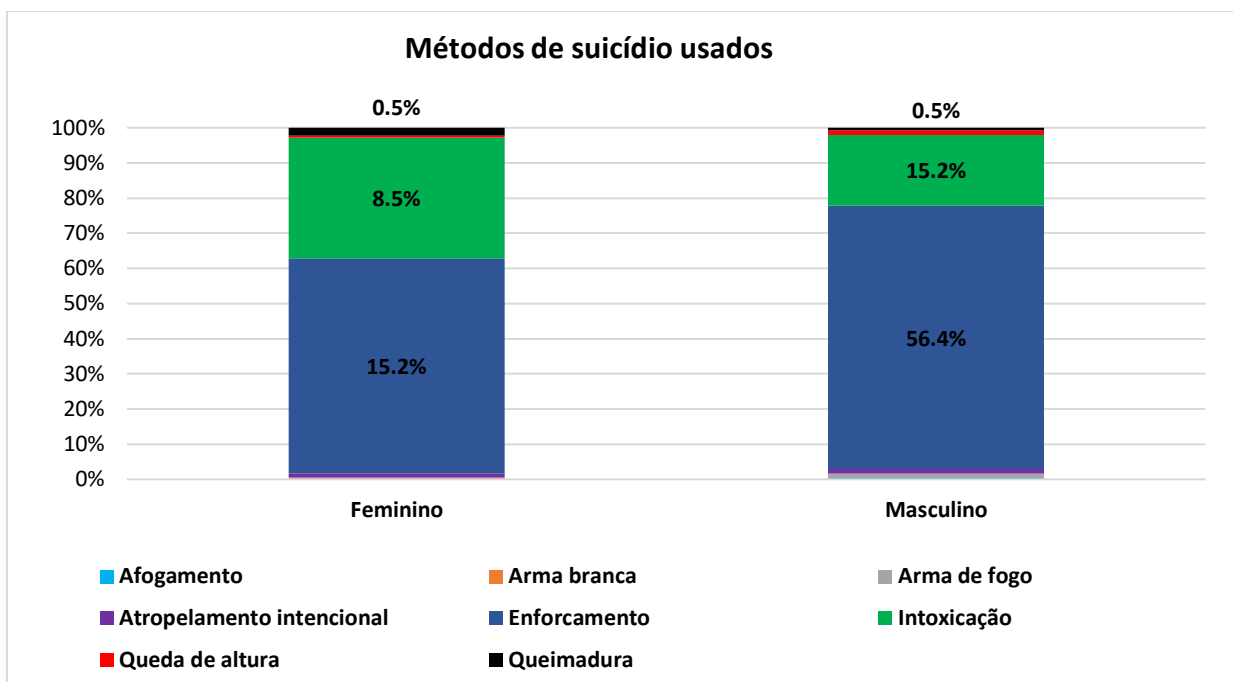


Gráfico 6. Distribuição dos métodos usados para o suicídio de acordo com o gênero

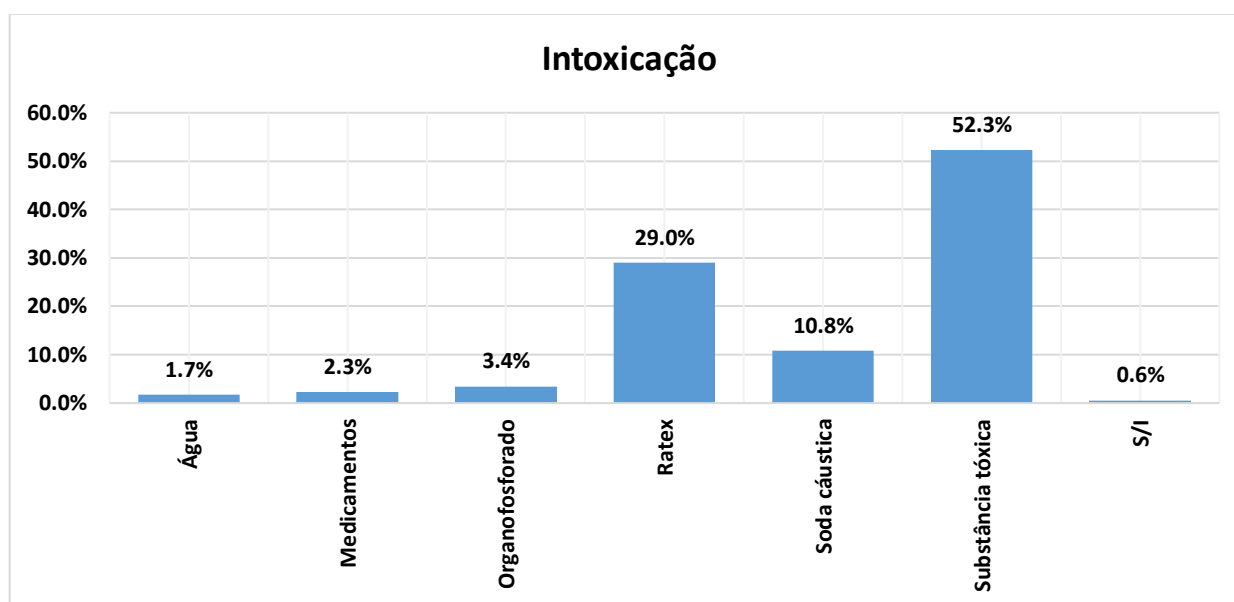


Gráfico 7. Identificação dos principais produtos tóxicos usados como método para o suicídio

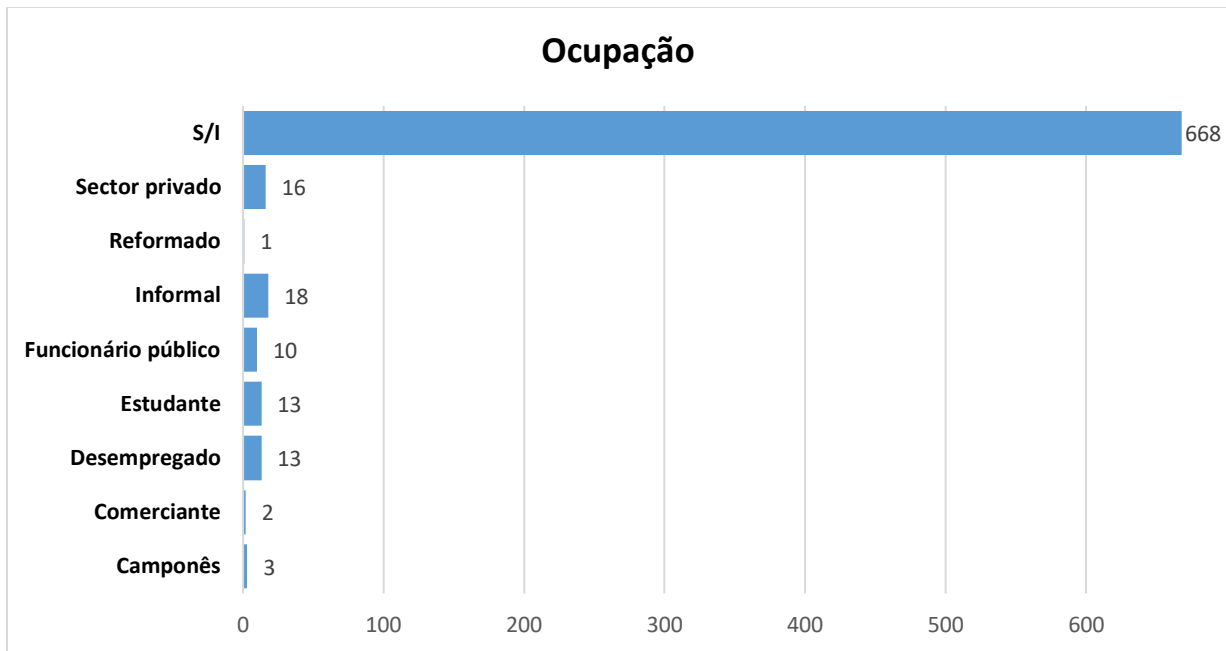


Gráfico 8. Principais ocupações profissionais dos casos de suicídio registados

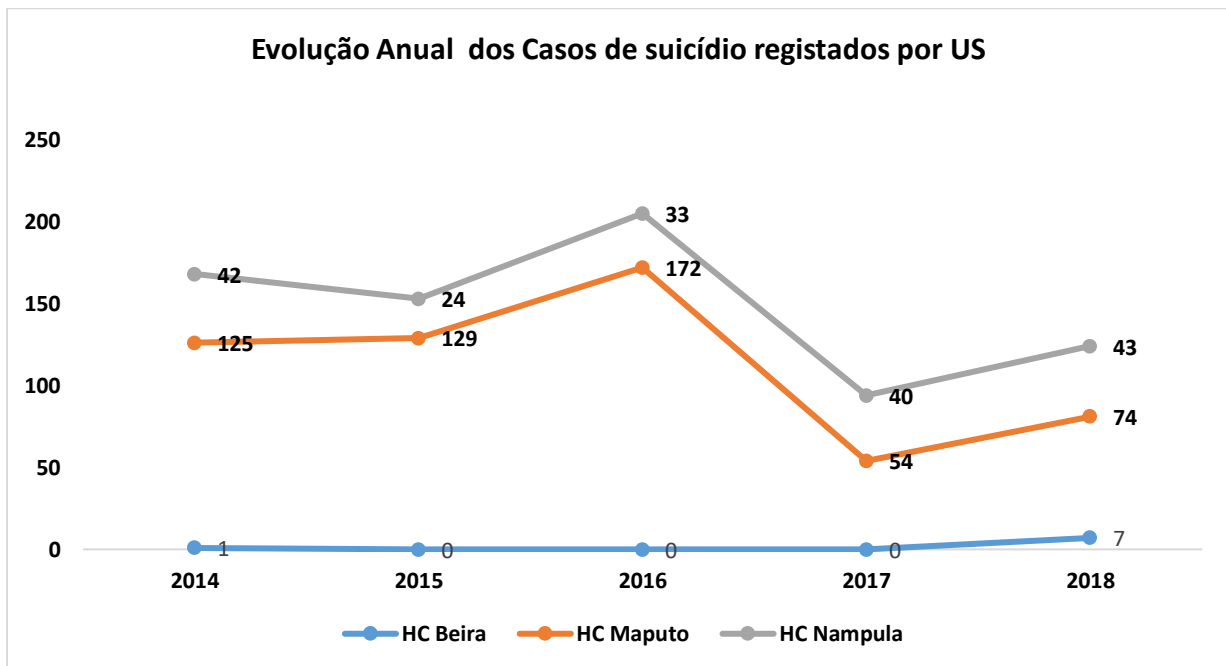


Gráfico 9. Ilustra a análise temporal dos casos de suicídio ao longo do período de estudo (2014-2018)

11.2 DISCUSSÃO

Neste estudo foi analisado o perfil epidemiológico do suicídio nos casos admitidos e submetidos à autópsia nos serviços de Medicina Legal dos hospitais centrais de Maputo, Beira e Nampula num período de 5 anos (2014 a 2018).

Foi constatado dos dados colhidos (n=744), que a maioria correspondia ao HCM com 554 e notou-se a quase ausência de dados relacionados aos casos no HCB com somente 8 casos encontrados na base de dados. Certamente que este número registado no HCB não reflecte a realidade do fenómeno nessa unidade sanitária/região, podendo espelhar algum problema no registo, disponibilidade de informação ou mesmo recolha dos dados, pois há anos (correspondentes ao período do estudo) em que nenhum caso de suicídio foi registado (período entre 2015 e 2017).

O HCN vem a seguir ao HCM com 182 casos, que também não parece reflectir a realidade, especialmente por se tratar de uma província com elevada densidade populacional. Portanto, o número de casos registados no HCM, apesar de ser maior, não dá para concluir com exactidão que ocorrem mais casos de suicídio nesta região. Provavelmente tenha um melhor sistema de registo, conservação e disponibilidade de informação.

Em relação às faixas etárias e gêneros mais afectados, há uma predominância do sexo masculino em comparação ao feminino tal qual como descreve a literatura, e a faixa entre os 15 e 44 anos registou maior número de casos, tal como descreve (Mars et al., 2014) que estimou, que apesar da disponibilidade limitada de dados sobre o suicídio em Africa, que as diferenças sexuais são consistentes com o que é observado internacionalmente, com todos países relatando a predominância do sexo masculino. Estes achados vão também de acordo com os resultados de estudos realizados no Serviço de Medicina Legal do HCM (Ceia, 2012), onde com base nas autópsias, foram registadas 893 mortes por suicídio, sendo a distribuição dos suicídios por faixa etária: 1% (10-14anos), 8% (15-19), 15% (20-25anos), 16% (25-29 anos), 12% (30-39 anos), 12% (35-39anos), 9% (40-44anos).

Nos dados analisados neste estudo, os homens na faixa dos 20-24 anos registaram maior número de casos e nas mulheres igual fenómeno ocorreu na faixa dos 15 aos 19 anos, resultado também alinhado com o descrito na literatura, que diz que 58% dos casos de suicídio ocorre antes dos 50 anos. (WHO,2021).

Provavelmente o desemprego ou baixa autonomia financeira associada a pressão que existe sobre os homens como provedores da família, aumenta a possibilidade de evoluir com depressão e daí para o suicídio é um só passo.

No que tange a distribuição de casos por área residencial, nota-se de uma forma geral a ausência desta informação para os 3 hospitais. Da escassa informação disponível, observa-se que indivíduos residentes nas zonas urbanas tendem a cometer mais suicídios quando comparados com os das zonas rural e suburbanas. Este fenómeno pode estar associado ao elevado custo de vida nas cidades quando comparado com as zonas periféricas. Esse elevado custo de vida aumenta muitas vezes a pressão que existe para viver e manter determinados padrões de vida que se os indivíduos não possuírem como sustentar pode conduzir ao suicídio. Adultos que vivem em cidades, com dificuldades sócio-económicas e com menos famílias a viverem juntas tem maior probabilidade de cometer o suicídio quando comparados com adultos em situação contrária. (Denney et al., 2015)

Quanto aos principais métodos usados nos casos registados, observa-se uma predominância do enforcamento em relação a todos outros métodos com 71,1%. O maior número de casos foi registado no sexo masculino evidenciando o facto dos homens tenderem a usar métodos mais violentos para cometer o suicídio e o enforcamento é o principal método por eles usado, aspecto também descrito por (Ceia, 2012), que concluiu da análise feita as 893 mortes por suicídio registados, que os métodos mais usados foram: enforcamento (604), intoxicações (104), precipitações (20).

No entanto ,importa ressaltar a predominância deste método em ambos sexos tal como refere (Kõlves et al., 2018), aspecto também observado nos dados analisados.

No presente estudo, a intoxicação foi o 2º método mais usado após o enforcamento, e o principal produto usado foi a substância tóxica 52,3% (não identificada), seguida do raticida (vulgo ratex) 29,0% e em 3º a soda cáustica 10,8%.

Ainda segundo (Kõlves et al., 2018), a intoxicação principalmente por pesticidas/organofosforados é responsável por 30% dos casos de suicídio global, sendo este um método predominante nos países de média e baixa renda, grupo ao qual pertence Moçambique.

Apesar da escassez de informação em relação a ocupação profissional dos casos incluídos, pôde-se constatar que dos 76 dados encontrados, 18 casos correspondentes a 2,4% tratou-se de trabalhadores informais, seguido de 16 casos (2,2%) trabalhadores do sector privado e por fim com 13 casos cada um, o equivalente a 1,7% encontramos os estudantes e desempregados. De novo, o trabalhador informal não possui uma renda fixa, podendo isso contribuir negativamente para a sua saúde mental. A ocupação foi identificada como um factor de risco para o suicídio estudos revelaram também que dentre as profissões a taxa de suicídio é também maior nos homens em relação as mulheres (Stallones et al., 2013)

Em relação a tendência dos casos de suicídio observados no período de 2014 a 2018, apesar da escassez de dados em relação aos outros hospitais, com os dados registados nos 3 hospitais, pôde-se concluir que:

- 2016 foi o ano em que foi registado o maior número de casos com um total de 205 casos
- O menor número de casos foi registado em 2017
- Entre 2016 e 2017 observou-se uma tendência para redução dos casos, no entanto não houve registo de nenhum caso no HCB, levando a questionar se isso reflecte realmente a ausência de casos ou problema de registo/disponibilidade de livros de registo dos anos em causa.
- Essa tendência observou um aumento do número de casos em 2018

Este foi um aspecto também observado e descrito pela (*Suicide Worldwide in 2019 - Global Health Estimates.Pdf*, n.d.), no qual refere que no período de 20 anos (2000-2019), houve uma redução em 36% das taxas globais de suicídio padronizadas por idade, no entanto essa redução não foi observada em todos países.

12. Conclusões e recomendações

12.1 CONCLUSÕES

As principais conclusões do estudo são:

1. O suicídio afecta maioritariamente a população jovem dos 15-45 anos de idade com predomínio do sexo masculino, e o método mais usado foi o enforcamento;
2. O HCM registou durante o período de estudo o maior número de casos em comparação com o HCB e o HCN;
3. Ao longo do período em análise, observou-se uma tendência em redução do número de casos de suicídio notificados em Moçambique.

12.2 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados e conclusões do estudo, propõem-se as seguintes sugestões de recomendações para prevenção de futuros casos de suicídio:

- Analisar os dados deste estudo e confrontar com a informação dos relatórios anuais disponíveis no Departamento de Saúde Mental de modo a avaliar a lacuna de informações sobre o suicídio.
- Reforçar a necessidade do desenvolvimento de um sistema de notificação robusto e sincronizado para o suicídio nos Serviços de Medicina Legal de forma a contribuir para melhor conhecimento do assunto no país.
- Introdução de um instrumento de recolha de dados e desenvolvimento de plataformas digitais acessíveis e fáceis de usar para melhorar não somente o registo dos dados como também a conservação da informação por períodos mais longos de tempo e o fluxo da informação desde o nível dos cuidados primários até ao nível central.
- Necessidade de aceleração da implementação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.
- Realização de estudos usando a metodologia mista (qualitativa e quantitativa), para melhor compreensão dos factores sociais e culturais relacionados com o suicídio em Moçambique, informação essa que ajudará no desenho de estratégias específicas e direccionadas no combate ao fenómeno.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kölves K., De Leo D. Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009: Analysis of Age Group 15–19 Years Worldwide. *J adolescent health*. 2016; 58(1) 69-77. PMID: 26559741. DOI: [10.1016/j.jadohealth.2015.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.014)

World Health Organization. World Health Statistics. 2Caregivers: A Cross Sectional Survey In Japan. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:231. PMCID: PMC4940687. DOI: [10.1186/s12888-016-0934-2](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0934-2)

Suicide worldwide in 2019: global health estimates; World Health Organization, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>).

Khazaei S., Armanmehr V., Nematollahi S., Rezaeian S, Khazaei S. Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *J epidemiol Global Health*.2017; 7(2):131-134. PMID: 28188120. DOI: [10.1016/j.jegh.2016.12.002](https://doi.org/10.1016/j.jegh.2016.12.002)

Mckinnon B., Gariépy G., Sentenac M., Elgar K. Adolescent Suicidal Behaviours in 32 low-and-middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2016; 94:340. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.163295>.

Jordan M., Rathod S., Fekadu A., Medhin G., Kigozi F., Kohrt B., et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*; 2017; 16: 1-10. PMID: 28202089. DOI: [10.1017/S2045796017000038](https://doi.org/10.1017/S2045796017000038)

Stein GN., Pretorius A., Stein DJ., Sinclair H. The association between pathological gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers in South Africa. *Ann Clin Psychiatry*. 2016; 28(1): 43-50. PMID: 26855985

Naidoo SS., Schlebusch L., Sociodemographic characteristics of persons committing suicide in Durban, South Africa: 2006-2007. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2014; 6(1): E1-7. PMID: 26245393. DOI: [10.4102/phcfm.v6i1.568](https://doi.org/10.4102/phcfm.v6i1.568)

Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>

Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, 382(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>

Kootbodien, T., Naicker, N., Wilson, K. S., Ramesar, R., & London, L. (2020). Trends in Suicide Mortality in South Africa, 1997 to 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1850. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061850>

Mars, B., Burrows, S., Hjelmeland, H., & Gunnell, D. (2014). Suicidal behaviour across the African continent: A review of the literature. *BMC Public Health*, 14(1), 606. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-606>

Relatório Anual de Actividades 2020 HCB.docx. (n.d.).

Relatório Anual de Actividades 2020.pptx. (n.d.).

Relatório Anual de Actividades HCN 2021.pptx. (n.d.).

Suicide Worldwide in 2019—Global Health Estimates.pdf. (n.d.).

Bantjes, J., Iemmi, V., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B., & Lund, C. (2016). Poverty and suicide research in low- and middle-income countries: Systematic mapping of literature published in English and a proposed research agenda. *Global Mental Health*, 3, e32. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.27>

Kölves, K., McDonough, M., Crompton, D., & De Leo, D. (2018). Choice of a suicide method: Trends and characteristics. *Psychiatry Research*, 260, 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.035>

Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016). Social media and suicide prevention: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(2), 103–121. <https://doi.org/10.1111/eip.12229>

Denney, J. T., Wadsworth, T., Rogers, R. G., & Pampel, F. C. (2015). Suicide in the City: Do Characteristics of Place Really Influence Risk?. *Social science quarterly*, 96(2), 313–329. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12165>

Saied, A. A., Shah, J., Dean, Y. E., Tanas, Y., Motawea, K. R., Hasan, W., & Aiash, H. (2022). Suicide prevention in Egypt. *The Lancet Psychiatry*, 9(9), e41. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00242-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00242-5)

Sinclair, L., & Leach, R. (2017). Exploring thoughts of suicide. *BMJ*, j1128. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1128>

Suicide Keith Hawton.pdf. (n.d.).

World Health Organization. (2018). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

National Institute of Mental Health. (2019). Suicide. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/>
Shah, A. Suicide rates: Age-associated trends and their correlates. *J. Inj. Violence Res.* 2012, 4, 79–86. [suicide.shtml](#).

Wageenar B., Raunig-Berhó M., Cumbe V., Rao D., Napúa M., Sherr K. Suicide Attempts And Deaths in Sofala, Mozambique, From 2011-2014. *Crisis.* 2016; 37(6):445-453. PMID: 27245814. PMCID: [PMC5133176](#). DOI: [10.1027/0227-5910/a000383](#)

Muthemba, R. Estigma e percepções dos médicos de clínica geral em Moçambique sobre a doença mental e o suicídio. Tese (Mestrado em Saúde Mental). Universidade Nova de Lisboa. 2014.

Mapengo, N. Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psique.* 2006.

Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 2019;364:194-194.

Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2016. Geneva: World Health Organization, 2018

Stallones, L., Doenges, T., Dik, B. J., & Valley, M. A. (2013). Occupation and suicide: Colorado, 2004-2006. *American journal of industrial medicine*, 56(11), 1290–1295. <https://doi.org/10.1002/ajim.22228>

OMS, (2001). *The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, new hope.* Chapter 2: *Burden of mental and behavioral disorders impact of disorder.* Acesso 22 de novembro de 2010. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/chapter_2/en/index3.html.

Tucker, R. P., Crowley, K. J., Davidson, C. L., & Gutierrez, P. M. (2015). Risk Factors, Warning Signs, and Drivers of Suicide: What Are They, How Do They Differ, and Why Does It Matter? *Suicide Life Threat Behav*, 45(6), 679-689. doi: 10.1111/sltb.12161

Colpe, L. J., & Pringle, B. A. (2014). Data for building a national suicide prevention strategy: what we have and what we need. *Am J Prev Med*, 47(3 Suppl 2), S130-136. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.024

Ceia, V. e Colaboradores (2014). Suicídios autopsiados no Serviço de medicina legal. Maputo: HCM (Não publicado?).

Shah, A., & Buckley, L. (2011). The current status of methods used by the elderly for suicides in England and Wales. *J Inj Violence Res*, 3(2), 68-73. doi: 10.5249/jivr.v3i2.78

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., . . . Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98. doi: 10.1027/0227-5910/a000076

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*, 192(2), 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113

14 ANEXOS

- Carta de aprovação ética do protocolo pelo CIBS (FM&HCM)
- Carta de autorização para uso dos dados pela Investigadora Principal do estudo principal.
- Carta de aprovação ética do protocolo do estudo principal pelo CIBS INS



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco Muchanga, Vice Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Ivandra Percina Alberto Magaia Jamela**

Protocolo de investigação: **Versão 1.6, de 06 de Março de 2023**

Consentimentos informados: **N/A**

Instrumento de recolha de dados: **Versão 1.3, sem data**

Do estudo:

TÍTULO: "Perfil e tendência dos casos de suicídio admitidos nos Serviços de Medicina Legal dos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014 a 2018."

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 01 de Setembro de 2022 e que será incluída na acta 08/2022, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/031/2022**.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 13 de Março de 2024. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenha o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

Vasco Muchanga

Assinado em Maputo aos 14 de Março de 2023



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

Exma Senhora:
Dra. Jacinta S. Langa
Presidente do CIBS
FM&HCM

Assunto: Autorização de uso de dados do estudo “**Avaliação do perfil epidemiológico do suicídio e tentativas de suicídio nos últimos 5 anos (2014-2018) em Moçambique- estudo exploratório baseado nos registos do Serviço Nacional de Saúde**” para protocolo de Mestrado em Saúde Pública.

A mestranda em Saúde Pública Ivandra Percina Magaia submeteu-nos o pedido de autorização de uso de parte dos dados do estudo supracitado para sua tese de mestrado intitulada “*Perfil e tendência dos casos de suicídio admitidos nos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula no período de 2014 a 2018*”

Neste contexto, vimos por meio desta *autorizar* o uso dos dados para a tese de Mestrado. Referir que para tal somente os dados referentes aos casos de Suicídio admitidos nos Hospitais Centrais serão disponibilizados

Atenciosamente,

A Investigadora Principal

Dra Maria Lídia Filipe Cháuque Gouveia

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547
258 (1) 33320



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA DO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
(CIBS-INS)

Exmas. Senhoras
Dra. Lídia Gouveia
Dra. Ivandra Magaia
INS

Nossa Ref.: 020/CIBS-INS/2019

Data: 19 de Março de 2019

Assunto: Aprovação Ética ao protocolo intitulado: “avaliação do perfil epidemiológico de suicídio e tentativa de suicídio nos últimos 5 anos (2014-2018) em Moçambique – estudo exploratório baseado nos registos do serviço nacional de saúde”.

O Comité Institucional de Bioética para a Saúde, do Instituto Nacional de Saúde (CIBS-INS), avaliou o protocolo com o título acima enunciado, versão 2.0 de 20 de Janeiro de 2019, e sobre o mesmo, o CIBS do INS chegou a seguinte conclusão:

O CIBS-INS não vê aspectos de ordem ética que impeça a realização do estudo, pelo que concede **APROVAÇÃO ÉTICA** aos procedimentos descritos no protocolo e anexos com versão em vigor 2.0 de 20.01.2019.

Todavia, o CIBS recomenda o seguinte:

1. A submissão de expediente para renovação da aprovação ética, se eventualmente o estudo prolongar-se, deverá dar entrada no CIBS-INS um mês antes do prazo de validade da presente aprovação.
2. O CIBS – INS faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação administrativa.
3. Adicionalmente, solicita aos investigadores que mantenham o Comité de Ética informado sobre os progressos da Investigação. Conforme o regulamento deste comité, os membros do mesmo poderão realizar visitas de monitoria da pesquisa, sempre que tal se mostrar necessário, sem necessidade de aviso prévio aos investigadores.

Atenciosamente,


Sérgio Chicumbe, MD MPH
Presidente do CIBS-INS

CC: Comité Nacional de Bioética em Saúde (CNBS) e CTC-INS.

CIBS - INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Endereço: EN1, Bairro da Vila, - Parcela n° 3943
Distrito de Marracuene
Província de Maputo - Moçambique

Facebook: institucional.desaude.1
Email: secretariains.gov.mz
Website: www.gov.mz

	Afoga- mento N [%]	Arma branca N [%]	Arma de fogo N [%]	Atropelamen- to intencional N [%]	Enforcamen- to N [%]	Intoxicaç- ão N [%]	Queda de altura N [%]	Queimadu- ra N [%]	S/I N [%]	Total N [%]	P value
Faixa etária											
S/I	-	-	1 [16,7]	-	16 [3,0]	5 [2,8]	1 [12,5]	-	-	23 [3,1]	
5-9	-	-	-	-	2 [0,4]	-	-	-	-	2 [0,3]	
10-14	-	-	-	-	17 [3,2]	4 [2,3]	-	-	-	21 [2,8]	
15-19	-	-	-	-	54 [10,2]	21 [11,9]	1 [12,5]	-	1 [25,0]	77 [10,3]	
20-24	-	-	1 [16,7]	-	73 [13,8]	35 [19,9]	-	1 [12,5]	-	110 [14,8]	
25-29	-	-	1 [16,7]	3 [33,3]	62 [11,7]	30 [17,0]	2 [25,0]	3 [37,5]	2 [50,0]	103 [13,8]	
30-34	-	-	1 [16,7]	1 [11,1]	67 [12,7]	22 [12,5]	2 [25,0]	1 [12,5]	-	94 [12,6]	0,06703
35-39	-	-	-	1 [11,1]	55 [10,4]	19 [10,8]	-	-	-	75 [10,1]	
40-44	1[33,3]	1 [100,0]	-	1 [11,1]	44 [8,3]	12 [6,8]	1 [12,5]	-	-	60 [8,1]	
45-49	1[33,3]	-	-	1 [11,1]	27 [5,1]	12 [6,8]	1 [12,5]	1 [12,5]	1 [25,0]	44 [5,9]	
50-54	-	-	-	1 [11,1]	28 [5,3]	5 [2,8]	-	-	-	34 [4,6]	
55-59	1[33,3]	-	1 [16,7]	1 [11,1]	21 [4,0]	5 [2,8]	-	1 [12,5]	-	30 [4,0]	
60-64	-	-	-	-	23 [4,3]	4 [2,3]	-	-	-	27 [3,6]	

65-70	-	-	1 [16,7]	-	16 [3,0]	1 [0,6]	-	-	-	18 [2,4]	
+70	-	-	-	-	24 [4,5]	1 [0,6]	-	1 [12,5]	-	26 [3,5]	
Sexo											
Feminino	-	1 [100,0]	-	2 [22,2]	112 [21,2]	63 [35,8]	1 [12,5]	4 [50,0]	2 [50,0]	185 [24,9]	
Masculino	3 [100,0]	-	6 [100,]	7 [77,7]	416 [78,6]	112 [63,6]	7 [87,5]	4 [50,0]	2 [50,0]	557 [74,9]	0,12730
S/I	-	-	-	-	1 [0,2]	1 [0,6]	-	-	-	2 [0,3]	
Ocupação											
Camponês	-	-	-	-	3 [0,6]	-	-	-	-	3 [0,4]	
Comerciante	-	-	-	-	2 [0,4]	-	-	-	-	2 [0,3]	
Desempregado	-	-	-	-	9 [1,7]	2 [1,1]	1 [12,5]	1 [12,5]	-	13 [1,7]	
Estudante	-	-	-	-	11 [2,1]	2 [1,1]	-	-	-	13 [1,7]	
Funcionário público	-	-	-	1 [11,1]	7 [1,3]	1 [0,6]	1 [12,5]	-	-	10 [1,3]	0,37101
Informal	-	-	1 [16,7]	-	15 [2,8]	1 [0,6]	-	-	1 [25,0]	18 [2,4]	
Reformado	-	-	-	-	1 [0,2]	-	-	-	-	1 [0,1]	
Sector privado	-	-	-	-	12 [2,3]	4 [2,3]	-	-	-	16 [2,2]	
S/I	3 [100,0]	1 [100,0]	5 [83,3]	8 [88,9]	469 [88,7]	166 [94,3]	6 [75,0]	7 [87,5]	3 [75,0]	668 [89,8]	

Província											
Maputo Cidade	1 [33,3]	1 [100,0]	6 [100,0]	8 [88,9]	462 [87,3]	59 [33,5]	6 [75,0]	8 [100,0]	3 [75,0]	554 [74,5]	
Sofala	-	-	-	1 [11,1]	3 [0,6]	3 [1,7]	-	-	1 [25,0]	8 [1,1]	0.53433
Nampula	2 [66,7]	-	-	-	64 [12,1]	114 [64,8]	2 [25,0]	-	-	182 [24,5]	

Tabela 2. Suicídio por variável sócio-demográfica, província e método usado N=744. Os detalhes sócio-demográficos deram uma ideia geral da idade, sexo, estado civil e ocupação de acordo com os métodos usado