

Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015

Epidemiological profile of mortality by suicide in Brazil between 2006 and 2015

Kaio Cruz Ramos da Mata¹ 

Mônica Ramos Daltro² 

Milena Pereira Ponde³ 

^{1,2}Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. kaiomata14.1@bahiana.edu.br, monicadaltro@bahiana.edu.br

³Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. milenaponde@bahiana.edu.br

RESUMO | OBJETIVOS: Descrever o perfil sociodemográfico das vítimas de suicídio no Brasil entre 2006- 2015. **MÉTODOS E MATERIAIS:** Utilizaram-se dados do SIM e DATASUS. Analisaram-se incidências por raça/cor, escolaridade, faixa etária, de 2006-2015. Compararam-se variações na mortalidade por suicídio com mudanças regionais nos indicadores de características socioeconômicas e demográficas. **RESULTADOS:** As maiores causas de suicídio foram enforcamento, lesão por armas de fogo, autointoxicação por pesticidas. Os mais acometidos foram os menos escolarizados, adultos jovens (entre 20-39 anos) ou maiores de 60 anos. As taxas entre homens são 3,7 vezes maiores em todas as regiões. A mortalidade mais elevada se encontra na região Sudeste e o maior crescimento percentual, no Norte. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A mortalidade por suicídio continua a crescer no país, com importantes variações regionais. O Brasil ainda carece de programas governamentais que trabalhem efetivamente na prevenção do suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Causas de suicídio. Variáveis Socioeconômicas. Brasil.

ABSTRACT | OBJECTIVES: To describe the sociodemographic profile of suicide victims in Brazil between 2006-2015. **METHODS AND MATERIALS:** Data from SIM and DATASUS were used. Incidences by race / color, education, age range, from 2006-2015 were analyzed. Variations in suicide mortality were compared with regional changes in indicators of socioeconomic and demographic characteristics. **RESULTS:** The main causes of suicide were hanging, firearms injuries, self-poisoning by pesticides. The most affected were the least educated, young adults (between 20-39 years old) or over 60 years old. Rates among men are 3.7 times higher in all regions. The highest mortality is found in the Southeast and the highest percentage growth in the North. **FINAL CONSIDERATIONS:** Death by suicide continues to increase in the country, with important regional variations. Brazil still lacks government programs that work effectively in preventing suicide.

KEYWORDS: Suicide. Suicide causes. Socioeconomic variables. Brazil.

Introdução

Segundo a OMS (2005), o suicídio é causa de 1 milhão de óbitos anuais, o que corresponde a 1920 mortes diárias, superando mortes causadas por muitas guerras e conflitos civis (Botega, 2014, p. 231-234). Ao longo dos últimos 50 anos, constatou-se um aumento de 60% no número de suicídios em escala mundial (Gonçalves, Freitas e Sequeira, 2016, p. 149-159), vindo figurar como a terceira causa de óbito por fatores externos identificados: homicídio (36,4%), óbitos relacionados ao trânsito (29,3%) e suicídio (6,8%) (Reichenheim, et al., 2011, p. 1962-75). O suicídio é definido como um ato deliberadamente executado pelo próprio indivíduo, tendo a morte como intenção consciente, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014), identificado pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão pelos códigos X60 a X84.

O Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS (Gonçalves, Freitas e Sequeira, 2016, p. 149-159) alcançando 1% do total de óbitos registrados, atingindo 4% em pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade (Botega, 2014, p. 231-234 e Vasconcelos-Raposo, et al., 2016, p. 345-354) identificada como a faixa etária mais vulnerável ao suicídio (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Os números chegaram a 9.852 mortes em 2011, uma média de 27 mortes por dia (Owens, Horrocks e House, 2002, p. 193-199). Entretanto, essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, que são de 10 a 20 vezes mais frequentes que os casos de suicídio consumado (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014).

Um estudo realizado sob o auspício da OMS na área urbana do município de Campinas, em 2003, concluiu que de 515 pessoas sorteadas e entrevistadas a partir de listagens de domicílios feitas pelo IBGE, 17,1% “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (Cardoso, et al., 2014, p. 42-48). Além disso, sabe-se que há significativo grau de sub-registro e de subnotificação de suicídios, além dos casos que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento e “morte de causa indeterminada” (Machado, Santos, 2015, p. 45-54).

As principais causas de suicídio no Brasil eram enforcamento, lesões por armas de fogo e autointoxicação por pesticidas, totalizando 79,6% dos casos. Os mais acometidos são os indígenas, pessoas com baixa escolaridade, homens e maiores de 60 anos. A maioria das pessoas que cometeram suicídio em 2000 e 2010 tinha baixa escolaridade, 75% e 63%, respectivamente (Owens, Horrocks e House, 2002, p. 193-199). Apesar de esse ser um fator pouco estudado na literatura, estudos anteriores têm indicado associação positiva entre as taxas de suicídio e o baixo nível de escolaridade (Owens, Horrocks e House, 2002, p. 193-199, 8). E, em consonância com a literatura, o suicídio no Brasil ocorre com maior frequência entre homens, numa razão de 3,7/1 homens por mulheres em 2012. A mortalidade mais alta se encontra na região Sul (9,8/100.000) e no Centro-Oeste (7,6/100.000), seguidas pelo Sudeste (Vasconcelos-Raposo, et al., 2016, p. 345-354), Nordeste (Vasconcelos-Raposo, et al., 2016, p. 345-354 e Reichenheim, et al., 2011, p. 1962-75) e Norte (Vasconcelos-Raposo, et al., 2016, p. 345-354 e Gonçalves, Freitas e Sequeira, 2016, p. 149-159). Entretanto, o maior crescimento percentual no Nordeste (72,4%) de 2000 a 2012. (Cardoso, et al., 2014, p. 42-48)

Uma revisão de literatura, envolvendo 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, abrangendo 15.629 suicídios na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal: Transtornos de Humor com 35,8%; uso de substâncias psicoativas 22,4%; Transtornos psicóticos em geral 11,6%; Esquizofrenia 10,6%; sem diagnóstico 3,2% (Bando, Scrivani, Morettin, Teng, 2009, p. 101-5 e Machado, Santos, 2015, p. 45-54). Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009), em nosso país, até pouco tempo, o suicídio não era visto como um problema de saúde pública. Só em 2002 foi publicado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que associou o suicídio com fatores sociais. A literatura já consolida forte associação com ser do sexo masculino, com idades entre 45-55 anos, raça branca, religião protestante e judaica, estado civil solteiro, divorciado e viúvo, identidade de gênero homo ou bissexual, alto nível social, queda de nível social, desemprego, presença de doença física e doença psiquiátrica (Stefanello, Cais, Mauro, Freitas e Botega, 2008, p. 139-43).

No que concerne à etiologia, o Compêndio de Psiquiatria Kaplan reúne três principais grupos de fatores envolvidos na precipitação do suicídio.

O primeiro deles, referente aos fatores sociológicos, aponta para o papel da deficiência na integração social como determinante para o suicídio. O segundo deles, referente aos fatores psicológicos, que conceberam o suicídio como um homicídio invertido contra um objeto de amor introjetado e catexizado de forma ambivalente; entretanto, suicidologistas recentes não concordam que haja uma estrutura psicodinâmica fixa para o suicídio, e sim uma complexa variável de fantasias suicidas que incluem desejos de vingança, poder, controle, castigo, reparação, sacrifício, fuga, sono, renascimento, reunião com os mortos dentre outros fatores, como perda do objeto amoroso e ferida narcísica (Stefanello, Cais, Mauro, Freitas e Botega, 2008, p. 139-43). O terceiro fator causal é o biológico, alguns estudos (Nordstrom, Samuelsson, Asberg, Traskman-Bendz, Aberg-Wistedt, Nordin e Bertilsson, 1994, p. 1-9; Roy, et al., 1991, p. 29-32; Bennett, et al., 2000, p. 13-18) indicam que serotonina cerebral reduzida está associada ao comportamento suicida, hipótese comprovada pelo estudo do instituto da Karolinska, Suécia, que evidenciou a presença de baixos níveis do metabólito da serotonina, o ácido 5-hidróxi-indolacético (5-HIAA) no líquor de indivíduos que consumaram o ato (Sadock, Sadock, Ruiz, 2017). Há ainda evidências de componente genético no comportamento suicida; um estudo de referência de 1991 com 176 pares de gêmeos evidenciou que a presença de pares concordantes para tentativas de suicídio é significativamente maior em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos (Nordstrom, Samuelsson, Asberg, Traskman-Bendz, Aberg-Wistedt, Nordin e Bertilsson, 1994, p. 1-9). Além disso, estudos de genética molecular apontam a presença do alelo L do gene TPH humano, que codifica a enzima triptofano-hidroxilase, em indivíduos que possuem história de vida de múltiplas tentativas de suicídio (Roy, et al., 1991, p. 29-32; Bennett, et al., 2000, p. 13-18).

Fica evidente que o suicídio, apesar de ser um ato realizado no contexto da individualidade, tem uma dimensão social, por isso é importante avaliar as variáveis sociais, que é o que propõe o presente estudo.

As consequências materiais e psicológicas para familiares, amigos e demais indivíduos da rede de relações pessoais do indivíduo são não-negligenciáveis e, em nível macrossocial, o suicídio contribui para perdas socioeconômicas, visto que grande parte das vítimas é economicamente ativa (Bertolote, Fleischmann, 2002, p. 181-185). Compreender quais

são os grandes marcadores que potencializam a “volidade” do suicida é uma das ferramentas eficazes para compreender quais intervenções devem marcar o tratamento do sujeito predisposto ao ato, e estudar esse comportamento só se torna possível quando se compreende a conjuntura sociodemográfica. A desigualdade social tem se constituído uma importante variável desse desfecho, com diferentes níveis de exposições a fatores de risco ambientais, comportamentais e psicossociais dando destaque a exposição à violência, sentimentos de privação e stress.

Diante de tal fenômeno complexo e multifatorial, o presente trabalho visa analisar algumas das variáveis imbricadas nos casos e suicídio consumado no Brasil durante um período que ainda não consta na literatura, a fim de ensejar maior conhecimento a esse tema. Para isso descreve o perfil epidemiológico dos casos de suicídio no Brasil nos últimos 10 anos identificados no DATASUS, caracterizando as seguintes variáveis: idade, sexo, cor/raça, escolaridade por anos de estudo, renda domiciliar per capita por índice de Gini e causas segundo o CID 10 da população suicida no Brasil nos últimos 10 anos.

Métodos e materiais

Trata-se de um estudo ecológico descritivo de série temporal utilizando dados secundários agregados, provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, disponível na plataforma DATASUS. Os dados de mortalidade foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade brasileira (SIM), DATASUS e estão sujeitos aos vieses de coleta inerentes à extração de dados secundários de uma base pública alimentada por diversas entidades da administração direta municipal, estadual e municipal.

Para descrever as características inter-regionais, foram utilizados os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB), da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), Datasus, entre os anos de 2006 e 2015, anos censitários, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Censos Demográficos. Foram incluídos os dados ocorridos no período de 2006 a 2015 que tiveram como causa básica o suicídio – CID, já que não foram encontrados estudos que abordam essa faixa de tempo. Considerou-se como suicídio todos os óbitos causados com essa intencionalidade pelo próprio indivíduo, segundo a

Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (Bennett, et al., 2000, p. 13-18), códigos X60 a X84. A variável causa de morte foi analisada de acordo com tais códigos.

Avaliou-se a incidência de suicídio por raça/cor por meio do cálculo da mortalidade entre os autodeclarados como brancos, pretos, amarelos, pardos e indígenas nos anos de 2006 e 2015. Além disso, a faixa etária foi avaliada de acordo com as décadas de vida, com exceção da segunda, que foi dividida entre aqueles com 10 a 14 anos e aqueles com 15 e 19 anos. A variável de sexo foi também considerada, visto que há na literatura extensa referência à proporção homem/mulher no suicídio. Analisou-se ainda o estado civil, classificado em solteiro, casado, viúvo, outro ou ignorado, já que há na literatura referências que afirmam que o maior índice de suicídio se dá naqueles viúvos e solteiros (Machado, Santos, 2015, p. 45-54). Todas as variáveis referidas foram selecionadas de acordo com alguma associação indicada pela literatura e/ou conforme a disponibilidade das informações no Brasil.

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel 2013, ferramenta na qual foi analisada a distribuição das variáveis categóricas, faixa etária, escolaridade, cor/raça e óbitos por região.

Como se trata de um estudo com dados secundários de domínio público disponíveis para acesso pela

internet, os dados disponibilizados através da base de dados do DATASUS, não identificam os sujeitos, sendo, portanto, garantido o anonimato e, por esta razão, não foi necessário a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assim como a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em conformidade com as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os dados encontrados são indicativos de que a mortalidade absoluta por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015 foi de 98.194 óbitos (Tabela 1), o que corresponde a 26 óbitos por dia, ou seja, 1,12 óbito por hora. Das 5 regiões analisadas, em ordem decrescente em números absolutos durante todo o período estudado, a região Sudeste consta em primeiro lugar, com um total de 37.707 casos registrados (37,7% do total), seguida da região Sul, com 22.685 (23,1% do total), região Nordeste, com 22.617 (23%), região Centro-Oeste, com 8.596 (8,75%) e região Norte, com 6.591 (6,71%). Percebeu-se também aumento nas taxas de suicídio em todas as regiões durante o período estudado: ao comparar-se os óbitos de 2006 e 2015, evidenciou-se aumento de 84% na região Norte, 29% na região Nordeste, 30% na região Sudeste, 10% na região Sul e 23% na região Centro-Oeste. No Brasil como um todo, o aumento foi de 29%.

Tabela 1. Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (CID 10: X60-X84) por Região de Residência e Ano do Óbito - Brasil, 2006-2015

Região	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Norte	478	542	620	593	624	692	694	759	708	881	6591
Nordeste	1961	2168	2202	2101	2123	2297	2336	2494	2393	2540	22615
Sudeste	3305	3226	3404	3570	3735	3900	4002	3959	4283	4323	37707
Sul	2131	2185	2245	2279	2154	2156	2357	2365	2319	2494	22685
Centro-Oeste	764	747	857	831	812	807	932	956	950	940	8596
Total	8639	8868	9328	9374	9448	9852	10321	10533	10653	11178	98194

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Quanto à distribuição entre os sexos, nota-se que os homens cometem mais suicídio que as mulheres. A relação homem mulher é de um total de 3,72:1 em todo o país, com as seguintes distribuições entre as regiões durante todo o período estudado: 4:1 na região Norte; 3,8:1 nas regiões Nordeste e Sul; 3,5:1 na região Sudeste e 3,7:1 na região Centro-Oeste (Tabela 2).

Tabela 2. Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (CID 10: X60-X84) por Região de Residência e Sexo - Brasil, 2006-2015

Região	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
Norte	5285	1303	3	6591
Nordeste	17911	4703	1	22615
Sudeste	29399	8302	6	37707
Sul	18051	4634	-	22685
Centro-Oeste	6764	1831	1	8596
Total	77410	20773	11	98194

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Constatou-se que a faixa etária que mais cometeu suicídio no período estudado é a de adultos jovens, compreendidos entre os 20 e 39 anos, que somam 43,6%, seguido dos idosos maiores que 70 anos, que correspondem a 27,79% dos óbitos, seguida pelas faixas entre 40 a 49 anos (18,9%), 50 a 59 anos (13,9%), 60 a 69 anos (8,34%), 15 a 19 anos (6,51%), e 10 a 14 anos (1,17%) (Tabela 3).

Tabela 3. Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (CID 10: X60-X84) por Região de Residência e Faixa Etária - Brasil, 2006-2015

Região	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
Norte	17	221	901	2117	1396	874	524	282	174	59	26	6591
Nordeste	19	304	1715	5443	4853	3906	2848	1833	1089	564	41	22615
Sudeste	1	255	1859	8303	8726	7681	5419	2965	1575	768	155	37707
Sul	5	194	1186	4048	4025	4619	3877	2501	1528	685	17	22685
Centro-Oeste	4	177	734	2114	1843	1516	1030	612	346	190	30	8596
Total	46	1151	6395	22025	20843	18596	13698	8193	4712	2266	269	98194

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Nota-se que a população que cometeu maior número de suicídio foi a autodeclarada branca (com o maior número ocorrendo no Sudeste), correspondendo a 50,2% do total de óbitos, seguida da autodeclarada parda (com maior número na região Nordeste), que responde a 38%, preta (maior número na região Sudeste), 5,3%, indígena (com maior número na região Norte), 1% e amarela (com maior número na região Sudeste), 0,5% (Tabela 4).

Tabela 4. Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (CID 10: X60-X84) por Região de Residência e Cor/Raça - Brasil, 2006-2015

Região	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Norte	891	322	12	4718	480	168	6591
Nordeste	3566	1314	51	15435	49	2200	22615
Sudeste	22890	2465	259	10846	19	1228	37707
Sul	19982	706	55	1636	43	263	22685
Centro-Oeste	2893	428	36	4686	403	150	8596
Total	50222	5235	413	37321	994	4009	98194

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

As causas mais prevalentes de morte foram, em ordem decrescente, asfixia mecânica (por enforcamento, estrangulamento e sufocação), com 62,5% de todas as mortes, seguida de lesão por arma de fogo (com 7,05%), intoxicação por pesticidas (6,27%), precipitação de lugares elevados (3,78%), por meios não esclarecidos (2,34%), por chamas e fumaça (1,96%), intoxicação por medicamentos e substâncias biológicas (1,81%), autolesão por objeto perfurocortante (1,74%), autointoxicação por sedativos, hipnóticos e antiparkinsonianos (1,67%), afogamento e submersão (1,16%) (Tabela 5).

Tabela 5. Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (CID 10: X60-X84) por Região de Residência e Faixa Etária - Brasil, 2006-2015

Categoria CID10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
X72 - LA intenc disp arma fogo de mao	243	492	837	957	291	2820
X73 - LA int disp arm fog maior calibre	79	185	64	118	67	513
X74 - LA intenc disp outr arma fogo e NE	388	1129	2701	2067	645	6930
X75 - LA intenc p/disp explosivos	1	11	29	5	5	51
X76 - LA intenc fumaca fogo e chamas	43	381	1108	253	141	1926
X77 - LA int vapor agua gas obj quent	3	6	19	6	5	39
X78 - LA intenc obj cortante penetr	150	329	723	336	172	1710
X79 - LA intenc p/objeto contundente	38	190	437	53	45	763
X80 - LA intenc precip lugar elevado	59	477	2421	502	259	3718
X60 - AI por analg antipir anti-reum n-opiac	10	10	37	37	2	96
X61 - AI int a-conv sed hip a-park psic NCOP	31	199	857	379	175	1641
X62 - AI intenc narcot psicodislept NCOP	44	86	197	89	41	457
X63 - Auto-int int outr subst farm sist nerv auton	2	25	51	24	16	118
X64 - AI intenc out drog med subst biolog NE	67	576	632	365	140	1780
X65 - Auto-intox voluntaria p/alcool	45	123	117	60	30	375
X66 - AI int solv org hidrocarb halog vapor	14	28	46	28	5	121
X67 - AI intenc p/outr gases e vapores	7	10	113	57	14	201
X68 - AI intenc a pesticidas	363	2205	2114	782	693	6157
X69 - AI intenc outr prod quim subst noc NE	151	1161	1159	334	288	3093
X70 - LA intenc enforc estrang sufoc	4731	14236	21417	15644	5352	61380
X71 - LA intenc p/afogamento submersao	58	211	485	313	73	1140

AI: Auto-intoxicação. LA: Lesão Auto Provocada. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

De todo o número de suicídio, 50,3% foi cometido por solteiros, 28,6% por casados, 6,3% por separados, 4,05% por viúvos e 2,91% estavam e outro tipo de estado civil. 7,7% dos casos teve esse dado ignorado (Tabela 6).

Tabela 6. Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (CID 10: X60-X84) por Região de Residência e Estado Civil - Brasil, 2006-2015

Região	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicial- mente	Outro	Ignorado	Total
Norte	4306	1076	125	139	458	487	6591
Nordeste	12279	6119	797	687	632	2101	22615
Sudeste	18853	10837	1473	3175	661	2708	37707
Sul	9450	8005	1294	1669	657	1610	22685
Centro-Oeste	4521	2131	292	541	458	653	8596
Total	49409	28168	3981	6211	2866	7559	98194

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Quando analisada a relação entre óbitos por suicídio e escolaridade, percebe-se que, no somatório de todas as regiões, 43,78% dos óbitos ocorreram naqueles cujos anos de escolaridade variaram de 0 a 7, seguidos pelos que possuíam 8 a 11 anos de escolaridade (que corresponderam a 17,78%) e, em sequência, pelos que possuíam mais de 12 anos (que corresponderam a 7,36%). Uma considerável parcela de 31% teve esse dado ignorado (Tabela 7).

Tabela 7. Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (CID 10: X60-X84) por Região de Residência e Escolaridade - Brasil, 2006-2015

Região	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais	Ignorado	Total
Norte	487	1173	2035	1435	372	1089	6591
Nordeste	2535	4950	4623	2846	1056	6605	22615
Sudeste	741	3927	8462	7814	3527	13236	37707
Sul	669	3573	6090	3878	1585	6890	22685
Centro-Oeste	447	1232	2053	1489	694	2681	8596
Total	4879	14855	23263	17462	7234	30501	98194

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Discussão

A taxa real de suicídio é subestimada em muitos países (Gajalakshmi e Peto, 2007, p. 203-7), em função, entre outras coisas, das subnotificações, o que dificulta a obtenção de uma medida fidedigna deste tipo de morte e que nos demanda uma consideração especial. Esta subnotificação pode ser causada por fatores como preenchimento incorreto da certidão de óbito no caso de suicídio, cemitérios clandestinos e pedidos da família para mudar a causa da morte (Bertolote JM, Fleischmann A, 2002, p. 6-8; Marín-León L, Barros MB, 2003, p. 357-63), o que retifica a ideia de ser o suicídio uma realidade ignorada e escondida pela população.

No que se refere aos métodos utilizados, o enforcamento foi o mais prevalente, contabilizando 62,5% das mortes, seguido de armas de fogo (7%), envenenamento (6,7%), precipitação de alturas (3,8%). Tais resultados assemelham-se aos encontrados na literatura, que registra o enforcamento como o meio mais utilizado tanto por homens quanto por mulheres, seguido por arma de fogo e envenenamento nos homens (Santos, 2010). Isso pode ser explicado pelo fácil acesso a diversos materiais que, devidamente usados, podem provocar o efeito de asfixia mecânica de forma improvisada por enforcamento (Marín-León L, Barros MB, 2003, p. 357-63); já a parcela de óbitos relativa a armas de fogo pode relacionar-se com o acesso a armas vendidas ilegalmente no país.

O acesso a diferentes meios para cometer suicídio aumenta as chances de o indivíduo morrer por suicídio, especialmente pesticidas e outros venenos. Os 40% de óbitos decorrentes do uso de pesticidas, os quais são comercializados ilegalmente para outros fins, sugerem controle e fiscalização inadequados. Ainda é possível encontrar facilmente “chumbinho”, produto fabricado com agrotóxicos e vendido como “veneno para ratos” no país (Minayo, 2005)

Programas de prevenção e estratégias outras mais eficientes contra o suicídio podem ser orientadas pelo conhecimento das causas de óbito. Quanto às outras causas de suicídio que são de maior dificuldade de controle, a exemplo de precipitação de lugar elevado, enforcamento, lesão por objetos cortantes e uso múltiplo de medicamentos, cabe a precoce identificação do indivíduo propenso para a adoção de medidas que limitem o acesso a esses meios (Owens, et al., 2002, p. 193-199). Logo, é necessário

o funcionamento de serviços especializados de atenção à saúde mental com profissionais habilitados em identificar e assistir corretamente os casos mais graves nos contextos de tentativas e desejos de suicídio. Ademais, os profissionais de saúde possuem função importante na identificação dos casos mais críticos, podendo sugerir um cuidado vigilante mais próximo por parte dos familiares ou amigos (Owens, et al., 2002, p. 193-199).

Quanto à diferença entre gêneros, notou-se que a porcentagem de óbitos por suicídio é maior para homens. Tal achado é geralmente atribuído a maior agressividade, maior intenção de morrer e uso de meios mais letais entre esses, como armas de fogo (Li, Page, Martin, Taylor, 2011, p. 608-16). O presente estudo encontrou dados que correspondem ao da literatura: no total de óbitos em todo o período estudado, os homens contabilizaram 78,8% dos casos, gerando uma proporção homem/mulher de 3,72:1. Historicamente, as mulheres frequentemente estão menos expostas a sentimentos de falência causados por insucesso financeiro, competitividade e impulsividade, que são fatores de risco para o suicídio (Rodrigues, Barbalho, Silva, 2008; Santos, 2010); elas têm como primeiro papel normativo o sucesso nas relações (Hawton, Heeringen, 2009, p. 1372-81; Marín-León, Barros, 2003, p. 357-63). Em contrapartida, a maior prevalência de tentativas de suicídio foi verificada entre as mulheres (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, Lee, 2008, p. 133-54), que utilizam métodos de menor letalidade, como a intoxicação por medicamentos (Souza, Minayo, Malaquias, 2002, p. 673-83; Lovisi, Santos, Legay, Abelha, Valencia, 2009, p. 86-94).

Além disso, é possível que as mulheres sejam mais religiosas, o que pode se tornar um fator de proteção para o suicídio quando as religiões auxiliam no enfrentamento de situações difíceis, estimulam a socialização do indivíduo e se posicionam negativamente em relação ao ato suicida (Parente, 2007, p.377-381). As mulheres também tendem a elaborar diversificadas estratégias para lidar com momentos desafiadores, possivelmente por serem submetidas a constantes mudanças de papéis ao longo da vida, além de reconhecerem com mais facilidade sinais de risco de suicídio, o que as levam a buscar ajuda profissional mais precocemente; além disso, contam com maior rede de suporte social quando estão em crise (Hawton, Heeringen, 2009, p. 1372-81; Parente, 2007, p.377-381), recebendo dessa forma mais precocemente o diagnóstico e o tratamento para quadros

depressivos (Santos, Lovisi, Legay, Abelha, 2009, p. 2064-74). Já os homens podem apresentar maior dificuldade de falar sobre si. Uma pesquisa realizada no Canadá encontrou vinculação da mortalidade por suicídio com o ato de expor sentimentos. As taxas de suicídio eram menores em regiões onde os homens eram mais propensos a expor sentimentos (Stack, 2000, p. 145-62).

Outro ponto que também pode explicar a prevalência masculina é maior consumo alcoólico, que reduz o autocontrole e precipita o comportamento auto-destrutivo (Beeston, 2006)), tendo em mira que as mulheres consomem 6,7% do total de álcool que é consumido pelos homens (Hawton, Heeringen, 2009, p. 1372-81). Fora isso, os homens veem-se mais constantemente cobrados de cumprir os papéis de gênero tradicionais, que para a sociedade significa a constituição do provedor econômico da família; esse é um fator de estresse em ocasiões em que há falência da função. Essa cultura patriarcal torna a população masculina mais sensível a reveses econômicos como empobrecimento e desemprego e, em consequência, mais inclinados ao suicídio (Owens, Horrocks, House, 2002, p. 193-199; Lovisi, Santos, Legay, Abelha, Valencia, 2009, p. 86-94). Os homens que apresentam maior risco são os que ocupam cargos mais baixos, os que têm menor renda e menor escolaridade (Desaulniers, Daigle, 2008, p. 445-53).

Quanto ao estado civil, foi constatado que 50,3% dos indivíduos que se suicidaram em todo o período analisado eram solteiros. Os casados fizeram 28,6% do total; os separados 6,35% e os viúvos 4,05%. A própria literatura confirma tais achados, apontando que os suicídios são menos frequentes em pessoas casadas e aumentam em números expressivos entre os solteiros, viúvos e divorciados, destacando o isolamento social e ausência de rede de apoio como importante fator de risco para o suicídio (Cassorla, 1991; Almeida, Dratcu, Laranjeira, 1996). Entretanto, dados da literatura indicam uma discordância de tais taxas entre os sexos: a incidência é maior em mulheres casadas do que em solteiras e em homens solteiros que nos casados. As variáveis estressoras que levam ao suicídio em mulheres estão mais vinculadas a problemas de relacionamento familiar, enquanto nos homens essas variáveis se relacionam a problemas econômicos e ao desemprego (Beeston, 2006).

Sabe-se que o casamento reduz significativamente o risco de suicídio, sobretudo quando a união gerou

filhos, a medida que o divórcio o aumenta (Sadock, Sadock, Ruiz, 2017). Outro dado que pode explicar a prevalência de solteiros e que é frequentemente negligenciado pela literatura, é o de que homens e mulheres homossexuais apresentam índices de suicídio e de tentativa de suicídio superiores aos de heterossexuais (Sadock, Sadock, Ruiz, 2017). Um dado que pode ilustrar essa ampla seara é o do relatório da Secretaria da Força Tarefa do suicídio juvenil do Governo dos Estados Unidos, que revelou que os jovens gays possuem de duas a três vezes maior propensão a tentar o suicídio comparativamente aos jovens heterossexuais e compreendem o total de 30% anual de suicídios juvenis (Possas, 2009, p. 140-155; Gibson, 1989). O DATASUS, entretanto, ainda não oferece recorte por orientação sexual o que promove uma imensa lacuna na pesquisa epidemiológica sobre o suicídio de LGBTs no Brasil.

Apesar de a literatura documentar uma elevada taxa de suicídios em indivíduos divorciados e viúvos, o estudo demonstrou um menor percentual em tais grupos. Entretanto, a despeito de contabilizar a menor porcentagem dos óbitos no estudo, estado civil de viúvo pode ser definido como um fator estressor que, em inúmeros países, está vinculada ao suicídio (Turecki, et al, 2001, p. 98), por apresentar reforço a pensamentos como desamparo, solidão, abandono e recolhimento ao privado (Schnitman, 2011, p. 46).

A análise da faixa etária revelou que a população que mais cometeu suicídio no período estudado foram os adultos jovens (20-39 anos), que perfizeram 43,6% do total de óbitos. Uma hipótese para tal achado é a de que esse grupo poderia estar mais vulnerável ao desemprego e ao modelo capitalista de produção (Turecki, et al, 2001, p. 98). Em estudo realizado em 1999, Mattoso comenta dados do IBGE que apontam que taxas de desemprego em seis regiões metropolitanas brasileiras passaram de 3,4%, em 1989, para 7,6%, em 1998; assim, a instabilidade econômica e altos índices de desemprego que ocorreram no país nessa época poderiam ter influenciado no aumento da mortalidade por suicídio (Leal, 1992, p.7-21). O desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar, por precipitarem situações de pobreza econômica, podem predispor ao suicídio (Turecki, et al, 2001, p. 98), de forma direta ou indireta, aumentando os níveis de ansiedade dos indivíduos susceptíveis frente à possibilidade de perderem a renda. Esse cenário fica mais claro sob o dado de que os desempregados apresentam taxas de suicídio maiores que

os empregados, sobretudo na população masculina mais sensível aos reveses econômicos (Mattoso, 1999). Portanto, o aumento nos coeficientes de suicídio sobre os jovens pode indicar o acirramento que as políticas socioeconômicas têm produzido na população trabalhadora, especialmente aos seus segmentos mais vulneráveis: os menos qualificados, os emocionalmente debilitados e os extremos etários (Turecki, et al, 2001, p. 98).

O segundo grupo que lidera a estatística no Brasil são os idosos com mais de 70 anos, que correspondem a 27,8%. De acordo com a constatação de Beeston, “o crescimento das taxas de suicídio entre idosos indica que o aumento da idade se relaciona com processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir” (Diekstra, Garnefski, 1995, p. 36-57). Em uma revisão de literatura feita por Maria Cecília de Souza Minayo Fátima Gonçalves Cavalcante (Diekstra, Garnefski, 1995, p. 36-57) apontou que dentre os principais fatores envolvidos no suicídio da população idosa consta a própria doença mental. Harwood e colaboradores (Minayo, 2010, p. 750-7) encontraram numa amostra muito significativa de idosos que se suicidaram que 77% deles eram portadores de algum distúrbio psiquiátrico no momento do ato, dos quais 63% sofriam de depressão e 44% apresentavam um problema de outro tipo, como obsessão e rigidez na forma de ver a vida (Minayo, 2010, p. 750-7). Já Bruce e colaboradores afirmam que tais doenças psiquiátricas são muitas vezes agravadas ou desencadeadas por problemas de saúde física, isolamento e falta de suporte social (Hardwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby, 2001, p. 155-65). Já as doenças físicas compõem outro pilar importante, sendo mais frequentemente associadas ao suicídio o câncer, as doenças do sistema nervoso central, às patologias cardiopulmonares e as do trato urogenital em homens, que levam a depressão, produzindo assim um feito sinérgico entre doença mental e orgânica (Bruce, Ten Have, Reynolds, Katz, Schulberg, Mulsant, et al., 2004, p. 1081-91). Os fatores sociais implicados no suicídio dos idosos englobam: morte de uma pessoa querida, medo do prolongamento da vida sem dignidade, (trazendo prejuízos econômicos e emocionais aos familiares), isolamento social, solidão, problemas financeiros, brigas na família, mudanças nos papéis sociais que lhes conferiam reconhecimento ou situações de dependência física ou mental diante das quais o idoso se sente humilhado (Diekstra, Garnefski, 1995, p. 36-57). Segundo Beeston, um sentido de conectividade social e de participação na vida

comunitária parece ser protetiva contra o suicídio em pessoas idosas (Conwell, Thompson, 2008, p. 333-56).

Quanto à escolaridade, notou-se que 43,78% dos óbitos no Brasil ocorreram naqueles cujos anos de escolaridade variaram de 0 a 7, seguidos pelos que possuíram 8 a 11 anos de escolaridade (que corresponderam a 17,78%) e, em sequência, pelos que possuíam mais de 12 anos (que corresponderam a 7,36%). Tal dado encontra-se de acordo com estudos anteriores, que apontam que a maioria das pessoas que cometeram suicídio em 2000 e 2010 no Brasil tinha baixa escolaridade (75% e 63%, respectivamente) (Owens, Horrocks, House, 2002, p. 193-199). A associação positiva entre as taxas de suicídio e o baixo nível de escolaridade já foi constatado em outros estudos.

Uma das possíveis explicações para essa correlação é que a escolaridade de um indivíduo pode afetar a sua autoavaliação, influenciando sua interação social e sua autoestima; esta última pode levar a tendências suicidas (Teixeira, 2004). Ainda nesse âmbito, temos que a renda familiar, a situação de desemprego e o nível educacional proporciona ao indivíduo diferentes níveis de estresse e preocupações (Owens, Horrocks, House, 2002, p. 193-199, Mann, Hosman, Schaalma, Vries, 2004, p. 357-72). Além disso, a cultura local e os integrantes do grupo social podem lidar de maneira diversa com o status social do indivíduo, podendo provocar sentimentos de insatisfação e frustração que causam sofrimento psíquico (Owens, Horrocks, House, 2002, p. 193-199).

Aliados às variáveis educacionais e econômicas, temos a etnia como importante dado epidemiológico do suicídio no Brasil. O atual estudo encontrou que a população que cometeu maior número de suicídio foi a autodeclarada branca, correspondendo a 50,2% do total de óbitos, seguida da autodeclarada parda, que responde a 38%, da preta, que corresponde a 5,3%, e da indígena, que responde a 5%. Esse dado encontra correspondência na literatura, que indica que os índices de suicídio entre homens brancos são cerca de 2 a 3 vezes maiores do que entre homens e mulheres afrodescendentes em toda a vida (Sadock, Sadock, Ruiz, 2017, p. 193-199). Entretanto, não há nos estudos uma ênfase considerável sobre as hipóteses para essa diferença inter-racial (Owens, Horrocks, House, 2002, p. 193-199). Entretanto, a análise de tais dados é comprometida pelo fato de a etnia indicada no banco de dados do DATASUS ser autodeclarada, que pode discordar da etnia verdadeira do indivíduo.

As maiores causas de suicídio no Brasil são asfixia mecânica (por enforcamento, estrangulamento e sufocação), lesão por armas de fogo, autointoxicação intencional por pesticidas e precipitação de lugares elevados que equivalem a aproximadamente 80% dos casos. A população com menor escolaridade está mais associada à chance de morrer por essa causa, assim como os homens e os maiores de 60 anos e os adultos jovens (os que possuem de 20 a 39 anos). Como 31% dos casos registrados como suicídios não tinham informação sobre escolaridade e 7,6% não tinham informações sobre estado civil, conclui-se que os campos das declarações de óbitos ainda precisam ser preenchidos com maior rigor.

Considerações finais

O artigo dá foco a necessidade de investimento de políticas públicas nesta área, assim como destaca a necessidade de tratar o tema suicídio fora do lugar de “tabu” que ocupa na sociedade, demarcando o valor de sua discussão para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde mental. Os resultados recolocam o fato do suicídio ser um problema complexo de saúde pública, evidenciando a complexa organização do suicídio no Brasil, para tal apontando possíveis causas e variáveis sociogeográficas relacionadas a ele nos últimos 10 anos, conhecimento esse que pode orientar programas de prevenção na elaboração de estratégias mais eficientes para a redução desse desfecho prevalente e prejudicial.

As variações regionais ocorrem pelas influências locais das diferentes realidades socioeconômicas, demográficas e assistenciais (Owens, Horrocks, House, 2002, p. 193-199); entretanto, a literatura ainda apresenta importantes lacunas sobre esse tema no Brasil. As características mais marcantes de cada região e suas relações com o suicídio demandam novos estudos. Especialmente porque a mortalidade geral continua a aumentar no país, com importantes variações regionais. A mortalidade mais elevada se encontra na região Sudeste, com maior renda per capita e maior potencial de desigualdade e exclusão, existiria alguma relação? Ou o maior crescimento percentual da taxa se encontra na Norte, região com maior população indígena e grande desamparo estatal, cabendo diversos recortes para investigações futuras.

Espera-se que após a adoção da campanha Setembro Amarelo, iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), iniciada em 2014, a taxa de suicídio no Brasil se reduza nos próximos anos. Considera-se necessário montar, portanto, uma estratégia nacional mais sólida e coesa para promover ações de prevenção efetivas e oferecer serviços especializados para os grupos de maior risco (pessoas com menor escolaridade, homens e maiores de 60 anos), levando-se em consideração as diferenças regionais. É indispensável, além disso, ampliar a vigilância e o controle na comercialização ilegal de pesticidas como “veneno de rato”.

Mas é fato que são indicadores que não podem estar excluído das políticas públicas, demandam análises mais complexas nessa dimensão de causalidade, mas já indica a importância de analisar a questão do suicídio para além das questões individuais ou orgânicas, mas a partir de um contexto social e historicamente datado.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram da concepção da ideia original, desenho metodológico e redação do manuscrito. Ponde MP e Daltro MR supervisionaram a pesquisa e orientaram o trabalho.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

- Almeida, O. P., Dratcu, L., & Laranjeira, R. (1996). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Perguntas frequentes sobre agrotóxicos*. [Site]. Recuperado de <http://portal.anvisa.gov.br/agrotoxicos2>
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2014). *Suicídio: informando para prevenir / Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio*. Brasília: CFM/ABP. Recuperado de https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf

- Bando, D. H., Scrivani, H., Morettin P. A., & Teng, C. T. (2009). Seasonality of suicide in the city of Sao Paulo, Brazil, 1979-2003. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 101-5. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000200004. doi: [10.1590/S1516-44462009000200004](https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000200004)
- Beeston, D. (2006). *Older people and suicide. Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental*. Health Staffordshire University.
- Bennett, P. J., McMahon, W. M., Watabe, J., Achilles, J., Bacon, M., Coon, H., ... Grey T.(2000). Tryptophan hydroxylase polymorphisms in suicide victims. *Psychiatric Genetics*, 10(1),13-7. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10909123>. doi: [10.1097/00041444-200010010-00003](https://doi.org/10.1097/00041444-200010010-00003)
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), 6-8. Recuperado de <https://journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/2330>. doi: [10.5617/suicidologi.2330](https://doi.org/10.5617/suicidologi.2330)
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300231&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: [10.1590/0103-6564D20140004](https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004)
- Bruce, M. L., Ten Have, T.R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., ... Brown G. K. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(9), 1081-91. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14996777>. doi: [10.1001/jama.291.9.1081](https://doi.org/10.1001/jama.291.9.1081)
- Cardoso, H. F., Baptista, M. N., Ventura, C. D., Branão, E. M., Padovan, F. D., & Gomes, M. A. (2014). Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. *Diaphora*, 12(2), 42-48. Recuperado de <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/69>
- Cassorla, R. M. S. (1991). *Do suicídio: Estudos Brasileiros*. São Paulo: Papirus.
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psiquiatr Clin North Am*, 31(2), 333-56. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18439452>. doi: [10.1016/j.psc.2008.01.004](https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004)
- Desaulniers, J., & Daigle, M. S. (2008). Inter-regional variations in men's attitudes, suicide rates and sociodemographics in Quebec (Canada). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 43(6), 445-53. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18404236>. doi: [10.1007/s00127-008-0340-2](https://doi.org/10.1007/s00127-008-0340-2)
- Diekstra, R. F. W., & Garnefski, W. (1995). On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. *Suicide Life Threat Behav*, 25(1), 36-57. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7631374>
- Durkheim, E. *O suicídio* (1897). São Paulo: Martin Claret Editora.
- Gajalakshmi, V., & Peto, R. (2007). Suicide rates in rural Tamil Nadu, South India: verbal autopsy of 39000 deaths in 1997-98. *Int J Epidemiol*, 36(1), 203-7. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17301103>. doi: [10.1093/ije/dyl308](https://doi.org/10.1093/ije/dyl308)
- Gibson, P. (1989). Gay male and lesbian youth suicide. In U.S. Department of Health and Human Services, *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2016). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. *Millenium-Journal of Education, Technologies and Health*, 40, 149-159. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/11.pdf>.
- Hardwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorders and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatr*, 16(2), 155-65. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11241720>. doi:10.1002/1099-1166(200102)16:2<155::AIDGPS289>3.0.CO;2-0.
- Hawton, K., & Heeringen, K. V. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-81. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60372-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60372-X/fulltext). doi: [10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Leal, O. F. (1992). Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. *Cadernos de Antropologia UFRGS*, (6), 7-21. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000110&pid=S0102-311X200600120001100011&lng=pt
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc SciMed*, 72(4), 608-16. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21211874>. doi: [10.1016/j.socscimed.2010.11.008](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008)
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(Suppl II), S86-94. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007. doi: [10.1590/S1516-44462009000600007](https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007)
- Machado, D. B., & Santos, D. N. (2015). Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 45-54. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045. doi: [10.1590/0047-2085000000056](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056)

- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res*, 19(4), 357-72. Recuperado de <https://academic.oup.com/her/article/19/4/357/560320>. doi: [10.1093/her/cyg041](https://doi.org/10.1093/her/cyg041)
- Marín-León, L., Barros M. B. A. (2003). Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*, 37(3), 357-63. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000300015&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: [10.1590/S0034-89102003000300015](https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300015)
- Mattoso, J. (1999). Produção e emprego: renascer das cinzas. In J. Lebaupin (Org.), *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Meneghela, S. N., Victorab, C. G., Fariac, N. M. X., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 804-810. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102004000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: [10.1590/S0034-89102004000600008](https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008)
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*, 44(4), 750-7. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020. doi: [10.1590/S0034-89102010000400020](https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020)
- Minayo, M.C. S. (2005). Suicídio: violência auto-infligida. In Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Ver*, 30, 133-54. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18653727>. doi: [10.1093/epirev/mxn002](https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002)
- Nordstrom, P., Samuelsson, M., Asberg, M., Traskman-Bendz, L., Aberg-Wistedt, A., Nordin C.,... Bertilsson, L. (1993). CSF concentrations 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 24(1), 1-9. Recuperado de <https://europepmc.org/article/med/7515519>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12204922>. doi: [10.1192/bjp.181.3.193](https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193)
- Parente, A. C. M., Soares, R. B., Araújo, A. R. F., Cavalcante, I. S., & Monteiro, C. F. S. (2007). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 377-381. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400003&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: [10.1590/S0034-71672007000400003](https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400003)
- Possas, L. M. V. (2009). Sentidos e significados da viuvez: gênero e poder. *Dimensões*, (23), 140-155. Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/?journal=dimensoes&page=article&op=view&path%5B%5D=2514>
- Reichenheim, M. E., Souza, E. R., Moraes, C. L., Mello-Jorge, M. H. P., Silva, C. M. F. P., & Minayo, M.C. S. (2011). Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, 377(9781), 1962-75. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60053-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60053-6/fulltext). doi: [10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
- Rodrigues, S. M. S., Barbalho, L. O. N. F., & Silva, L. C. L. (2008). Estudo sobre a incidência e o perfil dos casos de suicídio no município de Belém. *Revista Para Medicina*, 22(4). Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2008/v22n4/a2237.pdf>
- Roy, A., Segal, N. L., Centerwall, B. S., & Robinette, C. D. (1991). Suicide in twins. *Archives of general psychiatry*, 48(1), 29-32. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1984759>. doi: [10.1001/archpsyc.1991.01810250031003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810250031003)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (11ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Santos, J. (2010). *Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos*. [Dissertação de mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Santos, S. A., Lovisi, G., Legay, L., & Abelha, L. (2009). Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadern de Saúde Pública*, 25(9), 2064-74. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000900020&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: [10.1590/S0102-311X2009000900020](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020)
- Schnitman, G., Kitaokaa, E. G., Arouca, G. S. S., Lira, A. L. S., Nogueira, D., & Duarte, M. B. (2001). Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(1), 44-59. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Taxa-de-mortalidade-por-suic%C3%ADdio-e-indicadores-nas-Schnitman-Kitaoka/79bb7d42cdba0994f251f83b-830c77b3b077f990>
- Souza, E. R., Minayo, M. C. S., & Malaquias, J. V. (2002). Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saúde Pública*, 18(3), 673-83. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/11324154_Suicide_among_young_people_in_selected_Brazilian_State_capitals. doi: [10.1590/S0102-311X2002000300016](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300016)

- Stack, S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*, 30(2), 145-62. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888055>
- Stefanello, S., Cais C. F. S, Mauro, M. L. F., Freitas, G. V. S., & Bottega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 139-43. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000200010. doi: [10.1590/S1516-44462006005000063](https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000063)
- Teixeira, C. M. F. S. (2004). Tentativa de suicídio na adolescência. *Revista UFG*, 6(1). Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/49466>
- Teixeira-Filho, F. S., Rondini, C. A. (2012). Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 651-667. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000300011&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: [10.1590/S0104-12902012000300011](https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011)
- Turecki, G, Zhu, Z., Tzenova, J., Lesage, A., Séguin, M., Toussaint, M.,... Chawky, N. (2001). TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Molecular psychiatry*, 6(1), 98-102. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11244493>. doi: [10.1038/sj.mp.4000816](https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000816)
- Vasconcelos-Raposo, J., Soares, A. R, Silva, F., Fernandes, M. G., Teixeira, C. M. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia*, 33(2), 345-354. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200345. doi: [10.1590/1982-02752016000200016](https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016)