

Perfil das Vítimas de Suicídio em Município da Paraíba/Brasil

Profile of Suicide Victims in a Municipality of Paraíba / Brazil

Sílvia Cristina Macêdo Lira¹
Maria Izabel Cardoso Bento²
Bianca Marques Santiago^{1,3}
Rayane Pereira Do Nascimento⁴
Larissa Chaves Cardoso Fernandes⁵
Patrícia Moreira Rabello³

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil dos óbitos das vítimas de suicídio necropsiadas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal do Instituto de Polícia Científica do Estado da Paraíba do Município de Guarabira, no período de 2016 a 2017. **Metodologia:** Pesquisa documental e descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 47 laudos de óbitos por suicídio. **Resultados:** Das 47 mortes por suicídio, 76,6% eram do sexo masculino e 23,4% do sexo feminino. A média de idade foi de 44,3 anos com desvio padrão de 19,8, não existindo diferença quanto a idade para o sexo masculino e o feminino ($p=0,223$). Quanto ao estado civil, 55,3% eram solteiros, seguidos de casados (29,8%), 4,3% eram viúvos, 6,4% não tinham esta informação e 4,3% era ignorado. Do total de suicídios, 68,1% das vítimas foi enforcamento, seguido de 23,4% de envenenamento, 4,3% arma de fogo, 2,1% precipitação de altura e 2,1% automutilação como meio para realizar o seu intuito. **Conclusão:** As vítimas mais frequentes pertenciam ao sexo masculino, adultos jovens e solteiros. A atividade laboral que mais se mostrou presente foi a agricultura, com meio mais utilizado o enforcamento, seguido pelo envenenamento. Os meses que existiram mais vítimas foram maio, agosto e setembro, com a segunda-feira e quinta-feira mais prevalentes. Espera-se que as características observadas dessas vítimas possibilitem a tomada de intervenções, com o objetivo de identificar os grupos de risco e estabelecer políticas de prevenção.

DESCRIPTORIOS: Suicídio. Asfixia. Medicina Legal. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To outline the profile of deaths of suicide victims necropsied at the Center for Medicine and Forensic Dentistry of the Paraíba State Scientific Police Institute in Guarabira, from 2016 to 2017. **Methodology:** This is a documentary and descriptive research with a quantitative approach. The sample consisted of 47 reports of deaths from suicide. **Results:** Results showed that of the 47 suicide deaths, 76.6% were male and 23.4% female. The mean age was 44.34 years with a standard deviation of 19.83 in the total group, and no difference in the age of males and females ($p = 0.223$). Regarding marital status, 55.3% were single, followed by 29.8% were married, 4.3% were widowed, 6.4% did not have this information and 4.3% were ignored. Regarding the method to carry out the suicide, 68.1% of the victims were hanged, followed by 23.4% were poisoned, 4.3% were by firearm, 2.1% were by high precipitation and 2.1% self-mutilation. **Conclusion:** The most frequent victims were male, young and single adults. The labor activity that was most present was agriculture, with hanging being the most used method, followed by poisoning. The months with the most casualties were May, August, and September, with the most prevalent days being Monday and Thursday. It is hoped that the observed characteristics will be able to enable effective interventions in order to identify suicide risk groups and establish prevention politics.

DESCRIPTORS: Suicide. Asphyxia. Forensic Medicine. Public Health.

¹ Perita do Departamento de Medicina e Odontologia Legal, Instituto de Polícia Científica, João Pessoa – Paraíba, Brasil.

² Cirurgiã-Dentista, Mestre, Doutoranda em Odontologia Forense e Saúde Coletiva, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOSP, São Paulo – São Paulo, Brasil.

³ Cirurgiã-Dentista, Mestre, Doutora, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Área de Odontologia Legal, João Pessoa – Paraíba, Brasil.

⁴ Cirurgiã-Dentista, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Área de Odontologia Legal, João Pessoa – Paraíba, Brasil.

⁵ Cirurgiã-Dentista, Mestre, Doutoranda em Biologia Buco-Dental, Área de Anatomia, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas – FOP/UNICAMP, Piracicaba – São Paulo, Brasil.

O Brasil apresenta-se como o oitavo país em número absoluto de suicídios, apresentando maior prevalência no gênero masculino, embora sejam as mulheres que apresentem maior percentual de notificação quando se trata das tentativas de suicídio, com idade média de 70 anos e a população indígena mais afetada. As Regiões Sul e Centro-Oeste são possuidoras das maiores taxas de mortalidade por suicídio, enquanto o Nordeste e o Norte apresentam as menores, ainda que o Nordeste tenha apresentado a maior taxa (130%) de crescimento dos últimos anos^{1,2,3,4}.

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, 2017, a maioria das tentativas de suicídio são realizadas pelas mulheres (69%). Do mesmo modo, as mulheres são mais reincidentes, correspondendo a 31,3% dos casos, nos anos de 2011 a 2016. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2017), os homens morrem mais por suicídio quando comparados às mulheres (proporção de 79% para homens e 21% para mulheres). A mortalidade é mais prevalente em indivíduos idosos com mais de 70 anos².

As causas de um suicídio são bastante complexas e a existência de um transtorno mental encontra-se presente na maioria dos casos. Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: a depressão, o transtorno do humor bipolar e a dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Ainda segundo esses autores, a situação de risco torna-se mais grave quando mais de uma dessas condições combinam-se, como por exemplo, depressão e álcool, ou ainda, coexistência de depressão, ansiedade e agitação⁵.

Estudos recentes sintetizam como principais fatores de risco ao suicídio aspectos sociodemográficos (sexo, faixa etária, estado civil, religião, renda, ocupação), psiquiátricos (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de ansiedade) e psicológicos (perda, personalidade com traços de impulsividade e agressividade)⁶. Também tem um papel importante no número de suicídios, entre outras causas, uma história familiar de suicídio, alcoolismo, abuso na infância, isolamento social⁷.

Muitos outros fatores explicativos para o suicídio podem ser destacados, tais como grau de desigualdade, taxa de desemprego, situação econômica e saúde mental⁸ e, ainda, especificamente entre os jovens, o bullying e o abuso físico e sexual⁹.

Com relação aos meios utilizados, acredita-se que aproximadamente 30% dos suicídios globais sejam pela autointoxicação por pesticidas, ocorrendo na sua maioria em áreas rurais agrícolas, em países de baixa e média renda. Ainda, o enforcamento e armas de fogo também são métodos comuns¹⁰, sendo estes e a autointoxicação os meios mais predominantes no Brasil³.

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%)³.

Diante dos números crescentes ao

longo dos anos das taxas de suicídio nacionais e mundiais, fica evidente a necessidade do conhecimento sobre o tema, suas causas e seus riscos tanto pelos profissionais de saúde, como pela população, auxiliando assim na prevenção desse fenômeno e na diminuição dos números. Portanto, esse estudo visa traçar o perfil das vítimas fatais de suicídio no NUMOL da Cidade de Guarabida/PB, bem como os meios mais utilizados por estas e, ainda, os meses e dias da semana em quem mais ocorrem esses casos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo observacional, descritiva, documental com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários pelos laudos necroscópicos das vítimas de suicídio do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal/Guarabira.

O universo do estudo foi composto por todos os laudos necroscópicos dos anos 2016 e 2017, representado por um total de 589 e, após analisados e incluídos todos os realizados em vítimas de suicídio – ambos sexos e idades -, a amostra contou com a quantidade de 47 laudos, excluindo os laudos que não apresentavam legibilidade e dessa forma inviabilizava a coleta de dados.

Elaborou-se uma ficha com os seguintes campos: ano do laudo, o perfil das vítimas com as variáveis: sexo, idade, estado civil, cor, ocupação e escolaridade, bem como as informações: meios mais utilizados para praticar o suicídio, os meses do ano e dias da semana em que mais ocorreram óbitos e o histórico de depressão e uso de substâncias tóxicas.

A coleta de dados só foi iniciada após

apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – CEP/UFPB, sendo aprovada, com CAAE: 86872518.0.0000.5188. Foi feito um contato com o NUMOL Guarabira/PB para estabelecer o dia e o horário conveniente para realização da pesquisa no arquivo da instituição.

Realizou-se a análise descritiva, utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS® Professional Statistics versão 20.0), para avaliar a frequência de distribuição das variáveis buscando, dessa forma, caracterizar a amostra estudada. Na análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais e as medidas estatísticas de média, mediana e desvio padrão. Ainda, foram realizados o Teste t-Student (técnicas de estatística inferencial), para a verificação de associações quando avaliadas as características entre as duas populações estudadas. O nível de confiança estabelecido para os testes estatísticos foi de 95%.

RESULTADOS

Observou-se que 76,6% das vítimas de suicídio necropsiadas eram do sexo masculino e 23,4% pertenciam ao sexo feminino.

Em relação a idade, verificou-se que o valor mínimo encontrado para os indivíduos necropsiados por causa suicida foi de 14 anos para o sexo masculino e 18 anos para o sexo feminino, enquanto que as idades máximas foram 83 anos para o sexo masculino e 81 anos para o sexo feminino. As médias para estas amostras foram de 46,31 anos para os homens e 37,91 anos para as mulheres. O grupo total apresentou uma média de

Tabela 1. Valor mínimo e máximo, média e desvio padrão da idade (anos) por sexo e grupo total. Guarabira, 2018

Medidas	n	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Desvio-Padrão	Valor de p
Masculino	36	14	83	46,31	19,37	p ⁽¹⁾ =0,223
Feminino	11	18	81	37,91	20,85	
Grupo total	47	14	83	44,34	19,83	

(1): Teste t de Student.

44,34±19,83 anos. Notou-se que não existiu diferença estatística entre os dois sexos, com valor de $p=0,223$ (Tabela 1).

Após a observância que os grupos masculino e feminino eram iguais, realizou-se a distribuição por faixa etária do grupo total (Tabela 2), quando se verificou que 29,78% da amostra possui faixa etária entre 32 a 47 anos.

Em relação ao estado civil, esta pesquisa revelou que dentre os necropsiados por suicídio no NUMOL- Guarabira, a maioria (55,3%) era solteiro, seguido de 29,8% de casados, 4,3% de viúvos, 4,3% ignorados e 6,4% de dados que não foram informados (Tabela 2).

No que diz respeito à ocupação, a nossa pesquisa revelou que 31,91% possuíam atividades ligadas à agricultura. Observa-se também um considerável número de dados não informados (23,4%), seguido de 10,63% de aposentados (Tabela 2).

Em relação ao nível de escolaridade, de acordo com informações constantes nas declarações de óbitos, constatou-se uma omissão no preenchimento desse dado. A maioria das declarações não tinha esse dado preenchido (46,8%), ou ainda preenchido

como ignorado (31,9%). Dentre as preenchidas, 12,8% possuíam ensino fundamental I (Tabela 3).

O meio mais frequentemente utilizado para efetuar o suicídio foi o enforcamento (68,1%), seguido do envenenamento (23,4%). A pesquisa revelou que os suicídios ocorreram em maior número nos meses de maio (12,76%), agosto (12,76%) e novembro (12,76%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade, sendo responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas taxas não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si¹¹.

Neste estudo, os homens foram as maiores vítimas de suicídio, concordando com os estudos de Cantão e Botti¹², os quais concluem que ocorre um maior número de suicídios no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino na proporção de 2:1. E, ainda,

Tabela 2. Distribuição do percentual por Faixa Etária, Estado Civil e Ocupação das vítimas e suicídio necropsiadas em Guarabira/PB

Variável	Percentual (%)
Faixa Etária	
1-15 anos	6,38
16-31 anos	23,4
32-47 anos	29,78
48-63 anos	19,14
64 anos ou mais	21,27
Estado Civil	
Solteiro	55,30
Casado/União Estável	29,80
Viuvo	4,30
Não Informado	6,40
Ignorado	4,30
Ocupação	
Agricultor	31,91
Aposentado	10,63
Não informado	23,45
Pedreiro	8,5
Estudante	6,38
Do lar	2,12
Massagista	2,12
Ignorado	2,12
Gari	2,12
Artesão	2,12
Assistente Social	2,12
Presidiário	2,12
Desempregado	2,12
Mecânico	2,12

Tabela 3. Distribuição do percentual de Nível de Escolaridade, Meio Utilizado, Mês e Dia do óbito das vítimas e suicídio necropsiadas em Guarabira/PB

Variável	Percentual (%)
Nível de Escolaridade	
Fundamental I	12,80
Fundamental II	4,30
Médio	2,10
Superior	2,10
Não Informado	46,80
Ignorado	31,90
Meio utilizado	
Enforcamento	68,10
Envenenamento	23,40
Arma de fogo	4,30
Precipitação Altura	2,10
Auto Mutilação	2,10
Mês de óbito	
Janeiro	6,38
Fevereiro	2,12
Março	10,63
Abril	10,63
Maior	12,76
Junho	6,38
Julho	8,51
Agosto	12,76
Setembro	2,12
Outubro	4,25
Novembro	12,76
Dezembro	10,63
Dia do óbito	
Segunda-feira	21,27
Terça-feira	14,89
Quarta-feira	8,51
Quinta-feira	19,14
Sexta-feira	17,02
Sábado	14,89
Domingo	4,25

as mortes por suicídio atingem mais homens (79%) do que mulheres (21%), no entanto, em relação às tentativas e reincidências, as mulheres superam os homens².

Dessa forma, pode-se sugerir que os homens cometem mais suicídio do que as mulheres em virtude da cultura machista em que estão inseridos e, apesar do crescente empoderamento feminino, homens ainda

são criados para serem provedores, fortes e destemidos. Grande parte dos indivíduos do sexo masculino não demonstram qualquer tipo de sentimento ou fraqueza e são, muitas vezes, incapazes de lidar com as adversidades da vida, como por exemplo, a perda de um emprego ou o fim de um relacionamento.

A faixa etária mais acometida foi a de 32 a 47 anos, coincidindo, portanto, com os

estudos de Minayo e Cavalcante¹³ e com os dados presentes no WHO¹¹, em que os adultos jovens figuram como as principais vítimas de suicídio. Ainda, concordando com este trabalho, Meneghel et al.¹⁴ concluíram que os coeficientes por faixa etária apresentaram maiores índices em maiores de 70 anos, estando os adultos jovens ainda em crescente aumento indicando uma tendência de juvenilização do agravo, ou seja, neste estudo foi observado a tendência de crescimento do número de suicídio que os adultos jovens apresentavam.

Assim, esses resultados podem levar a crer que os adultos jovens são mais vulneráveis ao suicídio em virtude da enorme pressão que sofrem da sociedade, uma vez que nessa fase, estão no auge do seu potencial produtivo. As frustrações causam, especialmente, nessa faixa etária, transtorno de ansiedade, depressão, alcoolismo e problemas com drogas, tornando-os mais susceptíveis ao suicídio.

Percebe-se, também, que os números de suicídio são consideráveis em indivíduos com de 64 anos ou mais e, não ficando distante, portanto, do relato feito pelo Ministério da Saúde², onde a maior taxa foi encontrada em indivíduos com mais de 70 anos. Também, sugerindo que as pessoas presentes nesta faixa etária podem sofrer influências por diversas situações, tais como: as perdas de cônjuges, da saúde, o isolamento social e o fato de não se sentirem mais úteis para a sociedade, podem levar os idosos a antecipar o fim da vida.

Os laudos analisados fornecem a informação que 55,3% das vítimas eram solteiras, indo de encontro com Meneghel et al.¹⁴, que realizaram uma análise nos dados do Sistema

de Notificação de Mortalidade do Ministério da Saúde, nos períodos de 1980 à 1999, no Rio Grande do Sul, em que a maior proporção de suicídios ocorreu entre pessoas casadas, com maior proporção entre os viúvos, ficando os menores índices para divorciados e solteiros. Em 2009, Denney e seus colaboradores¹⁵ afirmam que as taxas de suicídio diminuem quando o estado civil corresponde a casado, ao passo que em relação a outros estados como solteiro ou viúvo, as taxas apresentam-se mais elevadas. Essas diferenças podem ocorrer em virtude da solidão, de decepções amorosas ou da falta de perspectiva de se construir uma família. Por outro lado, indivíduos casados ou que possuam uma união estável sentem-se responsáveis por suas famílias, fato que muitas vezes os desencorajam a acabarem com suas próprias vidas.

O alto número de vítimas ligadas a agricultura (31,91%) corrobora com o estudo feito por Meneghel et al.¹⁴, o qual nos informa que a mortalidade proporcional das vítimas de suicídio está ligada às ocupações agrícolas, representando quase 30% dos óbitos suicidas. No entanto, deve ser levado em consideração que este estudo foi realizado em uma região onde há predomínio de zonas rurais, justificando assim a maior taxa de suicídios em agricultores. Além disso, o fácil acesso às substâncias tóxicas utilizadas na agricultura também pode corroborar para o intuito de cometer suicídio.

A maior parte dos laudos analisados não apresentavam o nível de escolaridade o que pode, de alguma forma, ser uma limitação para analisar essa característica, sendo os não informados e ignorados compondo os maiores números, com 46,8% e 31,9%, respectivamente.

Lee et al.¹⁶ concluiu que as taxas de suicídio estão mais concentradas nos grupos com baixa escolaridade. Este dado pode demonstrar que as pessoas com mais baixo índice de escolaridade são mais susceptíveis ao suicídio em relação às de maior escolaridade, uma vez que se torna mais difícil de lidarem com o sofrimento psíquico e emocional pelo qual estão passando. Além disso, possuem menores chances de se inserir no mercado de trabalho e de se sentirem valorizados. Por outro lado, as altas taxas de dados não informados ou ignorados em relação ao nível de escolaridade confirmam a omissão dos profissionais médicos ao preencherem as declarações de óbitos, o que pode mascarar a realidade desses dados.

Os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo a cultura e o acesso que se tem a eles. O gênero e a faixa etária também exercem influência. Em outros países, como a Inglaterra e a Austrália, predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos, a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por pesticidas¹⁷. E, no presente trabalho, o meio habitualmente utilizado para efetuar o suicídio foi o enforcamento (68,1%), seguido do envenenamento (23,4%); concordando que a maior predominância do instrumento utilizado varia de acordo com o local analisado.

Lovisi et al.³ também encontraram que, no Brasil, o enforcamento apresentou-se em percentuais maiores, verificando que 47% das vítimas utilizaram o mesmo, mas por outro lado, a segunda forma mais comum foi o uso de armas de fogo (19%), ocupando o envenenamento a terceira forma mais utilizada (14%).

Este instrumento pode estar sendo

utilizando, por ser um método antigo e pela facilidade em encontrar o material necessário para realizar tal feito. O nosso estudo revelou também que a segunda forma mais frequente de se cometer suicídio foi o envenenamento, especialmente utilizando os organofosforados, substâncias utilizadas como pesticidas na agricultura. Isso pode ter ocorrido, pelo fato de que a maioria das vítimas eram agricultores e tinham, portanto, fácil acesso a essas substâncias.

A sazonalidade dos suicídios também foi estudada por Nejar et al.¹⁸ na Cidade de São Paulo, que constataram não existir o comportamento sazonal no suicídio, dessa forma, os meses apresentavam taxas similares, mostrando concordância com o presente estudo.

No Chile, em 1988, o índice de suicídio tem a tendência de apresentar uma variação sazonal com maior proporção para os meses cálidos, ou seja, para esses autores, as taxas são mais altas em dezembro (10,6%) e mais baixas em junho (7%)¹⁹. No entanto, nesta pesquisa, não foi possível correlacionar o suicídio com o clima da região, uma vez que o mesmo permanece quente praticamente todos os meses do ano, não sendo possível, portanto, definir bem as quatro estações do ano.

Por outro lado, percebe-se que os eventos são mais comuns nos meses de maio, agosto e novembro (12,76%) e nos meses de março, abril e dezembro (10,63%). Isso pode acontecer devido ao fato de que nesses meses acontecem alguns eventos relevantes como a páscoa e as festas natalinas, o que pode deixar as pessoas mais melancólicas e, conseqüentemente, mais vulneráveis.

Ainda, analisado os dias em que mais eram ocorridos os suicídios, a segunda-feira

destacou-se com o maior índice (21,27%), podendo, estes dados, estarem relacionados à chamada “depressão da segunda-feira”, que está vinculada à volta ao trabalho ou a sensação de incapacidade diante de uma semana que se inicia.

Macente et al.²⁰ também relataram um maior número de óbitos por suicídio, pesquisados na Cidade de Santa Maria de Jequitá, interior do Espírito Santo, na segunda (21,42%), no entanto, este, foi seguido pela quarta e sexta-feira (17,85% para ambos), e, dessa forma, coincidindo apenas em parte com os resultados do estudo realizado, que evidenciou a quinta-feira (19,4%) e a sexta-feira (17,02%) como o segundo e terceiro dia, respectivamente, com maior índice de óbitos por suicídio.

Alguns entraves surgiram durante a pesquisa, especialmente em relação ao completo e correto preenchimento das declarações de óbitos e a elaboração de laudos minuciosos por parte dos médicos legistas, muitas vezes, omitindo informações importantes como o nível de escolaridade e o histórico de depressão.

De acordo com Niobey et al.²¹, o preenchimento das declarações de óbitos é visto pelo médico como uma exigência legal para o sepultamento. Assim, informações como a profissão, a idade, a residência e outras são omitidas prejudicando, posterior, o aproveitamento pleno de tais informações e, conseqüentemente, o estabelecimento de políticas públicas de prevenção ao suicídio.

A correlação do ato suicida com o uso de álcool ou drogas também não foi possível ser observada neste estudo, uma vez que os médicos legistas raras vezes solicitaram

testes de alcoolemia e exames toxicológicos. Além disso, percebeu-se que, muitas vezes, o médico legista não teve acesso ao instrumento utilizado para a prática do suicídio, o que empobreceu a elaboração dos laudos.

CONCLUSÃO

A maior prevalência de ocorrências foi verificada em pessoas do sexo masculino, adultos jovens, solteiros, sendo o número de subnotificações ou de documentos sem informação grande quando se trata da ocupação da vítima. Dos laudos que foram anotadas as profissões, o trabalhador rural é o de maior prevalência.

O meio mais utilizado foi o enforcamento, seguido de envenenamento. Os meses do ano que ocorreram mais necropsia por suicídio foram os de maio, agosto e novembro e os dias da semana em que ocorreram mais necropsias por suicídio foram segunda e quinta-feira e, ainda, não foi possível identificar o histórico de depressão ou uso de substâncias tóxicas nos laudos necroscópicos pesquisados.

Em vista do panorama apresentado, observa-se que é de fundamental importância para a elaboração de programas de prevenção, a realização de várias ações no âmbito da saúde pública, entre elas: a elaboração de estratégias nacionais e locais de prevenção do suicídio, a conscientização e o questionamento de tabus na população, a detecção e o tratamento precoces de transtornos mentais, o controle de meios letais (redução de armas de fogo, regulação do comércio de agrotóxicos) e o treinamento de profissionais de saúde em prevenção de suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira De Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informação de saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valência E. Análise epidemiológica do Brasil entre 1980 a 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(1):86-93.
4. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2012; 32(5):351–59.
5. Bertole JM, Fleishmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatric*. 2002; 1(3):181-185.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II- Painel de indicadores do SUS nº 5. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
7. Pessini L. Suicídio: desperdício de vidas. *Rev Mundo e Missão* [Internet]. 2006; (99):14-15.
8. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. 3ª.ed. Lisboa: Editorial Presença; 2001.
9. Pereira C. Risco suicidário em jovens: avaliação e intervenção em crise. *Revista de Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. 2011; 9(1):11-23.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Estatísticas, Vitais, Mortalidade. 2018.
11. World Health Organization. Country reports and charts available. 2014.
12. Cantão L, Botti Ncl. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais (1997-2011). *Rev enferm Cent-Oeste*. 2014; 4(3):1262-1267.
13. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(4):750-757.
14. Meneghel SN, Victoria CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(6):804-10.
15. Denney J, Rogers R, Krueger P, Wadsworth T. Adult suicide mortality in the United States: Marital status, Family size, socioeconomic status and differences by sex. *Social Science Quartely*. 2009; 90(5):1167-1185.
16. Lee W, Khang Y, Noh M, Son JRM, Hong Y. Trends in educational differentials in suicide mortality between 1993-2006 in Korea. *Yonsei Medical Journal*. 2009; 50(4):482-492.
17. Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Ed Unesp; 2012.
18. Nejar KA, Bensenor IM, Lotufo PA. Luz solar e suicídio no trópico de Capricórnio, São Paulo, Brasil, 1996-2004. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007; 41(6):1062-1064.
19. Retamal P, Humphreys D. Occurrence of suicide and seasonal variation. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(5):408-412.
20. Macente LB, Santos EG, Zandonade E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro. 2009; 58(4):238-244.
21. Niobey FML, Cascão AM, Duchiate MP, Sabroza PC. Qualidade do preenchimento de atestados de óbitos de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde públ*. 1990; 24(4):311-318.

CORRESPONDÊNCIA

Larissa Chaves Cardoso Fernandes

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 4050, Apto. 1701

Miramar, João Pessoa – Paraíba, Brasil. CEP: 58032-000.

E-mail: larissaccfernaendes@gmail.com