

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

FRANCIELI BELLETTINI

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE ÓBITOS POR SUICÍDIO
NA REGIÃO DA ASSOCIAÇÃO DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE
LAGUNA – AMUREL DE 1996 A 2011**

CRICIÚMA, JULHO DE 2013.

FRANCIELI BELLETTINI

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE ÓBITOS POR SUICÍDIO
NA REGIÃO DA ASSOCIAÇÃO DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE
LAGUNA – AMUREL DE 1996 A 2011**

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr^a. Karin Martins Gomes

CRICIÚMA, JULHO DE 2013.

Dedico este trabalho à minha família, em especial ao meu namorado, pelo apoio irrestrito em todos os momentos da minha vida, e por tantas vezes usurpados da minha presença, mas não do meu amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me ensinou o valor da vida e que sempre iluminou a minha caminhada.

À minha Orientadora Karin pelo estímulo, compreensão e atenção que me concedeu durante a monografia.

Aos mestres pela dedicação e pelos novos conhecimentos adquiridos.

Aos colegas de curso pelo tempo compartilhado, incentivo e troca de experiências.

À todos os meus familiares pelo apoio e colaboração. Em especial, aos meus pais, que compreenderam minhas ausências e nunca me deixaram desistir.

Ao meu namorado que com toda paciência me trouxe calma e apoio nos momentos em que mais precisei, me incentivando a sempre ter força, foco e fé.

A Secretaria de Saúde e Promoção Social de São Ludgero, pela contribuição e compreensão que tiveram comigo, quando tive que me ausentar para concluir esta especialização.

A Enfermeira da Unidade de Saúde Encosta do Sol, que teve paciência em me ensinar os cálculos desta pesquisa, incentivando novos estudos.

À todos aqueles que fazem parte do meu cotidiano que de alguma forma contribuíram na consecução deste trabalho.

**"Quando uma pessoa pensa em suicídio, ela
quer matar a dor, mas nunca a vida."**

Augusto Cury

RESUMO

Pelo fato do fenômeno suicídio se caracterizar como um problema de saúde pública em decorrência da frequência em que o mesmo vem ocorrendo, esta pesquisa procurou realizar a caracterização epidemiológica de óbitos por suicídio na região da Associação de Municípios da Região de Laguna – AMUREL de 1996 à 2011. Com o objetivo de descrever estas características calculando a mortalidade total por suicídio nos municípios, identificando a incidência de mortalidade por suicídio por meio de fatores variados prevalentes como gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, local do ocorrido e meios empregados para o suicídio nesta região. É uma pesquisa quantitativa descritiva exploratória. Dados de mortalidade e suicídio, foram obtidos no banco de dados brasileiro do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dos municípios pertencentes a região da AMUREL, entre os anos de 1996 e 2011, anos estes que se encontram dados registrados. Ocorreram 327 mortes por suicídio neste período, sendo que destes, 265 eram homens e 62 mulheres, 4,2:1 é a proporção de mortes dos homens em relação as mulheres. O coeficiente de mortalidade por suicídio na região entre 1996 e 2011, é de 7,8/100.000 hab. Acometendo na maioria população entre 40 e 49 anos (24,2%), em indivíduos de baixa escolaridade, de 1 a 3 anos de estudo (19,3%), de raça branca (84,1%), tendo como método mais utilizado foi o classificado pela CID-10, X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação com incidência de 69,7%, com a maior incidência no domicílio (63%). Os dados coletados corroboram com outras caracterizações realizadas no Estado de Santa Catarina e na Região Sul do Brasil, indicando o dobro da incidência em âmbito nacional. A pesquisa alerta para a criação de mais ações de prevenção para melhoria de qualidade de vida da população e diminuição dos índices atuais.

Palavras-chave: Caracterização Epidemiológica; Suicídio; AMUREL.

ABSTRACT

Because of the phenomenon to characterize suicide as a public health problem due to the frequency in which it is occurring, this study sought to characterize epidemiological deaths by suicide in the Association of Municipalities of Laguna Region - AMUREL 1996 to in 2011. In order to describe these characteristics by calculating the total mortality by suicide in the municipalities, identifying the incidence of suicide mortality through various prevalent factors such as gender, age, marital status, education, place of the event and means used for suicide in this region. It is a descriptive exploratory quantitative research. And suicide mortality data were obtained from the database of the Brazilian Mortality Information System (SIM), the Department of the Unified Health System (DATASUL), the municipalities belonging to the region AMUREL, between the years 1996 and 2011 years that these data are recorded. There were 327 deaths by suicide in this period, and of these, 265 were men and 62 women, 4,2:1 is the proportion of deaths of men towards women. The mortality rate from suicide in the region between 1996 and 2011 is 7.8 / 100,000 inhabitants. Affecting mostly people between 40 and 49 years (24.2%), individuals with low education, 1-3 years of schooling (19.3%), White (84.1%), with the method used was classified by ICD-10 X70 Intentional self injury by hanging, strangulation and suffocation with an incidence of 69.7%, with the highest incidence in the household (63%). The collected data corroborate other characterizations performed in the State of Santa Catarina, in southern Brazil, indicating twice the incidence nationwide. The research points to the creation of more preventive actions to improve quality of life and reduction of current rates.

Keywords: Epidemiological characterization; Suicide; AMUREL.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de mortes por suicídio nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	23
Tabela 2 – Evolução populacional nos municípios da AMUREL por meio dos Censos realizados entre 1996 e 2010.....	24
Tabela 3 – Coeficiente de mortalidade por suicídio na região da AMUREL entre 1996 e 2011 a cada 100.000 habitantes.....	25
Tabela 4 – Mortalidade por suicídio por gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	26
Tabela 5 - Mortalidade por suicídio por faixa etária e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	27
Tabela 6 - Mortalidade por suicídio por escolaridade e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	28
Tabela 7 - Mortalidade por suicídio por estado civil e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	29
Tabela 8 - Mortalidade por suicídio por raça e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	30
Tabela 9 – Classificação Internacional de Doenças – X60 a X84 Lesões Autoprovocadas Voluntariamente.....	31
Tabela 10 - Mortalidade por suicídio por método utilizado e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	32
Tabela 11 - Mortalidade por suicídio por local da ocorrência e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMUREL – Associação dos Municípios da Região de Laguna

CID-10 – Décima Edição Revisada da Classificação Internacional de Doenças

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 Suicídio	13
2.1.1 Estudos epidemiológicos do suicídio	15
2.1.2 Os métodos mais utilizados para o suicídio.....	20
3 METODOLOGIA.....	22
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.1 Coeficiente de mortalidade por suicídio.....	24
4.2 Gênero e suicídio.....	26
4.3 Faixa etária e suicídio.....	27
4.4 Escolaridade e suicídio.....	28
4.5 Estado civil e suicídio.....	29
4.6 Raça e suicídio.....	30
4.7 Método utilizado para o suicídio.....	31
4.8 Local da ocorrência do suicídio.....	33
5 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

O suicídio caracteriza-se, nos dias de hoje, como uma questão de saúde pública não havendo uma única causa ou razão para o problema, resultando de uma complexa e múltipla interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (SEHNEM & PALOSQUI, 2012).

Suicídio deriva da palavra latina “auto-assassínio”. Se bem-sucedido, é um ato fatal que representa o desejo de morrer. Há uma variação, entretanto, entre pensar em suicídio e expressá-lo na ação. Algumas pessoas têm ideias de suicídio que nunca levarão adiante; outras planejam durante dias, semanas ou mesmo anos antes de agir; e outras ainda tiram a própria vida em um impulso, sem premeditação (KAPLAN, SADOCK e GREEB, 2007, p. 972).

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos; a maioria corresponde às faixas mais jovens da população, entre 15 e 35 anos. No ano de 2000, um milhão de pessoas cometeram suicídio, uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada três segundos.

Os impactos psicológicos e sociais do suicídio são imensuráveis, contudo pode ser prevenido se identificada a população de risco.

No Brasil as causas externas contribuem com 12,5% da taxa de mortalidade anual, aproximadamente 138 mil óbitos. Falando especificamente do suicídio, o Brasil está entre os 10 países do mundo no *ranking*, cerca de 8.000 casos por ano. Acrescente-se a isso que muitas mortes não são registradas como suicídio, sem contar as tentativas infrutíferas de autoextermínio, que acontecem em uma esfera 10 vezes superior aos casos consumados (MASCARENHAS et al., 2010).

Brzozowski, Soares, Benedet et al. (2010) identificaram que no período de 1980 a 2005 a taxa média de suicídio no Brasil foi de 4,12 por 100 mil habitantes, variando de 6,45 por 100 mil habitantes entre homens a 1,80 por 100 mil habitantes entre mulheres, com tendência a ascensão entre os homens e declínio entre as mulheres, concluindo que o suicídio aumentou com o avanço da idade em ambos os sexos. De maneira geral para todas as faixas etárias e para ambos os sexos, as

maiores taxas foram encontradas em São Paulo e nos estados das regiões Sul e Centro-oeste.

Estudos de Schmitt, Lang, Quevedo et al. (2008) revelam um coeficiente no estado de Santa Catarina que gira em torno de 7/100.000 habitantes, o que representa quase o dobro da média nacional de 4,5/100.000.

Constata-se uma escassez de trabalhos recentes referentes ao suicídio no estado de Santa Catarina. Esta pesquisa vem ao encontro a essa necessidade e busca apresentar características epidemiológicas de óbitos por suicídio na abrangência da Associação de Municípios da região de Laguna - AMUREL, que engloba 18 municípios, localizados na Região Sul do Estado de Santa Catarina, no intuito de, a partir, da caracterização ressaltar a importância de se trabalhar preventivamente, sendo a única forma efetiva de enfrentar o problema e de melhorar a qualidade de vida da população.

É importante conhecer as variáveis epidemiológicas envolvidas no suicídio consumado para que se possa estabelecer uma mensuração mais confiável do risco de suicídio, e para isso é necessário que haja um efetivo registro epidemiológico padronizado em um banco de dados, pois de acordo com Cassorla (1998, p.42) “os registros de óbito por suicídio são duas ou três vezes menores que os reais”. É a qualidade dos dados disponibilizados que limitam as pesquisas sobre mortalidade por suicídio, Souza et al. (2011) afirma que a distorção nas notificações variam no tempo e no espaço e alteram a veracidade dos dados em 20%.

Neste sentido, mais estudos são necessários, com o objetivo de produzir informações que colaborem na formulação de estratégias para a redução da morbimortalidade da população, reduzindo as taxas de suicídios no Brasil.

A partir disto esta pesquisa procurou realizar a caracterização epidemiológica de óbitos por suicídio na região da Associação de Municípios da Região de Laguna – AMUREL de 1996 à 2011. Com o objetivo de descrever estas características calculando a mortalidade total por suicídio nos municípios, identificando a incidência de mortalidade por suicídio por meio de fatores variados prevalentes como gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, local do ocorrido e meios empregados para o suicídio nesta região.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Suicídio

O suicídio, segundo Vieira (2009), é definido como o ato proposital de tirar a própria vida, iniciado e conduzido ao fim, por uma pessoa com experiência ou expectativa de consequência fatal. Conforma-se como uma ação consciente de autodestruição que abrange a tríade: “vontade de morrer, de ser morto e de matar”.

Classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma agressão auto imposta, o suicídio é um ato humano em que o sujeito é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto desse fenômeno complicado, que abrange o Inter jogo de inúmeras variantes do dia- a -dia e remete o indivíduo à imagem máxima da violência, ou seja, o assassinato de si mesmo.

Segundo a American Psychiatry Association (2004) entende-se como suicídio a morte autoprovocada, com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer. Para Werlang e Botega (2004), a palavra suicídio possui várias definições, cuja ideia central encontra-se no ato de “terminar com a própria vida”, agregada a ideias menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e a letalidade do ato.

O suicídio pode ser entendido pelo indivíduo que o comete ou, que faz a tentativa como uma forma de se livrar dos seus problemas, considerando que o mesmo, neste momento, pode estar passando por desequilíbrio biopsicossocial.

O suicídio não é um ato aleatório ou sem finalidade, pelo contrário se trata do escape de algum problema ou crise que esta causando, invariavelmente, intenso sofrimento estando associado com necessidades frustradas ou não satisfeitas sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e um estresse insuportável, um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga; a pessoa suicida emite sinais de angústia (KAPLAN, SADOCK e GREEB, 2007, p. 972).

Em sua definição Cassorla (1998), relata o suicídio como a morte de si mesmo com desejo de tirar a sua vida,

chama-se suicídio todo 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, passando a ser usado (DURKHEIM, 2004, p.15).

Para Bahls e Botega (2007), a palavra suicídio surge no século XVII, passando a ser usado no auge do Iluminismo, podendo ser definida como uma morte auto infligida, causada de modo intencional, normalmente, representa uma atitude do paciente da intenção de suicídio, segundo Dyck (1991, apud BAHLS e BOTEGA, 2007), a ideação suicida varia na ausência de projetos de vida, dando espaço para pensamentos de morte.

[...] a pessoa que se mata não quer necessariamente morrer, pois não sabe o que seja isso. A pessoa se mata porque deseja uma outra forma de vida, fantasiada, na terra ou em outro mundo, mas na verdade, essa outra forma de vida está em sua mente (CASSORLA, 1998, p 10).

Há possibilidades que em certos números de casos suicidas aconteça primeiro a ideação suicida, podendo gerar em ameaças e tentativas refletindo no ato suicida. Bahls e Botega (2007) comentam que as tentativas de suicídio são atos intencionais de auto agressão que não resultam em morte. A tentativa engloba atitudes e comportamentos dos mais variados e agressivos; o suicídio é diferente da tentativa do suicídio. Neste, o indivíduo que faz a tentativa geralmente reconhece que a sua tentativa não seria fatal, porém está sinalizando por um comportamento que algo de errado está acontecendo com ele.

Segundo Cassorla (1998), ao refletir sobre o que pode provocar e contribuir para a morte percebe-se que a questão toma uma amplitude maior, podendo incluir muitos atos e comportamentos e esses podem ser inconscientes e conscientes, ou suicídio total e parcial. No suicídio parcial o indivíduo mata uma parte de si, podendo ser consciente, exemplo: as automutilações, ou inconscientes, que são as doenças ou o mau funcionamento de algum órgão do corpo, considerando também o desequilíbrio emocional.

Segundo Santos (2008), quando a pessoa chega ao suicídio de fato, já ocorreram diversas mortes parciais. Suas potencialidades estão quase todas mortas, quando ocorre a morte física. Ao compreender o suicídio, é importante entender que não existe uma causa determinante ou um único fator para o seu acontecimento,

mas sim é relevante considerar uma relação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociais. Sendo um ato no qual o sujeito tem a intenção de tirar a própria vida, o mesmo pode recorrer alguns métodos autodestrutivos, inconsciente ou consciente, lento ou crônico.

Quando tem-se uma notícia de suicídio, pode vir em mente quais foram os motivos que levaram a pessoa a se suicidar, quem é o culpado ou responsável por aquele ato naquele momento, surgindo muitos questionamentos. Segundo Cassorla (1998), geralmente as respostas finais, as quais podem levar ao suicídio, são apenas uma gota d'água, desencadeado de uma longa história de vida, carregada de emoções, vivências e conflitos que geralmente são advindos da infância.

2.1.1 Estudos epidemiológicos do suicídio

O suicídio pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém segundo Kaplan, Sadock e Greeb (1997) o suicídio é a terceira causa de morte em adolescentes de 15 aos 24 anos. A teoria do estresse argumentaria que a adolescência é um período de rápidas mudanças físicas, emocionais, intelectuais e sociais, e que as mudanças geram muitos conflitos. Fato que se confirma na atualidade com um estudo realizado por Ores, Quevedo, Jansen et al. (2012), de base populacional realizado com uma amostra de 1.560 jovens, de 18 a 24 anos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, mostrou que a prevalência de risco de suicídio entre jovens foi de 8%.

Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos (OMS, 2000)

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto, como podemos ver pelos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo Brasil (2006):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.

- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação.
- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.

Puel (2006), baseada no Seminário de Prevenção ao Suicídio ocorrido em Porto Alegre neste mesmo ano, relata dados epidemiológicos do suicídio discutidos, afirmando que:

- Dos suicídios consumados 35,8%, da população geral, possuíam algum transtorno de humor e 22,4% algum transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas, principalmente, álcool;
- A taxa mortalidade por suicídio no Brasil em 1994 apontava 3,9% aumentando após 10 anos em 2004 para 4,5%;
- Em 2004 a taxa de mortalidade por suicídio na região sul indicava 9,88% no Rio Grande do Sul, 7,42% em Santa Catarina e 6,75% no Paraná. Observando as características da região como: influência europeia, clima frio, bons indicadores de educação, saúde e desenvolvimento;
- Em Santa Catarina em 2004 indicava-se que a cada 100.000 homens 12 morriam por suicídio, e a cada 100.000 mulheres 2,9 morriam por suicídio.
- Essas taxas de mortalidade colocavam Santa Catarina em 5º lugar dentre os 27 Estados Brasileiros na mortalidade de homens por suicídio e em 6º lugar na mortalidade de mulheres por suicídio.

Segundo Quevedo, Schmitt , Kapczinski (2008, p.182-183):

Estudos epidemiológicos internacionais (Austrália e Estados Unidos) apontam que o risco de ocorrência de uma tentativa de suicídio na população geral é cerca de seis vezes maior entre os indivíduos que em algum momento, apresentaram ideação suicida. Além disso a tentativa de suicídio anterior é o principal fator de risco para o suicídio consumado (morte).

Botega et al. (2005) aponta que as taxas de prevalência de ideação suicida e tentativa de suicídio encontram-se em torno de 17,1 e 2,7%, respectivamente. No Brasil, ao serem analisadas as taxas de suicídio consumado, observou-se que a incidência anual situa-se entre 3 e 4 por 100 mil habitantes, enquanto, nos Estados Unidos, está em 10 por 100mil e chega até a 40 por 100 mil em alguns países da Europa (MELLO-SANTOS et al., 2005). O Brasil está entre os 10 países com os maiores índices de morte por suicídio, com números próximos a 6 mil casos por ano (QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008).

Os estudos disponíveis no estado de Santa Catarina, indicam que o coeficiente de mortalidade por suicídio neste estado gira em torno de 7/100.000 habitantes, o que representa o dobro da média nacional (SCHMITT, LANG, QUEVEDO et al., 2008).

De acordo com Lovisi et al (2009), os percentuais de mortes por suicídio relacionados as características sociodemográficas e clínicas-epidemiológicas, analisadas entre 1980 e 2006, apresentam números expressivos, 77,3% em homens, 34,2% com idade entre 20 e 29 anos, 44,8% sem companheiro/companheira e 38,2% com pouca educação formal. Reforçando que os principais riscos de suicídio encontram-se em “histórico familiar de suicídio, forte intenção suicida, eventos estressantes, características sociodemográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional” (p.87).

Minghetti e Kanan (2011) realizaram um estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 e 2010 e destacaram que a relação entre escolaridade e suicídio é relativa, pois o número de suicídios cometidos por indivíduos com nenhum grau de escolaridade são mais baixos que o dados coletados sobre indivíduos que possuam de 1 a 3 anos de estudo ou 4 a 7 anos. Concluindo que quanto maior o grau de escolaridade maior o risco, discordando de outros estudos que sugerem que a escolaridade é um fator de proteção.

Segundo Ascari e Perin (2013), que realizaram um estudo sobre suicídios por causas externas no município de Chapecó-SC entre 2001 e 2010, a proporção por gênero encontrada foi de 2,93 homens para cada mulher que se suicida. A faixa etária de 20 a 29 anos, obteve 26,15% do total dos suicídios. Quanto à raça, 92,31% dos suicidas eram brancos, quanto ao meio utilizado, 73,08% suicidaram-se por enforcamento. O coeficiente de mortalidade geral por causa variou de 4,92 a 12,41

suicídios para cada 100 mil habitantes. A média foi de 7,61 suicídios 100.000 habitantes.

Um estudo realizado por Sehnem e Palosqui (2011) para descrever as características epidemiológicas do suicídio nas regiões das Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional de Santa Catarina, no período de 2009, os resultados mostraram que os homens cometem mais suicídio, a faixa etária com maior número de mortes por suicídios compreende entre 40 e 50 anos, o enforcamento apareceu como método mais utilizado em ambos os sexos e pessoas casadas cometem mais o ato suicida.

Kliemann (2007) realizou um estudo epidemiológico de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis de 1991 a 2005, baseado em 671 casos ocorridos neste período, relatando que a faixa etária acometida é a de 20 a 29 anos, sendo maioria vítimas do sexo masculino, ocorrendo mais óbitos nos finais de semana e nos meses de verão. Concluindo que o suicídio é um problema crescente em nossa sociedade, em especial entre homens em idade produtiva.

Foi realizado um estudo para avaliar a prevalência de suicídio no período de 2001 a 2005, em indivíduos procedentes da Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL), que compreende os municípios de Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Pedras Grandes, Pescaria Brava, Rio Fortuna, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treza de Maio e Tubarão, dentre os 98 casos ocorridos no período, a idade média dos suicidas pesquisados ficou em 44 anos, com predomínio do sexo masculino (79,6%), as profissões mais frequentes foram serviços gerais e agricultor, a taxa de prevalência mais alta entre os municípios está em Grão Pará que obteve a marca de 20,2 suicídios por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade média por suicídio na região da AMUREL foi de 7,9 por 100.000 habitantes nos cinco anos estudados (VIANA, ZENKNER, SAKAE et al., 2008).

Um estudo brasileiro sobre a epidemiologia do suicídio, realizado por Mello-Santos et al. (2005), indica que os indivíduos do sexo masculino suicidaram-se cerca de 2,3 a 4 vezes mais do que as mulheres. Entretanto, a ideação suicida parece ser maior entre as mulheres do que entre os homens, tanto no Brasil quanto em outros países.

Há uma escassez no que se refere a estudos que correlacionem o ato suicida as raças dos indivíduos. Waiselfisz (2011) relata que o suicídio de jovens

brancos cresce 8,6% entre 2002 e 2008, enquanto o de negros aumenta 51,3%. Entre os jovens, o suicídio de brancos até cai levemente, -2,8%, enquanto entre negros o suicídio cresce 29,4%. Segundo Cataldo et al. (2003), no Brasil onde existe maior miscigenação de raças, é a maior a tendência de suicídios nas pessoas brancas. Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997) a predominância dos suicídios ocorre em homens brancos e, pequenas taxas entre negros, enquanto no mundo ocorre um aumento significativo de suicídios de imigrantes estrangeiros.

Souza et al. (2011) afirma que a maioria dos casos de suicídio em relação ao local de ocorrência, verifica-se que a grande maioria, cerca de 80% dos casos ocorrem no próprio domicílio, seguindo de locais próximos a residência.

Klerman (1987) e Van Heeringer (2001, apud BAHLS E BOTEAGA, 2007) em estudo de autópsia psicológica identificaram várias doenças psiquiátricas como fator de risco, principalmente depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias e transtorno de borderline nos adolescentes.

O suicídio apresenta relação com transtorno mental; e o risco de suicídio está aumentado em quase todos os transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o diagnóstico mais associado com o comportamento suicida. Calcula-se que entre 50% a 75% dos casos acontecem quando a pessoa está sofrendo dessa patologia. A mortalidade por suicídio relacionado aos transtornos mentais acontece de forma variada, sendo em 20% em transtorno bipolar, 2 a 18% em alcoolismo, 15% em depressão unipolar, 10% em esquizofrenia e de 5 a 10% em pessoas com transtorno de personalidade borderline ou antissocial (BAHLS E BOTEAGA, 2007).

[...] para chegar ao ato suicida muitas particularidades devem ser consideradas, desde os transtornos mentais, alcoolismo, doenças crônicas, principalmente as degenerativas ou as dolorosas, estrutura familiar, tolerância a frustrações, até o meio em que vive, tanto social como cultural ou religioso (SANTOS, 2008, p. 113).

Para Kaplan, Sadock e Grebb (2007), dados confirmam que até 50% dos suicidas alcoólicos vivenciaram a perda de um relacionamento afetivo íntimo até um ano anterior do ato suicida, existindo a possibilidade deste término de relacionamento e outras situações perturbadoras possam ser advindas da presença da dependência do álcool que colabora para o desenvolvimento de sintomas de transtorno de humor e que pessoas que foram casadas apresentam maior tendências ao suicídio do que aquelas que nunca casaram. De 100.000 pessoas 24

suicídios entre os viúvos; 40 suicídios entre os divorciados, e 69 suicídios entre os divorciados homens e 18 suicídios para as mulheres divorciadas.

O mesmo comenta que sete doenças podem aumentar o risco de suicídio como: epilepsia, esclerose múltipla, traumatismo craniano, doença cardiovascular, Coréia de Huntington, demência e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), todas essas interferem significativamente no humor, podendo desenvolver um transtorno.

Diversos estudos, como relata Souza et al. (2001), comprovam a existência de fatores associados ao suicídio, principalmente os socioeconômicos, nesse sentido a baixa escolaridade, a viuvez, perda de uma pessoa querida, separação, desentendimentos familiares e solidão aumentam o risco do suicídio, Para Cassorla (1998) um dos motivos que pode levar o indivíduo a cometer o suicídio é o desequilíbrio na relação dos fatores individuais com os sociais pode desencadear o suicídio, geralmente acontece com pessoas de nível econômico superior, sendo conhecido por seu *status*, poder, fama e, se a pessoa estiver vivendo um momento de falência em suas condições financeiras e sociais, isso pode desenvolver um estado de depressão, e se acontecer a pessoa não reconhecer que precisa de ajuda, os sintomas da depressão se agravarão e o suicídio aparece como uma solução e alívio para os seus problemas.

2.1.2 Os métodos mais utilizados para o suicídio

Para concretização do suicídio, as pessoas recorrem a alguns métodos, estando esses presentes ao seu meio e facilitando o acontecimento. É interessante ressaltar que o método pode se diferenciar de acordo com o gênero.

Para Grossi e Vansan (2002, apud BAHLS E BOTEGA, 2007), os métodos mais comuns usados são: armas de fogo, instrumentos cortantes e penetrantes, envenenamento, enforcamento, precipitação de altura, atear-se fogo, atirar-se sob veículos em movimento.

Existe uma diferença na escolha do método utilizado para o suicídio entre o sexo masculino e feminino. O sexo masculino possui uma preferência por meios mais violentos, e o sexo feminino prefere escolher outros métodos não tão violentos, porém esta diferença está começando a sofrer mudanças, pois as mulheres já estão aderindo a métodos mais violentos. No Brasil os dados oficiais apontam que o

método mais utilizado para o suicídio é a arma de fogo e o envenenamento. A literatura médica internacional aponta dois métodos de suicídio altamente letais, sendo um o suicídio por queimaduras e a outra forma de suicídio é a morte por intoxicação por inseticidas, exemplo: raticidas (ANDREASESEN, BLACK, 2001; PALHARES, BAHLS, 2003 apud BAHLS E BOTEGA, 2007).

Aos métodos de suicídio utilizados, dados oficiais apontam o enforcamento com o mais prevalente no Brasil, seguido por lesões por arma de fogo e envenenamento. Entre os homens, o uso de armas de fogo e o enforcamento são as principais formas de suicídio utilizadas. Já entre as mulheres o envenenamento aparece como o método mais frequente. Lembrando que esses dados se referem ao suicídio consumado e não as tentativas (QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008).

Peixoto (2001) realizou estudo referente a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Diagnóstico do Problema em Santa Catarina, e tratou da mortalidade por causas externas, concluindo que no Estado o enforcamento é o meio pelo qual mais catarinenses tiram sua própria vida, respondendo por 71,2 % dos meios especificados. Em seguida, com 17,1% aparecem as armas de fogo. Com uma importância bem menor, aparecem as autointoxicações, por medicamentos e drogas, por pesticidas, gases e vapores e os afogamentos, representando, respectivamente, 3,4%, 2,2% e 2% do total de suicídios.

Devido ao aumento de casos de suicídio nos últimos tempos e aos comportamentos e métodos de suicídio os quais podem ser repetidos, foram criadas algumas estratégias para a sociedade ficar atenta quando surgirem ameaças de suicídio.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada é uma pesquisa quantitativa descritiva exploratória. Dados de mortalidade e suicídio, foram obtidos no banco de dados brasileiro do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dos municípios pertencentes a região da AMUREL, entre os anos de 1996 e 2011, anos estes que se encontram dados registrados.

Após a coleta, os dados foram classificados de forma sistemática, de acordo com os seguintes passos: seleção, codificação e tabulação. A partir disso foi realizada uma análise estatística, que quantificou os dados coletados para posterior análise e interpretação. O coeficiente de mortalidade por suicídio foi calculado por meio do número de óbitos por suicídio por município, multiplicado por 100 mil habitantes (variável base de todos os estudos que embasaram esta pesquisa), dividido pela na população residente no ano pesquisado.

A análise e interpretação dos dados coletados procederam a luz do marco teórico.

Os dados a serem analisados fazem parte das bases nacionais de informação em saúde de acesso público por meio do sítio do DATASUS, onde existe a omissão da identificação dos sujeitos.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram coletados dados por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dos óbitos por causas externas, classificados pela CID-10 entre X60 e X84 como lesões autoprovocadas voluntariamente, das cidades pertencentes a Associação de Municípios da Região de Laguna – AMUREL (Armazém, Braço do Norte, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Pedras Grandes, Pescaria Brava, Rio Furtuna, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treze de Maio e Tubarão) entre o período de 1996 à 2011. Nesta base de dados as variáveis pesquisadas foram: gênero, faixa etária, raça, escolaridade, estado civil, local da ocorrência e método utilizado.

Dentre as cidades citadas, a única que não constava nenhum dado registrado foi o município de Pescaria Brava, por ser um município com pouco tempo de emancipação. No período pesquisado ocorreram no total 327 mortes por suicídio, sendo as cidades de Tubarão e Laguna com maior número de casos e os anos de 2010 e 2011 com maior índice de mortes por lesões autoprovocadas, conforme tabela abaixo.

RELAÇÃO MORTES POR SUICÍDIO POR MUNICÍPIO DA AMUREL AO ANO																	
Municípios/Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Armazém	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	2	-	7
Braço do Norte	1	1	3	1	1	-	2	2	2	2	7	1	4	2	1	3	33
Capivari de Baixo	1	-	-	-	1	-	-	1	2	1	2	1	-	-	-	-	9
Grão Pará	-	-	1	1	1	1	1	1	3	-	1	1	1	-	1	2	15
Gravatal	1	2	-	2	-	-	3	-	1	3	1	1	4	-	-	2	20
Imaruí	-	-	-	-	-	1	1	2	-	2	-	2	1	1	-	-	10
Imbituba	-	4	-	2	3	-	1	1	-	2	2	2	2	2	7	3	31
Jaguaruna	-	-	-	1	1	1	-	1	-	2	-	1	-	2	2	1	12
Laguna	2	8	-	1	-	6	2	3	3	2	3	-	5	2	6	2	45
Pedras Grandes	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	6
Rio Fortuna	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	1	-	1	2	-	1	9
Sangão	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	5
Santa Rosa de Lima	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	1	-	-	-	5
São Ludgero	1	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	2	1	9
São Martinho	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	4
Treze de Maio	1	-	1	1	-	2	1	3	-	-	-	-	-	1	1	-	11
Tubarão	9	6	5	3	5	5	3	3	7	5	5	6	5	6	12	11	96
Total	18	22	12	15	14	18	16	18	22	24	22	17	26	21	35	27	327

Tabela 1 – Relação de mortes por suicídio nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

Por meio destes dados podemos observar que pela somatória do número de suicídios há um aumento significativo nos últimos dois anos, corroborando com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) que afirma que a mortalidade por suicídio vem aumentando com o passar dos anos. Este fato nos leva a refletir dois pontos: houve um aumento gradativo de mortes por suicídio ou está havendo uma efetiva notificação dos casos, podendo não haver mais omissões de registros.

4.1 Coeficiente de mortalidade por suicídio

Para obter coeficiente de mortalidade por suicídio nos municípios da região estudada, da AMUREL, precisamos, além da quantidade de suicídios ocorridos por município da região ao ano, coletar os dados da evolução populacional coletados pelos Censos de 1996, 2000, 2007 e 2010, para calcular a taxa de mortalidade por suicídio por município e da região da AMUREL ao ano e no período pesquisado. Segue abaixo dados coletados:

EVOLUÇÃO POPULACIONAL MUNICIPIOS AMUREL				
	1996	2000	2007	2010
Armazém	6.427	6.873	7.312	7.753
Braço do Norte	20.117	24.802	27.730	29.018
Capivari de Baixo	17.243	18.561	20.064	21.674
Grão Pará	5.823	5.817	6.051	6.223
Gravatal	8.831	10.799	10.510	10.635
Imaruí	13.790	13.404	11.675	11.672
Imbituba	32.776	53.700	36.231	40.170
Jaguaruna	13.384	14.613	15.668	17.290
Laguna	43.750	47.568	50.179	51.562
Pedras Grandes	5.046	4.921	4.817	4.107
Rio Fortuna	4.220	4.320	4.468	4.446
Sangão	6.771	8.128	10.300	10.400
Santa Rosa de Lima	1.873	2.007	2.031	2.065
São Ludgero	7.466	8.587	10.246	10.993
São Martinho	3.315	3.274	3.194	3.209
Treze de Maio	6.263	6.716	6.599	6.876
Tubarão	83.433	88.420	92.569	97.235
Total	280.528	322.510	319.644	335.328

Tabela 2 – Evolução populacional nos municípios da AMUREL por meio dos Censos realizados entre 1996 e 2010. Fonte: IBGE

Obtivemos o coeficiente de mortalidade por suicídio calculando a quantidade de suicídios ocorridos naquele ano dividido pelo número de habitantes, consultados pelo Censo realizado em 1996, 2000, 2007 e 2010, e multiplicado pela variável determinada a cada 100.000 habitantes, e, assim, obtivemos as taxas abaixo descritas:

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR SUICIDIO NOS MUNICIPIOS DA AMUREL A CADA 100.000 HABITANTES																	
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Média
Armazém	0	0	16	0	0	15	0	0	15	15	0	0	0	14	26	0	6,14375
Braço do Norte	4,9	4,9	15	4,9	4	0	8	8	8	8	28	3,6	14	7,2	6,8	0	7,8625
Capivari de Baixo	5,7	0	0	0	5,3	0	0	5,3	11	5,3	11	4,9	0	0	0	0	2,99375
Grão Pará	0	0	17	17	17	17	17	17	52	0	17	17	17	0	16	32	15,775
Gravatá	11	23	0	23	0	0	28	0	9,2	28	9,2	9,5	38	0	0	19	12,2875
Imaruí	0	0	0	0	0	7,4	7,4	15	0	15	0	17	8,5	8,5	0	0	4,91875
Imbituba	0	12	0	6,1	12	0	3,8	3,8	0	7,7	7,7	5,5	5,5	5,5	17	7,5	5,89125
Jaguaruna	0	0	0	7,4	6,8	6,8	0	6,8	0	14	0	6,3	0	13	12	5,7	4,85
Laguna	4,5	18	0	2,2	0	13	4,2	6,3	6,3	4,2	6,3	0	9,9	3,9	12	3,8	5,875
Pedras Grandes	19,8	20	0	0	20	0	0	0	0	20	0	0	0	21	0	24	7,0266667
Rio Fortuna	0	0	0	0	0	23	23	23	0	23	23	0	22	45	0	22	12,80625
Sangão	0	0	15	0	12	0	0	0	0	0	0	0	9,7	0	9,6	0	2,89375
Santa Rosa de Lima	0	0	0	0	0	0	50	0	0	50	0	98	49	0	0	0	15,45
São Ludgero	13	0	0	23	0	0	0	0	23	0	0	0	0	9,7	18	9	6,03125
São Martinho	0	0	0	30	0	0	0	0	31	31	0	0	31,3	0	0	0	6,0733333
Treze de Maio	16	0	16	16	0	30	15	45	0	0	0	0	0	15	15	0	10,38125
Tubarão	11	7,1	5,9	3,5	5,6	5,6	3,3	3,3	7,9	5,6	6,6	6,4	5,4	6,4	12	11	6,68125
Total	4,1	5	4,9	7,8	4,9	6,9	9,4	7,8	9,5	13	6,4	9,9	11	8,7	8,4	7,9	7,8788971

Tabela 3 – Coeficiente de mortalidade por suicídio na região da AMUREL entre 1996 e 2011 a cada 100.000 habitantes.

Podemos perceber que por ano, o maior coeficiente de mortalidade por suicídio na região da AMUREL registra-se no ano de 2005 (13/100.000hab.) correspondendo a quase o dobro da média do coeficiente do Estado de Santa Catarina (7/100.000 hab.) e o triplo da média nacional (4,12/100.000 hab.), e o menor no ano 1996 (4,1/100.000 hab.) equivalente a média atual no âmbito nacional.

Para descrever o coeficiente por município da AMUREL entre o período pesquisado, 1996 a 2011, foi realizada uma média entre os coeficientes calculados no decorrer destes 15 anos, sendo que para região a taxa gira em torno de 7,8 mortes por suicídio a cada 100.000 hab. Por meio destes coeficientes podemos observar que os municípios que apresentaram as maiores taxas em relação ao

número de habitantes foram Grão-Pará (15,7/100.000 hab.) e Santa Rosa de Lima (15,4/100.000 hab.) seguido Rio Fortuna (12,8/100.000 hab.) e Gravatal (12,2/100.000). Estas taxas encontram-se bem acima da média brasileira de 4,12/100.000 hab. (BRZOWSKI, SOARES, BENEDET et al. 2010). E em relação ao coeficiente do Estado de Santa Catarina que gira em torno de 7/100.000 hab., estes municípios acima citados correspondem ao dobro da taxa estadual, mas o coeficiente de mortalidade por suicídio calculado para a região que abrange os municípios da AMUREL, esta taxa é equivalente a média do Estado. Todos os três municípios possuem número de habitantes abaixo de 10 mil, e todos os três colonizados por imigrantes europeus, na grande maioria alemães, corroborando com a observação realizada por Viana, Zenkner, Sakae et al. (2008) atentando ao fato de que a região estudada é composta por imigrantes europeus e por esta razão acaba herdando a cultura de seus países de origem, fazendo com que os altos índices de mortalidade nestas cidades se pareça com as taxas europeias.

4.2 Gênero e suicídio

No que se refere a mortalidade por suicídio e gênero na abrangência da AMUREL, podemos observar a tabela abaixo:

SUICÍDIO POR GÊNERO NA AMUREL			
Masculino		Feminino	
1996-2011	Porcentagem	1996-2011	Porcentagem
265	81%	62	19%

Tabela 4 – Mortalidade por suicídio por gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

Observando a Tabela 4 podemos concluir que 81% dos suicídios ocorridos na região da AMUREL entre o período de 1996 e 2011 foram por indivíduos do sexo masculino apenas 19% pelo sexo feminino, estes dados vão ao encontro dos estudos realizados onde há uma tendência a ascensão do número de casos de mortes por suicídio entre os homens (BRZOWSKI, SOARES, BENEDET et al., 2010), corroborando com os dados já levantados no Estado de Santa Catarina em que indica a maioria das vítimas sendo do sexo masculino, em que a cada 12

homens que cometem suicídio há 3 casos entre as mulheres (PUEL, 2006; SEHNEM, PALOSQUI, 2011; KLIEMANN, 2007; VIANA, ZENKNER, SAKAE et al, 2008).

4.3 Faixa etária e suicídio

A Tabela 3 traz um comparativo em relação a faixa etária dos suicídios ocorridos na região da AMUREL entre 1996 e 2011, os dados pesquisados encontravam-se classificados de 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, dividindo posteriormente em sexo masculino e feminino, identificando a faixa etária de maior incidência entre os mesmos.

SUICÍDIO NA AMUREL POR FAIXA ETÁRIA ENTRE 1996 E 2011						
FAIXA ETÁRIA	Geral		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
15 a 19 anos	13	4%	12	4,60%	1	1,60%
20 a 29 anos	55	16,80%	44	16,60%	11	17,70%
30 a 39 anos	61	18,60%	51	19,20%	10	16,20%
40 a 49 anos	79	24,20%	61	23%	18	29%
50 a 59 anos	48	14,70%	37	14%	11	17,70%
60 a 69 anos	43	13,20%	36	13,50%	7	11,30%
70 a 79 anos	23	7%	19	7,20%	4	6,50%
80 anos +	5	1,50%	5	1,90%	0	0%
Total	327	100%	265	100,00%	62	100,00%

Tabela 5 - Mortalidade por suicídio por faixa etária e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

Podemos observar que a maior incidência encontra-se na população entre 40 e 49 anos, totalizando 24,2% na população geral, 23% entre os homens e 29% entre as mulheres, sendo que logo na sequência surge a população entre 30 a 39 anos e 20 a 29 anos, totalizando 18,6% e 16,8%, respectivamente, na população geral. Podemos afirmar que tais dados referem que a incidência do suicídio vem acometendo a população economicamente ativa, como também enfatizou Kliemann (2007). Dados estes que corroboram com as estimativas da OMS (2000) que estimam que a maioria dos casos correspondem as faixas mais jovens da população, mas nesta região as porcentagens equivalentes a população entre 15 e 19 anos, que tem sido destacada em alguns estudos, é relativamente baixa se

comparado ao estudo realizado por Ores, Quevedo, Jansen et al. (2012) sobre o risco de suicídio em jovens de 18 a 24 anos. Em contrapartida corrobora com o estudo de Sehnem e Palosqui (2011) que descreveu as características epidemiológicas do suicídio em Santa Catarina, afirmando que a faixa etária com maior número de mortes por suicídio compreende a população entre 40 e 50 anos, e até mesmo com o estudo já realizado sobre prevalência do suicídio na região da AMUREL, onde a idade média dos suicídios pesquisados ficou em 44 anos (VIANA, ZENKNER, SAKAE et al., 2008).

4.4 Escolaridade e suicídio

Em relação a escolaridade dos indivíduos que cometeram suicídio na região da AMUREL entre 1996 e 2011, os dados pesquisados estavam já classificados como nenhuma escolaridade, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais anos de escolaridade e escolaridade ignorada, observamos a tabela abaixo:

SUICÍDIO NA AMUREL POR ESCOLARIDADE ENTRE 1996 E 2011.						
Escolaridade	Geral		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	11	3,30%	9	3,40%	2	3,20%
1 a 3 anos	63	19,30%	48	18,20%	15	24,20%
4 a 7 anos	60	18,40%	47	17,70%	13	20,90%
8 a 11 anos	37	11,40%	29	10,90%	8	12,90%
12 anos ou mais	15	4,50%	9	3,40%	6	9,70%
Ignorado	141	43,10%	123	46,40%	18	29,10%
Total	327	100,00%	265	100,00%	62	100,00%

Tabela 6 - Mortalidade por suicídio por escolaridade e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

Antes de qualquer análise deve-se levar em consideração o fato de que há um número significativo de registros ignorados em relação a escolaridade dos indivíduos que cometeram suicídio na região que abrange os municípios da AMUREL entre 1996 e 2011, interferindo na veracidade desta variável (CARSSOLA, 1998; SOUZA et al., 2011). Percebe-se que há uma maior incidência em indivíduos de baixa escolaridade, de 1 a 3 anos de estudo, tanto na população geral (19,3%), quanto nos sexos masculino (18,2%) e feminino 24,2%. Seguindo, na população geral, decrescentemente a escolaridades de 4 a 7 anos (18,4%), 8 a 11 anos

(11,4%), 12 anos ou mais de estudo (4,5%) e nenhuma escolaridade (3,3%). Dados corroboram com estudos já realizados que indicam que índices baixo de escolaridade são fatores de risco para suicídio, mais do que para indivíduos com nenhuma escolaridade (LOVISI et al., 2009; MINGHETTI E KANAN, 2011).

4.5 Estado civil e suicídio

Ao que se refere ao estado civil dos indivíduos que cometeram suicídio na região da AMUREL entre 1996 e 2011, os dados pesquisados estavam já classificados como solteiro, casado, viúvo, separado, outro e ignorado, observamos a tabela abaixo:

SUICÍDIO NA AMUREL POR ESTADO CIVIL ENTRE 1996 E 2011						
Estado civil	Geral		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Solteiro	91	27,80%	72	27,10%	19	30,50%
Casado	132	40,40%	114	43%	18	29,10%
Viúvo	28	8,50%	19	7,20%	9	14,50%
Separado	22	6,80%	15	5,70%	7	11,30%
Outro	5	1,50%	4	1,50%	1	1,60%
Ignorado	49	15%	41	15,50%	8	13%
Total	327	100,00%	265	100,00%	62	100,00%

Tabela 7 - Mortalidade por suicídio por estado civil e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

Podemos observar que na população geral 40,4% dos casos de suicídio ocorridos foram com indivíduos casados; sendo efetuado na maioria das vezes por homens casados (43%) e em relação as mulheres o índice de frequência entre solteiras e casada ficou quase que equivalente entre 30,5% e 29,1%, respectivamente. Estudos como o de Kaplan, Sadock e Greeb (2007) afirmam que pessoas casadas apresentam maior tendência ao suicídio do que aquelas que nunca casaram. Sehnem e Palosqui (2011) afirmam, também, que as pessoas casadas cometem mais o ato suicida. Os dados coletados vão ao encontro dos estudos já realizados. Outros estudos que relatam a viuvez e a separação como fatores de risco (SOUZA et al., 2001) já não se correlacionam com os dados coletados nesta pesquisa que inclui a região da AMUREL. Neste item podemos perceber que já existe um percentual significativo de dados ignorados, sendo que

quem notificou os casos de suicídios ocorridos nesta região, entre 1996 e 2011, em 15% das notificações não descreveu o estado civil do indivíduo acometido, interferindo, também, na veracidade desta variável (CARSSOLA, 1998; SOUZA et al., 2011).

4.6 Raça e suicídio

Com relação a raça dos indivíduos que cometeram suicídio na região da AMUREL entre 1996 e 2011, os dados pesquisados estavam já classificados como branca, negra, parda, amarela, indígena e ignorada, observamos a tabela abaixo:

SUICÍDIO NA AMUREL POR RAÇA ENTRE 1996 E 2011.						
	Geral		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
Raça	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Branca	275	84,10%	217	81,90%	58	93,50%
Negra	10	3,10%	10	3,80%	0	0,00%
Parda	2	0,60%	2	0,70%	0	0,00%
Ignorada	40	12,20%	36	13,60%	4	6,50%
Total	327	100,00%	265	100,00%	62	100,00%

Tabela 8 - Mortalidade por suicídio por raça e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

No que se refere a raça dos indivíduos que cometeram suicídio nesta região podemos observar, conforme a Tabela 5, não há dados registrados sobre suicídio em populações de raça amarela e indígena nos municípios da região da AMUREL no período estudado, por esta razão os mesmos não foram tabulados. A maior incidência dos casos ocorridos encontram-se em indivíduos de raça branca com 84,1% na população geral, 81,9% entre os homens e 93,5% entre as mulheres. Indivíduos de raça negra que cometeram suicídios nesta região e neste período foram apenas homens. Corroborando com estudos realizados que afirmam que indivíduos de raça branca tem índice de mortalidade maior do que os de raça negra (KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997; CATALDO et al., 2003; WAISELFISZ, 2011). Novamente, há falta de dados registrados que surgem neste estudo como registro ignorado de raça nas notificações realizadas, sendo uma variável relevante a pesquisa (CARSSOLA, 1998; SOUZA et al., 2011).

4.7 Método utilizado para o suicídio

Já sabemos que há vários métodos utilizados pelos indivíduos que cometem o ato suicida, antes de analisarmos os dados coletados dos municípios que abrangem esta pesquisa, primeiramente, necessitamos descrever por meio da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pois estão categorizados da seguinte maneira:

CLASSIFICAÇÃO CID-10	X60 - X84 LESÕES AUTOPROVOCADAS VOLUNTARIAMENTE
X61	- Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte
X62	- Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
X63	- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
X64	- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas
X65	- Autointoxicação voluntária por álcool
X66	- Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores
X67	- Autointoxicação intencional por outros gases e vapores
X68	- Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas
X69	- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas
X70	- Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação
X71	- Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão
X72	- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão
X73	- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre
X74	- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada
X75	- Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos
X76	- Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas
X77	- Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes
X78	- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante
X79	- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente
X80	- Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado
X81	- Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento
X82	- Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor
X83	- Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados
X84	- Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados

Tabela 9 – Classificação Internacional de Doenças – X60 a X84 Lesões Autoprovocadas Voluntariamente. Fonte: CID-10, OMS, 1997.

Após essa descrição, podemos observar a Tabela 7 que detalha os métodos utilizados para cometer o suicídio pelos indivíduos da região da AMUREL entre 1996 e 2011. Observando-a podemos ver que o método mais utilizado foi o classificado pela CID-10, X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação com incidência de 69,7% na população geral, 74,3% entre indivíduos do sexo masculino e 50% entre as mulheres. Na população geral, assim como no sexo masculino o segundo método mais utilizado foi X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, com incidência de 7% e 8,3%, respectivamente. Já em relação as mulheres há outros métodos mais utilizados que surgiram após a alta incidência de enforcamento, como X68 - Autointoxicação por exposição, intencional, a pesticidas e X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão, com incidência de 8,2% e 6,4%, respectivamente.

SUICÍDIO NA AMUREL POR MÉTODO UTILIZADO CLASSIFICADO PELA CID-10 ENTRE 1996 E 2011.						
Método utilizado	Geral		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
CID-10	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
X61	8	2,40%	5	1,90%	3	4,80%
X62	3	1%	2	0,70%	1	1,60%
X63	1	0,30%	0	0%	1	1,60%
X64	7	2,10%	4	1,50%	3	4,80%
X68	8	2,40%	4	1,50%	4	6,40%
X69	3	1,00%	3	1,10%	0	0%
X70	228	69,70%	197	74,30%	31	50%
X71	15	4,60%	10	3,70%	5	8,20%
X72	10	3,00%	7	2,70%	3	4,80%
X73	1	0,30%	1	0,40%	0	0%
X74	23	7%	22	8,30%	1	1,60%
X76	1	0,30%	1	0,40%	0	0,00%
X78	1	0,30%	1	0,40%	0	0,00%
X80	3	1%	1	0,40%	2	3,30%
X81	1	0,30%	1	0,40%	0	0,00%
X83	1	0,30%	1	0,40%	0	0,00%
X84	1	0,30%	0	0,00%	1	1,60%
Ignorado	12	3,70%	5	1,90%	7	11,30%
Total	327	100,00%	265	100,00%	62	100,00%

Tabela 10 - Mortalidade por suicídio por método utilizado e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

Sabemos que a região da AMUREL compreende muitos municípios em que sua base econômica encontra-se na agricultura, tornando o acesso fácil a

pesticidas. Já as incidências de enforcamento, arma de fogo e afogamento, são métodos já referidos em outras pesquisas como métodos mais utilizados, assim como a diferenciação de escolha dos métodos utilizados para o suicídio entre homens e mulheres (PEIXOTO, 2001; BAHLS E BOTEGA, 2007; QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008).

4.8 Local da ocorrência do suicídio

Com relação ao local da ocorrência em que os indivíduos cometeram suicídio na região da AMUREL entre 1996 e 2011, os dados pesquisados estavam já classificados como hospital, domicílio, via pública, outros e ignorado, observamos a tabela abaixo:

SUICÍDIO NA AMUREL POR LOCAL DA OCORRÊNCIA ENTRE 1996 E 2011.						
Local da ocorrência	Geral		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Hospital	35	10,70%	21	7,90%	14	22,60%
Domicílio	205	63%	168	63,40%	37	59,70%
Via Pública	11	3,40%	9	3%	2	3,20%
Outros	69	21,10%	62	23,40%	7	11,30%
Ignorado	7	2,10%	5	1,90%	2	3,20%
Total	327	100,00%	265	100,00%	62	100,00%

Tabela 11 - Mortalidade por suicídio por local da ocorrência e gênero nos municípios da AMUREL entre o período de 1996 à 2011. Fonte: DATASUS.

Percebe-se que o local de ocorrência dos suicídios cometidos pelos indivíduos da região da AMUREL, entre 1996 e 2011, de maior incidência nesta pesquisa é o domicílio, na população geral abrange 63% dos casos, sendo 63% entre os homens e 59% entre as mulheres. Possuindo um baixo índice na população geral de ocorrência no hospital (10,7%) e em vias públicas (3,4%). Há um dado relevante que indica o local da ocorrência como “outros” totalizando 21,1% dos casos ocorridos na população geral, não havendo especificação de onde poderiam ser estes locais. Dentre os dados coletados, 2,1%, apenas, foram ignorados nos registros realizados entre o período pesquisado. Em relação ao local da ocorrência os dados pesquisados, na região da AMUREL entre 1996 e 2011, corroboram com os estudos já realizados que afirmam que a maioria dos casos de mortalidade por

suicídio ocorrem dentro do próprio domicílio, ou aos seus arredores (SOUZA et al., 2011).

O suicídio já virou uma questão de saúde pública, e por isso, devemos criar estratégias e meios para prevenção de novos casos, e para isso necessitamos saber quem é a população de risco e quais as variáveis que devem ser observadas para agirmos pontualmente naquelas pessoas que estão com maior predisposição.

5 CONCLUSÃO

Suicídio, mais que uma questão filosófica ou religiosa, este é um problema de saúde pública que, segundo a OMS (2000), é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas, e foi pensando justamente nisso que esta pesquisa surgiu, pois devemos conhecer o perfil epidemiológico para agir com precisão na prevenção.

Com o desenvolver deste trabalho podemos então delimitar o perfil epidemiológico dos suicídios ocorridos nos municípios que abrangem a região da AMUREL, no sul do Estado de Santa Catarina, entre os anos de 1996 e 2011.

Podemos afirmar que ocorreram 327 mortes por suicídio neste período, sendo que destes, 265 eram homens e 62 mulheres, 4,2:1 é a proporção de mortes dos homens em relação as mulheres. O coeficiente de mortalidade por suicídio na região entre 1996 e 2011, é de 7,8/100.000 hab. Sendo os municípios com as maiores taxas, Grão Pará (15,7/100.000 hab.), Santa Rosa de Lima (15,4/100.000 hab.), Rio Fortuna (12,8/100.000 hab.) e Gravatal (12,2/100.000 hab.). A maior incidência encontra-se na população entre 40 e 49 anos, totalizando 24,2% na população geral, 23% entre os homens e 29% entre as mulheres, sendo que logo na sequencia surge a população entre 30 a 39 anos e 20 a 29 anos, totalizando 18,6% e 16,8%, respectivamente, na população geral. Ocorre com mais frequência em indivíduos de baixa escolaridade, de 1 a 3 anos de estudo, tanto na população geral (19,3%), quanto nos sexos masculino (18,2%) e feminino (24,2%). Em relação a raça a maioria dos casos ocorridos foram com indivíduos de raça branca com 84,1% na população geral, 81,9% entre os homens e 93,5% entre as mulheres. O método mais utilizado foi o classificado pela CID-10, X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação com incidência de 69,7% na população geral, 74,3% entre indivíduos do sexo masculino e 50% entre as mulheres. Na população geral, assim como no sexo masculino o segundo método mais utilizado foi X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, com incidência de 7% e 8,3%, respectivamente. Já em relação as mulheres há outros métodos mais utilizados que surgiram após a alta incidência de enforcamento, como X68 - Autointoxicação por exposição, intencional, a pesticidas e X71 - Lesão

autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão, com incidência de 8,2% e 6,4%, respectivamente. Em relação ao local de ocorrência dos suicídios, a maior incidência é no domicílio, na população geral abrange 63% dos casos, sendo 63% entre os homens e 59% entre as mulheres.

A região estudada mostrou-se dentro das estatísticas catarinenses com 7,8 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes. A preocupação quanto a alta incidência de suicídios deve ser mais reforçada no Sul do Brasil, em virtude desta região ter os maiores números nacionais. Estes dados revelam a importância de uma política de prevenção para o suicídio, de maneira que englobe toda população, para que sejam detectados precocemente os fatores de risco, e assim, evitando o suicídio. Já que é um ato que acarreta um milhão de mortes ao ano no mundo e está entre as três principais causas de morte nos adultos jovens. Entre os altos coeficientes de mortalidade nota-se que sete municípios estão acima do coeficiente catarinense que é de 7/100.000 habitantes. Municípios como Capivari de Baixo e Sangão possuem coeficientes inferiores ao nacional.

Há algumas hipóteses que devem ser consideradas e aprofundadas em outros estudos, para compreender melhor quais serão os motivos para que a grande maioria, dos que cometem suicídio, sejam do sexo masculino com idade economicamente ativa e com baixo grau de escolaridade. Será que este dado, ainda, se deve a resistência em procurar auxílio frente às dificuldades, em agendar consultas médicas ou psicológicas, ou será que existe a procura, mas não há a oferta, pois nem sempre os profissionais, principalmente os da rede pública, conseguem dar apoio imediato frente a demanda existente.

O propósito maior de se coletar dados epidemiológicos é o de criar e seguir as medidas de proteção, sendo muito úteis na caracterização dos fenômenos estudados. Especificamente, no caso dos suicídios, quanto mais informações houver sobre tal caracterização, com auxílio de dados socioeconômicos, dentre outros, maiores serão as chances dos profissionais de saúde e da população auxiliarem na problemática do suicídio. A criação de redes de apoio mais eficazes ou maior conhecimento das variáveis associadas à tentativa de suicídio no Brasil, resultaria em menores taxas do que as apresentadas no trabalho atual.

Pensar em aspectos preventivos do suicídio significa acreditar que se possam oferecer aos indivíduos outras possibilidades de enfrentamento das dificuldades ou patologias que os levam a buscar nesse ato fatal uma espécie de

solução para o seu sofrimento. Cabe aqui ressaltar a importância da detecção dos fatores de risco de suicídio, porque tal comportamento faz pensar que a ideia suicida é projetada como forma da resolução de problemas da vida pessoal, antes de ser um propósito de acabar com a própria vida.

As pesquisas baseadas em amostras epidemiológicas sobre os suicídios em diversas regiões brasileiras podem formar uma base de conhecimento capaz de orientar as políticas públicas de saúde no desenvolvimento de programas capazes de influenciar na diminuição desses índices, sendo necessários mais estudos sobre o caráter epidemiológico do fenômeno, tanto quantitativos, quanto qualitativos.

O Brasil, como primeiro país da América Latina a elaborar e apresentar Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, que são, certamente, o primeiro passo em uma jornada que busca intervir sobre um complexo fenômeno humano destacando as possibilidades inestimáveis de um olhar preventivo sobre o que afeta a saúde de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com comportamento suicida. In: **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2005. P. 550-668.

ASCARI, Tania Maria; FOLGIARINI; Elenice Maria. Suicídios por causas externas no município de Chapecó (Santa Catarina) no período de 2001/2010. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 45-55, abr./jun. 2013.

BAHLS, Sant-Clair; BOTEAGA, José. Epidemiologia das Tentativas de Suicídio e dos Suicídios. In: MELLO. M. F. et al. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 151 – 171.

BOTEAGA, N.J. et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n.1, p.45-53, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: [s.n.], 2006. 76p.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; SOARES, Giovana Balicieri; BENEDET, Jucemar et al. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. **Cad. Saude Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1293-1302, jul. 2010.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998.

CATALDO NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel José Chittó; FURTADO, Nina Rosa. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim J.; GREEB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KLIEMANN, Daniel Vinicius Oliveira. **Estudo epidemiológico de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis de 1991 a 2005** [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2007.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 a 2006. **Ver. Bras. Psiquiatr.**, v.31, supl II, p. 86-94, 2009.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et. al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. p. 225-248. In: BRASIL, Ministério da Saúde do. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da**

situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância Saúde/MS, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf Acesso em 15 dez. 2012.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J.M.; WANG, Y.P. Epydemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n.2, p.131-134, 2005.

MINGHETTI, Lenir Rodrigues; KANAN, Lilia Aparecida. Estudo Epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina, entre os anos de 1996 e 2010. **Visão Global**, Joaçaba, v.14, n.2, p.329-360, jun./dez. 2011.

ORES, Liliane da Costa; QUEVEDO, Luciana de Avila; JANSEN, Karen et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2. p. 305-312, fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças (CID)**. 10.ed. São Paulo: USP, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000.

PEIXOTO, Heloisa Côrtes Gallotti **Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Diagnóstico do Problema em Santa Catarina**. 2001. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Mortalidade/Mortalidade%20por%20Causas%20Externas.pdf Acesso em 08 jul 2013.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Risco de Suicídio. In: **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed; 2001. p.181-196.

SANTOS, Ana Beatriz Brandão. Impacto do suicídio – ataque ao ser: Pacientes Familiares e Equipe de Cuidados. **Revista Fundamentos de Psicologia - Morte e Existência Humana - Caminhos de Cuidados e Possibilidades de Intervenção**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2008. p. 112 – 125.

SCHMITT, Ricardo et al. Perfil Epidemiológico do Suicídio no Extremo-Oeste de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, maio/ago. 2008.

SEHNEM, Scheila Beatriz; PALOSQUI, Vanusa. Suicídio, uma questão de saúde pública: características epidemiológicas do suicídio no Estado de Santa Catarina. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 206-217, jul./dez. 2011.

SOUZA, Viviane dos Santos et al. Tentativas de suicidio e mortalidade por suicidio em um municipio do interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 60, n. 4, Rio de Janeiro, 2011.

VIANA, Greta Nazario; ZENKNER, Felipe de Moura; SAKAE, Thiago Mamôru et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 38-43, 2008.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciênc. saúde coletiva** vol.14 no1. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500024>> Acesso em 12 de dezembro de 2012.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2011: Os Jovens do Brasil**. Instituto Sangari - Ministério da Justiça, 2011. Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br/> Acesso em 16 jul. 2013.

WERLANG, B. S. G.; BOTEAGA, N. J. (org). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.