Parte I — Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde

7. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção

Maria Cecília de Souza Minayo
Camila Bahia

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, M.C.S., and BAHIA, C. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 159-180. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0009>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

7. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção

Maria Cecília de Souza Minayo e Camila Bahia

Este capítulo trata do fenômeno do suicídio no Brasil e de seus desdobramentos, que implicam tentativas, ideação e comportamento autopunitivo. O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de óbito no mundo e é a principal causa de morte violenta: em 2012, mais de 800 mil pessoas se suicidaram, 86% eram indivíduos menores de 70 anos de idade. Entre indivíduos com idade entre 15 e 29 anos, o suicídio é a segunda causa de morte no mundo, após os acidentes de trânsito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, 2016).

Em termos globais, ocorreu redução de 9% no número de suicídios entre 2000 e 2012. A taxa de mortalidade no mundo caiu 21% no mesmo período. Quando realizado o controle dessas taxas por idade, observou-se aumento em cerca de 50 países, incluindo os de alta renda, onde os números permaneceram altos.

Os índices de suicídio consumados estão distribuídos desigualmente na população mundial e dentro dos países. Segundo a OMS, os mais elevados se encontram na República da Coreia (36,8/100.000), Guiana (34,8/100.000) e Lituânia (33,5/100.000). Os mais baixos estão na Arábia Saudita (0,3/100.000) e Síria (0,4/100.000). O Brasil apresenta taxa de 6,0/100.000. Em vários países europeus, nos Estados Unidos, Canadá e no Japão as taxas estão acima de 10,0/100.000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

7.1 Como o suicídio é definido

O suicídio é um ato humano de infligir a si próprio o fim da vida. Em toda a variedade de definições existentes sobre o fenômeno, a intenção de morrer é o elemento-chave. No entanto, é muito difícil reconstituir

com precisão o pensamento e o desígnio das pessoas que se autoeliminam, mesmo quando elas fazem declarações claras sobre suas intenções antes de morrer. Neste estudo, adota-se a categorização utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (KRUG *et al.*, 2002), descrita a seguir.

Suicídio fatal constitui-se no ato humano de tirar a própria vida.

Tentativa de suicídio diz respeito ao ato de buscar a própria morte, sem que a intenção se consuma.

Ideação suicida é um termo sinônimo de pensamento suicida. Pensar em se matar é comum entre os seres humanos quando enfrentam situações difíceis, conflituosas e dolorosas. Mas há vários graus de ideação, e ela é particularmente problemática quando a pessoa imagina que a sua vida perdeu o sentido.

Comportamento autopunitivo diz respeito ao procedimento de se infligir danos voluntariamente, como ferir-se de propósito, causar lesão a seu corpo, ficar sem se alimentar, entre outros.

7.2 Extensão do problema em nível internacional e em comparação com o Brasil

A seguir detalhamos os tipos de comportamentos suicidas e os fatores de risco mais comuns, apontados na literatura nacional e internacional.

7.2.1 Sobre suicídios consumados

No mundo, os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas entre os homens e 71% entre as mulheres. As taxas globais são maiores entre idosos acima de 70 anos; e é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em alguns países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em 2012, a taxa global de suicídio foi de 11,4/100.000 habitantes, sendo 15/100.000 entre homens e 8,0/100.000 entre mulheres.

Nos atos consumados, homens prevalecem sobre mulheres numa razão que pode chegar a 4:1, de acordo com o contexto cultural. No mundo, a relação é de 1:9 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), enquanto nas idades mais avançadas as taxas permanecem baixas, sobretudo quando comparadas às relativas aos homens. Quanto à etnia, estudos da OMS (KRUG *et al.*, 2002) mostram que os caucasianos apresentam taxas elevadas e similares em vários países do mundo. No Brasil, além

desses grupos, existe um percentual elevado de suicídio entre as populações indígenas.

No Gráfico 1, encontram-se informações por taxas, em geral, e por regiões do Brasil.

Gráfico 1 – Taxas* de mortalidade por suicídio. Brasil e regiões, 2000-2016

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, utilizando os códigos X60 a X84 da CID X (DATASUS, 2019).

*Taxas por 100 mil hab.

No período de 2000 a 2016 houve 156.299 óbitos por suicídios no Brasil: 123.377 homens e 32.902 mulheres, o que significa 25 mortes por dia.

O Gráfico 1 mostra aumento das taxas de suicídios no período estudado, passando de 3,9/100.000 para 5,5/100.000 habitantes (taxa média anual de 4,8).

Observam-se grandes diferenças regionais: o Sul lidera com taxa média anual de 8,1/100.000 mortes no período, seguido pelo Centro-Oeste com 6,0/100.000. No entanto, apenas o Norte e o Nordeste mostram tendência crescente no período, embora partam de taxas médias anuais menores, 3,7/100.000 e 3,8/100.000, respectivamente. O Sudeste mantém-se pouco abaixo do padrão nacional com taxa média de 4,3/100.000 óbitos/ano.

Entre 2000 e 2016, os homens apresentaram taxas de suicídio cerca de três a quatro vezes mais elevadas que as mulheres (taxa média anual masculina de 7,6 e de 2,0 óbitos femininos por 100 mil), o que corresponde à perspectiva internacional, que é em média 3:1.

As ocorrências de suicídio por sexo são heterogêneas no país: no Norte, Centro-Oeste e Sudeste ocorre menor sobremortalidade masculina (3,6; 3,6 e 3,7 homens para cada mulher respectivamente) do que se observa no Nordeste (3,8) e no Sul (4,1).

Ressaltam-se as elevadas taxas de suicídios de homens no Sul (14,3/100.000 ha) e no Centro-Oeste (10,5/100.000) no ano de 2016.

Observando-se por grupos etários, morreram por suicídio 77 crianças de 0-9 anos entre 2000 e 2016, o que corresponde menos de 0,1% do total de mortes por essa causa. As taxas são baixas, mas a dimensão social subjacente à busca pela morte nessa fase da vida é impactante, mesmo quando se trata de um evento único.

No mesmo período, suicidaram-se 12.844 adolescentes de 10-19 anos. Entre eles, a taxa média foi 2,2/100.000, 8,2% do total de todos os suicídios que ocorrem no país.

Nota-se, no mesmo intervalo de tempo, que a taxa média para adultos jovens (pessoas entre 20-29 anos) foi de 6,1/100.000; e a dos adultos com mais idade (30-59 anos) foi 6,9/100.000.

O impacto dessa mortalidade se eleva com o aumento da idade: 22,7% do total de mortes por suicídio ocorreram entre adultos jovens e 53,6% entre pessoas de 30-59 anos.

Já entre idosos, houve 23.745 óbitos no período analisado. As taxas oscilam em torno de 7,4/100.000. Os idosos possuem as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio, comparadas às outras faixas etárias, e são responsáveis por 15,2% do total de óbitos. É importante salientar que são os homens idosos os que mais falecem por suicídio. Entre as mulheres acima de 60 anos, as taxas são baixas e não crescem com a idade.

Para refletir

Como você analisa a questão do suicídio entre crianças? E nas demais faixas etárias?

A distribuição dos suicídios ocorridos, em 2008, difere segundo o porte do município, concentrando-se especialmente nos de menor número de habitantes. Nas cidades acima de um milhão de habitantes, as taxas correspondem a 3,6/100.000, elevando-se para 4,2/100.000 nas que

têm de 100 a 999 mil habitantes, e para 5,7 nas acima de 100 mil moradores. Em todas as faixas etárias, observa-se relação inversa entre as taxas de suicídio e o porte dos municípios: crescem as taxas à medida que se reduz o porte (MINAYO *et al.*, 2013).

Uma característica relevante, no mesmo sentido, é a distribuição proporcional dos eventos pelos municípios brasileiros. Em 2008, dos 2.662 em que houve suicídio, 90,2% (2.401) tinham menos de 100 mil habitantes e foram responsáveis por 54,7% dos atos fatais; 9,3% (247) possuíam de 100 mil a 999 mil moradores e responderam por 29,6% das mortes autoprovocadas. Apenas 0,5% dos que notificaram suicídios tinham mais de um milhão de habitantes, e esses casos corresponderam a 15,7% do total. É possível que a explicação para o padrão de distribuição mais elevado para municípios menores seja a maior capacidade de reconhecimento dos suicídios em ambientes comunitários, onde as pessoas se reconhecem. Mas também é plausível a hipótese de maior resolutividade e maior presença dos serviços de saúde nos grandes centros, ajudando a diminuir a letalidade das tentativas (MINAYO *et al.*, 2013).

Para refletir

No seu município, como ocorrem as notificações de suicídio? O que os dados revelam sobre o grupo etário? E sobre sexo? No seu município, qual a proporção de mortes por suicídio, em relação a outras mortes provocadas por atos violentos? Você saberia dizer qual o grupo mais atingido, considerando sexo e idade?

No que se refere à cor da pele, das pessoas que se suicidaram no ano de 2016, foram encontradas as seguintes proporções: 49,8% registradas como brancas; 46,1% pretas ou pardas; 1,0%, indígenas; e 0,4%, amarelas. A população indígena, no entanto, é a que tem risco mais elevado, e se concentra nas regiões Norte e Centro-Oeste. Já na Região Sul, os brancos são o grupo mais vulnerável.

Quanto aos meios usados para perpetrar o suicídio, no Brasil, em 2008, destacaram-se os enforcamentos, estrangulamentos e sufocações, cuja proporção é maior nos municípios de pequeno porte. Em sequência, destacam-se as intoxicações por outras substâncias que não analgésicos, antipiréticos e outros (12,2%), os decorrentes do uso de armas de fogo (12%) e as precipitações de altura (3,6%). No entanto, esse último meio chega a 11,8% nos municípios acima de um milhão de habitantes (MINAYO *et al.*, 2013).

7.2.2 Tentativas de suicídio

Tanto em relação ao tamanho da população como em números absolutos, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre jovens. No entanto, entre idosos existe uma relação mais próxima das tentativas com os atos consumados, o que pode chegar a 2:1. Segundo a OMS (KRUG *et al.*, 2002), existem evidências de que apenas 25% das pessoas que tentam se matar entram em contato com hospitais, e os que neles chegam são os casos mais graves. Pesquisa realizada na cidade de Campinas, São Paulo (BOTEGA *et al.*, 2005), mostrou que, de cada três tentativas, apenas uma chegou aos serviços de saúde, confirmando o que vem sendo apontado pela literatura.

Internacionalmente, e diferentemente dos suicídios consumados, as taxas de tentativas são mais elevadas entre mulheres. No entanto, isso não se reflete nos dados brasileiros, em que os homens são maioria nas internações hospitalares por essa causa. Estudos a partir do Sistema VIVA (BRASIL, 2009), que notifica dados de atendimento em hospitais de urgência e emergência, porém, mostram a presença maior de mulheres entre as pessoas que tentaram e acorrem a esses serviços. Essa discrepância sugere que elas utilizam meios menos letais, e que muitas delas são dispensadas logo após a assistência emergencial, não necessitando de internação hospitalar.

De 2008 a 2017, ocorreram 86.763 tentativas de suicídio que chegaram à internação hospitalar em todo o Brasil (60,4% dos hospitalizados eram homens).

Por dia foram internadas 24 pessoas por essa causa no sistema público, numa relação de 1,6 homens para cada mulher. A taxa média anual de internação foi de 5,4/100.000 para homens e 3,4/100.000 para mulheres.

Foram 4.604 internações de crianças de 0 a 9 anos por tentativas de suicídio, de 2008 a 2017. Isso corresponde a 5,3% das hospitalizações por essa causa. Entre adolescentes, as tentativas alcançaram 12.008, no mesmo período, o que representa 13,8% de todos os grupos etários. Na faixa de 20-29 anos, houve 19.892 internações, ou 22,9% das hospitalizações por essa causa; e, na faixa dos 30-59 anos, hospitalizaram-se 42.869 pessoas (49,4%). Finalmente, foram 7.390 internações de idosos, sendo responsáveis por 8,5% de todas as internações por tentativas de suicídios.

A Região Sudeste tem a maior taxa média de internação entre homens no período (6,5/100.000), seguida da Região Norte (5,3/100.000). A Região Nordeste tem a maior razão de internação: 2,6 homens para cada mulher.

Esse percentual mais elevado de internação de homens que tentam suicídio difere do padrão internacional segundo o qual homens se matam mais e mulheres tentam mais (KRUG *et al.*, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Numericamente, a Região Sudeste responde por mais da metade das tentativas de suicídio, seguida pelas regiões Nordeste e Sul, mostrando padrão semelhante ao das mortes por essa causa, o que pode estar sendo determinado pela diferenciada oferta regional de serviços de saúde.

Os municípios de pequeno e grande porte populacional predominam entre os que têm maiores taxas de internação por tentativa de suicídio, considerando-se todas as faixas etárias (5,6/100.000 e 5,1/100.000, respectivamente), e os de médio porte apresentam taxas menores (3,0/100.000). Esse mesmo padrão se repete nas internações de adolescentes e adultos. Crianças e idosos tendem a apresentar taxas mais elevadas de internação, à medida que diminui o porte populacional.

A descrição da cor da pele dos pacientes que tentaram suicídios e foram hospitalizados foi relatada para duas em cada três internações, o que permite observar a predominância de pessoas com pele parda (47,5%) e branca (45,9%), vindo a seguir os de pele preta (5,3%). Apenas 0,9% disse ter pele amarela e 0,4% era indígena. No entanto, os índios (4,7/100 mil habitantes) e os de cor amarela (4,6/100.000) são os que possuem as mais elevadas taxas de internação por tentativas de suicídio.

Para refletir

No seu município, você sabe quantas tentativas de suicídio foram atendidas pelo serviço de saúde? Quais os grupos mais vulneráveis? Converse com alguns profissionais da saúde sobre os cuidados necessários ao atendimento desses pacientes.

Em 2009, nas internações segundo o meio utilizado predominaram as autointoxicações (86,5%). Entre as mulheres sobressai a ingestão de analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos não opiáceos, e entre os homens, outras substâncias, objetos cortantes e armas de fogo. Em termos proporcionais, a letalidade dos que se internaram por tentativas foi bastante alta em 2009: 24,1%.

O VIVA Inquérito, realizado em serviços selecionados de urgência e emergência do Brasil, no ano de 2014, mostrou que houve 477 atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, dos quais 18 (2,9%) envolveram crianças, 94 (18,8%) adolescentes, 348 (74,6%) adultos e 16 (3,7%) idosos (BAHIA, 2017; BRASIL, 2017). O perfil encontrado

mostrou maior presença de homens (53,2%), e pessoas da cor preta/parda (62,4%). Cerca de 80% dessas lesões ocorreram no domicílio. O envenenamento foi o principal meio utilizado (53,6%), e 45% dos casos se deveram a intoxicações. A suspeita de abuso de álcool foi constatada em 30% das pessoas atendidas. Apenas 0,5% dos que tentaram suicídio e foram atendidos nos serviços de emergência chegaram a óbito (BAHIA, 2017; BRASIL, 2017).

Entre os anos de 2009 a 2016, houve 187.140 notificações de lesão autoprovocada, inseridas no sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), sendo metade delas ocorridas na Região Sudeste (50,5%). Foi observada maior frequência de notificações de lesão autoprovocada entre as mulheres (65,8%), indivíduos com idade entre 30 a 59 anos (43,6%), seguido daqueles com idade entre 20 a 29 anos (27,1%), sendo importante o percentual encontrado de lesões autoprovocadas entre crianças de 0 a 9 anos (1,1%). Cerca de 49% envolviam indivíduos da raça/cor branca e 36% pretos ou pardos, e mais de 79% ocorreram na residência do indivíduo.

7.2.3 Ideação suicida

A ideação suicida é mais frequente entre adolescentes, população idosa e determinados grupos profissionais, como médicos, policiais e agricultores (MELHEIROS, 1998; NOGUEIRA, 2009). Estudo (WEISSMAN *et al.*, 1999) que revisou inquéritos epidemiológicos realizados em vários países, utilizando um mesmo método de aferição de ideação suicida, encontrou prevalências que variaram de 2,1% em Beirute, no Líbano, a 18,5%, em Christchurch, Nova Zelândia. Pesquisa sobre pensamentos suicidas na cidade de Campinas/SP (BOTEGA; BRASIL; JORGE, 2005) apontou prevalência de 17,1% para ideação, mais frequente entre mulheres, adulto jovem e jovem.

Sabe-se que os fatores associados à ideação são similares aos apresentados para os suicídios e as tentativas. No entanto, no Brasil pouco se sabe sobre o fenômeno entre os vários grupos etários. Sobre crianças e adolescentes as informações provêm de pesquisas localizadas. Estudo longitudinal que vem acompanhando 500 crianças a partir dos seis anos de idade na cidade de São Gonçalo/RJ mostra que 3,2% referiram já terem tentado se suicidar (ASSIS *et al.*, 2010).

No mesmo sentido, pesquisa com 730 adolescentes com idades entre 13 e 19 anos, das cidades de Porto Alegre/RS e Erechim/RS, encontrou mais elevada proporção de ideação. Do total, 253 (34,7%) apresentaram ideação suicida, sendo 176 (69,6%) do sexo feminino. O estudo também

constatou que existe associação significativa entre depressão e a presença de ideação suicida (BORGES; WERLANG, 2006). Pesquisa em escolas públicas e privadas de dez capitais brasileiras, com 1.686 adolescentes, constatou que 29,7% deles já haviam tido ideação suicida. Desses, 43,9% apresentavam baixa autoestima (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011).

Estudo recente, de base populacional, realizado no Brasil, mostrou prevalência de 17,1% para ideação suicida ao longo da vida e 5,3% para ideação no último ano (BOTEGA; BRASIL; JORGE, 2005). Em uma pesquisa sobre policiais civis e militares do estado do Rio de Janeiro, encontrou-se que, respectivamente, 3% e 5% deles já pensaram em dar cabo à vida (MINAYO *et al.*, 2012). Os vários estudos mostram a elevada presença de sintomas depressivos que alteram a percepção das relações sociais, e vice-versa.

Quanto aos idosos brasileiros, em um grupo de familiares de pessoas que se mataram e foram entrevistados por meio de autópsia psicossocial, todos revelaram que seus entes queridos manifestavam reiterados pensamentos suicidas antes de cometerem o ato fatal. Havia, por parte deles, uma relação forte entre ideação e depressão e ideação e dependências múltiplas, doenças terminais e uso de drogas psicotrópicas. Os idosos se referiam a “pensamentos de morte”, “desejos de morrer”, “cansaço de viver”, “falta de sentido da vida” e “tristeza com o rumo atual da própria existência” (MINAYO *et al.*, 2012).

Para cada óbito por suicídio, cinco ou seis pessoas, em média, são afetadas do ponto de vista emocional, social e econômico. Além dos efeitos negativos que um evento suicida gera para a comunidade e para a sociedade, seu impacto psicológico é intenso mesmo para os que não têm ligação direta com a pessoa que morreu. Do ponto de vista dos custos econômicos, milhões de dólares são gastos – aproximadamente o equivalente a 1,8% do dispêndio total com doenças no mundo ou ao custo operacional de uma guerra – com consequências do suicídio consumado, das tentativas e ideações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

7.2.4 Autoagressão

A OMS denomina o comportamento de se ferir como autoagressão e está inserido no grupo da lesão autoprovocada, ou seja, como uma violência autoinfligida. É definido como atos de autolesão, que variam desde os mais leves (arranhaduras, cortes, mordidas e queimaduras) até os mais severos (amputação de membros e introdução de corpos estranhos no corpo) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em geral, as áreas atingidas são facilmente ocultas, de modo que o comportamento passe despercebido, e incluem braços, coxas e zona abdominal (BARBEDO; MATOS, 2009). A autolesão não está necessariamente relacionada ao comportamento suicida, o que ainda é alvo de muito debate. A maioria dos estudos aponta para uma idade de início entre os 13 e 15 anos, embora existam evidências de uma iniciação mais precoce no Japão, entre 10 a 12 anos (IZUTSU *et al.*, 2006; JENKINS; SCHMITZ, 2012), podendo persistir até a vida adulta.

A prevalência da automutilação é maior em mulheres, homo ou bissexual e jovens (VIEIRA; PIRES; PIRES, 2016). Embora não haja um consenso sobre as causas desse comportamento, entre os importantes fatores desencadeantes da autoagressão estão problemas familiares e psiquiátricos (FLIEGE *et al.*, 2009; MADGE *et al.*, 2011).

O provocar de uma dor física, definida e localizável permite um alívio da emoção negativa, deslocando o foco de atenção do sofrimento e servindo as funções de estratégia de *coping* de regulação emocional (MATOS; SAMPAIO, 2009). Os principais fatores que se relacionam ao objetivo da autoagressão são a busca pela angústia, tristeza, alegria, ansiedade, medo, frustrações, culpa, nostalgia, satisfação plena e prazer. Ao se cortarem, os usuários liberam mais endorfina agindo no cérebro com uma sensação de bem-estar, o que diminui a ansiedade e a tristeza. O cérebro estabelece uma ligação entre o falso alívio com os sentimentos ruins e o ato da mutilação, então anseiam por esse alívio na próxima vez que tiverem tensão (ROSA, 2011). Dessa forma, a automutilação pode se tornar um comportamento compulsivo, que parece impossível parar (MORAN *et al.*, 2012).

O aparente crescimento da automutilação entre adolescentes e jovens é, em parte, justificada pelo acesso às redes sociais, que incitam e oferecem informações a se autolesionarem. Contudo, tal fenômeno não é simplesmente uma consequência direta da tecnologia e deve ser visto, sobretudo, como parte das especificidades e anseios da geração contemporânea (DINAMARCO, 2011). Assumpção (2016) é categórica ao afirmar que a configuração de ordem sócio-histórica é a responsável pelo aumento crescente de casos de automutilação.

7.2.5 Fatores de risco

Sabe-se que nenhum fator de risco, para suicídio, tentativas e ideações, é explicativo por si só. O comportamento suicida está associado a várias causas que interagem entre si. Eis aqui dois casos que figuram quão complexos eles são e quão difícil é explicá-los.

Para que viver se não sou mais um homem?

O Sr. João foi encontrado enforcado com uma corda amarrada ao teto do quarto, em seu barraco, na periferia de Manaus. Ele tinha 72 anos, morava sozinho e todos os dias uma filha que residia perto vinha vê-lo, sobretudo depois que se aposentou e ficou muito parado e quieto dentro de casa. A filha se assustou e chorou muito quando o encontrou inerte e já meio arroxado, pois tinha grande afeto ao homem que a criou com todas as dificuldades “do mundo!” Ela e o marido tomaram todas as providências para o enterro, pois seus irmãos “estão espalhados por aí afora e vários já morreram”.

O Sr. João trabalhava de ajudante de pedreiro, formado na lida diária, depois que teve de deixar sua casinha no interior da Amazônia, por insistência da mulher, e se estabelecer em um barraco muito pobre na periferia de Manaus. Logo que chegaram com os oito filhos, todos pequenos, a mulher o abandonou, deixando-o com todas as crianças.

O Sr. João “teve que se virar na construção civil, que é a funda dos quebrados”, disse a filha, fazendo horas extras para a subsistência da família e deixando os filhos maiores tomando conta dos menores.

Dos oito, seis eram meninos. Enquanto as meninas foram crescendo, indo à escola e se empregando como domésticas em casa de família para ajudar o pai, os meninos fugiam da escola, enturmavam-se em gangues que cometiam pequenos delitos e não terminaram nem o ensino fundamental. Três deles entraram em quadrilhas de tráfico de drogas e todos esses acabaram assassinados muito jovens.

O Sr. João queixava-se muito da falta de uma companheira e tinha muito ressentimento da mulher que o abandonou, atribuindo a ela o fato do “desencaminhamento” dos meninos. Mesmo assim, empenhou-se na criação dos filhos e, para isso, contava com relativo apoio de um casal vizinho.

O Sr. João sofreu demais com a morte dos três filhos que se envolveram com drogas e tráfico e, segundo sua filha, “pagaram o preço por isso”. Logo depois que parou de trabalhar, o Sr. João apareceu com um câncer de próstata “e isso o matou”, disse a filha, “pois ele suportava tudo, menos ficar impotente”. Ele dizia: “Para que viver se não sou mais homem?”

Esses fragmentos da história do Sr. João mostram vários aspectos que, em geral, se encontram nas narrativas de suicídio, e nesse caso são relevantes: a migração do campo para a cidade que, em geral, exige muito dos trabalhadores pobres quanto à adaptação a outras atividades e ao estilo de vida; o abandono da mulher, que exigiu dele uma acumulação de funções familiares; o estresse por ter que manter e criar todos os filhos com uma renda que mal dava para sua subsistência, sem tempo e formação para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento; o sentimento de frustração por não ter conseguido manter a família reunida; as mortes violentas dos três filhos; e a reclusão em casa depois

da aposentadoria. Por fim, o câncer de próstata o tornou sexualmente impotente. O padrão patriarcal que marcou e ainda marca os homens brasileiros foi a gota d'água para o desfecho final.

Eis uma história de tentativa de suicídio.

Sem ele eu prefiro morrer!

Raquel tem apenas 15 anos. E acaba de dar entrada no hospital universitário de sua cidade, quase à morte, depois de ter ingerido uma grande porção de chumbinho. O chumbinho é um veneno utilizado para matar ratos (geralmente carbamatos e organofosforados), com alto grau de toxicidade. Costuma ser utilizado por muitos que tentam suicídio, sobretudo jovens.

O motivo que Raquel apresentou aos que cuidaram dela e buscaram reverter a gravidade de seu estado de saúde é que queria se matar pois estava grávida de um namorado, com quem mantinha relações sem o conhecimento e o consentimento da mãe. Ele, ao saber da gravidez, a abandonara. Ela resumia assim seu estado emocional: “Sem ele eu prefiro morrer!”

A mãe de Raquel é secretária, separada do marido, luta com muitas dificuldades para cuidar da filha, dar-lhe os estudos e promover seu futuro. A mãe sempre comenta que Raquel é o único bem que possui. Além desse amor bastante possessivo, a mãe tem princípios muito rígidos e tenta manter a filha “sob rédea curta”, vigiando-a sempre, quase sem sair de casa, buscando afastá-la de todos os perigos.

Augusto, o namorado e colega de escola, um garoto de 16 anos, quando soube da gravidez de Raquel, desapareceu como se nada tivesse a ver com o fato: foge dela na escola e não atende suas ligações. Raquel desesperou-se pelo medo das reações da mãe, mas principalmente porque ficou sozinha para assumir e enfrentar os problemas que teria a partir da gravidez.

No hospital, os médicos e enfermeiras que a atenderam estavam preocupados apenas em desintoxicá-la. Zombavam dela enquanto faziam a lavagem estomacal e lhe diziam: “já que você queria se matar deveria ter usado um meio mais potente para não dar tanto trabalho para nós”. Apenas uma enfermeira, depois que Raquel estabilizou seu quadro de saúde, a orientou sobre os riscos que correu e a enviou para um atendimento de apoio psicológico, mantido pelo próprio hospital. Ela também chamou a mãe e conversou com ela, encaminhando-a para que fosse ajudada a enfrentar a situação e a proteger e não abandonar a filha.

O caso de Raquel é bastante comum entre jovens: insegurança, paixão avassaladora de adolescente e não correspondida pelo namorado, medo de assumir a gravidez, medo dos pais. Mas além desses elementos

próximos que precederam à tentativa de suicídio, existem ainda outros fatores que pesam sobre o caso: Raquel foi criada sem pai. E a mãe, com medo de não ser competente em sua função, crê que ao fechá-la em casa evita qualquer mal que lhe possa acontecer. Em vez de conversar com ela, orientá-la e dar-lhe apoio para enfrentar as dificuldades que qualquer adolescente tem nessa etapa da vida, reprime-a e a prende a si como se pudesse salvá-la de todos os males.

Da mesma forma como ocorreu nesse caso, costuma ser comum uma reação negativa de médicos e outros profissionais que atendem jovens que tentam suicídio, apenas repreendendo-os, zombando deles ou dando por terminado seu trabalho quando estabilizam seu quadro de saúde. Em geral, a maioria da equipe de saúde não se atenta para os vários fatores que interferem na decisão de um jovem que tenta suicídio.

Mesmo buscando compreender a complexidade da história particular dos casos narrados acima ou de qualquer pessoa que se mata ou tenta fazê-lo, pode-se afirmar que nunca se sabe completamente todos os motivos que levam as pessoas a tal decisão. Apesar disso, estudos nacionais e internacionais apontam alguns fatores mais comuns e incluem problemas biológicos e médicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosófico-existenciais e motivações sociais, descritos resumidamente a seguir.

Doenças e transtornos mentais

Numa revisão sistemática de 31 artigos publicados entre 1959 a 2001, Bertolote *et al.* (2002) encontraram 97% dos casos de suicídio associados a transtorno mental. Os distúrbios psiquiátricos e psicológicos mais comuns são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtornos de personalidade; alcoolismo; desesperança e solidão; e comorbidades (ABREU *et al.*, 2010; NEVES; DALGALARRONDO, 2007; ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA; COUTINHO, 2001). Doenças depressivas em sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica constituem o mais relevante fator de risco (ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA; COUTINHO, 2001; PORSTEINSSON *et al.*, 1997).

Uso de medicamentos, drogas, álcool e intoxicações

Estados de intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes frequentes para o suicídio, com agravantes para pessoas com depressão. De todos esses elementos, o álcool é o mais significativo, sobretudo se associado à depressão.

Medicamentos anticonvulsivantes também podem estar associados ao suicídio e às tentativas. Sua indicação de largo espectro para pacientes com ou sem comorbidades psiquiátricas leva à necessidade de cuidados com a sua segurança (BEESTON, 2006; DUBERSTEIN *et al.*, 2004).

Em 2008, a Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos (UNITED STATES, 2010) publicou uma meta-análise incluindo dados de 199 estudos sobre administração controlada de placebos e 11 anticonvulsivantes: pacientes que usavam anticonvulsivantes apresentaram risco duas vezes maior para ideação e comportamento suicida, comparados com os que receberam placebo, levando a alertas da FDA quanto à sua administração.

Fatores médicos e biológicos

Algumas pesquisas mostram traços genéticos que predis põem pessoas de uma mesma família a comportamento suicida. Pesquisas sobre a base biológica do fenômeno revelam níveis alterados de metabólitos de serotonina no fluido neuroespinhal de pessoas que cometeram suicídio (MANN *et al.*, 2005). Mas estudos recentes da OMS consideram que o comportamento suicida pode ser um transtorno psiquiátrico herdado (KRUG *et al.*, 2002), mais do que uma predisposição genética. Suicídio pode ser também uma resposta do sujeito ao padecimento de doenças graves, dolorosas e incapacitantes.

Fatores microssociais

Dentre esses, os mais importantes são alguns acontecimentos que afetam a vida emocional: perdas pessoais, conflitos interpessoais, relacionamentos interrompidos ou perturbados, problemas legais ou no trabalho. Entre os jovens, autores apontam as dificuldades de relacionamento com pais, brigas com namorados, solidão, ter sofrido abusos físicos e sexuais e problemas com a orientação sexual. Também o isolamento social deve ser visto como fator predisponente. Pesquisadores (DUBERSTEIN *et al.*, 2004) encontraram, entre idosos que cometeram suicídios ou tentativas, traços de personalidade hipocondríaca, fechada, tímida ou excessivamente independente. A maioria dos estudiosos mostra que ser casado e ter filhos são fatores de proteção contra o suicídio. No entanto, estudos da OMS (KRUG *et al.*, 2002) ressaltam índices elevados de comportamento suicida entre mulheres casadas, em algumas culturas onde elas são fortemente controladas e contidas.

Fatores sociais

Segundo Durkheim (1992, p. 392) “cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria e da qual depende a importância do tributo que ele paga à morte voluntária”, e existe uma necessidade social de cota de sacrifício de alguns em prol da harmonia social. Para esse autor, anomia e patologias dos vínculos sociais como crises sociais, culturais e econômicas, desemprego em épocas de recessão, desintegração social e perda de *status* levam as pessoas a se matarem ou a matar os outros, havendo uma mesma fonte causal para o suicídio e o homicídio. Freud (1989) também se refere à relação entre suicídio e homicídio, afirmando que por trás de cada morte autoinfligida houve uma ideia anterior de matar o outro. Ambos os fenômenos provêm do mesmo impulso intrapsíquico de destruição (Thanatos).

Fatores socioambientais

Krug *et al.* (2002) divide-os em três categorias:

1. Estressores da vida, como é o caso dos problemas interpessoais, separações, rejeições, perdas de entes queridos, problemas financeiros e no trabalho, vergonha por algo socialmente reprovado.
2. Facilidade de acesso aos meios usados para perpetrar o ato.
3. Efeitos de vizinhança ou dos meios de comunicação. Nesse último caso, a OMS (KRUG *et al.*, 2002) ressalta que quando os meios de comunicação contam uma história de suicídio, podem influenciar positiva ou negativamente o público. O sensacionalismo tem um papel importante no efeito contagiante, sobretudo quando morre alguém muito conhecido e o evento é narrado de forma espetacular.

Fatores por faixa etária

É importante assinalar os fatores de risco para cada faixa etária, embora em todas elas alguns sejam os mesmos.

Entre crianças e adolescentes, destaca-se a importância de aspectos microsociais e familiares nos casos de tentativas, ideações e atos consumados. Ressaltam-se os casos de medidas disciplinares inconsistentes e rígidas, aplicadas por pais ou responsáveis, seja por crueldade, seja com intuito de educar; perdas como separações e morte dos pais; pobreza de comunicação; isolamento social; convivência com pessoas com problemas mentais; abuso de álcool e drogas e outras desordens emocionais; histórias familiares anteriores de suicídio ou de automutilações.

Leia na página da OMS (www.who.int), o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (World Report on Violence and Health), que apresenta um capítulo específico sobre suicídio (*self-directed violence*), às páginas 183 a 206. O documento traz um amplo e importante estudo sobre esse fenômeno em todos os seus aspectos.

Dentre os fatores que protegem as crianças de cometer suicídio estão: a pouca frequência de desordens depressivas sérias e de abuso de substâncias, imaturidade cognitiva para vivenciar desesperança ou formular plano de suicídio, acesso restrito a meios letais e presença de rede de apoio familiar, na comunidade e na escola (JORGE, 1988; KRUG *et al.*, 2002).

Para os adolescentes, acrescentam-se aos fatores de risco para suicídios, tentativas e ideações comuns, questões emocionais e relacionais com namorados e com amigos, problemas de autoestima e no desempenho escolar (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005; SHAFFER; GUTSTEIN, 2002).

No grupo de adultos, os fatores mais conhecidos são os transtornos mentais, principalmente a depressão associada a histórias de violência física e sexual, de rejeição, de luto, conflitos relacionais e perdas, abuso de álcool e drogas ilegais e algumas legais. São também fatores associados: ambiente de trabalho excessivamente exaustivo, de risco, competitivo e exigente; e inalação de agrotóxicos (MELHEIROS, 1998; NOGUEIRA, 2009).

Já entre idosos, são reconhecidos os fatores situacionais que provocam depressão, melancolia e tristeza, como uma aposentadoria mal planejada que isole a pessoa de seu meio social; morte do cônjuge, de familiares e amigos; diagnóstico de doença grave; perda das referências, sendo relevante a privação de seu espaço na casa. Há também os fatores sindrômicos descritos como um conjunto de sintomas: transtornos mentais, sendo o mais forte a depressão, sentimentos de culpa, dependência física e isolamento social e emocional (BEESTON, 2006; BERTOLOTE *et al.*, 2002; CONWELL; VAN ORDER; CANE, 2011; MITTY; FLORES, 2008).

Para refletir

Identifique um caso recente de suicídio que tenha ocorrido próximo a você.

Refleta sobre os fatores de risco apresentados.

7.3 Conclusões e recomendações

Os dados aqui apresentados, corroborando a literatura, evidenciam leve tendência de aumento dos suicídios no Brasil em ambos os sexos, sobretudo no sexo masculino de todas as idades e, particularmente, entre homens idosos.

Em relação às internações por tentativas, observa-se tendência de queda em ambos os sexos, com taxas mais elevadas entre os homens, o que diverge da literatura internacional. No entanto, os dados do Sistema VIVA sobre o atendimento nas emergências indicam maior presença feminina. O decréscimo das taxas de internação que não acompanha a tendência de aumento da mortalidade pode ser explicado pelo fato de o principal meio usado para o suicídio ser mais letal (enforcamento, estrangulamento e sufocação) do que a intoxicação por substâncias comumente usadas pelos que chegam às emergências e se internam nos hospitais. No entanto, a letalidade relativa às pessoas hospitalizadas por essa causa também é alta (24,1%).

Uma informação importante é que dos 5.560 municípios brasileiros, apenas 2.662 registraram suicídios em 2008. Uma característica observada nos dados é que as taxas aumentam na ordem inversa ao tamanho dos municípios. Ou seja, nos que têm menos de 100 mil habitantes encontram-se taxas mais elevadas. As regiões Sul e Centro-Oeste concentram os municípios com as maiores taxas. Na Região Sudeste observa-se diminuição da taxa de suicídio, o que acompanha a tendência de queda de todas as causas externas.

Sugestões de filmes que abordam o suicídio

- *As virgens suicidas*, drama norte-americano dirigido por Sofia Coppola (1999). Ambientado na década de 1970, o filme enfoca os Lisbon, uma família saudável e próspera de um bairro de classe média de Michigan: o Sr. Lisbon (James Woods), um professor de matemática, e sua esposa, uma rigorosa religiosa, mãe de cinco belas adolescentes, que atraem a atenção dos rapazes da região. Porém, quando Cecília (Hanna R. Hall), de apenas 13 anos, comete suicídio, as relações familiares se decompõem rumo a um crescente isolamento e superproteção das demais filhas, que não podem mais ter qualquer tipo de interação social com rapazes. Mas a proibição apenas atiza ainda mais as garotas a arranjar meios de burlar as rígidas regras de sua mãe.
- *Invasões bárbaras*, uma produção franco-canadense do gênero drama, dirigido por Invas (2003). À beira da morte e com dificuldades em aceitar seu passado, Rémy (Rémy Girard) busca encontrar a paz. Para tanto recebe a ajuda de Sébastien (Stéphane Rousseau), seu filho, que sempre fora ausente, de sua ex-mulher e de velhos amigos. Todos os argumentos mostram que esse senhor idoso queria morrer e que teria direito a escolher a forma de terminar sua vida.

Embora os suicidas de cor branca e parda predominem proporcionalmente, tanto na mortalidade quanto nas internações, são os indígenas que apresentam as taxas mais elevadas.

Estudos da área de saúde pública ressaltam a importância da atenção primária, do reforço dos laços familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos serviços especializados de saúde mental para atendimentos das pessoas mais vulneráveis. Nesse sentido, a OMS, a partir dos anos 1990, assumiu o compromisso de diminuir o número de suicídios em todo o mundo. Dentre as iniciativas, criou um manual de orientação para profissionais, cuidadores, redes de apoio e familiares, intitulado “Estudo de Intervenção sobre Comportamento Suicida em Múltiplos Locais” (Supre-Miss) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Para refletir

Você acha que os profissionais da saúde precisam ser mais informados sobre o fenômeno do suicídio e os fatores de risco que estão associados a ele?

Você conhece algum caso de tentativa? Sabe como a pessoa foi atendida pelos serviços de saúde? Você conhece algum ato consumado e sabe como a família foi apoiada pelos serviços de saúde?

Leia o documento Supre-Miss em português. O manual é escrito em linguagem muito simples, com orientações para profissionais e médicos da atenção primária. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf

O Supre-Miss é direcionado aos profissionais envolvidos na prevenção do suicídio e contempla: a dimensão do problema, o enfoque na equipe de atenção primária, a correlação entre transtornos mentais e doenças físicas, fatores sociodemográficos e ambientais e como abordar o problema. Ensina como identificar uma pessoa em risco de suicídio, como interagir, como e quando encaminhá-la, como aproveitar os recursos da comunidade, o que fazer e o que não fazer. Enfatiza a atenção primária, a preparação das equipes locais de saúde e dos cuidadores, o apoio comunitário e o papel das famílias nos momentos de crise, de eventual urgência, no monitoramento e acompanhamento cuidadoso da evolução clínica e da reabilitação psicossocial dos pacientes. O texto é claro: “suicídio pode ser evitado”.

O Ministério da Saúde, em 2005, organizou um grupo de trabalho com representantes de governo, universidades e entidades da sociedade civil visando formular estratégias de enfrentamento do problema, tendo como parâmetro a proposta de diminuição do suicídio apresentada pela OMS. Esse grupo auxiliou o Ministério da Saúde na elaboração da Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006a), com ênfase em:

- informação e sensibilização da sociedade;
- capacitação dos profissionais da saúde, assistência social, educação, segurança pública;
- ampliação do acesso da população de maior risco;
- estímulo a estudos e pesquisas;
- aprimoramento da notificação sobre mortalidade e tentativas;
- fomento e apoio a programas de prevenção em nível local e regional com foco na prevenção secundária;
- desenvolvimento de ações de promoção;
- redução do acesso a meios letais e a métodos autodestrutivos;
- controle e uso adequado de agrotóxicos.

A importância de qualificar a rede de saúde e de saúde mental no que se refere ao tema da prevenção do suicídio é ressaltada no documento, sobretudo levando-se em conta estudos brasileiros segundo os quais, na maioria dos casos de tentativas que chegam aos serviços de saúde, os profissionais que os atendem não buscam ou não sabem identificar se houve tentativas e ideações anteriores. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio de uma parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Universidade de Campinas (Unicamp), também elaborou o manual *Prevenção de suicídio*. Dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2006b), o manual apresenta, de forma clara e objetiva, os principais fatores de risco para o suicídio, os de proteção, os sintomas de transtornos mentais mais relacionados (depressão, transtorno do humor bipolar, esquizofrenia) e suas formas de tratamento. Orienta ainda sobre como lidar em situações de risco, formas de encaminhamento, entre outras informações.

O Ministério da Saúde também vem apoiando iniciativas da sociedade civil que realizam ações de proteção e prevenção do suicídio, como as desenvolvidas pelo Centro de Valorização da Vida (CVV). O CVV atua desde 1962 oferecendo atenção às pessoas que se encontram em sofrimento, por meio do telefone 141. Além disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria publicou, em 2009, um manual sobre o tema dedicado aos profissionais de mídia, *Comportamento suicida: conhecer para prevenir* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009).

Todas essas iniciativas, baseadas em pesquisas nacionais e internacionais, mostram que é possível prevenir o suicídio e que há atores-chave que devem se envolver em tal processo.

Leia as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio que constituem a Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Você encontrará informações importantes sobre como atuar diante de tentativas, ideações e comportamentos suicidas no *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* (BRASIL, 2006b), disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

7.4 Referências

- ABREU, K. P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.
- ASSIS, S. G. *et al.* *Violência comunitária e problemas de saúde mental infantil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. (Relatório final de pesquisa).
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*. São Paulo: ABP, 2009. Dirigido para profissionais de imprensa.
- ASSUMPÇÃO, Ana Paula Vieira de Andrade. *O discurso da falta e do excesso: a automutilação*. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Católica de Pelotas, 2016.
- AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 58, n. 5, p. 535-539, 2005.
- BAHIA, Camila Alves *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, set. 2017.
- BARBEDO, M.; MATOS, M. Fazer mal a si próprio. In: MATOS, M.; SAMPAIO, D. (coord.). *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, 2009. p. 123-130.
- BEESTON, D. *Older people and suicide*: Centre for Ageing and Mental Health. London: Stanfordshire University, 2006.
- BERTOLETE, J. M. *et al.* The impact of legislation on mental health policy. In: SARTORIUS, N. *et al.* (ed.). *Psychiatry in society*. London: John Wiley & Sons, 2002.
- BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 7, n. 2, p. 195-209, 2006.
- BOTEGA, N. J.; BRASIL, M. A. A; JORGE, M. R. Residência em psiquiatria: enquête nacional discorda da posição da Comissão Nacional de Residência Médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 341-348, 2005.
- BOTEGA, N. J. *et al.* Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde: Unicamp, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006-2007*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CONWELL, Y.; VAN ORDER, K.; CANE, E. D. Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 34, n. 2, p. 451-468, 2011.
- DATASUS. *Informação de saúde (TABNET)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>. Acesso em: 29 maio 2020.
- DINAMARCO, A.V. *Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada por objetos cortantes e/ou perfurantes através de relatos expostos na internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2011.

- DUBERSTEIN, P. R. *et al.* Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 34, n. 7, p. 137-144, 2004.
- DURKHEIM, E. *O suicídio*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- ESTELLITA-LINS, C. A.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico centrado e urgências. In: ENCONTRO NACIONAL DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS, 1., 2001, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: PUC, 2001.
- FLIEGE, H. *et al.* Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, London, v. 66, p. 477-493, 2009.
- FREUD, S. O ego e o id. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, 5, 19. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1989. p. 13-83.
- IZUTSU, T. Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Heidelberg, v. 15, n. 3, p. 172-176, 2006.
- JENKINS, A.; SCHMITZ, M. The roles of affect dysregulation and positive affect in nonsuicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, London, v. 16, p. 212-225, 2012.
- JORGE, M. H. P. M. Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância. 1988. Tese (Livre-Docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.
- KRUG, E. G. *et al.* (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- MADGE, N. *et al.* Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *European Child Adolescent Psychiatry*, Heidelberg, v. 20, p. 499-508, 2011.
- MANN, J. J. *et al.* Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, Chicago, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.
- MATOS, M.; SAMPAIO, D. *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, 2009.
- MELHEIROS, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. (org.). *Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* Suicídios no Brasil por faixas etárias (2000-2008). Rio de Janeiro: Fiocruz/Claves, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.
- MITTY, E.; FLORES, S. Suicide in late life. *Geriatric Nursing*, New York, v. 3, n. 29, p. 160-165, 2008.
- MORAN, P. *et al.* The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, London, v. 379, n. 9812, p. 236-243, Jan. 2012.
- MOSCICKI, E. K.; CAINE, E. D. Opportunities of life: preventing suicide in elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 164, n. 11, p. 1171-1172, 2004.
- NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007.
- NOGUEIRA, G. E. G. *Tentativas de suicídio entre policiais militares: um estudo em saúde mental e trabalho*. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

PORSTEINSSON, A. *et al.* Suicide and alcoholism: distinguishing alcoholic patients with and without comorbid drug abuse. *American Journal on Addictions*, Washington, DC, v. 6, n. 4, p. 57-68, 1997.

ROSA, Nara Beatriz Kreling. O uso da internet como espaço terapêutico. *Cadernos do Aplicação*, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 131-143, jul./dez. 2011.

SHAFFER, D.; GUTSTEIN, J. Suicide and attempted suicide. *In*: RUTTER, M.; TAYLOR, E. Child and adolescent psychiatry. London: Blackwell Publishing, 2002. p. 529-554.

UNITED STATES. Food and Drug Administration. *US Department of Health & Human Services*. Washington, DC: FDA, 2010. Disponível em: <http://www.fda.gov/>. Acesso em: 12 ago. 2010.

VIEIRA, Marcos Girardi; PIRES, Marta Helena Rovani; PIRES, Oscar Cesar. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Revista Dor*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 257-260, out./dez. 2016.

WEISSMAN, M. M. *et al.* Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 29, p. 9-17, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report: shaping the future*. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization, 2016.