

PERFIL DOS SUICIDAS DE ARACAJU E A CONCEPÇÃO DOS ENLUTADOS SOBRE A MORTE

BÁRBARA ALLANA FERREIRA CABRAL ¹

CAMILA IÊDA SILVA DE ANDRADE ²

DEBORAH PIMENTEL ³

ROBERTA MACHADO PIMENTEL REBELLO DE MATTOS⁴

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo identificar o perfil clínico e sociodemográfico dos suicidas de 2013 a 2017 em Aracaju e reconhecer a visão dos familiares acerca dos fatores associados ao ato. Trata-se de um estudo exploratório, transversal e quantitativo, realizado na residência dos familiares dos suicidas do período de 2013 a 2017 de Aracaju/SE. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário autoaplicável, construído pelas pesquisadoras, com questões referentes à história clínica e sociodemográfica do suicida e acerca da percepção do familiar sobre o caso. Além disso, utilizou-se informações dos atestados de óbito do período. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa e participaram 37 familiares. Constatou-se predomínio de suicida jovem, homem, católico, casado, heterossexual, com ensino fundamental ou médio, autônomo, sem diagnóstico de depressão ou outra doença psiquiátrica. Os familiares associaram o ato principalmente a problemas amorosos e doenças psiquiátricas. A maioria dos suicidas não tinha tentativas prévias, nem deixou indícios sobre sua intenção de morte. O método mais utilizado foi o enforcamento. Os resultados apontam um perfil de suicidas similar ao relatado em outros estudos no Brasil e no mundo. O delineamento desse estudo pode fornecer subsídios para implementação de medidas preventivas.

Palavras-chave: Suicídio, Fatores de risco.

1. Estudante do curso de Medicina da Universidade Tiradentes (UNIT). Email: babiicabrall@gmail.com

2. Estudante do curso de Medicina da UNIT. Email: camilasandrademed@gmail.com

3. Mestre e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Docente do curso de Medicina da UNIT e UFS. Email: deborah@infonet.com.br

4. Mestre e doutoranda em Odontopediatria na Faculdade São Leopoldo Mandic em Campinas -SP. Docente do curso de odontologia da UNIT, Aracaju-Se. E-mail: dra.robortapimentel@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno presente em todas as culturas e que acompanha a sociedade desde a antiguidade. Ele pode ser definido como o ato consciente e intencional, realizado pelo próprio indivíduo, cuja intenção é a morte, e é resultante de aspectos multifatoriais que envolvem fatores biológicos, psicológicos, genéticos, culturais e socioambientais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2018).

Configurando-se como um importante problema de saúde pública, o suicídio responde por números cada vez mais alarmantes, representando uma das principais causas de morte em diversos países e a segunda causa mais frequente de óbito em adolescentes e adultos jovens. Estimativas apontam que anualmente mais de 800 mil pessoas no mundo consomem o ato e que, para cada um desses, houveram pelo menos 20 tentativas sem sucesso (BRASIL, 2017).

No Brasil, entre os anos de 2011 a 2016 cerca de 11.000 brasileiros eduziram a própria vida por ano, tornando o suicídio a quarta causa de morte entre brasileiros de 15 a 29 anos. No país, em média, a cada 45 segundos, uma pessoa morre por esta causa. No entanto, acredita-se que esses números possam ser ainda maiores tendo em vista as subnotificações e o inadequado preenchimento das certidões de óbito (MACHADO; SANTOS, 2015).

Quando comparadas as regiões brasileiras, percebe-se uma heterogeneidade no número de casos. A região Sul desponta com 9,8 casos por 100.000 habitantes, seguida do Centro-Oeste e do Sudeste, e por último, as regiões Norte e Nordeste. Mesmo apresentando a menor incidência do Brasil, com 5,2 casos para cada 100.000 habitantes, a região Nordeste foi a que apresentou proporcionalmente o maior crescimento das taxas de suicídio entre 2000 e 2012 (MACHADO; SANTOS, 2015). Os últimos dados do datatus, referentes aos anos de 2013 a 2016, apontam que ocorreram 470 mortes por suicídio no período em Sergipe, sendo 139 em Aracaju (DATASUS, 2018).

Apesar dos números alarmantes, a sociedade ainda lida com estigma e como tabu a questão do suicídio, evitando falar abertamente sobre o assunto pelo medo e pela vergonha do julgamento alheio. Portanto, é necessário a conscientização da

população, visando a diminuição do estigma associado ao ato, além da intensificação das medidas preventivas através do reconhecimento dos fatores de risco e intervenção adequada.

Este artigo tem o objetivo de identificar o perfil epidemiológico dos suicidas de Aracaju, no período de 2013 a 2017, e descrever as características clínicas e sociodemográficas dos mesmos, de acordo com a visão dos seus familiares. O material aqui apresentado é um recorte de uma pesquisa maior intitulada *A dor de quem fica: saúde mental dos familiares de suicidas e suas formas de enfrentamento de problemas*.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é do tipo exploratória, transversal, quantitativa e analítica. Os dados epidemiológicos dos suicidas de Aracaju, do período de 2013 a 2017, foram obtidos através de informações dos atestados de óbito concedidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Para análise do perfil clínico e sociodemográfico, buscou-se a localização dos familiares para aplicação do questionário que foi direcionado aos familiares e cônjuges, alfabetizados, maiores de 18 anos, sem doença física ou mental que limitasse a compreensão de perguntas ou respostas.

Assim que localizados, os familiares foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, diante do aceite à participação, os questionários eram aplicados no mesmo momento ou marcado horário mais oportuno. A coleta foi realizada no período de junho e julho de 2018.

Entre as famílias de suicidas, 75 não foram localizadas por mudanças de endereço ou endereço incompleto; 48 moravam em áreas marginalizadas, na periferia da cidade, cujo acesso representava periculosidade e risco para as pesquisadoras; e a amostra final foi composta por 37 familiares que concordaram em participar do estudo.

A abordagem inicial envolveu apresentação pessoal das pesquisadoras, confirmação da causa mortis, nome e endereço do morto e a relação de parentesco com o familiar, breve descrição da pesquisa e convite à participação. Em caso de

aceitação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após a assinatura, iniciada a coleta.

Foi utilizado como instrumento da pesquisa, um questionário autoaplicável, clínico e sociodemográfico, construído pelas pesquisadoras, com perguntas acerca do suicida. Os dados preenchidos nos instrumentos foram inseridos em planilhas criadas no software Microsoft Office Excel 2010. Foi realizada análise descritiva (frequências simples e percentuais) para os dados categóricos e o teste exato de Fisher foi utilizado para verificar associação de significância entre as variáveis.

As análises foram realizadas com o programa SPSS na versão 19.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe com número do parecer 2.643.698 e CAAE 86172218.1.0000.5546.

3 RESULTADOS

A análise do perfil sociodemográfico dos 171 suicidas notificados no período de 2013 a 2017 em Aracaju indicou que 72,5% eram do sexo masculino. A idade variou de 13 a 89 anos, sendo que a média foi de 38,63 anos ($DP= 14,79$). No que se refere à causa da morte, 45% foram por enforcamento, 34,5% por envenenamento, 7,6% por queda de altura, 6,4 % por arma de fogo, 2,3% por objeto cortante, 1,75% por afogamento e 2,3% por outras causas não especificadas. Em relação ao horário do óbito, 31% ocorreram pela manhã, 26,3% à noite, 21,6 % à tarde e 21% na madrugada. No que se refere ao mês de ocorrência, verificou-se um predomínio do último trimestre do ano, com 36,84% dos casos. Quanto à distribuição por anos, verificou-se que 2013 concentrou o maior número de óbitos (24,5%), seguido do ano de 2014 (21%), enquanto 2016 apresentou o menor percentual de casos do período, com 17%.

Dos 171 casos de suicídio, foram aplicados questionários em 37 familiares ou cônjuges das vítimas, estando as variáveis sexo e faixa etária desses suicidas representadas na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos suicidas na cidade de Aracaju (2013-2017)

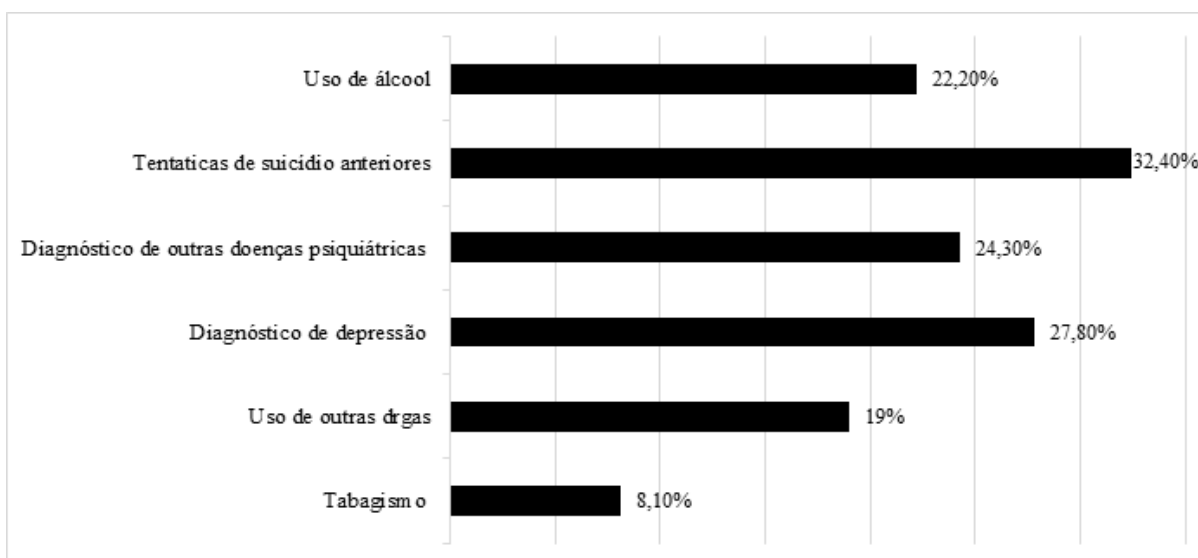
Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	27 (73)
Feminino	9 (24,3)
Outro	1 (2,7)
Faixa etária	
13 – 24 anos	15 (40,5)
25 – 34 anos	6 (16,2)
35 – 44 anos	7 (18,9)
45 – 54 anos	5 (13,5)
70 ou mais	4 (10,8)

Fonte: Dados do questionário das pesquisadoras

Verificou-se que os principais resultados referentes à caracterização socioeconômica dos suicidas foram: em relação à religião eram católicos (51,4%), casados (37,8%), heterossexuais (97,3%), com ensino fundamental (43,2%), autônomos ou profissionais liberais (27%).

Os familiares relataram que os suicidas tinham como comorbidades: uso de álcool, tabagismo, uso de outras drogas, diagnóstico de depressão, diagnóstico de outras doenças psiquiátricas e tentativas de suicídio anteriores (Gráfico 1).

Gráfico 1. Comorbidades dos suicidas de Aracaju nas visão de seus familiares (2013-2017)



Fonte: Dados do questionário das pesquisadoras

Quando questionados sobre os fatores que acreditavam ter desencadeado o suicídio, os familiares associaram o ato a problemas amorosos, doença psiquiátrica, desavenças familiares, problemas judiciais, abuso de álcool e outras drogas, além de outras causas menos prevalentes, como desemprego, religião e sobrecarga de responsabilidade. Outro achado relevante foi que 59,5% dos suicidas não tinham acompanhamento com psiquiatra e 64,9% não faziam psicoterapia. A maioria deles não havia tentado o ato anteriormente nem deixaram indícios sobre a intenção de morte, como pode ser visualizado na tabela 2. Identificou-se ainda que 29,7% tiveram contato com suicídios anteriores no grupo familiar e 8,1% no círculo de amizades.

Tabela 2: Resposta dos familiares a respeito dos indícios de morte dos suicidas de Aracaju (2013-2017)

Variáveis	n (%)
Conversava sobre a morte ou deixava indícios sobre sua intenção?	
Sim	14 (37,8)
Não	23 (62,2)
Deixou algum documento ou indício explicando o porquê do ato?	
Sim	7 (18,9)
Não	30 (81,1)
Tentou deixar resolvido algum aspecto de sua vida?	
Sim	6 (16,2)
Não	31 (83,3)

Fonte: Dados do questionário das pesquisadoras

4 DISCUSSÃO

O suicídio configura-se atualmente como um importante problema de saúde pública e está entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e a segunda principal causa de óbito entre crianças e jovens de 10 a 24 anos (FERRARI; BARRETO, 2018). O presente estudo evidenciou suicídio em extremos de

idade, desde os 13 até os 89 anos, com média de 38,63 anos, este achado diverge do que foi evidenciado no período de 2011 a 2015 no Brasil, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que identificou maiores taxas de suicídio em indivíduos com 70 anos ou mais (BRASIL, 2017). Pesquisa realizada em Uberaba, Minas Gerais, analisando o perfil epidemiológico dos suicídios do período de 1996 a 2014, apontou que os óbitos por essa causa aconteceram principalmente na faixa etária dos 30 aos 59 anos, perfil semelhante foi verificado na Amazônia Legal, segundo estudo que analisou dados de suicídios de 1999 a 2016 (RIBEIRO et al., 2018; SILVA; MARQUES JUNIOR; SUCHARA, 2018).

A superioridade de casos no sexo masculino foi observado em pesquisas brasileiras, assim como em outros países (MACHADO; SANTOS, 2015; RIBEIRO et al., 2018; SILVA; MARQUES JUNIOR; SUCHARA, 2018; LOVISI et al., 2009). Esse resultado concorda com a tendência mundial de que o sexo masculino têm predisposição cerca de três a quatro vezes maior do que o feminino em cometer o ato (MACHADO; SANTOS, 2015; VIANA et al., 2008). A causa exata desse fenômeno ainda é desconhecida, mas acredita-se que o homem, além de um comportamento inato mais competitivo e impulsivo, apresenta maior tendência a abuso de álcool e outras drogas e busca métodos que acarretem em lesões fatais de forma mais rápida, diferente das mulheres que se apresentam com um número de tentativas maiores, porém com métodos menos violentos (VIANA et al., 2008).

Quanto ao método de morte em Aracaju, observou-se em ordem decrescente de incidência: enforcamento (45%), envenenamento (34,5%), arma de fogo (6,4%), queda de altura (7,6%), afogamento (1,75%) e objeto cortante (2,3%). O boletim epidemiológico, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2017, ratifica a mesma ordem encontrada, apresentando a nível federal a preponderância do enforcamento (61,9%), intoxicação exógena (17,7%), armas de fogo (8,7%) e outras (11,7%). Em estudo realizado na mesma cidade de Aracaju durante o período de abril 2014 a 2015 também evidenciou que o enforcamento foi o meio mais utilizado entre os suicidas (ANDRADE; CABRAL; PIMENTEL, 2018). Outros estudos como no sul do país, o enforcamento também apresentou-se como a maior causa de suicídio, chegando a 71% dos casos, seguidos de morte por projétil de arma de fogo e intoxicações exógenas (VIANA et al., 2008), e ainda outro no meio-oeste catarinense, encontrou a mesma

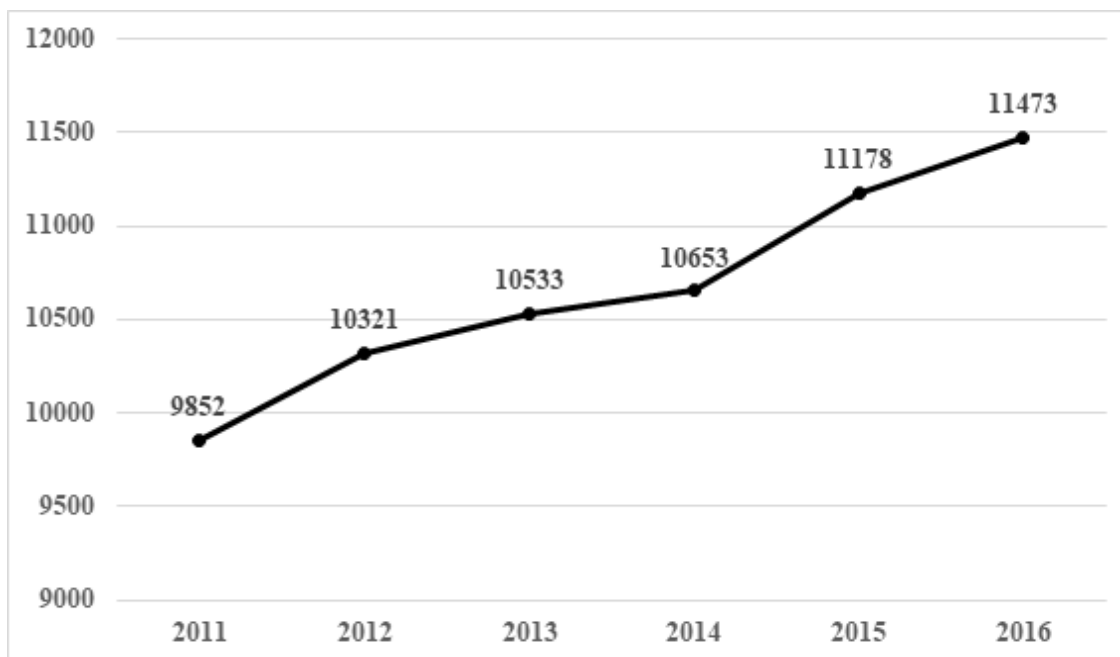
predominância do enforcamento (25%), seguida por arma de fogo (18,75%) e ingestão de medicamentos (18,75%), sendo menos prevalente uso de faca (12,5%), corte de pulsos (12,5%), afogamento (6,25%) e queda de altura (6,25%). É importante observar que os métodos irão variar de acordo com a cultura e a facilidade de acesso a eles (FERRARI; BARRETO, 2018).

Em relação ao horário do óbito, o presente estudo evidenciou a predominância do período matutino. Estudo prévio que utilizou dados do Ministério da Saúde durante o período de 1996 a 2010, vai ao encontro desse achado ao afirmar a influência do comportamento suicida nas primeiras horas do dia associando a influência do ritmo circadiano nos sentimentos depressivos e por fim, no comportamento suicida (ARAUJO; BICALHO, 2012). Já estudo realizado em 2014 em Arapiraca, Alagoas, diverge dessa tendência encontrada, ao apontar predominância das tentativas de suicídio no período vespertino (12h - 17h59) (MAGALHÃES et al., 2014).

No que se refere ao mês do óbito, nosso estudo evidenciou uma maior quantidade de casos no último trimestre do ano. Na literatura esse dado é bastante discordante, alguns estudos comprovaram uma predominância durante os meses do verão e da primavera (SILVA; MARQUES JUNIOR; SUCHARA, 2018; BEZERRA FILHO et al., 2012), enquanto outros afirmam não existir diferença estatisticamente significativa a ponto de definir algum mês específico como fator de risco (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JUNIOR, 2005; VIANA et al., 2008).

Diferente do que foi evidenciado em Aracaju, com maior número de óbitos por suicídio em 2013, e menor número em 2016, dados do boletim epidemiológico do suicídio no Brasil apontam que o número de lesões autoprovocadas esteve em ascensão no período de 2013 a 2016 para ambos os sexos (BRASIL, 2017). Seguindo a mesma tendência, o datasus catalogou aumento do número de mortes por essa causa no Brasil, ano após ano, de 2011 a 2016, como pode ser evidenciado no gráfico 2.

Gráfico 2. Óbitos por suicídio no Brasil (2011 - 2016)



Fonte: DATASUS, 2018.

No que tange à religião, foi observado em nossa amostra que mais da metade dos suicidas eram católicos. Sabe-se que a religiosidade apresenta-se com forças de objeções morais condenando enfaticamente a interrupção voluntária da vida (MINAYO; CAVALCANTE, 2015; ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004). Entretanto, em relação à predição do risco de suicídio, mais importante que a religião que o indivíduo diz pertencer, está o grau de envolvimento e a participação nas atividades religiosas. Foi constatado em estudo, que indivíduos que não frequentavam ou frequentavam irregularmente a religião possuíam chances duas vezes maior de suicídio em relação aos que iam frequentemente (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004).

Verificamos em nosso levantamento que em relação ao estado civil, houve predominância dos casados. Esse dado diverge do que foi encontrado em Santa Catarina e do que foi relatado pela Associação Americana de Psiquiatria, ao apontar que pessoas separadas, viúvas ou solteiras têm maior probabilidade de cometer o suicídio (MINGHETTI; KANAN, 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008).

Os dados relativos à opção sexual apontaram que a maioria dos suicidas de Aracaju eram heterossexuais. Pesquisa realizada em Florianópolis não verificou relação entre homofobia e suicídio, mas sim, altos índices de pensamentos e

tentativas em jovens heterossexuais (TEIXEIRA FILHO; MARETTO, 2008). Outra pesquisa brasileira realizada com adolescentes entre 12 e 20 anos, apontou que jovens bissexuais e/ou aqueles que ainda não definiram sua opção sexual, apresentavam maior risco de se matarem. No entanto, nos Estados Unidos, observou-se que cerca de um terço dos suicídios juvenis eram praticados por homossexuais, ainda que esse grupo representasse uma pequena parcela da população (TEIXEIRA FILHO; RONDINI, 2012).

Semelhante ao encontrado no presente estudo, que evidenciou uma maior taxa de suicídio naqueles com ensino fundamental, no boletim epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2017, observou-se maior taxa de lesões autoprovocadas nos anos de 2011 a 2016 em indivíduos com ensino fundamental, assim como maior mortalidade por suicídio naqueles com até sete anos de estudo (BRASIL, 2017).

O atual estudo permitiu definir ainda, que em relação à profissão, houve predomínio de autônomos ou profissionais liberais. Sabe-se que esses indivíduos estão sujeitos a maiores influências de instabilidades econômicas por não possuírem, na maioria das vezes, um vínculo empregatício forte, o que possibilita desempregos e dificuldades financeiras, situações essas que podem desestabilizar o indivíduo e junto com outros fatores, aumentar o risco de suicídio. Nesse contexto, os homens estão ainda mais propensos ao ato, devido ao peso da responsabilidade do sustento da família em uma cultura patriarcalista (MENEGHEL et al., 2004). Pesquisa realizada em uma capital nordestina evidenciou que a maioria dos suicidas eram estudantes, seguidos dos trabalhadores da construção e manutenção, aposentados e desempregados (PARENTE et al., 2007).

Foi constatado em nosso estudo que muitos dos suicidas faziam uso abusivo de álcool e outras drogas. Estudo realizado em 2018 apontou que a dependência do álcool ou de outras drogas representa um fator de motivação importante para o suicídio, levando ao ato até 15% dos usuários de álcool e aumentando em 20 vezes o risco de suicídio em dependentes de heroína quando comparados à população geral (FERRARI; BARRETO, 2018). Constantemente na literatura é mencionada essa influência do álcool no suicídio, tanto nos casos de dependência, quanto nas intoxicações agudas, ao tornar o indivíduo mais desinibido, com comportamento impulsivo e maior tendência a assumir riscos. Estudos internacionais mostraram que

20 a 40% dos óbitos ou tentativas suicidas no sexo masculino ocorreram durante o estado alcoolizado, o que foi ratificado em estudos brasileiros com valores que variaram entre 26 e 37% (SANTOS; LEGAY; LOVISI, 2013).

Outras comorbidades como as doenças psiquiátricas também foram mencionadas no estudo. Pesquisa realizada no sul do Brasil em 2008, confirma o achado e revela que a maioria das tentativas ou óbitos por suicídio são oriundas de pessoas com doenças psiquiátricas, restando apenas menos de 5% dos casos sem diagnóstico (VIANA et al., 2008). Um estudo no meio-oeste catarinense, observou que em sua amostra de suicidas: 60% possuíam transtorno depressivo maior, 20% possuíam transtorno bipolar tipo I, o que leva ao aumento de 15 vezes no risco de suicídio e 10% eram portadores da esquizofrenia, que também se configura como fator de risco para o suicídio, tendo em vista que cerca de 5 a 6% dos esquizofrênicos morrem desta maneira (FERRARI; BARRETO, 2018).

O estudo realizado demonstrou que os suicidas não haviam tentado o ato anteriormente nem deixaram indícios sobre sua intenção de morte. Tal achado é discordante na literatura, visto que existem análises como a de Barbacena/MG que reiteram a não associação entre óbitos por suicídio e tentativas prévias (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013), como também outros, a exemplo de um realizado no Rio de Janeiro que chama a atenção para proporção de casos com história prévia de suicídio, principalmente no sexo feminino (WERNECK et al., 2006).

Foi realizada pesquisa no interior de São Paulo com profissionais que trabalhavam em áreas ligadas ao suicídio; integrantes do senso comum e pessoas que tentaram o ato, buscando identificar os motivos que levavam ao suicídio. Foram relatados os mais diversos motivos, destacando-se, na visão dos profissionais, as patologias e a cultura suicida; para respondentes do senso comum, questões socioculturais e patologias; e para os que tentaram suicídio, as questões socioculturais e o desespero (DAOLIO; SILVA, 2009). Assim como na nossa pesquisa, percebeu-se que os motivos são muito diversificados e abrangem aspectos multidimensionais.

Outro achado relevante foi que 59,5% dos suicidas não tinham acompanhamento com psiquiatra e 64,9% não faziam psicoterapia. Apesar disso, estudo realizado em Porto Alegre em 2010 revelou que mais de 75% dos suicidas

procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e quase 50% no mês que cometeram o suicídio. Tais valores ressaltam a importância que os profissionais de saúde da atenção primária desempenham na detecção precoce dos fatores de risco e no correto encaminhamento sempre que necessário (ABREU et al., 2010).

Alguns fatores operacionais, citados na metodologia, trouxeram limitações ao presente estudo no que tange a amostra alcançada, dentre eles merece destaque a presença de atestados de óbitos incompletos ou preenchidos incorretamente, e endereços de difícil acesso. Sugere-se novas pesquisas com cobertura de todo o estado de Sergipe e com intervalo temporal superior ao realizado.

5 CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo permitiram identificar em Aracaju um perfil de suicidas similar ao observado em outras pesquisas no Brasil e no mundo. Identificou-se um pico de incidência entre adolescentes e adultos jovens de 13 a 24 anos, seguido da faixa etária dos 35 aos 44 anos. Observou-se predomínio de homens, com ensino fundamental, casados, católicos, heterossexuais e profissionais liberais ou autônomos.

Muitos deles tinham comorbidades como uso de álcool, tabaco e outras drogas, diagnóstico de depressão ou outras doenças psiquiátricas e tentativas de suicídio anteriores. Apesar disso, em nossa pesquisa foi observado que a grande maioria não possuía acompanhamento psiquiátrico ou psicológico. Quanto ao método, predominou o enforcamento.

Mesmo sabendo que o suicídio é um evento de causa multifatorial, a partir da entrevista e dos questionários com os familiares foi possível identificar alguns fatores que precipitaram o ato suicida como problemas do âmbito amoroso (separação, traição) e do âmbito familiar e doenças psiquiátricas (depressão, esquizofrenia e abuso de drogas).

O delineamento desse perfil clínico e sociodemográfico, a identificação dos possíveis fatores de risco e do método utilizado para cometer o suicídio, podem

fornecer subsídios para implementação de medidas preventivas com foco nesse grupo de indivíduos. O conhecimento a cerca desse importante problema de saúde pública pode fomentar no ambiente familiar, escolar e profissional, uma maior vigilância, a fim de buscar ajuda de profissionais capacitados a lidar com esses casos.

Além disso, é crescente a mobilização de profissionais e de grupos como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Centro de Valorização sobre a Vida (CVV) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), para conscientizar a população sobre a importância de identificação e procura de ajuda profissional em potenciais suicidas. O mês de Setembro através da campanha "Setembro amarelo" se tornou símbolo de prevenção do suicídio através de campanhas nas ruas e palestras que abrem espaço para orientações e debates acerca do tema.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. Religião e comportamento suicida. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Ed.). **Suicídio: Estudos Fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 53-60.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio 2006**. Porto Alegre, Artmed, 2008.

ANDRADE, C. I. S.; CABRAL, B. A. F.; PIMENTEL, D. A dor de quem fica: depressão em familiares de suicidas e suas formas de enfrentamento de problemas. **Semana Acadêmica Revista Científica**, v. 131, n. 1, p. 1-16, 2018.

ARAÚJO, E. S.; BICALHO, P. P. G. Suicídio: crime, pecado, estatística, punição. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, p. 723-734, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. CFM/ABP. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em: 11 nov 2018.

AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 535-539, 2005.

BEZERRA FILHO, J. G. et al. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 833-844, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Brasília, DF, 2017.

DAOLIO E. R.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 1, p. 68-76, 2009.

DATASUS. **Análise dos óbitos por causas externas no Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 11 dez 2018.

FERRARI, J.; BARRETO, J. B. M. Quando o viver não vale mais a pena: a percepção do paciente suicida. **Pesquisa em psicologia**. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/19204/10478>. Acesso em: 14 fev 2018.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 31, p. 86-94, 2009.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J Bras Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MAGALHÃES, A. P. N. et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **J Bras Psiquiatria**, v. 63, n. 1, p. 16-22, 2014.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015.

MINGHETTI, L. R.; KANAN, L. A. Estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010. **Visão Global**, v. 14, n. 2, p. 329-360, 2011.

PARENTE, A. C. M. et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do nordeste brasileiro. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 4, p. 377-381, 2007.

RIBEIRO, N. M. et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 1-11, 2018.

SANTOS, S. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. Substâncias tóxicas e tentativas de suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

SILVA, E. S.; MARQUES JUNIOR, J.; SUCHARA, E. A. Perfil de suicidas em município da Amazônia Legal. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 84-91, 2018.

TEIXEIRA FILHO, F. S.; MARETTO, C. A. R. Homossexualidades, homofobia e tentativas de suicídio em adolescentes LGBT. Trabalho apresentado em **Fazendo gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**, 2008, Florianópolis, Brasil.

TEIXEIRA FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012.

VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, n. 29, v. 1, p. 175-187, 2013.

WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, 2006.