



doi: 10.7213/psicol.argum.34.085.A005

Suicídio: Análise Epidemiológica na Região de Caratinga (MG) entre 2003 e 2010

Suicide: Epidemiological Analysis in Caratinga (MG)
Region between 2003 and 2010

Makilim Nunes Baptista ^[a], Marco Antonio Gomes ^[b]

^[a] Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco (USF), Campinas, SP-Brasil.

^[b] Doutor em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco (USF), Campinas, SP-Brasil ; e Coordenador –Professor do curso de Psicologia do Centro Universitário de Caratinga (UNEC), e-mail: coordenacaopsicologiaunec@gmail.com

Resumo

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar características demográficas e sociais de suicidas, através de 108 laudos do IML de Caratinga (MG), entre os anos de 2003 e 2010, bem como, caracterizar os principais métodos utilizados nessa região. Os dados analisados foram os sociodemográficos: idade, sexo, estado civil, localidade (urbano/rural), meses de ocorrência, além dos dados referentes aos métodos utilizados para a execução dos suicídios. Pode-se averiguar que os suicídios foram mais prevalente em homens (83,3%) e no meio urbano (70,4%). A faixa etária mais atingida foi a de 19 a 31 anos para ambos os sexos, e os métodos mais utilizados para os homens foram: enforcamento (73,3%) e arma de fogo (12,2%), e para as mulheres enforcamento (38,9%) e intoxicação/veneno (27,8%). A média geral de

suicídios foi de 4,47/100.000 habitantes nas cidades pesquisadas no período. Os resultados são discutidos comparando-se os dados atuais com pesquisas epidemiológicas realizadas no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Pública; Epidemiologia; Mortalidade; Suicídio.

Abstract

The aim of this study was to evaluate demographic and social suicide through 108 reports of IML Caratinga (MG), between the years 2003 and 2010, as well as to characterize the main methods used in this region. Age, gender, marital status, localization (urban/rural) and main suicide methods were the studied data. According to the results, suicide is more common in males (83,3%), and in urban areas (70,4%). The age group from 19 to 31 is the most affected, in both sex. The males' most used suicide methods are: hanging (73,3%) and fire gun (12,2%). Among women the most used methods are: hanging (38,9%) and poisoning (27,8%). The mortality rate was 4,47 suicides/100.000 inhabitants in this period. The results were compared to the data from Brazil epidemiological researches.

Key words: Public Health; Epidemiology; Mortality; Suicide.

Introdução

O suicídio tem sido uma prática milenar, mas nas últimas décadas vem suscitando a curiosidade dos homens. Algumas pesquisas vêm se concentrando em identificar as características associadas a indivíduos que tentam ou realizam o suicídio, bem como, os fatores de risco relacionados a tais fenômenos (Diesederud, Royasamb, Ekeberg & Kraft, 2001). Esse comportamento deve ser compreendido como um ato complexo, permeado por diversas variáveis, desde as questões genéticas até inúmeras variáveis psicológicas e socioculturais (Cassorla, 1992; Durkheim, 2000; Baptista, 2004)

Entre as questões que envolvem tentativas e atos suicidas, há o sofrimento do próprio indivíduo que tenha passado por tal experiência, assim como as consequências para seus parentes e amigos. Hammond (2001) menciona ainda sobre os custos de ordem social e econômica que o suicídio representa para um país, como somas significativas de dinheiro no treinamento de profissionais de saúde, no intuito de diminuir a incidência do fato ou, mesmo, no desenvolvimento de programas preventivos nacionais. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), em seu Relatório sobre a Saúde no Mundo, informa que, anualmente, de dez a vinte milhões de pessoas tentam o suicídio, sendo que um milhão o concretiza. A OMS alerta, ainda, para o fato de que rara é a família poupada de um membro com transtornos mentais e que de cada quatro pessoas uma será afetada por algum transtorno psiquiátrico em alguma fase de sua vida. Chama atenção, também, para a ideia de que, se estiverem corretas as projeções, até 2020, a depressão, que leva entre 15% a 20% de pessoas ao suicídio, será responsável pela segunda causa de carga mundial de doença e que o número de suicídios poderá atingir mais de 1,5 milhões de pessoas por ano. O suicídio é uma das principais causas de morte de adultos jovens, situando-se entre as três principais na faixa etária entre 15 e 34 anos. No ano de 2012 quase aproximadamente 10.000 pessoas se suicidaram no Brasil (Brasil, 2013)

Vários fatores de riscos relacionados ao suicídio precisam ser considerados, tanto para a compreensão do ato, como também para a possibilidade de um diagnóstico precoce, além do que populações específicas, como as indígenas e cidades pequenas parecem desempenhar um papel importante nas estatísticas nacionais (Marin-León, Oliveira & Botega, 2012). Entre as diferentes variáveis destacam-se: depressão, alcoolismo, uso de subs-

tâncias químicas, idade, gênero, desemprego, perda de suporte social e condições médicas gerais (Lewis, Hawton & Jones, 1997; Dhossche, Uluarac & Syed, 2001; Ikeda, Kresnow, Mercy, Powell, Simon, Potter, Durant & Swahn 2001).

Em pesquisa realizada por Ores (2007), verificou-se a relação de diversos comportamentos com o risco de suicídios tais como: acidente de trânsito, brigas com agressões físicas, abuso de substâncias químicas e transtornos psiquiátricos e comportamento sexual perigoso. Se há pesquisas epidemiológicas realizadas em vários países sobre ideação, tentativas e suicídios, no Brasil, ainda carecemos de maior aprofundamento no assunto.

Através de um levantamento epidemiológico realizado por Silva (1999), em Salvador, no período de 1996 a 1997, detectou-se que ser do sexo masculino, não ter relacionamento afetivo estreito, estar na faixa etária entre 20 e 40 anos e ter apenas o curso primário são fatores de risco para o suicídio. Por outro lado, ser do sexo feminino, estar casada, ter escolaridade elevada e mais de 61 anos seriam fatores de redução de risco para o suicídio.

Grossi, Marturano e Vansan (2000), a partir de uma revisão da literatura sobre a epidemiologia do suicídio de 1993 a 1997, comentam sobre fatores de risco associados a estado civil, ocupação, grupo étnico, imigração, condição socioeconômica e estado de saúde, assim como o aumento do risco em pessoas que possuem transtornos de personalidade, experiências recentes de conflito e rompimento de relacionamentos, pobreza e presença de doença física grave. Em outra pesquisa realizada por Vansan (1999), fez um levantamento dos suicídios em Ribeirão Preto, SP, no período de 1990 a 1992, encontrou uma frequência mais elevada no sexo masculino, sendo que na faixa etária entre 20 e 39 anos a prevalência chega a ser quatro vezes maior.

Souza, Minayo e Malaquias (2002) realizaram uma pesquisa documental por intermédio dos dados do sistema do Ministério da Saúde em capitais metropolitanas brasileiras (Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), no período de 1979 a 1998. Encontrou-se, no conjunto das capitais, crescimento nas taxas de suicídio de 3,5 para 5/100 mil habitantes, na faixa etária de 15 a 24 anos, explicitando-se as taxas dos anos de 1979 (3,5), 1985 (3,4), 1990 (4,0) e, finalmente, do ano de 1998, respondendo por 5,0 suicídios/100.000 habitantes na faixa etária especificada.

Meneghel, Victoria, Faria, Carvalho e Falk (2004), utilizaram dados do Ministério da Saúde no período de 1980 a 1999, no estado do Rio Grande do Sul, encontraram aumento nas taxas de suicídios por 100 mil habitantes, tendo ido de nove, nos anos 1980 para onze, em 1999. Na cidade de Campinas, no período de 1976 a 2001, Marín-Leon e Barros (2003), utilizaram o Banco de Dados de Óbitos de Campinas, encontraram taxas abaixo de 5/100 mil habitantes. No entanto, as autoras não descartam a possibilidade dessas taxas serem sub-registradas.

Já Baptista e Borges (2005) avaliaram 153 laudos do IML de Limeira (e cidades adjacentes, em São Paulo), no período de 1998 a 2002 e encontraram que os suicídios responderam por 6,2% de todas as mortes no período, além do que a maior prevalência ocorreu nos homens (82%), no meio urbano (88,9%). A faixa etária mais atingida foi de 21 a 40 anos em ambos os sexos (49,4% da amostra), além do que o enforcamento (56%) e armas de fogo (24%) forma os métodos mais observados em homens e, enforcamento (39,3%) e intoxicação/veneno (21,4%) nas mulheres. A taxa de prevalência desse estudo foi de 4,88/100.000 habitantes nas oito cidades pesquisadas no período.

Em um estudo mais atual, Cunha, Baptista e Carvalho (2016) realizaram uma revisão integrativa da literatura entre 2005 e 2012 e analisaram 175 laudos da cidade de Jundiá/SP (e mais 9 cidades adjacentes), no período de 2004 a 2014, encontrando dados semelhantes ao estudo anteriormente citado. Na pesquisa documental, novamente ocorreu a maior prevalência no sexo masculino (82,0%) e no meio urbano (87,4%), seguido da faixa etária mais atingida de 19 a 35 anos (48,4%). O método de enforcamento foi mais comum tanto para homens (80,9%) quanto para as mulheres (60,7%) e o segundo método mais utilizado por homens foi com armas de fogo (10,9%) e, nas mulheres intoxicação medicamentosa (25,0%). Já nos anos de 2013 e 2014, considerados mais confiáveis devido à inserção do sistema eletrônico de acompanhamento dos laudos, a média de mortes por 100.000 habitantes foi de 5,6 casos.

É de fundamental importância identificar os dados sociodemográficos de suicidas, bem como avaliar a existência de padrões sociais, demográficos e seccionais desse fenômeno, uma vez que ainda são insuficientes as pesquisas brasileiras nessa área. Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar algumas características demográficas e sociais referentes aos suicidas através de laudos do IML de Caratinga (MG), entre os anos de 2003 e 2010, bem como, caracterizar os principais métodos utilizados nessa região.

Método

Participantes

Para a realização da presente pesquisa, foi realizado o levantamento de 108 laudos de suicídios, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2010. Os dados tabulados referem-se à região, idade, sexo, raça, estado civil, zona urbana/rural, mês de ocorrência, ocupação (se aposentado, estudante, trabalhador rural ou urbano) e métodos mais utilizados. Constituinte-se em um estudo transversal descritivo documental retrospectivo, realizado no Instituto Médico Legal de Caratinga, cidade localizada na região leste do estado de Minas Gerais

Dados

Para a coleta dos dados, utilizou-se o Instituto Médico Legal (IML), órgão que pertence à Secretaria de Segurança Pública do Estado, e é subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica, sendo responsável por perícias no sentido de esclarecer mortes, análises tóxicas e dosagens alcoólicas. O IML da cidade de Caratinga é conveniado com o Centro Universitário de Caratinga UNEC, com instalações na Unidade Acadêmica de Ensino II, servindo também de apoio para aulas práticas de cursos da área de saúde, sendo responsável pelos dados estatísticos sobre perícias em medicina legal de dezoito cidades da região: Caratinga, Entre Folhas, Vargem Alegre, Ubaporanga, Imbé de Minas, Inhapim, Piedade de Caratinga, Santa Rita de Minas, Santa Bárbara do Leste, Raul Soares, Vermelho Novo, Bom Jesus do Galho, Iapú, São João do Anta, São João do Oriente, Dom Cavati, Ipanema, Manhuaçu.

A coleta deu-se em nove dias, através da leitura das informações dos laudos arquivados em fichas (caixas). Foram avaliados 2.900 laudos, constando variados tipos de mortes.

Inicialmente foi lida exclusivamente a causa da morte nos laudos, separadas as informações identificadas como suicídio. Posteriormente foram separados os casos/laudos de suicídios no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2010 e coletados os demais dados sociodemográficos. Os dados sociodemográficos e de métodos foram analisados e

discutidos a partir de uma análise descritiva, a partir de uma planilha de um programa estatístico (SPSS).

Resultados

Na análise geral, foram constatados 108 suicídios durante os oito anos pesquisados, havendo, pelo menos, uma ocorrência a cada ano. Nos anos de 2003 e 2004, as mortes por suicídio responderam pelo quarto lugar em frequência de todas as mortes ocorridas nas cidades citadas, ficando atrás de homicídios e atropelamentos. Já, em 2006, 2007 e 2008 o suicídio ocupou o terceiro lugar. Em 2009 as mortes por suicídio ocuparam o quinto lugar nas estatísticas gerais e, em 2010, o quarto lugar, precedidas pelos homicídios, acidentes de trânsito e mortes a esclarecer (Secretaria da Saúde e Delegacia da Polícia Civil, 2010).

A idade média da amostra foi de 39,2 (± 19) anos, sendo que as mulheres possuíam menor média (36,7 \pm 11,6 mínimo 15 e máximo 64 anos) quando comparadas aos homens (39,9 \pm 16,1 mínimo 16 e máximo 81 anos). A maior prevalência de suicídios ocorreu na faixa etária de 19 a 31 anos, seguida pela meia idade e terceira idade, em ambos os sexos.

Em relação ao gênero, dos 108 casos pesquisados, os homens apresentaram maior número de ocorrências (90), totalizando 83,3% da amostra. Quanto à etnia, o suicídio foi mais frequente em pardos (52 casos), correspondendo a 48,1% do total da amostra (Tabela 1). Em relação ao estado civil, observou-se que 43,5% eram casados com pequena margem de diferença em relação aos solteiros (34,3%) (Tabela 2). No que se refere aos métodos mais utilizados, em relação aos homens foram: enforcamento em 73,3% dos casos; arma de fogo em 12,2% e intoxicação (veneno) em 10%, enquanto os métodos mais utilizados pelas mulheres foram o enforcamento (38,9%), seguido de intoxicação/veneno (27,8%) e, a terceira causa foi dividida, cada uma com 11,1%, entre arma de fogo e salto/pulo (Tabela 3).

Quanto ao mês de ocorrência (Figura 1), outubro apresentou o maior número de casos nos oito anos pesquisados (13) totalizando 12% da amostra, enquanto que os meses de abril e junho foram os com menor número de ocorrência (6) totalizando 5,6%. Em relação aos anos pesquisados, 2007 foi o de maior ocorrência, com 19 suicídios, correspondendo a 17,6% dos 108 analisados, seguido pelo ano de 2004 com 18 ocorrências, 16,7%. Em 2003 e 2010, registrou-se o menor número de ocorrências com 6 e 7 casos, correspondendo a 5,6% e 6,5% respectivamente do total dos oito anos pesquisados. (Figura 2).

Em um comentário geral dos dados expressos na Figura 3 sobre o índice de suicídios para cada 100 mil habitantes, pode-se notar uma variação entre as principais cidades na região da pesquisa. Por exemplo, em Caratinga, a média geral de suicídios foi de 5,25 durante o período dos oito anos e 4,47 suicídios por 100 mil habitantes no período; em Inhapim a média foi de 1,5 e 0,4 suicídios por 100 mil habitantes; em Bom Jesus do Galho a média foi de 1,2 e 0,2 suicídios por 100 mil habitantes e, em Raul Soares a média de suicídio foi de 2 e 0,5 por cada 100 mil habitantes, levando-se em consideração o censo de 2007.

Discussões

Os suicídios nas últimas décadas vêm se apresentando como um problema de saúde pública em diversos países, sendo fundamental conhecer as variáveis implicadas em tal

fenômeno para, assim, poder compreender melhor essa realidade. Como aponta Vansan (1999), os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos de amostras que tentaram o suicídio e dos suicídios se mostram bem diferentes, principalmente em relação ao sexo e à distribuição etária, sugerindo serem a tentativa e o suicídio fenômenos que agrupam indivíduos com características peculiares.

Segundo Grossi e Vansan (2000), é necessário melhorar a qualidade dos dados disponíveis, bem como, desenvolver metodologias mais adequadas ao estudo desse tema. Como afirmam Botega et al. (2012); Minayo et al (2012) e Silva et al. (1999), os dados oficiais sobre tentativas e suicídio no Brasil ainda carecem de um sistema mais confiável, o que pode distorcer a realidade desses fenômenos, inclusive no rigor do preenchimento de guias por parte dos IML. Na presente pesquisa, por exemplo, no levantamento sobre ocupação profissional e escolaridade dos casos analisados, 64,5% dos laudos não apresentavam tal informação.

No Brasil, Souza et al. (2002) encontraram, em uma pesquisa epidemiológica em diversas capitais do Brasil, o suicídio respondendo pela sexta causa de morte em populações jovens e urbanas (15 a 24 anos); na atual pesquisa, o suicídio variou entre o terceiro e o quinto lugares em causa de mortes nas dezoito cidades pesquisadas da região de Caratinga. Tais dados não nos permitem ignorar problemas relacionados à saúde pública regional.

Em relação à faixa etária, as idades com maiores ocorrências variaram de 19 a 31 anos. Pordeus et al. (2002) encontraram as faixas etárias de adultos e adultos jovens como as mais frequentes em suicídios, e Silva et al. (1999), por meio dos casos de suicídios registrados no IML da cidade de Salvador, de janeiro de 1996 a dezembro de 1997, encontraram a faixa de 21 a 30 anos com a maior prevalência (24,89%), seguida por 31 a 40 anos (24,45%) e 16 a 20 anos (16,59%).

Quanto à variável sexo, pode-se observar uma concordância com grande parte das pesquisas consultadas, ou seja, uma maior porcentagem no sexo masculino. Quanto a esse fator, é sabido que os homens obtêm maior sucesso nos suicídios do que as mulheres. Isso se deve ao fato dos homens utilizarem métodos mais violentos e fatais do que o sexo feminino, como apontam Souza et al. (2002).

Em relação aos métodos de suicídio por sexo, os dados da atual pesquisa confirmam os encontrados por Marin-Leon e Barros (2003) em Campinas, no período de 1996 a 2001. Observou-se na pesquisa citada que os métodos mais prevalentes nos homens foram enforcamento, arma de fogo e envenenamento, o que também foi observado na atual pesquisa. Baptista e Borges (2005) e Cunha, Baptista e Carvalho (2016) também encontraram os dois principais métodos similares aos encontrados na atual pesquisa, tanto em homens quanto em mulheres. Comparando-se os dados dos laudos das duas pesquisas citadas anteriormente, realizados no estado de São Paulo, com os dados da atual pesquisa, que ocorreu em Minas Gerais, parece não haver grandes divergências na maioria dos índices sócio demográficos, como por exemplo faixa etária mais frequente, sexo, métodos e incidência.

Segundo Barnes, Ikeda e Kresnow (2001) grande parte dos suicidas tentam contato com familiares e/ou amigos, ou até mesmo com profissionais de saúde antes de cometerem o ato. Assim, as taxas de suicídios apresentadas no estudo atual poderiam ser menores se houvesse redes de apoio mais eficazes ou maior conhecimento das variáveis associadas à tentativa e ao suicídio no Brasil, já que o suicídio responde por uma parte significativa de todas as mortes ocorridas.

Faz-se necessário mais pesquisas sobre o auto-extermínio em todo o território brasileiro, com o objetivo de ampliar os dados epidemiológicos, assim como levantar outros dados específicos através de informações de familiares das pessoas que suicidaram, podendo assim, se construir um mapeamento dos fatores de risco e fatos que antecederam o ato, auxiliando na compreensão desse fenômeno, e contribuindo no desenvolvimento de estratégias que favoreçam a prevenção (Cunha, Baptista & Carvalho, 2016).

De acordo com Baptista e Borges (2005), as pesquisas baseadas em amostras epidemiológicas sobre as tentativas e os suicídios em diversas regiões brasileiras podem formar um corpo de conhecimento capaz de orientar as políticas públicas de saúde no desenvolvimento de programas de caráter primário e secundário na diminuição desses índices, sendo necessários mais estudos sobre o caráter epidemiológico do fenômeno, com delineamentos tanto quantitativos quanto qualitativos.

Considerações finais

Na presente pesquisa, o suicídio variou entre a terceira e a quinta causa mais frequente de morte nas cidades pesquisadas. A taxa média geral de suicídios foi de 4,7/100 mil habitantes nas dezoito cidades pesquisadas, entre janeiro de 2003 a dezembro de 2010.

O suicídio foi mais prevalente em homens (83,3%) e a faixa etária mais atingida foi a de 19 a 31 anos em ambos os sexos. Em relação ao estado civil, prevaleceram os casados, totalizando 43,5% do total da amostra. Quanto à etnia, houve uma maior ocorrência em pardos totalizando 48,1% da amostra.

A pesquisa também constatou que: 70,4% ocorreram na área urbana; o mês de maior ocorrência foi outubro com 13 casos; e os anos de 2004 e 2007 foram os recordistas de ocorrências.

Os métodos mais prevalentes foram sequencialmente o enforcamento, arma de fogo e envenenamento para os homens e enforcamento, envenenamento e arma de fogo/salto para as mulheres. Houve dificuldades em avaliar dados mais precisos ou completos nos prontuários, tais como ocupação profissional, grau de escolaridade, nível econômico. Para uma melhor visão panorâmica do fenômeno pesquisado, seria importante obter dados como pré-existência de transtorno mental, passagem em hospital psiquiátrico, ingestão de medicamentos psiquiátricos, dentre outros.

Referências

- Amaral, M. (1989). Suicídio, depressão e atividade neurohumoral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38 (1), 31-35.
- Baptista, M.N. (2004). Suicídio e depressão: Atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baptista, M.N e Borges A. (2005). Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia*, 22(4),425-431.
- Barnes, L.S., Ikeda, R.M., & Kresnow, M. (2001). Help-seeking Behavior Prior to Nearly Lethal Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (suppl), 68-75.

- Botega, N.J., & Rapeli, C.B. (1998). Tentativa de Suicídio envolvendo risco de vida: interações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (1), 157-162.
- Botega, N. J., Cais, C. F. S., & Rapeli, C. B. (2012). Comportamento suicida. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* (pp. 335-355). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Brasil. Ministério de Saúde. (2013). Estatísticas vitais, mortalidade. Recuperado em 29 de setembro de 2013 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>
- Cassorla, R.M.S. (1992). *O que é suicídio*. São Paulo: Brasiliense.
- Correa, A.C. (1996). Depressão e Suicídio no idoso: Uma crucial questão de psicogeriatrics. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (3), 149-157.
- Cunha, F. A., Baptista, M. N., & Carvalho, L. F. (2016). Análise Documental sobre os Suicídios ocorridos na Região de Jundiá entre 2004 e 2014. *Revista Salud & Sociedad*, 7, 212-222.
- Diesederud, G., Royasamb, E. Ekeberg, O. & Kraft, P. (2001). Toward an Integrative Model of Suicide Attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (2), 153-168.
- Dhossche, D.M., Ulusarac, A., & Syed, W. (2001). A retrospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after being discharged from the hospital. *Archives of International Medicine*, 161 (7), 991-4
- Durkheim, E. (2000). *O Suicídio*. São Paulo: Martins Fontes.
- Grossi, R., & Vansan, G.A. (2002). Mortalidade por suicídio no município de Maringá (PR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51(2), 101-111.
- Hammond, R. (2001). Suicide Prevention: broadening the Field Toward a Public Health Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (suppl), 1.
- Ikeda, R.M., Kresnow, M., Mercy, J.A., Powell, K.E., Simon, T.R., Potter, L.B., Durant, T.M., & Swahn, M.H. (2001). Medical Conditions and Nearly Lethal Suicide Attempts. *Suicide*.
- Kalina, E., Kovadloff, S. (1983). *As cerimônias da destruição*. Rio de Janeiro : Francisco Alves.
- Kliemann, D, V, (2007). O estudo epidemiológico de óbitos por suicídio na região da grande Florianópolis de 1991 a 2005. Dissertação de Mestrado. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Lewis, G., Hawton, K., & Jones, P. (1997). Strategies for preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 171, 351-354.
- Marín-Leon, L., & Barros, M.B.A. (2003). Mortes por Suicídios: diferenças de gênero e nível sócio-econômico. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 357-363.
- Marín-León, L., Oliveira, H. B., & Botega, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small countries. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 32(5), 351–359

- Meneghel, S.N., Victoria, C.G., Faria, N.M.X., Carvalho, L.A., & Falk, J.W. (2004). Características Epidemiológicas de Suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública* 38 (6), 804-810.
- Minayo, M. C. S., Pinto, L. W., Assis, S. G., Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. N. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Revista de Saude Publica*, 46(2), 300-309.
- Oliveira, M.A. (2010). O suicídio no estado do Ceará: estudo de epidemiologia ecológica. Dissertação de Mestrado. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará.
- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo. Geneva: OMS.
- Ores LC. Prevalência de ideação suicida e fatores associados: estudo de base populacional com jovens entre 18 a 24 anos, Pelotas-RS [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas; 2007.
- Pordeus, A.M., Fraga, M.N., & Olinda, Q.B. (2002). Suicídio no Ceará na década de 90. *Revista Científica Ciências Saúde*, 15 (2), 16-22.
- Silva, M.M. (1999). Suicídio: trama da comunicação. São Paulo. Universidade Católica de São Paulo.
- Silva, J.A., Silva, C.N., Silva Jr., Silva, L.N., & Silva, D.N. (1999). Epidemiologia do suicídio na cidade de Salvador (BA). *Revista Brasileira de Neurologia Psiquiátrica*, 3 (1), 19-25.
- Souza, E. R., Minayo, M.C., & Malaquias, J.V. (2002). Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 18 (3), 673-683.
- Vansan, G.A. (1999). Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5), 209-215.
- Weirauch, K.F., Roy-Byrne, P., Katon, W., & Wilson, L. (2001). Stressful Life Events and Impulsiveness in Failed Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (3), 311-319.

Recebido / Received: 10/03/2013

Aprovado / Approved: 10/05/2014