

## Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro

*Characterization of suicide cases in a Brazilian Northeastern capital*

*Caracterización de los casos de suicidio en una capital del Nordeste Brasileño*

### Adriana da Cunha Menezes Parente

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. Professora da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí- NOVAFAPI, Teresina, PI.*

### Ricardo de Brito Soares

*Enfermeiro formado pela NOVAFAPI, Teresina, PI.*

### Andréia Régia Flor Araújo

*Enfermeira formada pela NOVAFAPI, Teresina, PI.*

### Iracema Santos Cavalcante

*Enfermeira formada pela NOVAFAPI, Teresina, PI.*

### Claudete Ferreira de Souza Monteiro

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI e da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí –NOVAFAPI. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Sub-Coordenadora do Núcleo de Estudos Sobre Mulher e Relações de Gênero – NEPEM da UFPI.*

### RESUMO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo que objetivou caracterizar o suicídio no município de Teresina-PI, no período de 2000-2005, quanto aos aspectos sócio-demográficos, meios utilizados e período (mês) de ocorrência. Os resultados foram obtidos através de laudos do Instituto de Medicina Legal, evidenciam um índice maior de suicídio entre os homens (71,3%) com maior incidência da população jovem, com predomínio entre os solteiros (54,9%). Os grupos ocupacionais com maior percentual foram os estudantes (23,8%). O método mais freqüente foi de enforcamento (66%), seguido de arma de fogo (13,1%). A realização de intervenções em busca da diminuição das taxas existentes é primordial, pois estas corresponderam ao quarto lugar em relação a todas as mortes de causas violentas ocorridas no município.

**Descritores:** Suicídio; Estatística & dados numéricos; Enfermagem.

### ABSTRACT

*A descriptive, retrospective study which aimed to characterize suicide in the municipality of Teresina, Piauí, the period of 2000-2005, in regards to the social demographic aspects, means of death and period (month) of the act. The results were obtained through the Institute of Legal Medicine, they show a greater rate of suicide among men (71.3%) with a greater frequency of the youth population, predominance among the single (54.9%). The occupational groups with the greatest percentage were students (23.8%). The most frequently used method was hanging (66%) followed by firearms (13.1%). The use of interventions in hopes of lowering the current rates is imperative, as suicide occupies fourth place in relation to all causes of violent deaths in the municipality.*

**Descriptors:** Suicide; Statistic & numerical data; Nursing.

### RESUMEN

*Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y retrospectivo que objetiva caracterizar el suicidio en el municipio de Teresina-PI, en el período de 2000-2005, en cuanto a los aspectos socio-demográficos, medios utilizados y período (mes) ocurridos. Los resultados fueron obtenidos a través de laudos del Instituto de Medicina Legal, evidencian un índice mayor de suicidios entre los hombres (71,3%) con mayor incidencia en la población joven, con predominio entre los solteros (54,9%). Los grupos ocupacionales con mayor porcentual fueron los estudiantes (23,8%). El método más frecuente fue de ahorcamiento (66%), seguido de arma de fuego (13,1%). La realización de intervenciones en busca de la disminución de las tasas existentes es primordial, pues éstas correspondieron al cuarto lugar con relación a todas las muertes por causas violentas ocurridas en el municipio.*

**Descritores:** Suicidio; Estadística & datos numéricos; Enfermería.

Parente ACM, Soares RB, Araújo ARF, Cavalcante IS, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Enferm* 2007 jul-ago; 60(4):377-81.

## 1. INTRODUÇÃO

O suicídio como fenômeno complexo, atrai a atenção e o estudo das diversas áreas científicas, tais como a filosofia, a teologia, a biologia, a psicologia, a sociologia, entre outros<sup>(1)</sup>. Entretanto, independente da área que o estuda, o conceito clássico de Durkheim<sup>(2)</sup> é amplamente utilizado como "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".

Nessa perspectiva, o suicídio é um ato consciente de autodestruição, que também pode ser melhor compreendido como uma enfermidade multidimensional em um indivíduo carente<sup>(3)</sup>. Neste estudo utiliza-se como conceito uma ação voluntária de matar a si mesmo, envolvendo uma tríade: a vontade de morrer,

Submissão: 10/05/2007

Aprovação: 11/07/2007

de ser morto e de matar<sup>(1)</sup>.

Outras dimensões de significados ao suicídio são apontadas na literatura, servindo semanticamente para designar aspectos como a iniciação do ato que deflagrou a morte, a perda da vontade de viver, o desejo ou a intenção de autodestruição, o ato em si que levou à morte, a motivação para estar morto e o conhecimento do potencial de levar à morte<sup>(3)</sup>.

O suicídio não é, portanto um ato casual ou sem finalidade, ao contrário, trata-se da resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento, estando associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e um estresse insuportável, um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga, onde a pessoa suicida emite sinais de angústia<sup>(4)</sup>.

Os sinais de angústia podem ser considerados como fatores de riscos, e classificados em modificáveis e não modificáveis, evidenciando assim, a forma mais pragmática de uma divisão. Para tanto, consideram-se, por exemplo, como fatores de riscos modificáveis a depressão, que, com tratamento adequado e eficaz, progride a um potencial de letalidade menor, e como fatores não modificáveis estão inclusos a história pregressa do indivíduo, a história familiar e aspectos como sexo e idade, podendo também estar incluso o desemprego e as dificuldades financeiras, que são fatores de difícil transformação, pelo menos em curto prazo<sup>(5)</sup>.

Os fatores de riscos ainda podem ser separados diferentemente em distais e proximais. Os proximais são ligados ao ato suicida e agem como desencadeantes, dentre eles, destaca-se a presença de uma arma de fogo em casa, o que aumenta potencialmente o risco de suicídio. Os distais representam a base sobre a qual se estrutura o comportamento suicida e contribuem para aumentar a vulnerabilidade dos fatores de riscos proximais<sup>(6)</sup>.

Nesse sentido, os fatores distais podem ser considerados como necessários, mas são insuficientes para que o suicídio ocorra. A combinação de potentes fatores de riscos distais, com eventos proximais, pode levar às condições necessárias e suficientes para que ocorra o suicídio.

Aspectos outros, como a presença de doenças crônicas, como AIDS, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, esclerose múltipla, doença de Parkinson e insuficiência respiratória crônica de diversas etiologias são considerados de risco. Entretanto, os aspectos de ordem psiquiátricas são os mais relatados, colocando-se como prevalentes a depressão, a ansiedade, os delírios, os transtornos de personalidade e o uso de substâncias psicoativas (incluindo o álcool)<sup>(7)</sup>.

Em relação a fatores de proteção destacam-se a gravidez, a religiosidade, presença de habilidades de enfrentamento e suporte da rede social, reforçando que alguns desses fatores podem diminuir o risco potencial de suicídio<sup>(8)</sup>.

Outro aspecto de proteção relaciona-se a estruturação familiar. Em famílias estruturadas há maior possibilidade de proteger o indivíduo do risco de suicídio. Entretanto, a desestruturação ou o conflito pode vir a provocar aumento no risco de suicídio de seus integrantes. Ressalta-se ainda, que o indivíduo que tem uma convivência entre amigos favorece a uma proteção do risco ao suicídio, diferentemente do indivíduo que vive solitário e isolado, associando-se diretamente ao risco de suicídio<sup>(1,9)</sup>.

Nas últimas cinco décadas vem ocorrendo um aumento significativo nos índices de suicídio no mundo inteiro (60%), ocupando a terceira posição entre as causas mais frequentes de morte na população entre 15 a 44 anos de idade. A taxa mundial de suicídio é estimada em torno de 16 por 100 mil/hab, variando de acordo com sexo e idade<sup>(9)</sup>. No Brasil, a taxa oficial de suicídio varia em torno de 4,1 por 100 mil/hab (6,6 por 100 mil/hab. para homens e 1,8 por 100 mil/hab., para mulheres)<sup>(9,10)</sup>.

Em relação ao coeficiente real de suicídio, este atinge quatro vezes mais que os registros oficiais, devido à dificuldade em constituir se a morte foi de causa intencional ou acidental, favorecendo a um problema de subnotificação das mortes por suicídio<sup>(11)</sup>. Esse fato também é atribuído ao preconceito da família do falecido, em que a causa da morte pode entrar nas estatísticas de acidentes ou homicídios, sendo observada a relação da ocorrência de suicídio com situações de perda, frustração e sofrimento emocional<sup>(12)</sup>.

A carência de pesquisas sobre suicídio e a subnotificação dos casos é uma realidade presente no Estado do Piauí, onde não se localizam referências bibliográficas em arquivos eletrônicos e revistas de alcance científico sobre o fenômeno. Em recente trabalho realizado evidenciou-se a presença de subnotificação à tentativa de suicídio em Teresina-PI<sup>(13)</sup>.

Assim, este estudo teve como objetivo caracterizar casos de suicídio no Município de Teresina-PI, no período de 2000 a 2005.

## 2. METODOLOGIA

Estudo descritivo retrospectivo realizado no Instituto de Medicina Legal – IML, do município de Teresina do Estado do Piauí.

A população ou universo da pesquisa se caracteriza por ser um conjunto bem definido, com propriedades específicas<sup>(14)</sup>, assim, neste estudo, a população constou dos casos de suicídio no município de Teresina-PI, registrados pelo serviço do IML.

A coleta de dados deu-se após a autorização da Secretária Estadual de Segurança Pública e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí-NOVAFAP em agosto de 2006, e a coleta se deu através de um levantamento censitário com todos os casos de suicídio ocorridos no período estudado.

Os atestados de óbitos foram cedidos em formulários arquivados em caixas e separados em pastas por ano. Foi avaliado um total de 1.254 laudos (cerca de 12 caixas com aproximadamente 148 laudos cada). De cada laudo era lida exclusivamente a causa da morte nos atestados e, caso essa informação fosse identificada como suicídio, o atestado era separado e, então, as variáveis da pesquisa eram registradas em um formulário previamente planejado. Deste modo, foram separados e registrados os dados de 244 casos de suicídio.

As informações (dados coletados) foram processadas eletronicamente por meio do programa *Statistical Product and Service Solutions-SPSS* (versão 11.0), por ser uma potente ferramenta de tratamento de dados e análise estatística<sup>(15)</sup>.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 244 laudos de óbitos por suicídio (óbito por Lesão Auto-provocados Voluntariamente – CID 10). Com relação ao Número de Casos por Ano (NC/Ano) foram registrados em 2000 32, em 2001 44, em 2002 38, 2003 38, 2004 55, e 2005 37.

No banco de dados DATASUS<sup>(16)</sup> foram encontrados registrados, no período de 2000 a 2004, 211 casos de óbito por Lesão Autoprovocada Voluntariamente (CID-10) em Teresina – PI. Esse sistema de informação, até a presente data, ainda não possui registros de suicídio no ano de 2005.

Assim, considerando os registros do DATASUS e IML-PI, anualmente, foi encontrado, no ano de 2000, 1 caso de óbito por suicídio registrado a mais no DATASUS, e no ano de 2002, 3 casos de óbito por suicídio a mais no DATASUS comparado ao IML-PI. Nos outros anos ocorreram similaridades quanto ao NC<sup>(16)</sup>.

Todos os casos de suicídio em Teresina são periciados pelo IML, onde ocorre o preenchimento de formulários e declarações de óbitos, logo encaminhada uma via ao Ministério da Saúde e assim registrada no DATASUS. As diferenças nos NC que ocorreram podem ser justificadas por questões de organização, fichamento, preenchimento e arquivamento de documentos e formulários<sup>(17,19)</sup>.

Nos anos de 2000-2005, as mortes por suicídio corresponderam ao quarto lugar em relação a todas as mortes de causas violentas ocorridas em Teresina, atrás das mortes por homicídios, acidentes de trânsito e outras causas acidentais<sup>(16)</sup>.

Ao avaliar o padrão de mortalidade por suicídio da população geral, identificou-se o número de suicídio para cada 100 mil habitantes, através da variação do crescimento populacional do Brasil, Nordeste e Teresina, fornecido

pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE<sup>(20)</sup>, em conjunto com o número de casos de suicídios existentes no Brasil e Nordeste registrado em DATASUS<sup>(16)</sup>. Para os casos de Teresina, colhidos nesta pesquisa, realizou-se o cálculo de coeficiente de Mortalidade.

Assim, quanto aos índices de suicídios para 100 mil/hab., a média de suicídios entre 2000 e 2004 no Brasil está em torno de 4,5 suicídios por 100 mil/hab., e, no Nordeste, entre 2,4 e 3,1 suicídios por 100 mil/hab. Na cidade de Teresina, foram observados índices entre 4,7 a 7,2 suicídios por 100 mil/hab., considerando-se o mesmo período. Assim, pode-se concluir que a média geral nacional aproxima-se da média de suicídio em Teresina, em torno de 4,5 suicídios por 100 mil/hab.

Neste estudo, foram avaliadas as variáveis sócio-demográficas: sexo, faixa etária, estado civil, ocupação, procedência/zona e as variáveis referentes aos meios utilizados para o suicídio, e o seu mês de ocorrência.

### 3.1 Perfil sócio-demográfico

A classificação dos óbitos por sexo, considerando os cinco anos, mostrou um predomínio maior para o sexo masculino de 71,3% (6 a 11 suicídios por 100 mil/hab.) e, em relação ao sexo feminino, de 28,7% (1,8 a 4 suicídios por 100 mil/hab.), sendo marcante a diferença em todos os anos.

Dados gerais no Brasil, encontrados nos registros do DATASUS mostram a predominância para o sexo masculino com média de suicídio de 7,5 por 100mil/hab. e, para as mulheres, de 2 suicídios por 100 mil/hab.<sup>(16)</sup>

Ao se comparar essa variável ano a ano para Teresina, ficou evidenciado o predomínio maior para o sexo masculino em relação ao feminino, constantemente em todos os anos, corroborando com os dados nacionais.

Os resultados também apresentaram características semelhantes a outros Estados brasileiros como mostra o estudo realizado no Rio Grande do Sul, no período de 1980 a 1999, em que foi observada uma frequência mais alta de casos no sexo masculino em relação ao sexo feminino, com uma proporção de cinco homens para cada mulher<sup>(21)</sup>.

A menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam nas redes de apoio social<sup>(21)</sup>.

Em relação aos homens estes desempenham comportamentos que predis põem ao suicídio incluindo: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. São também mais sensíveis a instabilidades econômicas como desemprego e empobrecimento, fatores esses que podem levar ao suicídio<sup>(22)</sup>.

Ao analisar a faixa etária (Tabela 1) nos períodos de 2000 a 2005, observou-se a presença de mortes por suicídio em todas as faixas etárias, sendo a incidência maior nas populações mais jovens.

Avaliando ano a ano, houve uma predominância maior para a faixa etária de 20 a 29 anos encontrada nos anos de 2001 (43,2%), 2003 (31,6%) e 2005 (40,5%). No ano de 2004 observa-se um maior percentual na faixa de 10 a 19 anos (30,9%). Já no ano de 2002 houve uma percentagem maior para os grupos de 30 a 39 anos (26,3%).

No ano 2000, constatou-se uma diferença no percentual de casos, predominando o grupo de idosos (28,1%) em relação às demais faixas etárias. Quanto ao índice de suicídio, considerando a população geral neste ano, tem-se no grupo do idoso a média de 20,2 suicídios por 100 mil/hab.

Os dados desta pesquisa assemelham-se aos da literatura, onde alguns estudos demonstram que a idade média das pessoas que cometem suicídio no Brasil tem diminuído nos últimos anos, isto é, o grupo de jovem está sendo a população cuja taxa de suicídio vem aumentando nos últimos 20 anos<sup>(5)</sup>. Um estudo realizado no município de Ribeirão Preto entre os anos de 1990 e 1992, encontrou um resultado na faixa etária de 20 a 29 anos de 40,6%; na faixa de 30 a 39 anos 24,6% e, na idade de 40 a 49 anos, de 17,4%<sup>(23)</sup>. Em outro estudo, realizado em nove capitais brasileiras, encontrou-

se um aumento de 27,6% das mortes por suicídio entre os indivíduos de 15 a 24 anos<sup>(24)</sup>.

Os altos índices de suicídio indicam que os jovens brasileiros estão morrendo cada vez mais por causas violentas. A grande pressão ocupacional e aumento da competitividade no mercado de trabalho tornam a população jovem brasileira particularmente vulnerável ao risco de suicídio<sup>(24)</sup>.

Quanto ao estado civil, considerando o total geral de suicídios nos últimos cinco anos, observou-se uma maior predominância para o grupo de solteiros (54,9%) em relação aos outros grupos.

O grupo de solteiros foi mais abrangente nos anos de 2001 (59,1%), 2003 (55,3%), 2004 (56,4%) e 2005 (67,6%). No ano de 2000, mostrou-se predominância para o grupo de casado (46,9%) em relação aos outros grupos. Já em 2002, encontrou-se um resultado semelhante entre os grupos de casados (50%) e solteiros (50%).

Os suicídios são menos frequentes em pessoas casadas e aumentam em números expressivos entre os solteiros, viúvos e divorciados, destacando o isolamento social como importante fator de risco ao suicídio<sup>(11)</sup>.

Apesar de a literatura demonstrar uma elevada taxa de suicídios em indivíduos divorciados e viúvos, o estudo demonstrou um percentual menor nesses grupos, sendo os divorciados/separados 2%, e viúvos 3,7%, considerando os últimos 5 anos.

A porcentagem maior para o grupo dos casados, no ano de 2000, assemelha-se ao estudo no Estado de São Paulo, demonstrando uma frequência de suicídio maior em pessoas casadas (45,7%), seguido pelos solteiros (35,3%)<sup>(25)</sup>.

Ao analisar a ocupação os grupos ocupacionais que mais cometeram suicídios foram os estudantes (23,8%), seguido dos que trabalham na construção e manutenção (10,7%), aposentados (9,4%) e desempregados (9,0%).

Atribuiu-se o percentual maior de suicídio para os estudantes, pelo fato do estudo mostrar uma incidência maior nas populações mais jovens, pois essa faixa etária está mais ligada a essa ocupação.

### 3.2 Meio utilizado

Quanto aos meios utilizados o mais freqüente, nos últimos cinco anos, foi o método de enforcamento (66%), seguido de arma de fogo (13,1%) e envenenamento (11,9%).

Estudos apontam resultados semelhantes a esta pesquisa, em que o método mais comum de suicídio foi o enforcamento (62,5%), seguido por uso de arma de fogo (21,5%)<sup>(21)</sup>.

Este estudo assemelha-se aos resultados encontrados na literatura, que registra o enforcamento como o meio mais utilizado tanto por homens quanto por mulheres, seguido por arma de fogo e envenenamento nos homens, mas em ordem inversa nas mulheres<sup>(26)</sup>.

De forma geral, tanto o enforcamento como o uso de arma de fogo foram os métodos mais utilizados pelos brasileiros para a sua auto-eliminação<sup>(24,27)</sup>.

Enquanto, em geral, as mulheres optam por envenenamento ou ingestão de medicamentos, os homens buscam métodos violentos e letais, como enforcamento e arma de fogo<sup>(28,29)</sup>. Contudo, neste estudo, verificou-se o prevalectamento do método de enforcamento entre as mulheres em relação ao envenenamento.

Um fato observado durante a coleta foi a proximidade das datas em que ocorreram os casos de suicídio, com dois a quatro casos de suicídios em dias próximos. Por exemplo, observou-se que no mês de maio de 2002, ocorreram suicídios nos dias 5, 6, 7 e 9, e depois nos dias 27 e 28.

Alguns termos são usados para designar a proximidade dos casos de suicídio, como *Clusters* (agrupamentos), referindo-se ao número de suicídios que ocorrem em estreita proximidade temporal e/ou geográfica, com ou sem qualquer ligação direta dos casos, e *Contágio*, sendo o processo pelo qual um determinado suicídio facilita a ocorrência de outros suicídios, a despeito do conhecimento direto ou indireto do suicídio prévio<sup>(30)</sup>.

Um dos fatores que podem levar um indivíduo vulnerável a efetivamente tirar sua vida pode ser a publicidade sobre os casos, isto é, a maneira como

**Tabela 1. Distribuição dos casos de suicídio por faixa etária. Teresina (PI), 2001-2005.**

Faixas Etárias (em anos)	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 – 19	3	9,4	4	9,1	5	13,2	7	18,4	17	30,9	5	13,5
20 – 29	6	18,8	19	43,2	9	23,7	12	31,6	10	18,2	15	40,5
30 – 39	5	15,8	10	22,7	10	26,8	7	18,4	9	16,4	8	21,8
40 – 49	6	18,8	5	11,4	4	10,5	4	10,5	8	14,5	3	8,1
50 – 59	3	9,4	3	6,8	3	7,9	4	10,5	7	12,7	3	8,1
> 60	9	28,2	2	4,5	7	18,4	4	10,5	3	5,5	3	8,1
Não informado	-	-	1	2,3	-	-	-	-	1	1,8	-	-
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2. Distribuição dos casos de suicídio por meio utilizado. Teresina (PI), 2001-2005.**

Meio Utilizado	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Envenenamento	1	3,1	5	11,4	2	5,3	6	15,8	9	16,4	6	16,2
Enforcamento	21	65,6	29	65,9	29	76,3	26	68,4	36	65,5	20	54,1
Atear fogo	5	15,8	1	2,3	-	-	1	2,6	9	16,4	1	2,7
Arma de fogo	4	12,5	9	20,5	5	13,2	4	10,5	-	-	1	2,7
Arma branca	-	-	-	-	1	2,6	-	-	-	-	5	13,5
Queda intencional	1	3,1	-	-	1	2,6	1	2,6	-	-	3	8,1
Outros meios	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	1	2,7
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

os meios de comunicação tratam os casos públicos de suicídio pode influenciar a ocorrência de outros suicídios<sup>(30)</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

O estudo mostra as características dos casos de suicídio que ocorreram do município de Teresina-PI, possibilitando, assim, subsidiar os profissionais de saúde para trabalharem em intervenções junto à população em busca da diminuição das taxas existentes, pois estas corresponderam ao quarto lugar em relação a todas as mortes de causas violentas ocorridas no município.

Uma das possíveis ações pode ser desenvolvida pelas equipes da atenção básica, por estarem inseridas dentro da população, prestarem atendimento primário, e trabalharem prioritariamente com os núcleos de micro-áreas. Essas equipes podem contribuir significativamente como um instrumento junto a comunidade e seus órgãos, gerando informação/orientação que se faz importante no processo preventivo.

Porém faz-se necessária a realização de novos estudos sobre o fenômeno, tanto de caráter epidemiológico, como sociológico, para aprimorar e gerar novas fontes de intervenções junto à população e aos serviços envolvidos, buscando táticas que gerem alcances preventivos.

#### REFERÊNCIAS

- Cataldo Neto A, Cardoso BM, Torres CM, Zorzi LA, Schneider NC, Francischeli L, Procianny L. O médico e o paciente suicida. *Rev Médica PUCRS* 1998;8(4):182-90.
- Durkheim E. O suicídio: um estudo sociológico. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Editores; 1897.
- Shneidman ES. Some essentials off suicide and some empications for response. In: Roy A, coord.. Suicide. Baltimore: Williams & WilKins; 1986.
- Kaplan HI, Sadock B, Grebb J. Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clinica. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Medicas; 2002.
- Meleiro AMAS, Teng CT, Wang WP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo (SP): Segmento Farma; 2004.
- Moscicki EK. Identification of suicide risk factors is epidemiologic studies. *Psych Clin North Am* 1997;20(3):499-517.
- Mello MF. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cad Saúde Pública* 2000;16(1):163-70.
- Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática médica. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
- World Health Organization. Prevention of suicidal behaviors: a task for all. In: World health Organization. Mental and behavioral disorders. Geneva (SWT): WHO; 2001.
- Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra (SWT): OMS; 2000.
- Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1996.
- Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saúde Pública* 1994;10(2):61-73.
- Alves FO, Frota VC. Perfil sócio-demográfico dos clientes com tentativa de suicídio internados no Hospital Getúlio Vargas-HGV (monografia). Teresina (PI): Faculdade de Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí-NOVAFAP; 2005.
- Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
- Merino AP, Diaz MAR. Guia para el análisis de dados. Madrid (ESP): McGraw-Hill; 2002.
- Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações em Saúde – Estatísticas vitais – Mortalidade e nascidos vivos. Brasília (DF): MS; 2006.
- Botega NJ, Rapeli CB. Tentativa de Suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *J Bras Psiquiatria* 1998;44(1):157-62.
- Grossi R, Marturano EM, Vansan GA. Epidemiologia do suicídio - uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatria* 2000;6(1):193-202.

19. Baptista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos Psicol* 2005; 22(4):425-31.
  20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas populacionais. Brasília (DF). (citado 15 out 2006). Disponível em: URL: <http://www.ibge.org.br>.
  21. Meneguel SN. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2004;38(6):804-10.
  22. Leal OF. Suicídio honra e masculinidade na cultura gaúcha. *Cad Antropol* 1992;(6):7-21.
  23. Vansan GA. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. *J Bras Psiquiatria* 1999;48(5):209-15.
  24. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18(3):673-83.
  25. Paulete-Vanrell J, Paulete-Scaglia JA, Paulete SS. O comportamento suicida no estado de São Paulo: estudo comparativo dos últimos 16 anos em duas Regiões do Estado. *Saúde, Ética e Justiça* 1996;1(2).
  26. Cassorla RMS. Do suicídio. Campinas (SP): Papirus; 1991.
  27. Grossi R, Vansan GA. Mortalidade por suicídio no município de Maringá (PR). *J Bras Psiquiatria* 2002;51(2):101-11.
  28. Lippi JRS, Pereira IM, Soares KVS. Suicídio na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatria* 1990;39(4):167-74.
  29. Texeira AMF, Villar LMA. Distúrbios Psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescente atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cad Saúde Pública* 1997;13(3):517-25.
  30. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia. Genebra (SWT): OMS; 2000.
-