

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA, CIDADANIA E
DIREITOS HUMANOS**

MARIA LINDUINA MENDES MAIA

**SUICÍDIO NAS MESORREGIÕES DO AMAZONAS: ANÁLISE DO PERFIL SÓCIO-
DEMOGRÁFICO - 2001 A 2012**

**MANAUS
2015**

MARIA LINDUINA MENDES MAIA

**SUICÍDIO NAS MESORREGIÕES DO AMAZONAS: ANÁLISE DO PERFIL SÓCIO-
DEMOGRÁFICO - 2001 A 2012**

Dissertação apresentada à Universidade do Estado do Amazonas – Escola Superior de Ciências Sociais, no âmbito do Programa de Pós-graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Segurança Pública.

Orientador: Prof. Dr. Iuri Costa Leite

**MANAUS
2015**

MARIA LINDUINA MENDES MAIA

**SUICÍDIO NAS MESORREGIÕES DO AMAZONAS: ANÁLISE DO PERFIL SÓCIO-
DEMOGRÁFICO - 2001 A 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação ao Mestrado Profissional em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, da Universidade do Estado do Amazonas – UEA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, aprovada pela Comissão Julgadora abaixo identificada.

Manaus-Am,de de 2015

Orientador: Prof. Dr. Iuri da Costa Leite – Fiocruz
(Presidente)

Prof. Dr. Tiótréfis Gomes Fernandes – UFAM
(Membro Externo)

Pro. Dr. Antônio Gelson de Oliveira Nascimento - UEA
(Membro Interno)

Dedico este trabalho em memória de todos os que encerraram o percurso de suas vidas neste mundo, através da tragédia do suicídio.

“Não é o prazer nem o poder o que importa ao homem, tampouco a autorrealização. O que importa é a consumação do sentido em sua existência”. (VIKTOR FRANKL)

AGRADECIMENTOS

“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante.”(PAULO COELHO).

Raramente a escrita de uma dissertação é um ato verdadeiramente solitário. Há apoios de toda natureza e, esta não poderia ser diferente. As críticas e tantas outras manifestações me conduziram para caminhos bem melhores do que aqueles que inicialmente estavam previstos.

Quero agradecer inicialmente, a Deus, em princípio pelo dom da vida e pela possibilidade de enveredar por caminhos nunca dantes percorridos e por colocar em minha vida pessoas generosas e preciosas.

Ao meu orientador, Professor Doutor Iuri Costa Leite, pelas incansáveis revisões do texto, pela paciência inesgotável (paciência de Jó), pela seriedade, competência riqueza de conhecimento com suas sugestões e correções ao atribuir qualidade a esta dissertação e permitindo que eu alcançasse um patamar seguinte da trajetória acadêmica. Eternamente grata!

Expresso aqui um agradecimento muito especial ao Prof. Dr. Antonio Gelson, pela oportunidade, pela confiança depositada e pela sua alma generosa. Eternamente grata!

Meus agradecimentos ao Prof. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes, da Universidade Federal do Amazonas, pelas arguições.

Ao Pedro Henrique Amparo da Costa Leite, pela ajuda nos cálculos das taxas. Eternamente grata!

A Coordenação e aos professores do Mestrado Profissional em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, o presente trabalho, indubitavelmente, é fruto do convívio fértil e enriquecedor vivenciados na UEA.

À Professora Dr^a. Márcia (UFRR), por ter aceitado compor a banca do Projeto de Qualificação, cujas sugestões colocadas me permitiram a visualização de diversas questões importantes a serem abordadas, fundamentais no sentido de incentivar um melhor desenvolvimento para esta dissertação. Obrigada!

Aos colegas, em especial a Investigadora Helena Maria e a Juíza Anagaly Bertazzo pelas “caronas” e pela amizade, que juntamente comigo, tiveram a oportunidade de fazer parte da segunda turma do curso do Mestrado Profissional em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da UEA, e aos demais pela união, camaradagem demonstradas nesta caminhada trilhada por todos nós durante esses dois anos.

Ao meu esposo, Jorge Maia e, aos nossos filhos Suzy Carlyne e Andrey Alisson, pelo apoio incondicional apostando na minha capacidade e na busca da realização dos meus sonhos. Eternamente Grata!

Ao meu pai Raimundo Estevão Mendes (in memoriam) por sempre ter nos incentivado a estudar. Este sabia da importância do estudo. Fique tranquilo pai, desistir jamais.

A minha mãe e meus irmãos, pelo apoio em toda a trajetória e que acolhem com entusiasmo minhas conquistas.

À colega Bruna, pelo apoio na elaboração dos gráficos e pela amizade.

À UEA e a FAPEAM, pelo investimento, agradecendo-me com uma bolsa de estudos, possibilitando as minhas viagens para defesas acadêmicas em Congressos, Encontros e outros eventos.

Enfim, como não é possível escrever todos os nomes das pessoas que gentilmente contribuíram para a consecução desta dissertação, agradeço a todos, meu sincero muito obrigado.

Serei sempre grata!

RESUMO

OBJETIVO: Estudar a mortalidade por suicídio nas quatro mesorregiões do Estado do Amazonas, Norte Amazonense, Sul Amazonense, Centro Amazonense e Sudoeste Amazonense no período de 2001 a 2012. **MÉTODOS:** Analisou-se a tendência das taxas brutas de suicídio e a incidência da mortalidade por suicídio, nas quatro mesorregiões do Amazonas, no período de 2001-2012. Para a análise sociodemográfica dos óbitos, no período de 2001-2012, foi utilizado o Banco de dados secundários das estatísticas oficiais de mortalidade obtidos do "Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)" do Ministério de Saúde. Calculou-se taxas para as quatro mesorregiões e variáveis sociodemográficas. **RESULTADOS:** A taxa global de suicídio do estado do Amazonas foi de 3,9 por 100.000 habitantes, que segundo a Organização Mundial de Saúde seria classificada como Baixa. Mas as mesorregiões Norte Sudoeste seriam classificadas como tendo incidência média, com taxas de 11,6 e 5,8 por 100.000 habitantes no período 2001-2012. Observaram-se taxas de suicídios mais elevadas entre os homens em todas as mesorregiões do estado. As taxas de suicídio na população com até sete anos de estudo foi o dobro daquela com oito anos ou mais de estudo. As taxas de suicídio foram maiores entre os não casados, sendo bem mais expressiva entre os solteiros. O enforcamento apareceu como o meio mais utilizado para praticar o suicídio, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. **CONCLUSÕES:** Nossos achados neste estudo servem de base para futuras pesquisas que levem em consideração a diversidade e as especificidades das várias regiões brasileiras. Pois, elaborar, programas para intervenções em eventos de tentativas de suicídio com embasamento apenas no perfil epidemiológico ou perfil sociodemográfico macroescalar pode conduzir a falhas, devido às generalizações dos problemas e dos contextos geográficos. Por isso, são necessários estudos específicos regionalizados em contextos diferenciados.

Palavras-Chave: Mortalidade. Suicídio. Amazonas. Mesorregião.

RESUMEN

OBJETIVO: Para el estudio de la mortalidad por suicidio en los cuatro Estado de mesorregiones Amazonas, norte del Amazonas, al sur del Amazonas, Centro Amazónico para la Amazonía suroeste de 2001 a 2012. **MÉTODOS:** Se analizó la tendencia de las tasas brutas de suicidio y la incidencia de la mortalidad por suicidio en las cuatro meso-regiones de Amazonas, en el período de 2001 a 2012. Para el análisis sociodemográfico de las muertes en el período 2001-2012, el Banco se utilizó datos secundarios de las estadísticas oficiales de mortalidad obtenidos en el "Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM)", el Ministerio de Salud. Se ha estimado las tasas para los cuatro meso y variables sociodemográficas. **RESULTADOS:** La tasa global de Amazonas Estado de suicidio fue de 3,9 por cada 100.000 habitantes, según la Organización Mundial de la Salud sería clasificado bajo. Pero los mesorregiones Noroeste serían clasificados como tener incidencia promedio, con tasas de 11,6 y 5,8 por 100.000 en el período desde 2001 hasta 2012. Ellos observaron mayores tasas de suicidio entre los hombres en todo el estado mesorregiones. Las tasas de suicidio en la población con hasta siete años de escolaridad era el doble que con ocho o más años de estudio. Las tasas de suicidio eran más altas entre los solteros, siendo mucho más significativo entre los solteros. El ahorcamiento vino como los medios más utilizados para practicar el suicidio, tanto entre los hombres como entre las mujeres. **CONCLUSIONES:** Nuestros resultados en este estudio son la base para futuras investigaciones que tengan en cuenta la diversidad y especificidad de las distintas regiones. Para los programas elaborados para intervenciones en eventos intentos de suicidio con base sólo en la epidemiología o perfil sociodemográfico macroescalar puede conducir a fallos debidos a generalizaciones de los problemas y contextos geográficos. Por lo tanto, se requiere una investigación específica regionalmente en diferentes contextos.

Palabras clave: Mortalidad. Suicidio. Amazonas. Mesorregión.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Mapa das Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2012 (WHO, 2014) | 28 |
| Figura 2 - Mapa das Mesorregiões do Estado do Amazonas | 32 |
| Figura 3 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes, segundo sexo e ano. Estado do Amazonas, 2001-2012 | 36 |
| Figura 4 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes, segundo mesorregiões. Estado do Amazonas, 2001-2012..... | 38 |
| Figura 5 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo idade, Estado do Amazonas, 2001-2012 | 41 |
| Figura 6 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo raça. Estado do Amazonas, 2001-2012 | 42 |
| Figura 7 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo nível educacional. Estado do Amazonas, 2001-2012 | 43 |
| Figura 8 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo situação conjugal. Estado do Amazonas, 2001-2012 | 43 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Crescimento das Taxas de Suicídio População Jovem por UF -2002-2012 | 29 |
|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Números absolutos de mortalidade devido ao suicídio, nas 4 Mesorregiões, Estado do Amazonas, 2001-2012 | 35 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Números absolutos e taxas de suicídio por 100.000 hab. por sexo | 26 |
| Tabela 2 - Características das Mesorregiões do Estado do Amazonas..... | 33 |
| Tabela 3 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes..... | 35 |
| Tabela 4 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes..... | 37 |
| Tabela 5 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes, segundo características sociodemográficas e mesorregião. Estado do Amazonas, 2001-2012 | 40 |
| Tabela 6 - Razão de taxas por suicídio, segundo características sociodemográficas e mesorregião. Estado do Amazonas, 2001-2012 | 41 |
| Tabela 7 - Proporção de suicídios segundo o meio/instrumento e mesorregião, Estado do Amazonas, 2001-2012 | 44 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| APA | American Psychiatric Association |
| OECD | Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| CID 10 | Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Estudos Geográficos e Estatísticos |
| SIM | Sistema de Informação de Mortalidade |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1.1 | OBJETIVO GERAL | 16 |
| 1.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 16 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 17 |
| 2.1 | DEFINIÇÃO E CONCEITO DE SUICÍDIO..... | 17 |
| 2.2 | SUICÍDIO – ASPECTOS HISTÓRICOS..... | 19 |
| 2.3 | FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO ASSOCIADOS AO SUICÍDIO..... | 22 |
| 2.4 | O CENÁRIO DO SUICÍDIO NO MUNDO..... | 25 |
| 2.5 | PANORAMA DO SUICÍDIO NO BRASIL E NO AMAZONAS | 28 |
| 3 | MATERIAL E MÉTODOS..... | 31 |
| 3.1 | FONTE E TRATAMENTO DOS DADOS | 33 |
| 3.2 | METODOLOGIA | 34 |
| 4 | RESULTADOS..... | 35 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 45 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 48 |
| | REFERÊNCIAS..... | 51 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano, ou seja, uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2001). Estima-se que em 2020 um milhão e meio de pessoas cometerão suicídio sendo que, para cada suicídio consumado, devam ocorrer entre 10 a 25 tentativas de suicídio (OMS, 2013). O suicídio se constitui assim em um grande problema de saúde pública.

Classificado pelo Código Internacional das Doenças (CID-10), como morte violenta por causas externas, isto é, morte não decorrente de doenças, o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial no qual a interação de fatores individuais, sociais e culturais é determinante na decisão de tirar a própria vida (CFP, 2013).

O suicídio é um fenômeno complexo que tem atraído à atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas através dos séculos (OMS, 2006). O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média um suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, pode afetar centenas de pessoas (OMS, 2000).

O suicídio é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (OMS, 2014, p.80).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria - AAP (2003) o suicídio é uma morte auto-infligida com evidência, explícita ou implícita, de que a pessoa tinha intenção de morrer. Esta ideia é corroborada pela definição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde quando diz que: “O suicídio resulta de um ato deliberado, iniciado com a intenção de causar a morte e com a expectativa de um resultado fatal” (OMS, 2001, p.36).

Nesta mesma direção, Durkheim (2011, p.14) enfatiza a consciência do ato de dar a morte a si mesmo: “Chama-se suicídio toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que ela sabia que produziria esse resultado”. Assim, Durkheim (2011) constrói uma tipologia composta por três grandes tipos de suicídio: egoísta, motivado por um isolamento e desinteresse do indivíduo pela sociedade no qual está inserido. Se o indivíduo cede ao menor choque das circunstâncias, é porque o estado em que a sociedade se encontra fez dele uma vítima sob medida para o suicídio; altruísta, aquele no qual o eu não se pertence, ele é apenas uma parte alíquot do todo, sem valor por si mesmo, estando assim, demasiadamente ligado à sociedade, ao grupo social; e anômico,

no qual os indivíduos são regulamentados pela sociedade, tem como causa o fato de suas atividades se desregrem, causando-lhes grande sofrimento. Assim, o suicídio por anomia é aquele no qual o indivíduo não sabe aceitar os limites morais que a sociedade inflige, rebelando-se contra essa imposição.

Os fatores que contribuem para o aumento nos índices de suicídio podem variar entre grupos populacionais e demográficos específicos. Contudo, há evidências de que os grupos mais vulneráveis são os jovens, os idosos, as populações de países subdesenvolvidos e os indivíduos socialmente isolados (WHO, 2012, p. 5). Podem ser citados como fatores de risco: doenças físicas, abuso de álcool e outras drogas, doença crônica, estresse emocional agudo, violência, mudança súbita e importante na vida do indivíduo, como, por exemplo, a perda de emprego, a separação do parceiro, outros eventos adversos, ou, em muitos casos, uma combinação destes fatores, pois o suicídio é compreendido como um transtorno multidimensional (OMS, 2006).

Bertolote, et al (2010) também destacam o papel de determinadas doenças físicas crônicas na ocorrência dos suicídios, entre as quais a síndrome de dor crônica, doenças neurológicas (como a epilepsia, lesões neurológicas medulares e centrais e sequelas de acidentes vasculares cerebrais), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a síndrome da imunodeficiência adquirida e certas neoplasias. Fatores demográficos como idade, sexo e situação conjugal também são destacados. Entre os fatores psicológicos mais relevantes são citadas as perdas afetivas e materiais; e entre os fatores sociais e ambientais enfatizam o papel do isolamento social e das condições adversas da vida, (BERTOLOTE, J. M; MELLO-SANTOS, C. de & BOTEGA, NJ, 2010).

Os transtornos mentais estão associados a mais de 90% dos casos de suicídio. Os principais transtornos associados à sobremortalidade por suicídio são: transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de ansiedade, os transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos da personalidade, em especial do tipo anti-social. (WHO, 2000; BOTEGA, 2007; PRITCHARD, 1996).

Em estudo conduzido por Gonçalves (2011) alguns fatores de risco foram elencados, com ênfase em fatores socioeconômicos: situação econômica, grau de desigualdade, gastos com saúde pública, região geográfica, idade e sexo do indivíduo, presença de mental, nível educacional, grau de urbanização, taxa de desemprego, problema de identidade sexual, exposição a armas de fogo, situações de perda, exposição a situações de estresse extremo (abuso sexual, instabilidade familiar) e histórico familiar.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, Taylor et al. (1997) alertam que o suicídio é geralmente o ponto final trágico de várias vias possíveis, influenciado por problemas mentais e psicológicos, socioeconômicos, familiares, interpessoais e fatores genéticos, ressaltando ainda a influência da mídia e da disponibilidade de meios para a consecução do suicídio..

Estudos evidenciam que mais da metade das mortes violentas no mundo são em decorrência do suicídio. No entanto, presume-se que o número de suicídio seja ainda maior, devido à subnotificação desse evento.

Vários pesquisadores têm questionado a qualidade das informações sobre suicídio no Brasil, devido à subnotificação da mortalidade, que varia de acordo com a região e a cultura, já que o suicídio é um tema tabu e estigmatizado na maioria dos grupos sociais. Isso dificulta as análises realizadas por organismos oficiais, contribuindo assim para uma visão distorcida do evento.

Para Minayo (1998) há preponderância dos fatores socioculturais na subnotificação dos casos de suicídio consumados no Brasil pelas seguintes razões: (a) em um país com forte influência da cultura judaico-cristã frequentemente os familiares tentam esconder o evento, negociam como responsável pela notificação, revelando as dificuldades microsociais que o lidar com esse fato revela; (b) em um nível mais amplo, a sociedade costuma ficar perplexa com esse tipo de evento, dificultando um conhecimento menos envolvido em preconceitos, em sentimentos de culpa frente à pessoa suicida, na estigmatização da família e do sujeito que se suicidou. A subnotificação também ocorre por inadequação dos registros; por preenchimento impreciso dos instrumentos de captação de dados; pela existência de cemitérios clandestinos e por destruição de cadáveres (BRASIL, 2005).

No Brasil, o número de suicídios aumentou 33,6% entre 2002 e 2012, passando de 7.726 para 10.321. Esse aumento foi bem superior ao crescimento da população observado no mesmo período, 11,1%. A maior taxa de suicídio é encontrada no Rio Grande do Sul, em torno de 10 por 100.000 habitantes, quase o dobro da observada para o país como um todo que está em torno de 5,2 suicídios por 100.000 habitantes. Embora a taxa de mortalidade por suicídio no Amazonas seja semelhante à taxa nacional, 5,2 por 100.000 habitantes, esse estado está entre aqueles com maior aumento nas taxas de suicídio observado no mesmo período, 91% (Mapa da Violência, 2014).

Esta dissertação tem por objeto de estudo uma análise do Suicídio nas Mesorregiões do Estado do Amazonas no período 2001 - 2012, procurando entender a dinâmica da mortalidade, considerando um conjunto de fatores sociodemográficos associados a essa forma específica de violência autoinfligida. Estudos sobre o suicídio no Brasil precisam considerar a diversidade

regional, que é um dos traços mais marcantes da realidade desse país constituído por diferentes etnias e culturas.

Essa dissertação está organizada da seguinte forma: inicia-se com a apresentação dos principais aportes históricos, das definições e conceitos relacionados à temática do suicídio, além de prover um panorama do suicídio no mundo, Brasil e no estado do Amazonas. A seguir, apresentam-se os objetivos geral e específico. Passa-se então para a descrição da metodologia e resultados. Por fim, apresenta-se a discussão dos resultados e as considerações finais.

1.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a mortalidade devido ao suicídio, no período de 2001 a 2012, considerando a distribuição dos 62 municípios nas quatro mesorregiões do Estado do Amazonas: Norte Amazonense, Sul Amazonense, Centro Amazonense e Sudoeste Amazonense no período de 2001 a 2012.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantar dados quantitativos a fim de delinear o perfil sociodemográfico quanto as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade e meios utilizados em estudo de vítimas de mortalidade por suicídios no período de 2001 a 2012, segundo mesorregiões do Estado do Amazonas;

- Calcular taxas de mortalidade por suicídio no período 2001-2012, segundo características sociodemográficas das vítimas, por mesorregiões do estado;
- Identificar as Mesorregiões com maiores taxas de óbitos por suicídio, no Estado do Amazonas-AM.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Minha morte nasceu. Minha morte nasceu quando eu nasci. Despertou, balbuciou, cresceu comigo... E, dançamos de roda ao luar amigo Na pequenina rua em que vivi. (MÁRIO QUINTANA. 1940)

2.1 DEFINIÇÃO E CONCEITO DE SUICÍDIO

Etimologicamente, a palavra suicídio provém do latim. O termo *suicidium*, surge pela primeira vez no século XVII, formado a partir do pronome reflexivo *sui* (se), acrescido do verbete *caedere* (matar). Aparece em 1656 no Tratado *Theoloioa moralis fundamentalis*, do teólogo Caramuel A partir do século XVII o termo começa a ser traduzido para as principais línguas europeias. Aparece como verbete nos famosos Dictionnaire em 1762 na França (PUENTE, 2008).

Seguindo na linha de conceituação, o suicídio é um fenômeno humano, complexo, e por existir em todas as sociedades já estudadas, é também universal (MINAYO, 2005; KOVÁCS, 1992). O suicídio inclui uma gama de situações muito complexas, cujos contornos são vagos e indefinidos. Levy (1979) traz algumas definições que permitem situar o que é o suicídio. Em sentido estrito é considerado como uma auto-eliminação consciente, voluntária e intencional. Num sentido mais amplo, o suicídio inclui processos autodestrutivos inconscientes, lentos e crônicos.

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) implicam interações e sinergias multissetoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planejamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada (PNPS, 2013).

Vieira (2009) por sua vez define o suicídio como uma ação que o próprio sujeito comete contra si mesmo, levado ao extremo, por uma pessoa que tem noção do resultado mortífero. Trata-se de uma ação consciente destrutiva que um indivíduo tem contra si próprio. O sujeito tem vontade de morrer, de ser morto e também de matar.

Para Macedo (2006) trata-se de um ato auto-infligido, reflexivo, que tem como alvo o próprio indivíduo. É um ato que gera consequências profundas e importantes em todos os que o rodeiam, desde o contexto familiar até o amplo contexto social. Outra não menos importante contribuição é a de Cassorla et al (1991), que utilizam o conceito de suicídio de forma ampla,

incorporando o conceito pulsão de morte descrito por Freud, presente em todos os seres vivos, que consiste no embate constante entre vida e morte.

Sobre a violência autoinfligida, existem três modelos explicativos principais: (a) o sociológico que ressalta os fatores histórico e cultural; (b) o psicológico que o considera como fruto de conflitos internos dos indivíduos; e (c) o nosológico, no qual esse fenômeno é visto como enfermidade. Em todos os três, há limitações disciplinares específicas e, ao mesmo tempo, ênfases em aspectos da reconhecida e complexa relação entre indivíduo e sociedade (MINAYO, 2005). A Organização Mundial de Saúde define o suicídio como resultado de um “ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (OMS).

O sociólogo francês, Émile Durkheim, que publicou em 1897 a obra intitulada “*Le Suicide*”, na qual analisou empiricamente os suicídios ocorridos no século XIX, na França é reconhecido até hoje como um dos pioneiros nesse tema, esse autor defendia que as causas do autoextermínio têm fundamento social e não individual. No que diz respeito ao conceito de suicídio, ainda nesta obra, Durkheim (2011, p.14) define o suicídio com base na intenção do indivíduo em cometê-lo, aduz que “*o suicídio se insere como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”*”.

O autor em tela preleciona, ainda, que a tipologia do suicídio de acordo com as diferentes perturbações na relação Ser Humano-Sociedade, poderia ser reduzida a três grandes tipos:

Suicídio egoísta, que seria motivado por um isolamento exagerado do indivíduo com relação à sociedade, que o transforma em um “solitário”, um marginalizado, que não possui laços suficientemente sólidos de solidariedade com o grupo social; No suicídio egoísta, há uma individuação exagerada, predomina a apatia, a indiferença e a melancolia. Se o indivíduo se isola, é porque os laços que o uniam aos outros estão frouxos ou rompidos, e porque a sociedade, nos pontos em que ele tem contato com ela, já não está fortemente integrada (DURKHEIM, 2011, p.361).

Suicídio altruísta, que está noutro extremo, ou seja, quando o ser humano está mais desligado da sociedade, mas ao contrário está demasiadamente ligado a ela; Essa modalidade de suicídio predomina nas sociedades modernas, praticado por indivíduos que não estão devidamente agregados à sociedade e isolados dos grupos sociais como a família, a comunidade e os amigos. O suicídio altruísta, por ter como origem um sentimento violento vem acompanhado de um certo vigor, faz o sacrifício de si mesmo, não de seus semelhantes .

Suicídio anômico, é aquele que não soube aceitar os limites morais que a sociedade impõe; aquele que aspira a mais do que pode, que tem demanda muito acima de suas possibilidades reais, e cai, portanto, no desespero. Sucede em sociedades que se encontram em um estado de desorganização social, pela

falta ou contradição de regras sociais. Ele ocorre quando se rompem as relações entre o indivíduo e o grupo social ao qual pertence de maneira brusca (enriquecimento ou empobrecimento repentino), (DURKHEIM, 2011 p.363).

Segundo Durkheim (2011), tanto no suicídio egoísta como no anômico, a sociedade não está suficientemente introjetada nos indivíduos. No caso do tipo altruísta, ao contrário, o indivíduo é totalmente absorvido pela sociedade. Enquanto fato social, o problema do suicídio, portanto, está situado no grau de integração entre os dois polos.

O suicídio é então um evento coletivo, dependente das causas sociais (Durkheim, 2011). Para esse autor, o suicídio está em razão inversamente proporcional à integração social, ou seja, quanto mais inserido socialmente estiver o indivíduo, menor o risco de cometer suicídio. Assim, a sociedade exerceria papel essencial na edificação do indivíduo. Neste sentido, os indivíduos estão integrados, agregados em um grupo social, regulado por princípios, regras normas e convenções.

Esta conclusão está expressa no texto abaixo:

Com efeito, é pelo temperamento do suicida, por seu caráter, por seus antecedentes, pelos acontecimentos de sua história privada que geralmente se explica sua resolução. [...] se vemos no suicídio apenas eventos particulares, isolados uns dos outros e cada um deles exigam exame a parte, em separado, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa dada sociedade durante um dado espaço de tempo, verificamos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção, mas que constitui fato novo e *sui generis*, com unidade e individualidade, pois com sua natureza própria, e que, além disso, essa natureza é eminentemente social, (DURKHEIM, 2011, p. 17).

Para uma compreensão mais detalhada, o autor traz em sua obra, reflexões a respeito da influência que a sociedade exerce nos indivíduos, mesmo quando a questão tratada se refere a uma questão individual, num fato concreto que é a opção pela vida ou pelo fim da vida, a morte.

2.2 SUICÍDIO – ASPECTOS HISTÓRICOS

Um breve estudo na linha do tempo permite observar como o homem encara o suicídio em culturas diversas e em diferentes estágios da história da civilização.

O suicídio é um evento presente em todas as civilizações, adquirindo, assim, diferentes significados, de acordo com cada cultura, religião e época. A história do suicídio sempre esteve associada à cultura e à religião, que influenciavam a aceitação ou a total negação desse comportamento. Houve um tempo em que o suicídio esteve relacionado ao homicídio, sem clara

distinção entre esses dois atos, sendo, neste caso, denominado morte voluntária, auto-assassinato, auto-homicídio, automassacre ou autodestruição (MELEIRO; BAHNS, 2004; SILVA, 2009).

Em algumas culturas como a esquimó e a samoana, o suicídio é aceito e até estimulado para os velhos e os doentes (JAMISON, 2002; MINAYO, 2005). As viúvas e os escravos no Antigo Egito, após a morte de seus senhores, eram forçados a se matar. Vestígios da mesma prática foram encontrados no Peru, no túmulo recém-descoberto do Senhor de Cipan que viveu no século XIV. As práticas de auto-extermínio de pessoas subordinadas eram induzidas por maridos e donos de escravos para evitar que as mulheres e os empregados planejassem matá-los (PARREIRA, 1988; MINAYO, 2005).

Nas cidades grego-latinas, o suicídio só era considerado ilegítimo quando não tinha autorização do Estado. Assim, em Atenas, as honras da sepultura eram negadas ao homem que se matava, a mão do cadáver era cortada e enterrada separadamente do seu corpo. Mas essas penas aplicavam-se somente no caso de o indivíduo matar-se sem pedir autorização prévia às autoridades competentes, que tinham o poder de vetar, autorizar ou até induzir ao suicídio (DURKHEIM, 2011).

Na Grécia Antiga, cada escola filosófica tinha seu modo de conceber a morte auto-infligida. Os estoicos e os epicuristas acreditavam que o indivíduo tinha o direito de se matar e escolher os métodos e a hora de sua morte. Para essas duas escolas de pensamento, a vida só mereceria ser vivida se trouxesse mais satisfações do que aborrecimentos. Porém, mesmo nessa época histórica, nem todos pensavam assim. Os pitagóricos eram totalmente contrários ao homicídio de si mesmo. Para eles, a relação entre corpo e alma seria regida por números e o suicídio quebraria a harmonia natural dessa conjunção (MINAYO, 2005).

No período da República Romana, as regras acerca do suicídio eram semelhantes às dos gregos. Ele era reprovado, existindo uma exigência das autoridades na qual o cidadão que tivesse a intenção de se matar submetesse suas razões à decisão do Senado, a quem caberia a palavra final, permitindo ou negando a realização do ato (FERREIRA, 2014).

No âmbito cristão, a filosofia Cristã de Santo Agostinho (354-430) considerava a existência humana como uma purificação, afirmando que a dor e o sofrimento seriam uma forma de desafio que as pessoas precisariam aceitar. Na obra *A Cidade de Deus*, Santo Agostinho apresenta uma discussão sobre os principais aspectos dessa questão: seria ou não lícito se matar? Em caso de ilicitude, como fundamentar essa posição por meio de uma exegese bíblica. Tais incertezas se justificam porque nas passagens do *Novo Testamento*, que se referem a relatos de mortes voluntárias, não contém uma condenação expressa dessas mortes, mas,

antes, apenas as expõem sem dar um julgamento explicitamente negativo a seu respeito (PUENTE, 2008, p. 27).

O suicídio até o século XVI era uma questão religiosa ou filosófica, condenada ou glorificada, dependendo das circunstâncias e conveniências. Há uma mudança no final do século XVII com o surgimento do movimento intelectual do Iluminismo, que se baseava no antropocentrismo em oposição à ideologia em vigor no período medieval, que era voltada para o teocentrismo. Passa-se a entender o suicídio como um ato de infelicidade e alguns pensadores da época começam então a demonstrar certa tolerância, contrapondo-se à visão autoritária da sociedade (FERREIRA, 2014).

Durante a Revolução Francesa, não houve referência ao suicídio como crime. No século XIX, a Revolução Industrial trouxe diversas transformações políticas, culturais, científicas e tecnológicas, mas o suicídio manteve-se como tabu, sendo considerado um ato vergonhoso, rechaçado e envolvido em segredos familiares muitas vezes atribuído à doença mental (SILVA, 2009).

Nas maiores religiões do mundo, como o Judaísmo, o Cristianismo Romano, o Protestantismo e o Islamismo, o suicídio é proibido por representar a negação suprema dessas doutrinas e da soberania de Deus. A Igreja Católica mostra-se mais tolerante que as outras religiões, consentindo, a partir do século XX, a realização de ritos funerários. Nas demais religiões, as pessoas suicidas são enterradas sem qualquer cerimônia e muitas vezes, sem a presença da família (SETTI, 2010).

O Islamismo é a religião que mais condena o suicídio, considerando-o como crime pior do que o assassinato e penalizando extensivamente a família do morto, que passa a ser desonrada e marginalizada (ANON, 1992, apud WERLANG; ASNIS, 2004; SILVA, 2009).

Na idade contemporânea, surge a necessidade de compreender as causas do suicídio através da medicina, da psiquiatria, da sociologia e da política. Já no século XIX, reconhece-se o suicídio como um fato pertencente à sociedade, que deve ser abordado sem preconceitos, sendo, sem dúvida, um ato trágico; no entanto, precisa ser compreendido sem ser condenado à partida.

Destacam-se no século XIX os estudos de Emile Durkheim, cuja publicação da obra *O Suicídio* foi um marco nas discussões sobre esse tema, no qual o suicídio foi considerado como um fenômeno social. Surgem também as opiniões de Freud, nas quais o suicídio é interpretado como o dirigir da agressividade contra o próprio. O suicídio assume assim um papel de desejo do indivíduo, relacionado à angústia e a fatores psíquicos associados (GODINHO, 2013).

A despeito desses avanços, nas sociedades ocidentais modernas, permanece ainda interiorizada a opinião de que o suicídio é uma ação condenável, conferindo a noção de culpa aos indivíduos e à sociedade. Continuam as interdições sociais à autodestruição considerada, até hoje, um ato contra Deus, debilidade mental, flagelo ligado ao materialismo - “uma doença do espírito, da consciência e da sociedade” (MINOIS, 1998; MINAYO, 2005).

Percebemos que ao longo da história, a visão a respeito do suicídio mudou. O suicídio foi evento constituinte da tradição em certas culturas e opção aceitável em outras. Foi pecado na Idade Média e sinal de doença mental no século XIX. Atualmente, concebe-se que em certas circunstâncias o suicídio é uma opção legítima, inflamando debates sobre o direito de a pessoa morrer com dignidade. O suicídio seria assim idealizado como o exercício racional de um direito pessoal (ALMEIDA, 2004; WERTH JR, BOTEGA, 2006; SILVA, 2009).

2.3 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO ASSOCIADOS AO SUICÍDIO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os fatores de risco para suicídio incluem a doença mental e física, abuso de álcool (alcoolismo) e drogas, doença crônica, tensão emocional aguda, violência, uma mudança súbita e importante na vida de um indivíduo, como a perda de emprego, separação de um parceiro ou outros eventos adversos ou, em muitos casos, uma combinação destes fatores (OMS, 2012). Apesar dos problemas de saúde mental exercerem um papel que varia nos contextos diferentes, outros fatores, como situação cultural e socioeconômica são particularmente influentes.

O impacto do suicídio nos sobreviventes, como cônjuges, pais, filhos, família, amigos, colegas de trabalho e pares que são deixados para trás, é significativo, tanto imediatamente como em longo prazo. É importante considerar que esses aspectos, isoladamente, não são preditores do suicídio, mas as consequências deles derivadas podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida.

Os fatores de risco podem existir em diversos níveis. Segundo a OMS (2012) existem de forma ampla três categorias de fatores de risco que interagem entre si:

Indivíduos - Tentativa anterior de suicídio, distúrbio mental, abuso de álcool e drogas, desesperança, senso de isolamento, falta de apoio social, tendências agressivas, impulsividade, histórico de trauma ou abuso, agonia emocional aguda, doenças físicas ou crônicas importantes, incluindo dor crônica, histórico familiar de suicídio e fatores neurológicos;

Socioculturais - Estigma associado a comportamento de auto busca, barreiras ao acesso de tratamento de saúde, especialmente saúde mental e tratamento de abuso de substâncias, certas crenças culturais e religiosas, (por exemplo, a

crença de que o suicídio é uma solução nobre de um dilema pessoal), Exposição a comportamentos suicidas, incluindo através da mídia, e influência de outros que morreram por suicídio;

Situacionais - Perdas de emprego a financeiras, perdas relacionais ou sociais, fácil acesso a meios letais, grupos locais de suicídio que têm uma influência contagiosa e eventos estressantes na vida (OMS, 2012).

O suicídio, pela constância com que ocorre, muito maior do que se imagina, é um problema de saúde pública. Sua prevenção, em princípio, tem a ver com a identificação precoce e o correto encaminhamento de casos de transtornos mentais cuja complicação mais grave é o risco de suicídio (HETEM, 2010). Para esse autor, os transtornos mentais mais usualmente associados ao suicídio são depressão, transtorno bipolar e abuso de álcool e de outras drogas. A esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação é ainda mais grave quando há comorbidade destas condições, como por exemplo, depressão e alcoolismo (KING et al., 2006; LIMA et al., 2010); transtornos mentais associados (SHER, 2010); perda de vínculos sociais e demais comorbidades (ALVES et al., 2004); problemas financeiros e/ou conjugais (VIANA et al, 2008; SCHLÖSSER et AL 2014).

A Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2003) adverte que, para aferir o risco de suicídio, é necessário realizar uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para crise suicida. A conexão desses indicadores em um único arquétipo explicativo permite uma abrangência mais vasta sobre os vários aspectos que estão contribuindo para o ato suicida. A Organização Mundial de Saúde sugere três medidas para diminuir os casos de suicídio: 1) o tratamento dos transtornos psiquiátricos; 2) a redução do acesso aos métodos suicidas; e 3) o adequado manejo da informação sobre o tema nos órgãos de difusão de massa.

Vários fatores já foram identificados como predisponentes e precipitantes dos comportamentos suicidas, entre os quais, constituição genética, fatores demográficos (idade, sexo e situação conjugal), fatores culturais, fatores nosológicos (particularmente doenças mentais e físicas crônicas, incuráveis e causadoras de grande sofrimento), fatores psicológicos (perdas afetivas ou materiais, reais ou simbólicas), fatores sociais e ambientais (exemplo, isolamento social, condições de vida extremamente adversas, e importantes perdas materiais. Fatores sociais inerentes à vida contemporânea, relacionados à violência e à falta de expectativa de vida, sem dúvida contribuem para o aumento da incidência do suicídio (BERTOLOTE, J. M; MELLO-SANTOS, C. de & BOTEAGA, NJ, 2010).

Diversas pesquisas apontam como principais fatores de risco para condutas suicidas: consumo e/ou uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas; problemas familiares e/

ou parentais; transtornos mentais severos; enfermidades terminais; impulsividade; não possuir parentes e/ou vínculos sociais; rompimento de relações interpessoais significativas; problemas financeiros; histórico familiar de suicídio; abuso na infância, tentativas prévias e ideação suicida; isolamento social; perdas afetivas; histórico familiar de suicídio; transtornos mentais severos, principalmente os transtornos depressivos e doenças terminais; bem como variáveis demográficas e socioeconômicas (ALMEIDA et al., 2009; MENEGHEL et al., 2004; BOTEGA, 2006).

Os comportamentos suicidas podem ser conceituados como um processo complexo que pode variar de ideação suicida, que podem ser transmitidos através de meios verbais ou não-verbais, no planejamento de suicídio, na tentativa de suicídio, e no pior dos casos, no próprio suicídio (WASSERMAN, 2001; WHO, 2012).

O Manual de Prevenção ao Suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental refere que os fatores considerados como de risco para o suicídio são os transtornos mentais; os aspectos sociodemográficos; psicológicos e as condições clínicas incapacitantes como: dor crônica; lesões desfigurantes; epilepsia; trauma medular; neoplasias malignas; e AIDS (MS-BRASIL, 2006).

No Brasil, até recentemente, o suicídio não era visto como um problema de saúde pública, pois crescia à sombra de duas importantes causas de morte violenta: os acidentes de trânsito e homicídios, com taxas de mortalidade aproximadamente 4 e 6 vezes maiores. (MAPA DA VIOLÊNCIA, 2013).

O Brasil criou em 2006 estratégias direcionadas a prevenção do suicídio. As Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, por meio da Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que permite através do artigo 2º:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos, II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, III - organização de linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade, V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e do conhecimento; VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros

sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica inclusive do Programa Saúde da Família dos serviços e saúde mental. das unidades de urgência e emergência de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (MS, 2006).

Existem alguns elementos que atuam como protetores, tais como a composição genética ou neurobiológica de um indivíduo, características de atitudes ou de comportamento e atributos ambientais (WASSERMAN, 2004; RIBEIRO, 2012).

A Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2003) aponta como indicadores protetivos para suicídio: satisfação com a vida, religiosidade, habilidade para o teste da realidade, estratégias de enfrentamento positivas, habilidades para solucionar problemas, suporte social positivo e relação terapêutica positiva.

Para a OMS, os fatores de proteção podem ajudar os indivíduos a conviver com situações particularmente difíceis e assim minimizar o risco de suicídio (OMS, 2012). Uma estratégia eficaz deve, por conseguinte, identificar formas de estabelecer, ampliar e sustentar fatores de proteção para suicídio.

A identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção torna-se essencial numa estratégia de prevenção do suicídio, pois contribui para delinear e detectar a natureza e o tipo de intervenção necessária, sendo indicativo das circunstâncias em que um indivíduo, uma comunidade ou uma população são particularmente vulneráveis para o suicídio (PNPV, 2013, p.44). Elementos essenciais para os programas prevenção do suicídio são o aumento da percepção e a disseminação de informação apropriada. A OMS lançou em 1999 um manual de prevenção intitulado SUPRE direcionado aos diversos profissionais envolvidos na prevenção do suicídio.

2.4 O CENÁRIO DO SUICÍDIO NO MUNDO

Dados da OMS (2014) revelam que mais de 800 mil pessoas se suicidaram em 2012 e, esse número deve chegar a 1,6 milhões de mortes em 2020. A taxa mundial de suicídio corresponde a 11,4 suicídios por 100.000 habitantes (15,0 para o sexo masculino e 8,0 para sexo feminino).

Em todo o mundo, o suicídio é uma das três principais causas de morte entre indivíduos em idade economicamente produtiva (15-44 anos), e a segunda principal causa de morte no

grupo etário de 15-19 anos (PATTON et al., 2009). Em alguns países são os mais idosos os que apresentam taxas mais elevadas de suicídios (Tabela 1).

Tabela 1 - Números absolutos e taxas de suicídio por 100.000 hab. por sexo

(Continua)

| País e Categoria | Sexo | Nº de suicídios em 2012 | Coeficiente de mortalidade por suicídio total (T) e por faixa etária com base na população em 2012 | | | | | |
|------------------------|-------|-------------------------|--|--------|---------|---------|---------|---------|
| | | | Total | 5 a 14 | 15 a 29 | 30 a 49 | 50 a 69 | 70 ou + |
| Emirados Árabes Unidos | Ambos | 274 | 3.0 | 0.4 | 3.8 | 3.1 | 3.4 | 13.7 |
| | Fem. | 31 | 1.1 | 0.2 | 1.8 | 1.0 | 1.9 | 10.9 |
| | Masc. | 243 | 3.8 | 0.5 | 4.7 | 3.7 | 4.1 | 15.3 |
| EUA | Ambos | 43.361 | 13.7 | 0.8 | 12.7 | 17.4 | 20.1 | 16.5 |
| | Fem. | 9.306 | 5.8 | 0.5 | 4.7 | 8.0 | 9.2 | 4.0 |
| | Masc. | 34.055 | 21.8 | 1.0 | 20.4 | 26.9 | 31.7 | 33.8 |
| Federação Russa | Ambos | 31.997 | 22.4 | 1.7 | 27.3 | 26.5 | 22.6 | 32.1 |
| | Fem. | 5.781 | 7.5 | 1.3 | 8.0 | 7.5 | 6.9 | 15.4 |
| | Masc. | 26.216 | 39.7 | 2.2 | 46.1 | 46.8 | 43.7 | 72.3 |
| Japão | Ambos | 29.442 | 23.1 | 0.5 | 18.4 | 26.8 | 31.8 | 25.5 |
| | Fem. | 8.554 | 13.1 | 0.3 | 10.8 | 14.3 | 16.2 | 17.1 |
| | Masc. | 20.888 | 33.7 | 0.7 | 25.7 | 38.9 | 48.0 | 37.6 |
| Reino Unido | Ambos | 4.360 | 6.9 | 0.1 | 5.9 | 10.5 | 9.2 | 6.3 |
| | Fem. | 960 | 3.0 | 0.1 | 2.5 | 4.3 | 4.0 | 3.1 |
| | Masc. | 3.400 | 11.0 | 0.1 | 9.1 | 16.7 | 14.7 | 10.5 |
| África do Sul | Ambos | 1.398 | 2.7 | 0.4 | 2.8 | 2.8 | 5.6 | 10.5 |
| | Fem. | 280 | 1.0 | 0.2 | 1.0 | 9.0 | 2.2 | 4.3 |
| | Masc. | 1.117 | 4.4 | 0.6 | 4.5 | 4.7 | 10.3 | 22.4 |
| Angola | Ambos | 2.206 | 10.6 | 2.3 | 21.4 | 17.4 | 13.7 | 18.8 |
| | Fem | 612 | 5.8 | 1.9 | 11.7 | 8.2 | 7.9 | 10.7 |
| | Masc. | 1.594 | 15.5 | 2.7 | 31.3 | 26.8 | 20.2 | 29.3 |
| Brasil | Ambos | 11.821 | 6.0 | 0.4 | 6.7 | 8.4 | 8.0 | 9.8 |
| | Fem. | 2.623 | 2.6 | 0.3 | 2.6 | 3.7 | 3.8 | 3.3 |
| | Masc. | 9.198 | 9.4 | 0.4 | 10.7 | 13.3 | 12.7 | 18.5 |
| Cuba | Ambos | 1.648 | 14.6 | 0.8 | 6.0 | 14.8 | 24.4 | 36.1 |
| | Fem. | 334 | 6.0 | 1.5 | 1.5 | 4.2 | 13.4 | 12.0 |

Tabela 1 – Números absolutos e taxas de suicídio por 100.000 hab. por sexo

(Conclusão)

| País e Categoria | Sexo | Nº de suicídios em 2012 | Coeficiente de mortalidade por suicídio total (T) e por faixa etária com base na população em 2012 | | | | | |
|------------------|-------|-------------------------|--|--------|---------|---------|---------|---------|
| | | | Total | 5 a 14 | 15 a 29 | 30 a 49 | 50 a 69 | 70 ou + |
| Butão | Masc. | 1.315 | 23.2 | 0.1 | 10.2 | 25.0 | 35.7 | 65.1 |
| | Ambos | 119 | 16.0 | 1.9 | 15.7 | 24.6 | 28.8 | 37.9 |
| | Fem. | 35 | 10.2 | 1.4 | 13.1 | 14.2 | 16.7 | 19.1 |
| | Masc. | 83 | 20.9 | 2.4 | 18.0 | 32.4 | 38.2 | 53.0 |
| Índia | Ambos | 258.075 | 20.9 | 2.0 | 35.5 | 28.0 | 20.0 | 20.9 |
| | Fem. | 99.977 | 16.7 | 2.4 | 36.1 | 17.2 | 11.1 | 11.2 |
| | Masc. | 158.098 | 24.7 | 1.6 | 34.9 | 38.0 | 28.9 | 32.7 |
| | Ambos | 5.898 | 8.0 | 2.7 | 12.4 | 10.3 | 4.2 | 16.4 |
| Turquia | Fem. | 1.613 | 4.3 | 1.8 | 7.6 | 4.2 | 2.2 | 9.8 |
| | Masc. | 4.285 | 11.8 | 3.6 | 17.0 | 16.6 | 6.6 | 25.5 |
| | Ambos | 9.165 | 20.1 | 1.4 | 19.5 | 24.4 | 22.9 | 28.8 |
| Ucrânia | Fem. | 1.690 | 6.9 | 0.9 | 5.5 | 6.3 | 7.8 | 13.7 |
| | Masc. | 7.474 | 35.6 | 1.8 | 32.8 | 43.4 | 43.3 | 61.7 |
| | Ambos | 1.205 | 4.0 | 0.8 | 7.5 | 6.1 | 8.3 | 12.6 |
| Afeganistão | Fem. | 643 | 4.4 | 0.9 | 9.8 | 5.4 | 5.4 | 8.5 |
| | Masc. | 562 | 3.7 | 0.7 | 5.1 | 6.7 | 11.4 | 17.9 |
| | Ambos | 13.377 | 7.5 | 1.1 | 9.1 | 8.5 | 16.3 | 33.7 |
| Paquistão | Fem. | 7.085 | 8.1 | 1.6 | 12.0 | 7.5 | 15.4 | 32.5 |
| | Masc. | 6.291 | 6.8 | 0.7 | 6.3 | 9.4 | 17.2 | 34.8 |
| | Ambos | 120.730 | 8.7 | 0.5 | 4.2 | 5.1 | 15.7 | 51.5 |
| China | Fem. | 67.542 | 10.1 | 0.5 | 5.9 | 7.1 | 17.0 | 47.7 |
| | Masc. | 53.188 | 7.4 | 0.4 | 2.7 | 3.2 | 14.4 | 55.8 |

Fonte: World Health Organization-WHO (2014)

Em números absolutos, conforme a Tabela 1, os países com mais mortes por suicídio são Índia (258 mil óbitos), seguido de China (120,7 mil), Estados Unidos (43 mil), Rússia (31 mil), Japão (29 mil), Coreia do Sul (17 mil) e Paquistão (13 mil) (OMS, 2014).

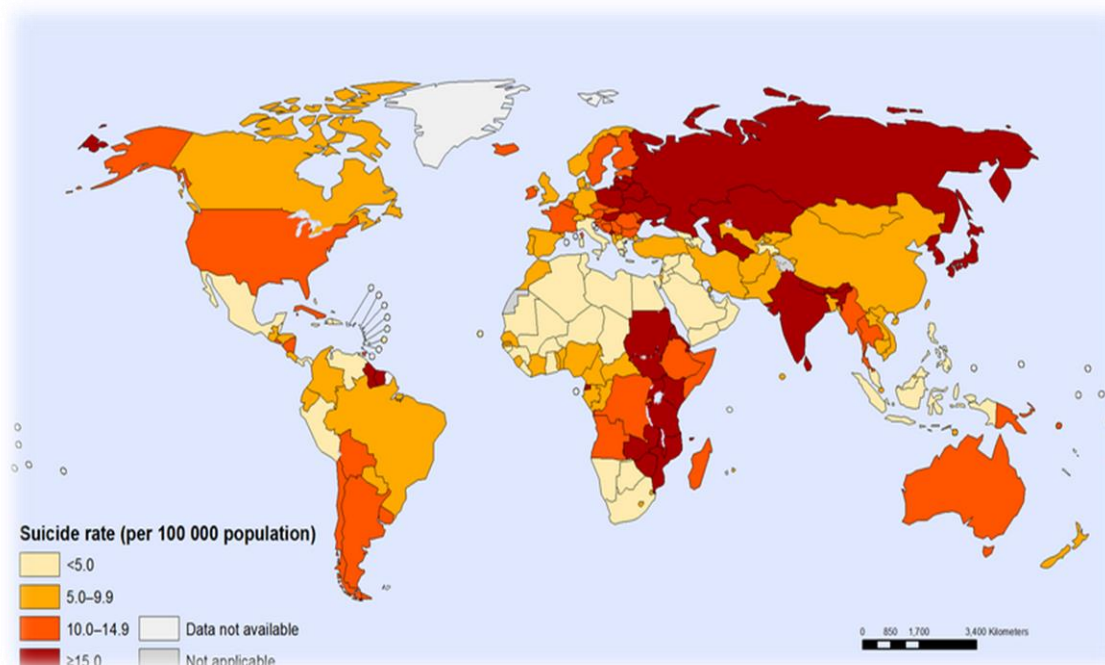
Apesar de figurar entre os 10 países com maior número de eventos, a taxa de suicídio do Brasil é considerada baixa, 6 suicídios por 100.000 habitantes.

A Guiana com uma população de 807.000 é o país com maior taxa de suicídios no mundo (34,8 por 100 mil habitantes) seguida pela Lituânia (33,3) e o Sri Lanka (29,2).

Segundo a OMS, 75% dos casos de suicídios ocorrem em países em desenvolvimento. Contudo, a taxa de suicídio padronizada por idade nos países de média e baixa renda (11,2 por 100.000 habitantes) é bem próxima da observada em países de alta renda (12,7 por 100.000 habitantes).

Em termos regionais, as maiores taxas de óbitos por suicídio encontram-se no leste europeu e as mais baixas na América Latina. Taxas intermediárias são observadas na Europa Ocidental, Estados Unidos e Oceania (Figura 1).

Figura 1 - Mapa das Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2012 (WHO, 2014)



Fonte: WHO, 2014

2.5 PANORAMA DO SUICÍDIO NO BRASIL E NO AMAZONAS

E entre as três maiores causas de mortalidade por causa violenta os suicídios foram as que mais cresceram proporcionalmente, tanto para a população total quanto para a população jovem (WAISELFISZ, 2011). A taxa de suicídio do Brasil é de 6,0 por 100.000 habitantes, sendo 2,50 entre as mulheres e 9,40 entre os homens (OMS, 2014).

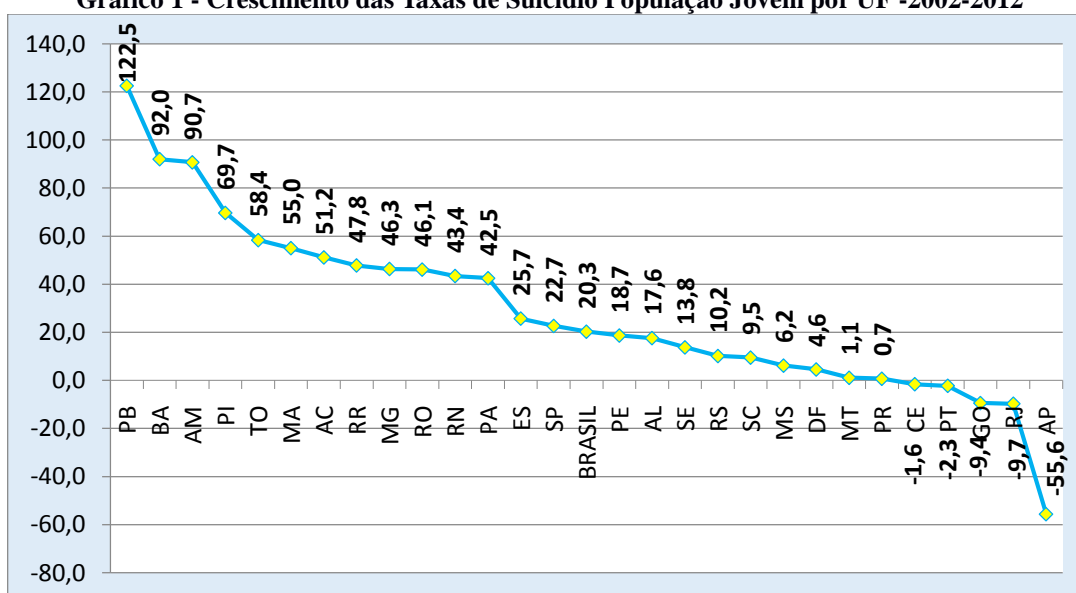
Cabe destacar, que existe uma grande variação entre os estados brasileiros no que se refere aos óbitos por suicídio. A literatura sobre a epidemiologia do suicídio aponta que o

panorama nacional é complexo e heterogêneo. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas de suicídio no país. O estado do Rio Grande do Sul (RS) possui a maior taxa de suicídios no Brasil em 2012, cerca de 10,9 por 100.000 habitantes, seguido por Santa Catarina (8,6 por 100.000 hab.) e Mato Grosso do Sul (8,4 por 100.000 hab.). Na quarta posição aparece o estado de Roraima com taxa de 8,1 suicídios por 100.000 habitantes, estado que apresentou a maior taxa de suicídio na população jovem (12,9 por 100.000 hab.).

Entre os anos de 2000 a 2012 o crescimento da taxa de suicídio foi de 10,4%. O Estado do Amazonas aparece na terceira posição com uma taxa de crescimento de 90,7% (WAISELFIZ, 2014). Segundo Botega (2014), o coeficiente nacional de mortalidade por suicídio ocultam importantes variações regionais. Estudos epidemiológicos concretizados nas duas últimas décadas confirmam taxas mais elevadas em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e médio porte populacional.

Este quadro pode ser ainda mais abissal, uma vez que os números fidedignos de suicídios podem ser até quatro vezes maiores que os registros oficiais, por ser um episódio de difícil dimensionamento, com registros falhos e taxas oficiais incertas. Este fato ocorre em virtude da falta de exatidão e falha nas informações dos órgãos responsáveis pelo registro, ao estigma da família e pela dificuldade, em muitas ocorrências, em constituir se a morte foi acidental ou intencional.

Gráfico 1 - Crescimento das Taxas de Suicídio População Jovem por UF -2002-2012



Fonte: SIM/SVS/MS. Adaptado do Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2014)

Na Região Norte, a taxa de suicídio passou 3,1 para 4,2 por 100 mil hab entre 2003 e 2012. A taxa de suicídio no Amazonas no mesmo período passou de 3,0 para 5,8 por 100 mil/habitantes, um acréscimo 90,7% por 100 mil/habitantes. (Mapa da Violência - 2014).

As regiões Norte e Nordeste foram às de maior incremento, bem acima da média nacional. Já o aumento na região Sudeste ficou próximo dessa média e a região Centro-Oeste apresentou uma taxa negativa, por obra das quedas em Goiás. Em 23 UFs as taxas cresceram na década, lideradas pelos estados da Paraíba, Bahia e Amazonas. Os estados do Ceará, Goiás, Rio de Janeiro e Amapá apresentaram quedas em suas taxas de suicídio.

A magnitude do suicídio no estado do Amazonas e nas quatro Mesorregiões, as especificidades regionais existentes e a escassez de estudos publicados sobre o tema, determinaram o desenvolvimento do presente estudo, com o fito de identificar os fatores sociodemográficos associados ao suicídio, no período 2001-2012. É importante contextualizar a violência na forma de suicídio para construir um modelo explicativo que oriente o planejamento de intervenções e de ações preventivas.

3 MATERIAL E MÉTODOS

“Suicídio é, frequentemente, apenas um grito por ajuda que não foi ouvido a tempo.” (GRAHAM GREENE)
ÁREA DO ESTUDO

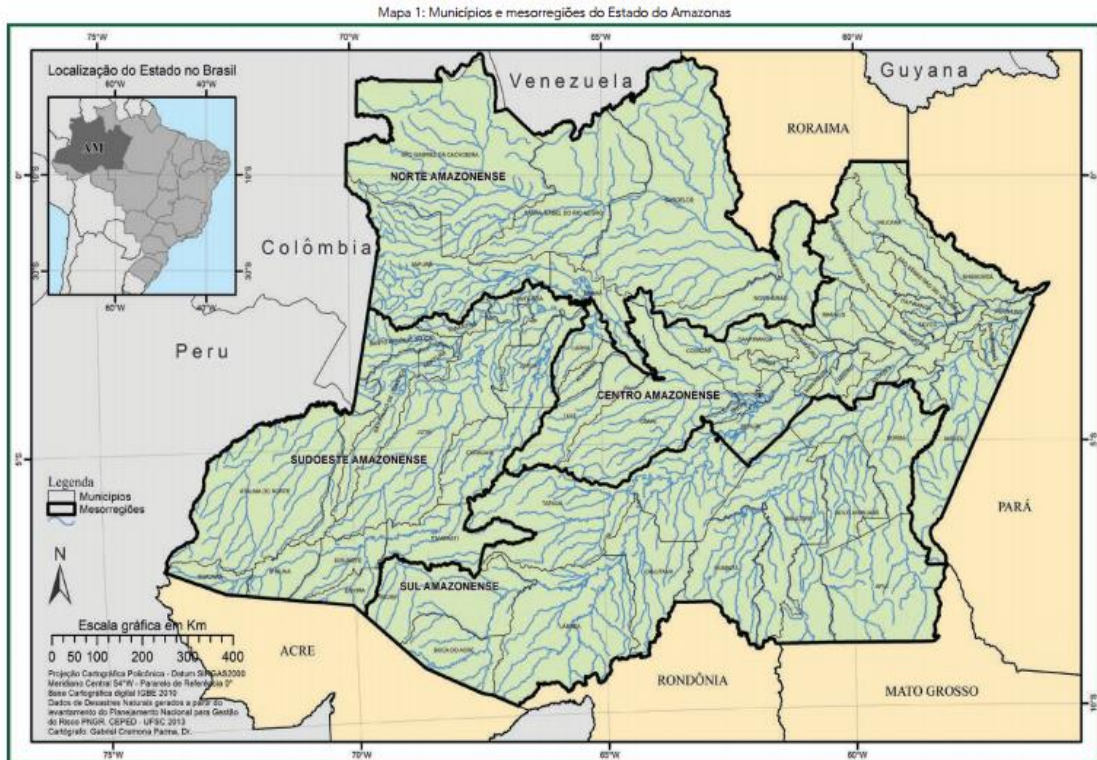
Estudo descritivo sobre taxas de mortalidade de suicídio nas mesorregiões do Estado do Amazonas. O recorte temporal da presente pesquisa compreendeu o período de 2001 a 2012.

Nesta investigação adotou-se como referencial empírico a Região Norte do Brasil, limitada ao Estado do Amazonas. Tendo em vista a dificuldade de desenvolver essa análise no nível municipal, devido à escassez dos dados, foram adotadas como unidade de análise as quatro mesorregiões definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

- **Norte Amazonense:** é composta por seis municípios: Barcelos, Novo Airão, Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Japurá e Marã;
- **Sul Amazonense:** é composta por 10 Municípios: Boca do Acre, Pauini, Canutama, Lábrea, Tapauá, Apuí, Borba, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã;
- **Centro Amazonense:** é composta por 30 Municípios: Alvarães, Tefé, Uarini, Anamã, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari, Codajás, Autazes, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manacapuru, Manaquiri, Manaus, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Itapiranga, Nova Olinda do Norte, Silves, Urucurituba, Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá, Parintins, São Sebastiao do Uatumã e Urucará;
- **Sudoeste Amazonense:** é composta por 16 Municípios: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antonio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Tonantins, Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna, Itamarati e Juruá. (Figura 2).

A abordagem descritiva utilizada neste estudo visa à análise dos dados sociodemográficos de vítimas de suicídio por mesorregiões e possui algumas limitações inerentes ao método.

Figura 2 - Mapa das Mesorregiões do Estado do Amazonas



Fonte: Atlas Brasileiro -2013

Entende-se a mesorregião como uma área individualizada que apresenta formas de organização do espaço geográfico definidas pelas seguintes dimensões: o processo social como determinante, o quadro natural como condicionante e a rede de comunicação e de lugares como elemento da articulação espacial. Assim, estas três dimensões possibilitam que o espaço delimitado como mesorregião tenha uma identidade regional construída ao longo do tempo pela sociedade (IBGE, 1990).

A seguir são apresentadas as quatro mesorregiões do Estado do Amazonas com suas características próprias discriminadas individualmente nesse estudo.

Tabela 2 - Características das Mesorregiões do Estado do Amazonas

| Características | Mesorregiões | | | |
|--|--------------|---------|----------|---------|
| | Norte | Centro | Sudoeste | Sul |
| População | 121337 | 2726732 | 363177 | 291396 |
| N. de Municípios | 6 | 30 | 16 | 10 |
| Área km ² | 404.980 | 25.387 | 335.396 | 474.022 |
| Densidade demográfica (hab/km ²) | 0,3 | 7,6 | 1,1 | 0,6 |
| Prop. de população indígena | 41,0 | 1,2 | 19,4 | 6,3 |
| PIB per capita * | 4,5 | 20,5 | 4,7 | 6,2 |

Fonte: www.ibge.gov.br (IBGE 2014)

* A preços correntes de R\$ 1000,00

3.1 FONTE E TRATAMENTO DOS DADOS

As informações sobre mortalidade por suicídio do estado do Amazonas e de suas quatro mesorregiões foram analisadas para a série histórica correspondente ao período 2000 -2013. Os casos de suicídio foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) disponibilizados no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS). Foram considerados como suicídio os óbitos registrados com a causa básica correspondentes aos códigos X60 a X84 da 10^a revisão da Classificação Internacional de Doença (CID 10). Durante o período considerado foram registrados 1823 óbitos (Mesorregião Norte: 179; Mesorregião Centro: 1300; Mesorregião Sudoeste: 288; Mesorregião Sul: 56). Tendo em vista que o entendimento do suicídio só ocorre após os 11 anos de idade e, na medida em que neste estudo a relação do suicídio com variáveis sociodemográficas, como educação e situação conjugal, será explorada, as análises foram desenvolvidas com base na população com idade igual ou maior do que 15 anos, cujo número de suicídios registrados foi 1720 (Mesorregião Norte: 170; Mesorregião Centro: 1237; Mesorregião Sudoeste: 259; Mesorregião Sul: 54).

As informações sobre população foram obtidas dos Censos Demográficos de 2000 e 2010, por meio de solicitação à Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS/IBGE).

- Sexo: feminino e masculino;
- Faixa etária: utilizou-se a classificação de estudos de Carga de Doença: 15 a 29 anos, 30 a 44 anos, 45 a 59 anos, 60 anos e mais;
- Escolaridade: devido à forma como a variável dos Censos foram obtidas, apenas duas categorias foram criadas: 0-7 anos, 8 anos ou mais;
- Raça/cor: Branca, Preta, Amarela, Parda e Indígena;
- Estado civil: solteiro, casado, viúvo, separado/divorciado;
- Mesorregião: Norte, Centro, Sudoeste e Sul;
- Meios/Instrumentos utilizados para praticar o suicídio: enforcamento (X70), arma de fogo (X72,73,74), intoxicação(X68 e X69), outros.

3.2 METODOLOGIA

Os dados faltantes de cada variável foram distribuídos proporcionalmente em relação aos casos preenchidos, considerando-se as categorias das variáveis selecionadas.

A análise foi realizada por meio do cálculo de taxas de suicídios por 100.000 habitantes. Para isso, foram calculadas médias trienais dos óbitos, segundo categorias das variáveis analisadas, de modo que o número de óbitos no ano t (O_t) foi calculado da seguinte forma:

$$O_t = \frac{O_{t-1} + O_t + O_{t+1}}{3} \quad 2001 \leq t \leq 2012 \quad (\text{Eq. 01})$$

As populações foram interpoladas por categorias das variáveis selecionadas, usando-se as taxas de crescimento populacional observadas entre os anos censitários. Assim, a população do ano t foi obtida por meio da seguinte expressão:

$$P_t = P_{2000}(1 + r)^{(t-2000)} \quad 2001 \leq t \leq 2012, \quad (\text{Eq. 02})$$

onde P_{2000} é a população do Censo demográfico de 2000 e r é a taxa de crescimento demográfico observada entre 2000 e 2010.

Foram ainda calculadas razões de taxas para as categorias das variáveis selecionadas, levando-se em conta as taxas de suicídio correspondente ao período 2001-2012.

Dado à amplitude das taxas de mortalidade, que podem variar muito em pequenos números de óbitos. Uma das técnicas empregadas para diminuir a amplitude destas variações é a média móvel trienal. O que justifica as análises deste estudo por triênios.

4 RESULTADOS

“No corpo do suicida encontra-se uma melodia Para ser ouvida. Seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é um corpo sem vida”. (Alves, 1991 p.12)

Os casos de suicídio foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponibilizados no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram registrados 1720 casos de suicídios durante o período de 2001 a 2012.

Quadro 1 - Números absolutos de mortalidade devido ao suicídio, nas 4 Mesorregiões, Estado do Amazonas, 2001-2012

| Norte Amazonense | Centro Amazonense | Sudoeste Amazonense | Sul Amazonense | Total |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------|
| 170 | 1237 | 259 | 54 | 1720 |

Fonte: SIM/DATASUS/MS

As taxas de suicídio por 100 mil habitantes segundo o sexo no período sob investigação são apresentadas na Tabela 3. A despeito de algumas oscilações ao longo do tempo, as taxas de suicídio mostraram clara tendência de aumento (Figura 3), sendo a taxa de suicídio em 2012, 72% e 75 % maior do que a observada em 2001, para homens e mulheres, respectivamente. A sobremortalidade por suicídio entre os homens é marcante, sendo a taxa de suicídio dos homens em média 435% maior do que a observada entre as mulheres.

Tabela 3 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes
(*Contitua*)

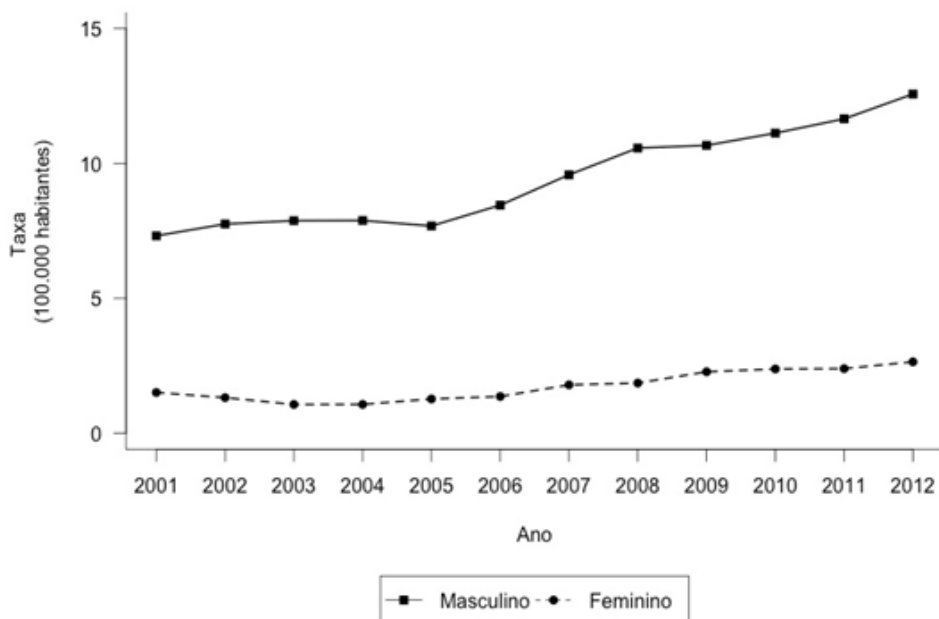
| Ano | Homens | Mulheres | Total |
|------------|---------------|-----------------|--------------|
| 2001 | 7,32 | 1,51 | 4,42 |
| 2002 | 7,76 | 1,32 | 4,54 |

Tabela 3 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes
(Conclusão)

| Ano | Homens | Mulheres | Total |
|-------|--------|----------|-------|
| 2003 | 7,88 | 1,07 | 4,48 |
| 2004 | 7,88 | 1,07 | 4,48 |
| 2005 | 7,68 | 1,27 | 4,48 |
| 2006 | 8,45 | 1,36 | 4,92 |
| 2007 | 9,58 | 1,79 | 5,69 |
| 2008 | 10,57 | 1,86 | 6,22 |
| 2009 | 10,67 | 2,28 | 6,48 |
| 2010 | 11,12 | 2,38 | 6,76 |
| 2011 | 11,65 | 2,39 | 7,03 |
| 2012 | 12,57 | 2,64 | 7,61 |
| Total | 9,61 | 1,80 | 5,71 |

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Figura 3 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes, segundo sexo e ano. Estado do Amazonas, 2001-2012



Fonte: elaboração própria

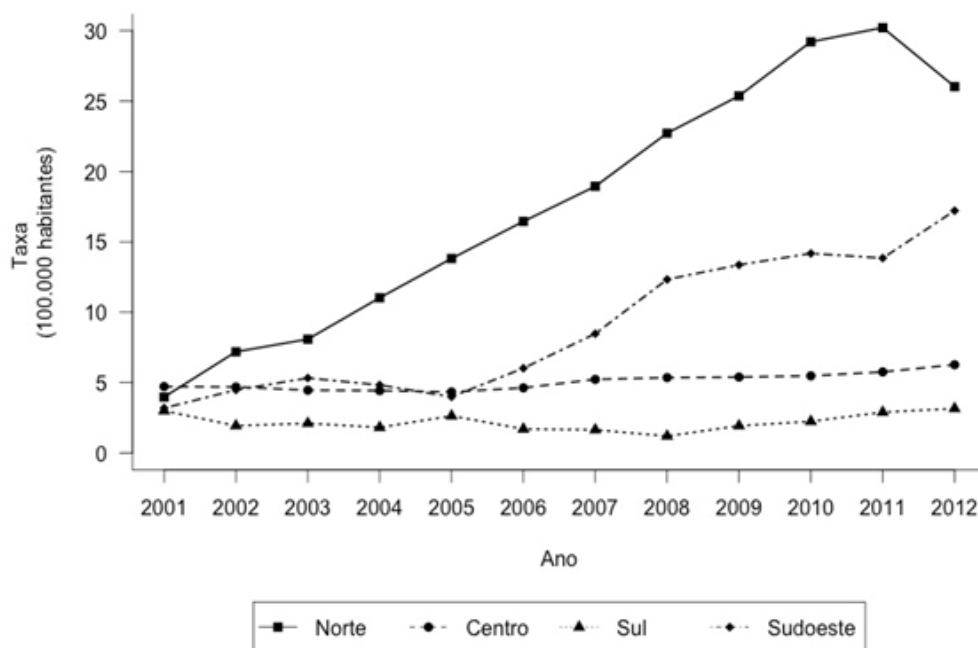
Na Tabela 4 foram apresentadas as taxas de suicídio segundo as mesorregiões do Estado do Amazonas. As taxas de suicídio foram mais elevadas nas mesorregiões Norte e Sudoeste, que são as que possuem maior proporção de população indígena. Essas duas mesorregiões também apresentaram os maiores aumentos nas taxas de suicídio, aproximadamente 550% e 450%, respectivamente. As mesorregiões Centro e Sul também apresentaram aumento durante o período, porém bem menos expressivo, 33% e 5%, respectivamente (Figura 4).

Tabela 4 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes

| Ano | Norte | Centro | Sudoeste | Sul | Total |
|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Amazonense | Amazonense | Amazonense | Amazonense | |
| 2001 | 3,97 | 4,72 | 3,19 | 2,99 | 4,42 |
| 2002 | 7,19 | 4,69 | 4,48 | 1,93 | 4,54 |
| 2003 | 8,08 | 4,46 | 5,32 | 2,11 | 4,48 |
| 2004 | 11,03 | 4,43 | 4,83 | 1,81 | 4,48 |
| 2005 | 13,82 | 4,34 | 3,99 | 2,63 | 4,48 |
| 2006 | 16,45 | 4,63 | 6,02 | 1,70 | 4,92 |
| 2007 | 18,95 | 5,23 | 8,48 | 1,65 | 5,69 |
| 2008 | 22,72 | 5,35 | 12,33 | 1,20 | 6,22 |
| 2009 | 25,37 | 5,39 | 13,36 | 1,93 | 6,48 |
| 2010 | 29,22 | 5,48 | 14,18 | 2,24 | 6,76 |
| 2011 | 30,22 | 5,76 | 13,85 | 2,90 | 7,03 |
| 2012 | 26,03 | 6,27 | 17,21 | 3,15 | 7,61 |
| Total | 18,51 | 5,12 | 9,30 | 2,20 | 5,71 |

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Figura 4 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes, segundo mesorregiões. Estado do Amazonas, 2001-2012



Fonte: elaboração própria

Na Tabela 5 encontram-se as taxas de suicídio segundo um conjunto de características para cada mesorregião do Estado do Amazonas. Para melhor compreensão dos resultados, na Tabela 6 são apresentadas as razões de taxas tendo como valor 1 a categoria de referência escolhida para cada variável. A taxa de suicídio entre homens foi 5,3 vezes aquela observada entre as mulheres no período 2001-2012. Essa razão de taxa variou de 2,3 na mesorregião Sul a 5,8 na mesorregião Centro (Tabela 6).

Em todas as mesorregiões, à exceção da Sul, as taxas de suicídio declinaram com a idade. De fato, na mesorregião Sul esse declínio ocorreu até a faixa etária de 60 anos ou mais, quando houve um expressivo aumento. No entanto, é preciso avaliar com cuidado esses resultados, tendo em vista que essa é a mesorregião com menor número de suicídios. Assim, um caso a mais em uma determinada faixa etária pode ter um grande impacto sobre a taxa.

As maiores taxas de homicídios foram observadas entre os jovens com idades entre 15 e 29 anos. Conforme pode ser visto, no Estado do Amazonas como um todo, a taxa de suicídio entre indivíduos com idade entre 15 e 29 anos foi 50% maior do que a observada entre indivíduos de 30 a 44 anos. Essas razões de taxas foram mais elevadas nas mesorregiões Norte e Sudoeste, 105% e 115% maior (Tabela 6).

Vale a pena ressaltar que no Estado do Amazonas como um todo, nos anos mais recentes do período há um nítido gradiente entre as taxas de suicídio por idade, com maiores taxas entre a população mais jovem (Figura 5).

Em relação à raça, observou-se que a taxa de suicídio de brancos e pretos situaram-se em um mesmo nível, 1,31 suicídio por 100.00 habitantes, sendo a razão de taxas dos pretos em relação aos brancos igual a 1 (Tabelas 5 e 6). Por outro lado, a etnia parda e indígena apresentou taxas de suicídio três e 15 vezes a observada entre a população branca. Embora esse padrão não se reproduza em todas as regiões, há uma clara sobremortalidade por suicídio entre indígenas, conforme destacado na Figura 6.

Observou-se uma relação inversa entre as taxas de suicídio e nível educacional no Estado do Amazonas, onde a taxa de suicídio entre indivíduos com até sete anos de educação foi o dobro daquela observada entre indivíduos com oito anos ou mais de estudo. Padrão semelhante foi encontrado na mesorregião Centro com razão de taxa igual a 2,4. O nível educacional mais baixo também se constituiu em fator de risco para o suicídio na mesorregião Sudoeste (33% maior). Enquanto que na mesorregião Sul, as duas taxas foram praticamente iguais, na mesorregião Norte, a baixa escolaridade apareceu como fator protetor para o suicídio, com taxa de suicídio 60% menor do que a observada entre indivíduos com oito anos ou mais de estudo. Apesar das variações entre as mesorregiões, no Estado do Amazonas as taxas de suicídio foram sempre maiores entre indivíduos com até sete anos de estudo (Figura 7).

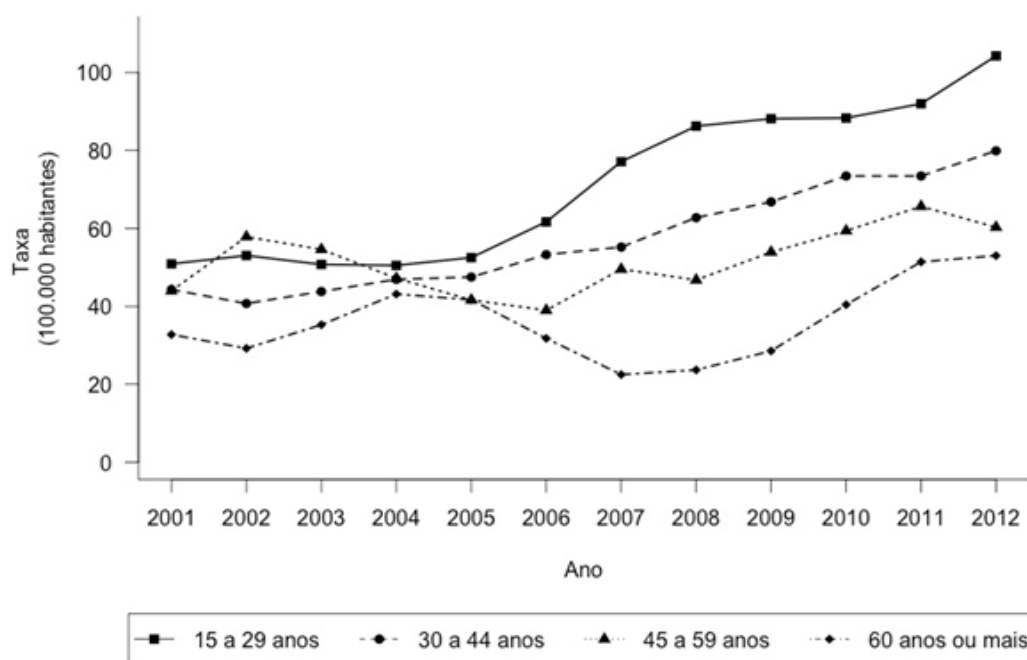
Em relação à situação conjugal, ser solteiro se mostrou um forte fator de risco para o suicídio em todas as mesorregiões. No Estado do Amazonas, a taxa de suicídio entre solteiros foi mais de nove vezes a observada entre os casados. Indivíduos separados e viúvos também apresentaram taxas maiores do que os casados em todas as mesorregiões, embora esse diferencial tenha sido pequeno na mesorregião Centro, o que pode explicar o fato das curvas de taxas de solteiros e separados/viúvos se manterem em níveis próximos e se cruzarem diversas vezes entre 2001 e 2013 (Figura 8).

Tabela 5 - Taxas de mortalidade devido ao suicídio, por 100.000 habitantes, segundo características sociodemográficas e mesorregião. Estado do Amazonas, 2001-2012

| Características | Norte | Centro | Sudoeste | Sul | Total |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| | Amazonense | Amazonense | Amazonense | Amazonense | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 29,22 | 8,82 | 14,64 | 3,10 | 9,60 |
| Feminino | 6,29 | 1,50 | 3,49 | 1,18 | 1,80 |
| Idade | | | | | |
| 15-29 | 27,89 | 6,11 | 13,19 | 2,65 | 7,30 |
| 30-44 | 13,55 | 4,63 | 6,14 | 2,17 | 4,85 |
| 45-59 | 6,38 | 4,21 | 4,72 | 0,92 | 4,07 |
| ≥ 60 | 1,81 | 3,41 | 3,27 | 2,04 | 3,23 |
| Raça | | | | | |
| Branca | 5,11 | 1,29 | 1,83 | 0,32 | 1,31 |
| Preta | 0,66 | 1,58 | 1,00 | 0,00 | 1,31 |
| Parda | 4,87 | 4,31 | 3,51 | 0,05 | 3,92 |
| Indígena | 21,14 | 1,37 | 15,81 | 22,02 | 15,32 |
| Nível educacional | | | | | |
| 0-7 | 15,72 | 7,47 | 10,04 | 2,21 | 7,62 |
| ≥ 8 | 26,73 | 3,09 | 7,54 | 2,25 | 3,70 |
| Situação conjugal | | | | | |
| Solteiro | 43,27 | 13,13 | 25,86 | 5,73 | 14,79 |
| Casado/em união | 5,06 | 1,61 | 1,26 | 0,24 | 1,58 |
| Separado/viúvo | 12,03 | 1,89 | 6,19 | 2,42 | 2,45 |

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Figura 5 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo idade, Estado do Amazonas, 2001-2012



Fonte: elaboração própria

Tabela 6 - Razão de taxas por suicídio, segundo características sociodemográficas e mesorregião. Estado do Amazonas, 2001-2012

(Continua)

| Características | Norte | Centro | Sudoeste | Sul | Total |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| | Amazonense | Amazonense | Amazonense | Amazonense | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 4,64 | 5,87 | 4,19 | 2,62 | 5,35 |
| Feminino | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Idade | | | | | |
| 15-29 | 2,05 | 1,32 | 2,15 | 1,22 | 1,5 |
| 30-44 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 45-59 | 0,47 | 0,91 | 0,42 | 0,77 | 0,83 |
| ≥ 60 | 0,13 | 0,74 | 0,94 | 0,53 | 0,66 |
| Raça | | | | | |
| Branca | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |

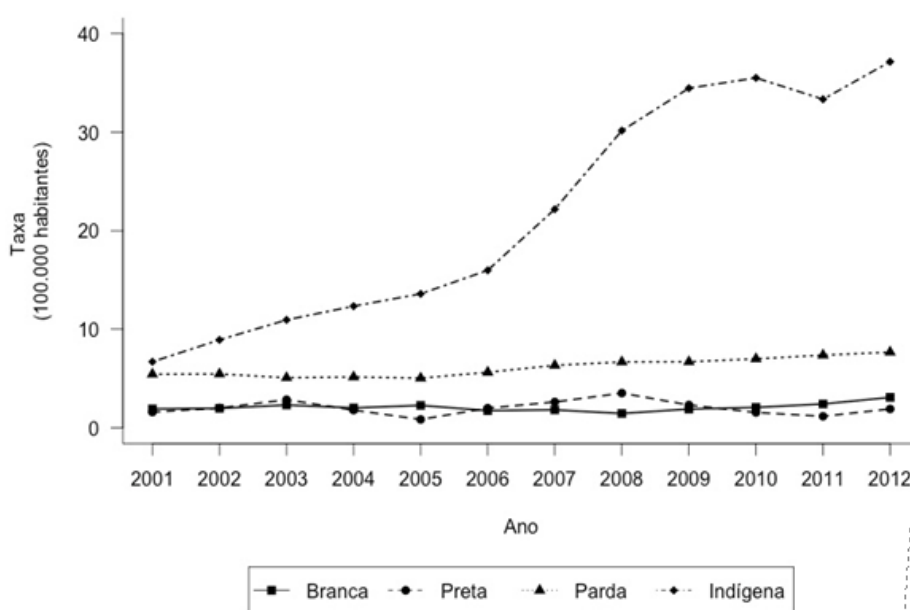
Tabela 6 - Razão de taxas por suicídio, segundo características sociodemográficas e mesorregião. Estado do Amazonas, 2001-2012

(Conclusão)

| Características | Norte | Centro | Sudoeste | Sul | Total |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| | Amazonense | Amazonense | Amazonense | Amazonense | |
| Preta | 0,13 | 1,22 | 0,55 | 0,00 | 1,00 |
| Parda | 0,95 | 3,34 | 1,91 | 0,15 | 3,00 |
| Indígena | 4,14 | 1,06 | 8,62 | 67,95 | 11,74 |
| Nível educacional | | | | | |
| 0-7 | 0,59 | 2,42 | 1,33 | 0,98 | 2,06 |
| ≥ 8 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Situação conjugal | | | | | |
| Solteiro | 8,54 | 8,17 | 20,45 | 23,55 | 9,36 |
| Casado/em união | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Separado/viúvo | 2,38 | 1,18 | 4,89 | 9,94 | 1,55 |

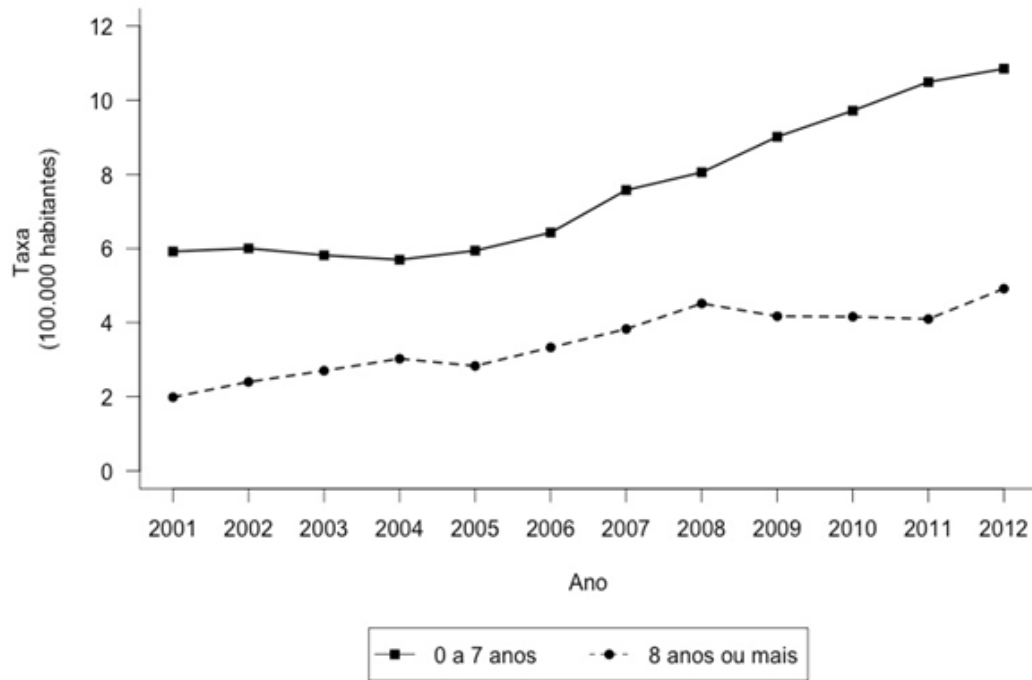
Fonte: SIM/DATASUS/MS

Figura 6 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo raça. Estado do Amazonas, 2001-2012



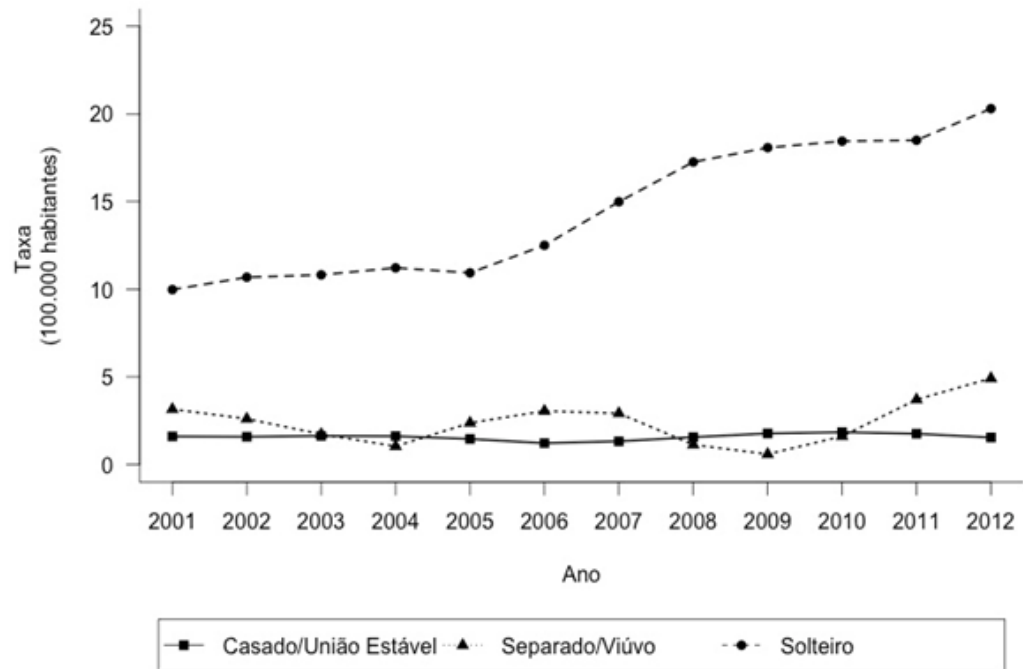
Fonte: elaboração própria

Figura 7 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo nível educacional. Estado do Amazonas, 2001-2012



Fonte: elaboração própria

Figura 8 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo situação conjugal. Estado do Amazonas, 2001-2012



Fonte: elaboração própria

Na Tabela 7 são apresentadas as proporções suicídio segundo os meios/instrumentos nas mesorregiões do Estado do Amazonas. Conforme pode ser visto, o enforcamento se constitui na principal causa de suicídio à exceção da mesorregião Sul. No estado como um todo mais de 80% de todos os suicídios predominou o enforcamento como meio para a consumação da morte.

Tabela 7 - Proporção de suicídios segundo o meio/instrumento e mesorregião, Estado do Amazonas, 2001-2012

| Método | Norte | Centro | Sudoeste | Sul | Total |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| | Amazonense | Amazonense | Amazonense | Amazonense | |
| Ambos | | | | | |
| Intoxicação | 8,6 | 3,9 | 8,1 | 22,8 | 5,5 |
| Enforcamento | 86,8 | 84,5 | 79,1 | 28,3 | 82,3 |
| Arma de fogo | 4,0 | 8,1 | 10,0 | 44,1 | 9,0 |
| Outro | 0,7 | 3,5 | 2,8 | 4,7 | 3,1 |
| Homens | | | | | |
| Intoxicação | 8,4 | 2,9 | 8,0 | 15,8 | 4,5 |
| Enforcamento | 86,1 | 84,9 | 77,0 | 30,5 | 82,4 |
| Arma de fogo | 4,7 | 9,0 | 12,2 | 50,5 | 10,1 |
| Outro | 0,8 | 3,3 | 2,9 | 3,2 | 2,9 |
| Mulheres | | | | | |
| Intoxicação | 9,7 | 9,6 | 8,7 | 43,7 | 11,0 |
| Enforcamento | 90,3 | 82,2 | 88,7 | 21,9 | 81,3 |
| Arma de fogo | 0,0 | 3,3 | 0,0 | 25,0 | 3,4 |
| Outro | 0,0 | 5,0 | 2,6 | 9,4 | 4,3 |

Fonte: SIM/DATASUS/MS

5 DISCUSSÃO

O suicídio é considerado pela Organização Mundial de Saúde como um sério problema de saúde pública, sendo a terceira causa de morte mais frequente na população adulta e jovem (OMS, 2000). Neste estudo, as taxas de suicídios foram analisadas por mesorregiões do Estado do Amazonas, segundo um conjunto de características sociodemográficas no período 2001-2012. A taxa global de suicídio do Estado do Amazonas foi de 3,9 óbitos por 100.000 habitantes e que segundo a Organização Mundial de Saúde seria classificada como Baixa. Mas as mesorregiões Norte Sudoeste seriam classificadas como tendo incidência média, com taxas de 11,6 e 5,8 por 100.000 habitantes no período 2001-2012. O mais preocupante, no entanto, é a velocidade com que essas taxas estão aumentando. A mesorregião Norte, por exemplo, passou a ser classificada como tendo alta taxa de suicídio em 2009, quando ocorreram 16 suicídios por 100.000 habitantes. Se a tendência observada para o período se mantiver, em 2017 a região Sudoeste também será classificada como área de alta incidência de suicídio, com taxa de 15,2 suicídio por 100.000 habitantes.

Observaram-se taxas de suicídios mais elevadas entre os homens em todas as mesorregiões do Estado do Amazonas, esses achados seguem a tendência mundial em que os homens se suicidam mais do que as mulheres. A razão da mortalidade por suicídio para o sexo masculino (9,61 por 100 mil homens) é de, aproximadamente, 5,3 vezes maior que a encontrada para o sexo feminino, este foi 1,80 por 100 mil mulheres, ou seja, no Amazonas para cada suicídio cometido por uma mulher ocorreram em média quase cinco suicídios de homens. Esse achado é corroborado por muitos estudos. Em estudo realizado no município de Chapecó em Santa Catarina, Ascari e Perin (2013) mostraram que para cada morte autoprovocada do sexo feminino ocorreram três suicídios no sexo masculino.

Souza et al (2007) identificaram em duas mesorregiões do Estado do Paraná, Oeste e Sudoeste, no período 1990 -2005, que a conduta suicida é largamente mais frequente entre homens do que entre mulheres. Em todo o período, os homens representaram mais de 60% das ocorrências de morte por suicídio na mesorregião Oeste. Este percentual foi ainda mais alto na mesorregião Sudoeste, com proporção em torno de 80% nível semelhante ao observado no Estado de São Paulo (84%) entre 2004 e 2008 (BAPTISTA et al., 2012).

Confirma-se então a afirmativa de Durkheim, na qual a aptidão das mulheres para a morte voluntária está longe de ser superior ou equivalente a do homem. O suicídio seria assim uma manifestação essencialmente masculina (DURKHEIM, 2011, p. 197).

Meneghel; Victoria; Faria; Carvalho e Falk (2004) ressaltaram que a menor ocorrência de suicídios entre as mulheres estaria associada a alguns fatores como a baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e são mais participativas nas redes de apoio social. Por outro lado, o desempenho da masculinidade envolve comportamentos que predispõem ao suicídio: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. A falência em cumprir os tradicionais papéis de gênero, que para o homem significa constituir o provedor econômico da família, é um fator de estresse que pode aumentar o risco de suicídio. Inseridos na cultura patriarcal, os homens são mais sensíveis a reveses econômicos como desemprego e empobrecimento.

Esse estudo evidencia o maior risco de suicídio entre os jovens de 15 a 29 anos com risco 50% ao observado entre indivíduo com idade entre 30 e 44 anos, Esse risco pode atingir níveis superiores a 200% como nas mesorregiões Norte e Sudoeste. Essa incidência entre os mais jovens parece ser um padrão nacional (MENEGHEL, VICTORIA, FARIA, CARVALHO e FALK, 2004; PARENTE, 2007; BAPTISTA et al. 2012; ASCARI e PERIN 2013).

Borges e Werlang (2006) mostraram que os índices de suicídio, segundo faixas etárias observados no Brasil não são tão alarmantes como os de países da Europa oriental (Estônia, Letônia, Lituânia, Finlândia, Hungria, Rússia) e da Ásia (China e Japão), com exceção das dos encontrados entre os jovens (De LEO, 2004; WHO, 2001). Este dado torna-se alarmante porque as estatísticas sobre suicídio são falhas e subestimadas, principalmente em relação aos adolescentes, cujos atos autodestrutivos são, muitas vezes, negados e escondidos pela família.

A cor/etnia é um fator extremamente relevante para se considerar, nesse estudo, os indígenas apresentaram taxa bastantes elevadas em todas as mesorregiões à exceção da mesorregião Centro. Souza e Orellana (2012) chamam atenção para a sobremortalidade entre indígenas no Brasil. No país como um todo, as taxa de mortalidade padronizadas de indígenas foram duas vezes àquelas observadas entre à população não indígenas sendo sete vezes na região Centro-Oeste. Este não é um fenômeno restrito ao Brasil; nos Estados Unidos a taxa de suicídio entre indígenas foi 70% maior do que a do país como um todo (ANDREW & KROUSE, 1995; OLSON LM, WAHAB, 2005). A aculturação tem sido apontada como o principal fator para a sobremortalidade de suicídio entre indígenas. Nas populações indígenas onde ocorre intensa perda dos valores tradicionais, as famílias tornam-se caóticas, as crianças são negligenciadas, a incidência de alcoolismo aumenta e as taxas de suicídio entre adolescentes e jovens adultos é elevada (JOHNSON & TOMREN, 1999; GARRETT & CARROLL, 2000).

Estudos de Mota (2014) confirmam que a mortalidade por suicídio entre os diversos povos indígenas no Brasil é de 15,40 por 100 mil habitantes; uma taxa alta, três vezes maior do que a brasileira, que é de 6,0 óbitos por 100.000 habitantes.

Observou-se que no Estado do Amazonas as taxas de suicídio na população com até sete anos de estudo foi o dobro daquela com oito anos ou mais de estudo. MACHADO e SANTOS (?) mostram que esse é o padrão encontrado no Brasil em período semelhante ao do presente estudo, 2002-2012. Shah (2012) chama atenção para o fato do suicídio ter um padrão diferenciado por idade, sendo maior entre os indivíduos jovens de baixa escolaridade e adultos jovens de alta escolaridade. É importante notar que o padrão de mortalidade por suicídio segundo educação foi diferenciado regionalmente, sendo a mortalidade por suicídio maior entre indivíduos com maior escolaridade na mesorregião Norte.

A variável situação conjugal também apresentou resultados significativos. As pessoas solteiras apresentaram a maior mortalidade por suicídio, totalizando 14,79 por 100 mil nas quatro mesorregiões, taxas estas maiores que a das pessoas casadas e as separadas/viúvas com 1,58 e 2,45 por 100 mil, nas respectivas mesorregiões. Os resultados desta categoria convergem com a literatura, ao encontrar o efeito protetor do casamento, evidente pela taxa de casados, e um risco maior para separados e solteiros. Emile Durkheim (2011, p.173), em seu clássico estudo, *Suicídio*, concluiu que o não-casamento aumenta a tendência para o suicídio. Nos países ocidentais o casamento aparece como um fator protetor para o suicídio, na medida em que é considerado fonte de proteção social (ZHANG, 2010).

O enforcamento apareceu como o principal método de suicídio tanto entre os homens quanto entre as mulheres. No Brasil, a maioria dos suicidas se utiliza preferencialmente do enforcamento (SCHMITT, 2008; PARENTE, 2007). Em nível mundial, a maioria dos suicídios, para ambos os sexos, é consumada através da ingestão de produtos tóxicos, particularmente defensivos agrícolas (pesticidas e herbicidas). Há, no entanto, especificidade cultural como o atirar-se de lugares altos, em Hong Kong, atear-se fogo, na Índia, em decorrência da violência doméstica (particularmente mulheres) e intoxicar-se com gases de escapamento de motores a explosão, na Inglaterra e na Austrália. Assim, o uso de um método para suicídio está intimamente relacionado com sua disponibilidade, aceitação cultural e a letalidade (MELEIRO, 1998).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Suicidar é ato inútil e insensato; destrói arbitrariamente o fenômeno individual. O suicida quer a vida; não está descontente senão das contradições em que a vida se lhe oferece.” (SCHOPENHAUER, 2001)

Neste estudo procurou-se realizar uma análise detalhada sobre a ocorrência do suicídio no estado do Amazonas e suas mesorregiões de saúde no período 2001-2012. Tratou-se de análise descritiva segundo um conjunto de características da população do Amazonas: sexo, idade, nível educacional, situação conjugal, raça e meios utilizados para praticar o suicídio.

A taxa global de suicídio do Estado do Amazonas foi de 3,9 por 100.000 habitantes e que segundo a Organização Mundial de Saúde seria classificada como Baixa. A análise nas mesorregiões Norte e Sudoeste cujas taxas foram 11,6 e 5,8 por 100.000 habitantes respectivamente, no período de 2001 a 2012, seriam classificados como tendo incidência média.

As maiores taxas de suicídio foram observadas mais entre os homens em todas as mesorregiões do estado. No Amazonas para cada suicídio cometido por uma mulher ocorreram em média quase cinco suicídios de homens (9,60 / 100.000 hab. Homens contra 1,80 / 100.000 hab. mulheres em todas as mesorregiões do estado).

Em relação à faixa etária, observou-se que os suicídios ocorreram na idade de 15 a 29 anos em todas as mesorregiões totalizando taxa de 7,30 / 100.000 hab.

A análise dos óbitos de acordo com a situação conjugal identificou que os suicídios ocorreram em indivíduos solteiros, totalizando uma taxa de 14,79.

O estudo do suicídio nas mesorregiões do Estado do Amazonas, segundo o nível educacional, observou-se que as taxas de suicídio na população com até sete anos de estudo foi o dobro daquela com oito anos ou mais de estudo.

Quanto à raça/cor merece destaque o suicídio de indígenas nas mesorregiões Norte com taxa de 21,14 / 100.000 habitantes. Visto que 41% da população indígena estão concentrados nessa mesorregião.

Dentre os meios utilizados para o suicídio, verificou-se que o enforcamento apareceu como o principal meio para a perpetração do suicídio tanto entre os homens quanto entre as mulheres. As armas de fogo figuraram como o segundo instrumento para a prática do suicídio em ambos os sexos nas mesorregiões Norte, Centro e Sudoeste, na mesorregião Sul prevaleceu à intoxicação nas mulheres.

Fazendo associação com os fatores encontrados em nosso estudo com o que a literatura considera como importantes fatores de risco que predispõem ao suicídio como: as tentativas

prévias de suicídio, os elevados traços impulsivos e agressivos de personalidade, competitividade, e o sentimento de desesperança (Meneghel et al.; 2004). Estes, quando associados às características demográficas, tais como: sexo masculino, jovem, solteiro, com um baixo nível educacional, etnia indígena nos dão a dimensão do problema.

Este trabalho não tem a pretensão de esgotar todas as respostas que envolvem o objeto central da análise, qual seja o suicídio nas mesorregiões do Estado do Amazonas, mas, propôs-se a uma investigação sobre magnitude real desta ocorrência, uma vez que, estamos diante de um fenômeno social da maior complexidade e multifacetado, com diversos fatores contribuindo para a predisposição a este evento.

Por isso que estudos dessa natureza são tão importantes. Toda busca para impedir que o ser humano pratique atos de auto-dano e suicídio é válida. Assim, esse tipo de análise contribui para a adoção de políticas voltadas para a prevenção de suicídio.

É mister que os governos invistam recursos humanos e financeiros na prevenção de suicídio. A prevenção de suicídio demanda uma abordagem multissetorial, envolvendo profissionais das áreas de saúde e social. O suicídio é amplamente evitável. Diferentemente de muitas outras questões de saúde, as ferramentas para reduzir de forma significativa a maior perda trágica da vida pelo suicídio estão disponíveis. Com ação coletiva para reconhecer e tratar deste problema sério, bem como compromisso para intervenções eficazes, apoiado por vontade e recursos políticos, a prevenção de suicídio de forma global é possível. A OMS contribui com a análise ao asseverar que a identificação e o cuidado aos grupos de alto risco para o suicídio e a limitação ao acesso aos meios mais letais (armas de fogo, pesticidas, certos medicamentos) empregados são as formas mais eficazes para prevenção (WHO, 2000).

A prevenção de suicídio é uma responsabilidade coletiva, e devem ser liderados pelas organizações internacionais, governos e pela sociedade civil em todo o mundo como bem preconiza OMS (2012). A comunidade é um elemento fundamental na prevenção do suicídio, pois, podem fornecer apoio social às pessoas vulneráveis. Outro aspecto a ser considerado como sugestão seria investir na educação permanente de profissionais da área de saúde, segurança e outros atores sociais com o escopo de identificar possíveis comportamentos suicidas.

Recomenda-se então, no âmbito de políticas públicas, investir em ações voltadas para os cuidados integrados que garanta o acesso às diversas intervenções, em múltiplos níveis incluindo modalidades de terapia, para efetivar a promoção de qualidade de vida e a prevenção de danos, além de medidas psicopedagógicas. É importante intensificar as campanhas de valorização da vida, dando ênfase maior aos problemas mentais, psicológicos e psiquiátricos.

Foram diversas as dificuldades com que nos deparamos, além da subnotificação dos dados, além da escassez de estudos a nível regional acerca desta temática nas mesorregiões praticamente inexistentes, apenas estudos isolados em que se elegem alguns municípios para o desenvolvimento de trabalho desta espécie. Nesse sentido, houve dificuldades em encontrar estudos que abordassem as variáveis demográficas estudadas na presente investigação, para fins de comparação. Sugerem-se, pesquisas com abordagens preventivas, priorizando as características de populações que cometem suicídio e em que condições estas ocorrem, pesquisas com abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas também são imprescindíveis até mesmo para complementar o estudo. Assim, há a necessidade de mais estudos voltados para a produção de dados individualizados na área da suicidologia, tendendo em ressaltar a relevância cultural e especificidades das mesorregiões que compõe o Estado do Amazonas.

Finalizo na expectativa de que, os resultados apresentados possam contribuir para a emergência de outros olhares e outras construções em relação ao tema.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA. **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior**. Washington, DC: APA. p.9. Disponível <<http://www.repositorio.unb.br>> Acesso em: 27 mar. 2015.

ANDREW, M. M.; & KROUSE, S. A. (1995). Research on excess deaths among American Indians and Alaska Natives: A critical review. *Journal of Cultural Diversity*, 2(1), 8-15.

ASCARI, T.M.; FOLGIARINI, E.M. Suicídios por causas externas no município de Chapecó (Santa Catarina) no período de 2001/2010. **Rev. Saúde Pública**. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 45-55. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023**: informação e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002^a

_____. **NBR 10520**: informação e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002b.

ATLAS BRASILEIRO DE DESASTRES NATURAIS. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. 2. Ed. Ver. Ampl.- Florianópolis: CEPED UFSC, 2012.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. (2005). Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia I**, 22(4), 425-431.

_____. Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do Estado de São Paulo entre 2004 e 2008. **Psicol. Pesq.**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, jul. 2012. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acessos em: 20 abr. 2015.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. BESSA, M. A.; HETEM, L.A. Prevenção do suicídio. **Revista Debate**: Ed ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) jan/fev, n.1, p. 15, 2010.

BORGES, R. T. **Tentativa de autoextermínio por fogo: Traumas, sofrimento social e promoção da pessoa humana** / Rafaela Teixeira Borges. - 2013. 66 f. Dissertação de Mestrado – Universidade de Fortaleza, 2013.

_____. WERLANG, B. S. G. Estudo de Ideação Suicida em Adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v.11, n. 3, p. 345-351, 2006. <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 06 ago. 2014.]

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia . **Revista Psicol. USP**, vol. 25 no. 3 São Paulo. 2014. 231-236.

_____. (2007). Suicídio: Saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 29(1), 7-8.

_____. WERLANG, B.S.G.; CAIS, C.F.S.; MACEDO, M.M.K. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais da Equipe de saúde mental**. Brasília: OPAS/ Unicamp, 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição Humana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 61-73, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA- CFP. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / - Brasília: CFP, 2013. 152p.

DURKHEIM, É. **O suicídio: estudo de sociologia**. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

FERREIRA, N.S. **Perfil epidemiológico e psicossocial de tentativas de suicídio e de suicídios em Palmas (TO)** no período de 2000 a 2009. 193 f.: il.; 28 cm. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília; Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2013. Acesso em: 11 ago. 2014.

FONSECA, O.; BARBOSA, W.; MELO, S. Manual de Normas para elaboração de Monografias, Dissertações e Teses. Organizadores: Ozorio Jose de Menezes Fonseca, Waldir de Albuquerque Barbosa e Sandro Nahmias Melo. 2ª edição revista e atualizada para meio eletrônico, 2013. Disponível em: <<http://www.uea.edu.br/download>>. Acesso em: 20 jun 2015.

GARRETT, M. T.; CARROLL, J. J. (2000). Mending the broken circle: Treatment of substance dependence among Native Americans. *Journal of Counseling and Development*, 78 (4), 379-388.

GODINHO, L. F. P. **O uso das narrativas de vida no cuidar da pessoa com ideação suicida no contexto do aconselhamento em enfermagem de saúde mental**. 2013. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream>> Acesso em: 15 abr. 2015.

GONCALVES, L. R. C.; GONCALVES, E.; OLIVEIRA JUNIOR, L.B. de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Econ.*, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, Aug. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

HETEM, L. Prevenção do suicídio. *Revista Debate*: Ed ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) jan/fev, n.1, p. 17, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. **Estimativa Populacional 2012**. Censo Populacional 2012 (julho de 2012). Acesso em: 3 set. 2012.

_____. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, **Projeção da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade para o período 2000 - 2030**. 2013.

JOHNSON, T.; TOMREN, H. (1999). Helplessness, hopelessness, and despair: Identifying the precursors to Indian youth suicide. *American Indian Culture and Research Journal*, 23 (3), 287-301.

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. A casa do Psicólogo, 1992.

_____. RODRIGUEZ, C.F. Falando de morte com o adolescente. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 5, n.1, 1º Semestre de 2005. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br>> Acesso em: 23 mar. 2015.

KRUG, E. D.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Orgs.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002.

MACEDO, M. M. K. **Tentativa de Suicídio: o traumático via ato-dor** [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006. Disponível em <<http://repositorio.pucrs.br>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

MACHADO D.B.; SANTOS D.N. Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2015, 64: 45-54.

MENEGHEL, S. N.; VICTORIA, C. G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J. W. Características Epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista de Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

MINAYO, M.C.S. Suicídio: **Violência autoinfligida. Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p.205.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. PORTARIA No. 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006. Diário Oficial da União N. 156, p.65 de 15 ago. 2006. Disponível em <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/atencao-as-violencias/3991-portaria-ms-n-1876-prevencao-suicidio-pdf/file.html>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Base de dados de mortalidade**, Brasil, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 out. de 2013.

MOTA, A. A. da. **Suicídio no Brasil e os contextos geográficos** : contribuições para política pública de saúde mental / Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia. - Presidente Prudente: [s.n], 2014.

NASCIMENTO, A. G. O. **Evolução do impacto das mortes por causas violentas na esperança e vida da população de Manaus entre 1980 a 2009**. Tese de Doutorado. CEDEPLAR/UFGM. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/downloads/2011/Antonio_Nascimento.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

OLSON. L.M.; WAHAB S. **Americans Indians and suicide**: a neglected area of research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2006, 7: 19 – 33.

ORELLANA, J. D. Y.; SOUZA, M. L .P ..Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2013; 16(3): 658-69. Disponível em <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO - OECD. (2014). *Society at a Glance 2014: The Crisis and its Aftermath*. OECD Publishing. doi:10.1787/ soc glance -2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE– OMS. (2012). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Disponível em <<http://www.who.int>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

_____. **Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros**. Departamento de saúde mental e abuso de substâncias. Genebra, 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION- PAHO. HEALTH SITUATION IN THE AMERICAS. Basic Indicators, 2012. Washington, DC, 2012.

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. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006 - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.

PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - 2013/2017. Disponível <<http://www.portaldasaude.pt/.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO NÍVEL LOCAL: Orientações para a Formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

PRITCHARD C. Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. **Acta Psychiatr. Scand.** 1996; 93: 362–367.

PUENTE, F. R. . **Os Filósofos e o Suicídio.** Minas Gerais. Editora UFMG, 2008.

RIBEIRO, D. B. **Motivo da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas.** 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde. RS, 2012.

SANTOS, J. D. Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos. Rio de Janeiro: s.n., 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SHAH A. The relationship between elderly suicide rates and different components of education: a cross-national study. **Journal of Injury and Violence**, 2012, 4: 52-57.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE E BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIM/DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

SOUZA, F. Suicídio – dimensão do problema e o que fazer. **Debates Psiquiatria Hoje.** Ano 2 (5) p.6.

SOUZA, K. R.; WADI, Y.M.; STADUTO, J.A.R. **Suicídio e Desenvolvimento Regional: Um estudo socioeconômico da incidência da autoviolência nas Mesorregiões Oeste e Sudoeste e Sudoeste do Paraná.** Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. (1990 a 2005).

SOUZA, M. L.P.; ORELLANA, J.D.Y. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 245-252, Dec. 2013 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 mai. 2014.

SCHLOSSER, A.; ROSA, G.F.C.; MORE, C. L. O. C. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas psicol.** Ribeirão Preto , v. 22, n. 1, abr. 2014 . Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

SCHMITT R. et al (2008). Perfil Epidemiológico do Suicídio no Extremo Oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre RS. 2008; v. 30, n.2 – 123. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a07>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

TAYLOR. S.J.; KINGDOM, D.; JENKINS, R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. **Acta Psychiatr Scand** 1997, 95:457-463

VIEIRA, L. J. E. S. et al. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciênc. Saúde Coletiva** vol.14, n.5. Rio de Janeiro 2009. Disponível em < <http://dx.doi.org> >. Acesso em: 16 ago. 2014.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2011: Os jovens do Brasil**. Instituto Sangari, São Paulo. Ministério da Justiça, Brasília; 2011.

_____. **Mapa da Violência 2014: Os Jovens do Brasil**. Rio de Janeiro. CEBELA FLACSO, 2014.

WERLANG, B. S. G. **Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em caso de suicídio**. Campinas, SP: [s.n], 2000.

WHO. Preventing suicide: a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000. Acesso em: 05 mar. 2015.

_____. **Mental Health: New Understanding**, Geneva: WHO Press/New Hope, 2001.

_____. **Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment**. Genebra: WHO; 2012. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

ZHANG, J. Marriage and Suicide among Chinese Rural Young Women. **Social Forces**, 2010, 89: 311-328.