

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.

Descriptores: 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⁽¹⁾. Entretanto, independente da área que o estuda, o conceito clássico de Durkheim⁽²⁾ 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⁽³⁾. 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⁽¹⁾.

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⁽³⁾.

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⁽⁴⁾.

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⁽⁵⁾.

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⁽⁶⁾.

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)⁽⁷⁾.

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⁽⁸⁾.

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^(1,9).

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⁽⁹⁾. 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)^(9,10).

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⁽¹¹⁾. 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⁽¹²⁾.

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⁽¹³⁾.

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⁽¹⁴⁾, 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-NOVAFAPI 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⁽¹⁵⁾.

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⁽¹⁶⁾ 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⁽¹⁶⁾.

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^(17,19).

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⁽¹⁶⁾.

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⁽²⁰⁾, em conjunto com o número de casos de suicídios existentes no Brasil e Nordeste registrado em DATASUS⁽¹⁶⁾. 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.⁽¹⁶⁾.

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⁽²¹⁾.

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⁽²¹⁾.

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⁽²²⁾.

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⁽⁵⁾. 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%⁽²³⁾. 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⁽²⁴⁾.

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⁽²⁴⁾.

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⁽¹¹⁾.

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%)⁽²⁵⁾.

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%)⁽²¹⁾.

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⁽²⁶⁾.

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^(24,27).

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^(28,29). Contudo, neste estudo, verificou-se o prevailecimento 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⁽³⁰⁾.

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	-	-
Total	32	100,0	44	100,0	38	100,0	38	100,0	55	100,0	37	100,0

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
Total	32	100,0	44	100,0	38	100,0	38	100,0	55	100,0	37	100,0

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

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.
-