

**Universidade Federal de Mato Grosso  
Instituto de Saúde Coletiva**

**Suicídio no Brasil e Mato Grosso: tendência  
temporal e fatores associados**

**Yasmin de Oliveira**

**Trabalho de Curso apresentado ao Curso de  
Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de  
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato  
Grosso, para obtenção do título de Bacharel em  
Saúde Coletiva.**

**Orientadora.: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita Adriana Gomes de  
Souza**

**Cuiabá  
2018**

# **Suicídio no Brasil e Mato Grosso: tendência temporal e fatores associados**

**Yasmin de Oliveira**

**Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.**

**Orientadora.: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita Adriana Gomes de Souza**

**Cuiabá  
2018**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, e a minha família. Em especial, dedico ao meu pai que não está mais entre nós em corpo presente, mas que estará para sempre em meu coração.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha mãe, Maria de Jesus Dacol, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

À David Costa que segurou minha mão a todo momento, me dando força e coragem para seguir em frente.

À professora Dr.<sup>a</sup> Rita Adriana, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

À Jaqueline Moreira e Daniela Arruda, amigas que fizeram parte da minha formação e que não me deixaram desistir.

A todos professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

MADRE TERESA DE CALCUTA



## RESUMO

OLIVEIRA, Y. **Suicídio no Brasil e Mato Grosso: tendência temporal e fatores associados.** 2018. Trabalho de Curso – Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, Cuiabá, 2018.

**Introdução** – O suicídio é o ato de pôr fim a própria vida, no entanto, é analisado de diferentes formas de acordo com a cultura de cada localidade. Para muitas religiões, o suicídio é um pecado, enquanto outros creem que alguém pode acabar com a sua própria vida a mando divino. Atualmente, no Brasil, esse ato é considerado um grave problema de saúde pública. Para entender porque o suicídio é atualmente considerado um problema de saúde pública, foi feita uma revisão de literatura que teve como objetivo entender a evolução desse problema, trazendo como este tema era tratado antigamente e como é tratado atualmente. Após essa revisão histórica do suicídio, abordou-se a questão epidemiológica, trazendo dados de outros países, como também de regiões e estados brasileiros. Em seguida foram discutidas as políticas de enfrentamento para esse fenômeno. **Objetivo** – Analisar a tendência temporal do suicídio no Brasil e em Mato Grosso no período de 2000 a 2014, e fatores associados. **Métodos** – Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, que utilizou dados secundários, coletados no ano de 2017, disponíveis na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Resultados** – As taxas de suicídio para o Brasil apresentaram tendência crescente estatisticamente significativa. O Mato Grosso apresentou taxas maiores que as taxas do Brasil para a maior parte do período analisado e um decréscimo anual, no entanto essa tendência decrescente não foi estatisticamente significativa. A Região Sul foi a que apresentou as maiores taxas nos dois anos analisados. O sexo masculino, aqueles na faixa etária de 20 a 59 anos, os solteiros e aqueles com 1 a 7 anos de estudo foram os que apresentaram os maiores percentuais de suicídio. **Conclusão:** Foi observado que o suicídio merece uma atenção especial, tanto do governo para criação de políticas de enfrentamento, como também para os profissionais de saúde que tem como objetivo identificar os fatores de risco e acompanhar os pacientes que apresentam tendência a cometer o ato suicida.

**Descritores:** Suicídio; Saúde Pública; Perfil Epidemiológico.

## Lista de Quadros, Figuras e Tabelas

<b>Quadro 1</b> – Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na população total, de acordo com as regiões do Brasil e Unidades de Federação. 2002-2012.	19
<b>Figura 1</b> – Mapa de taxas de suicídio (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2012.	15
<b>Figura 2</b> – Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren and Whitehead).	21
<b>Figura 3</b> – Taxas de suicídio para homens e mulheres no Brasil, de 1980 a 2006.	22
<b>Figura 4</b> – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) para o Brasil e Mato Grosso, no período de 2000 a 2014.	37
<b>Figura 5</b> – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) por Região de Saúde de Mato Grosso, nos anos de 2000 e 2014.	40
<b>Tabela 1</b> – Análise de tendência das taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) para o Brasil e Mato Grosso, no período de 2000 a 2014.	36
<b>Tabela 2</b> – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) por Região e Unidades da Federação do Brasil, nos anos de 2000 e 2014.	39
<b>Tabela 3</b> – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) por Região de Saúde de Mato Grosso, nos anos de 2000 e 2014.	40
<b>Tabela 4</b> – Distribuição percentual de suicídio no Brasil, segundo fatores demográficos e escolaridade, nos anos de 2000 e 2014.	41
<b>Tabela 5</b> – Distribuição percentual de suicídio em Mato Grosso, segundo fatores demográficos e escolaridade, nos anos de 2000 e 2014.	43
<b>Tabela 6</b> – Distribuição (%) do local de ocorrência e os meios utilizados para a conclusão do ato suicida no Brasil e em Mato Grosso, nos anos de 2000 e 2014.	44

## **SIGLAS UTILIZADAS**

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIM	Sistema de informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	09
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	11
	2.1 SUICÍDIO: DEFINIÇÕES E ASPECTOS HISTÓRICOS, PSÍQUICOS E SOCIAIS	11
	2.2 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO	14
	2.3 FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS AO SUICÍDIO	20
	2.4 CUIDADO INTEGRAL E PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADOS PARA O ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO	26
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	31
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	32
	4.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	32
	4.2 DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE	32
	4.3 DESCRIÇÕES DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES	33
	4.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	34
	4.5 ASPECTOS ÉTICOS	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	36
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	45
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	54
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	56
	<b>ANEXOS</b>	63
	Anexo 1 - Categorias da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) referentes ao óbito por suicídio.	63
	Anexo 2 – Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso e seus respectivos municípios.	64

## 1 INTRODUÇÃO

A cada 45 segundos ocorrem um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põe fim à vida diariamente (VÄRNIK, 2012). Em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Na maioria dos países, o suicídio situa-se entre as 10 causas mais frequente de morte, e entre as duas ou três mais comuns em adolescentes e adultos jovens (BOTEGA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002). No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio é considerada relativamente baixa quando comparada com as taxas de outros países. No entanto, em números absolutos, o Brasil está entre os 10 países com mais suicídios (MELLO-SANTOS et al., 2005).

O fator que motivou a realização do estudo sobre o suicídio foi, inicialmente, o alto índice de notícias sobre o caso, um fenômeno muitas vezes silenciado. A mídia, cada dia mais, vem evidenciando inúmeros casos de suicídio no Brasil, o que antes não era muito comum. Outro fator facilitador para a escolha desse tema foi o fato de já ter ocorrido, na minha família, um óbito por suicídio e uma tentativa do mesmo.

Além disso, durante o estagio tive a oportunidade de conhecer mais o banco de dados com informações sobre suicídio. Meu maior contato foi com o sistema de notificação, que deveria conter informações sobre a violência interpessoal, como também a autoprovocada, no entanto, identifiquei uma grande falha no preenchimento das fichas, o que dificulta a criação de políticas de enfrentamento, pois o banco de dados serve como suporte para se conhecer as particularidades de cada região.

Dessa maneira, a proposta desse estudo é propiciar uma discussão sobre essa temática, que é complexa, mesmo após sua ocorrência, e que afeta não apenas o indivíduo que realizou o ato, mas também a todos os que, de certa forma, conviveram com ele.

Conforme alegam SAND et al. (2013), historicamente as pessoas que cometeram suicídio são vistas de modo mais negativo, se comparadas com os indivíduos que morrem de outras causas. Assim, pode-se dizer que, de certa forma,

o comportamento suicida predispõe à imputação de estigmas, os quais podem contribuir negativamente para as medidas de prevenção e para a evolução da intervenção terapêutica (WITTE et al., 2010).

Embora seja necessário atentar-se para as disparidades regionais no que tange aos números do suicídio, este fenômeno não deixa de se qualificar como um problema de Saúde Pública. COSTA e VICTORA (2006) apontam que a definição de 'problema de Saúde Pública' é ampla, mas está relacionada a elementos como: anos potenciais de vida perdido; dor; desconforto; impacto na família; impacto na sociedade; e potencial epidêmico. Pontos esses que fazem governos e organismos internacionais colocarem o suicídio no patamar de problema de Saúde Pública.

De acordo com VENCO e BARRETO (2010), o suicídio está inserido no campo dos transtornos mentais, sendo classificado como uma patologia. Sabe-se que a etiologia do comportamento suicida é multifatorial. Entretanto, a pesquisa atual sobre o tema é muito focada em fatores de risco clínicos e biológicos, e os fatores de risco demográficos e socioeconômicos, destacados pela primeira vez por Durkheim (1897), têm recebido menos atenção. Além disso, destaca-se os poucos estudos no Brasil e, sobretudo em Mato Grosso, sobre essa temática.

No Brasil, são feitas algumas ações para o enfrentamento do ato suicida. No entanto, há muito o que se melhorar, pois a escassez de estatísticas sobre essa temática não contribui para a elaboração de uma política que seja efetiva.

Como o Brasil possui regiões com níveis de desenvolvimento distintos, é necessária uma análise e contextualização do ato suicida e sua história em diferentes recortes geográficos para identificar suas necessidades, com também para a criação de políticas de saúde pública voltadas para o enfrentamento do suicídio (LOVISI et al., 2009).

O presente trabalho não pretende esgotar o assunto. A intenção é identificar a tendência temporal do fenômeno, regiões com as maiores mortalidades por suicídio, alguns fatores associados, assim como os meios mais utilizados para a realização do ato, sob a perspectiva da epidemiologia descritiva, para melhor compreensão da magnitude efetiva desses fatores, o que é crucial para a concepção de programas e políticas de prevenção do suicídio.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 SUICÍDIO: DEFINIÇÕES E ASPECTOS HISTÓRICOS, PSÍQUICOS E SOCIAIS

Há muito tempo autores, pensadores e filósofos estabelecem suas definições do suicídio.

Sêneca o define como "um ato de heroísmo", Goethe como "um ato próprio da natureza humana e, [que] em cada época, precisa ser repensado.", Kent como "a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal", Rousseau como "uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros.", Nietzsche como "admitir a morte no tempo certo e com liberdade.", Sartre como "uma fuga ou um fracasso.", Shopenhauer como "positivação máxima da vontade humana" (SILVA, 1992).

O suicídio é um fenômeno estudado em diversas áreas do conhecimento, tanto nas artes como nas ciências. Na perspectiva individual tornou-se objeto de estudo da psiquiatria, psicologia, psicanálise e filosofia; no coletivo, torna-se objeto da antropologia, demografia, epidemiologia, entre outras (BEZERRA FILHO et al., 2012). Em sua obra *O suicídio*, DURKHEIM (2003) conceitua esse ato como: "todo o 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 esse resultado". O autor também afirma que "a tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte".

O comportamento suicida envolve, esporádica ou frequentemente, ideias, desejos e manifestações da intenção de querer morrer, planejamento de como, quando e onde fazer o ato, além do pensamento de como o suicídio irá impactar os outros, muitas vezes, como solução para algo insuportável e insolúvel. Constitui, portanto, uma tendência autodestrutiva que se apresenta em um gradiente de gravidade que pode variar da ideação ao suicídio. O risco de suicídio em si abrange desde a ideação suicida (o planejamento), tentativas cometidas e, por fim, a conclusão do óbito (WERLANG et al., 2005), variando em um *continuum* que se inicia com ideias de suicídio, ou seja, pensamentos de acabar com a própria vida. Se o processo avança, surge o planejamento suicida, que é a etapa em que o sujeito

estabelece quando, onde e como fará para levar avante a conduta de autodestruição. A partir daí, poderá ocorrer a tentativa de suicídio, resultando ou não em morte (BAGGIO et al., 2009).

Para DURKHEIM (2003), há três tipos de suicídio: egoísta, altruísta e anômico. O suicídio egoísta é aquele em que o relacionamento entre o indivíduo e a sociedade fica frágil, fazendo, assim, que o sujeito sinta que não tem mais razão para viver. O suicídio altruísta é aquele que vê sua morte como um sacrifício, como por exemplo, os soldados japoneses que lutaram na segunda guerra mundial e ficaram conhecidos como *kamikazes*. O suicídio anômico é aquele que normalmente ocorre quando o indivíduo não concorda com as normas postas pela sociedade e vê o suicídio como uma alternativa de escape.

Um esclarecimento necessário, diz respeito à diferença entre suicídio e eutanásia. Por mais que aja uma associação entre suicídio e eutanásia, esses são atos diferentes. A medicina vê o suicídio associado a doença psíquica e o sujeito que deseja tirar a vida provoca a própria morte. Na eutanásia, o sujeito deseja tirar a vida para aliviar algum tipo de sofrimento e, para que isso aconteça, ele pede para que uma pessoa execute o ato. A eutanásia é crime no Brasil e a pessoa que realiza o ato recebe punição legal. O suicídio não é considerado crime, logo se uma pessoa sobrevive à tentativa de tirar a própria vida, ela não recebe nenhum tipo de punição, apesar desse ato ainda ser visto como transgressão religiosa e social (KOVÁCS, 2013).

O comportamento suicida não é algo novo. Há relatos sobre essa questão desde muito tempo atrás, porém, o modo de encarar o ato suicida muda de acordo com o tempo e a cultura da região. Em alguns lugares, esse ato pode ser estimulado, em outros, tratado como algo fora da lei ou até mesmo como ato de misericórdia em algumas religiões. Na Roma antiga, o suicídio foi visto, de modo geral, de maneira mais favorável, algumas vezes até mesmo como algo positivo. No entanto, as opiniões variavam de um período para outro, e até mesmo de acordo com as categorias sociais. Os escravos, por exemplo, não podiam se suicidar, pois era um ato contra a propriedade privada, visto que ele pertencia ao seu senhor. Já os soldados que cometessem o ato, estavam previstas penas severas no exército, caso o sujeito sobrevivesse à tentativa de suicídio (SILVA, 2009).

Segundo PARREIRA (1988), algumas sociedades do Mundo Antigo tinham o suicídio como obrigação em algumas circunstâncias. Por muito tempo, as mulheres

da Índia, após ficarem viúvas, eram obrigadas a se matar, assim acontecia também com os escravos do Antigo Egito após o óbito de seus senhores. KOVÁCS (2013) afirma que, em diversas épocas e sociedades, o ato suicida já foi considerado crime. A autora também assegura que o suicídio ainda é visto com preconceito pela sociedade, fazendo com que a família oculte o acontecimento. Para WÜNSCH et al. (2016), diversas vezes o suicídio foi considerado um tema que não tinha a necessidade de muita visibilidade, mesmo após ter se passado muito tempo da reforma psiquiátrica no Brasil.

Sobre a classificação nos casos de mortes violentas, é sempre um fator difícil de definir: *será que foi um acidente, um homicídio, um suicídio?* Para determinar se uma morte foi suicídio, é preciso identificar se houve realmente a intenção de morrer, e nem sempre isso é possível de ser definido. Em muitos casos a dificuldade está na investigação do óbito, porém, outro fator que atrapalha a identificação de um suicídio é a omissão da família em informações que ajudariam na investigação, ou até mesmo na pressão que a família impõe para que se oculte o caso (BOTEGA, 2014).

De acordo com BOTEGA et al. (2006), o suicídio está relacionado com questões religiosas e culturais.

Pessoas com maior envolvimento religioso, de um modo geral, possuem menores taxas de suicídios. A religiosidade também auxilia no enfrentamento de doenças graves. Entre os muçulmanos, as taxas de suicídio são mais baixas quando comparadas às outras religiões, provavelmente por causa do pesado julgamento moral sobre o suicídio e consequente senso de punição, além de outras características culturais, como por exemplo, a proibição do consumo de álcool. Sabe-se que vários fatores culturais influenciam as taxas de suicídio. Dependendo do tipo de sociedade, seus valores podem atuar como fatores de proteção ou de risco. Por exemplo, sociedades que valorizam a interdependência, nas quais existe estímulo para conversas sobre os problemas com diferentes indivíduos e são mais abertas a mudanças de opinião, parecem favorecer aspectos mais protetivos em relação à ocorrência de suicídio. Por outro lado, em sociedades nas quais a independência e a capacidade de tomar decisões são valorizadas e pedir ajuda é visto como um sinal de fraqueza ocorre o oposto (p. 215-216).

Algumas características são comuns em pessoas que tem a mente suicida, como a ambivalência e a impulsividade. A ambivalência é a característica relacionada com o desejo do indivíduo de morrer e de viver. São sentimentos confusos que, com o apoio emocional dado, a chance de o indivíduo cometer o

suicídio diminui. Outra característica da mente suicida é a impulsividade. O ato suicida é totalmente impulsivo, logo, a duração da ideação suicida pode variar. A mente suicida também tem como característica o pensamento rígido, ou seja, eles veem a morte como único meio de resolver o problema (FERREIRA JUNIOR, 2015). DURKHEIM (2003) também afirma que a sociedade exerce um papel essencial na construção do indivíduo. O autor afirma que o suicídio não é apenas um ato individual que depende exclusivamente de fatores pessoais que se situam excepcionalmente no campo da psicologia. O fator social também é uma característica comum nos atos suicidas. Fatores sociais, como família, escola, amigos e a sociedade em si, influenciam na produção de um episódio suicida, tanto para que esse ocorra quanto para evitá-lo.

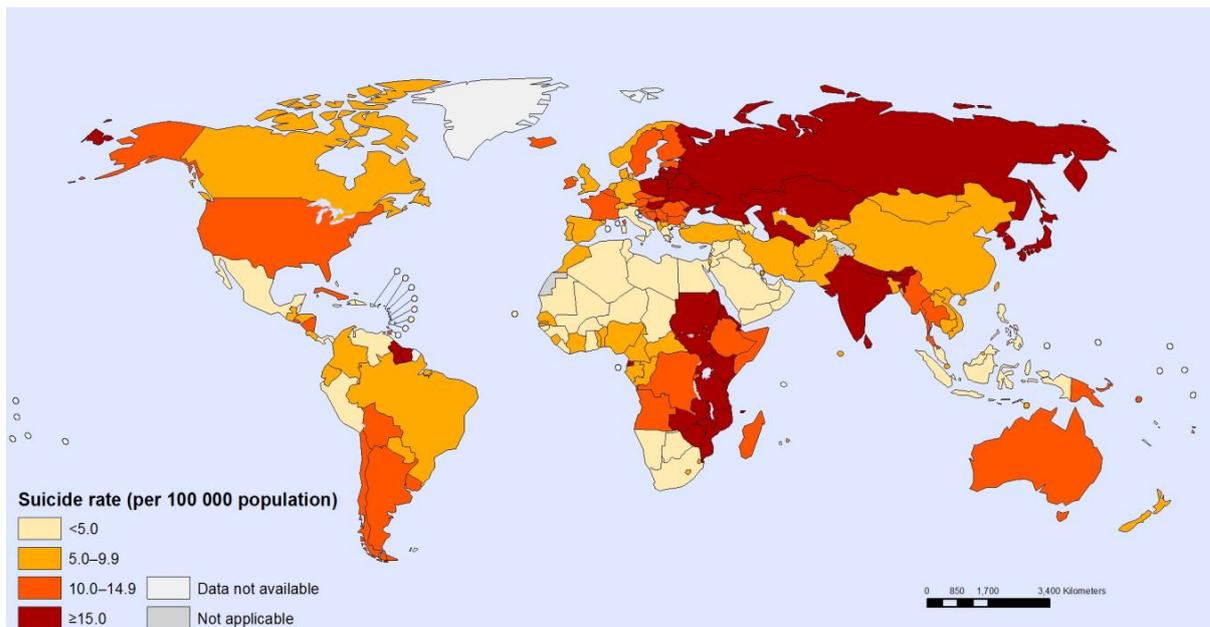
Do ponto de vista bioético, é possível entender o suicídio como objeto de interesse latente, uma vez que afeta o respeito à humanidade e as questões relativas à autonomia. Nesse sentido, o suicídio, como ação autodestrutiva, poderia corresponder a um ato de violência intencional que leva a refletir sobre o fato de que esse comportamento também atinge a própria essência de nossa civilização e compromete o bem e o futuro da própria humanidade. Tais hipóteses remetem à reflexão de que o indivíduo contemporâneo vive em um cenário muitas vezes imposto por ideologias, sistemas políticos e sociais que costumam impingir cobranças severas. Nesse contexto, os sujeitos, que muitas vezes se encontram despreparados para lidar com tais situações, não enxergam outra opção que não o fim de sua própria vida (DAOLIO, 2012).

Atualmente, o suicídio consta na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que é publicada pela OMS, e tem como objetivo padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, além de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. O código da classificação de óbitos por suicídio abrange a codificação de X60 a X84.

## 2.2 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

O suicídio está classificado entre as três principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável por 1,4% do total de mortes. No entanto, esses dados não incluem as tentativas de suicídio, que podem ser de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (WHO, 2014). Estudos apontam que de modo geral, os coeficientes mais altos se localizam em países da Europa Oriental e em parte da África (figura 1) (VÄRNIK, 2012). As maiores taxas de suicídio são encontradas nos países bálticos com 32 a 42, para cada cem mil habitantes, como por exemplo, na Lituânia com 41,9 e Estônia com 40,1. Em contrapartida, em países como Guatemala, Filipinas e Albânia apresentam as menores taxas de suicídio variado entre 0,5 e 2,4 (BEZERRA FILHO et al., 2012).

**Figura 1** – Mapa de taxas de suicídio (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2012.



Fonte: WHO, 2014.

Outro dado levantado pela OMS aponta que 75% dos óbitos por suicídio acontecem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, fazendo com que ocorra uma possível conexão entre situação econômica e as taxas de suicídio.

Por outro lado, há o exemplo da Coreia do Sul, que mesmo sendo considerado um dos países mais ricos do mundo e com um elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ainda assim obtém a segunda maior taxa mundial

de suicídios, que aumentou consideravelmente de 8,8 em 1990 para 33,3 em 2011. Os aspectos culturais das Coréias do Sul e do Norte podem estar relacionados com a questão do suicídio, uma vez que ambas apresentam altas taxas de suicídio, respectivamente a segunda e a terceira maior, mesmo vivendo regimes políticos e situações econômicas diferentes. Nesse sentido, nota-se que a flutuação nas taxas de suicídio não é igual entre os países pesquisados, assim como não é igual entre países de uma mesma região do mundo. Essa discrepância nas taxas aponta para a complexidade de entender o suicídio, em que diversos fatores influenciam a disposição dos indivíduos para o suicídio, como os fatores econômicos, políticos e culturais (FERREIRA JÚNIOR, 2015).

O Brasil, desde 1960, atravessa uma transição epidemiológica, na qual os óbitos por causas externas estão em crescimento em substituição às doenças infecciosas e parasitárias. O crescimento nas taxas de suicídio tem contribuído com essa tendência, sendo essa a terceira causa de óbito por fatores externos identificados: homicídio (36,4%), óbitos relacionados ao trânsito (29,3%) e suicídio (6,8%) (REICHENHEIM et al., 2011).

Mesmo possuindo um coeficiente considerado relativamente baixo, o Brasil se encontra entre os dez países com altos números absolutos de suicídio, por ser um país populoso (VÄRNIK, 2012; WHO, 2014). Estudos apontam que em 2011, houve 9.852 suicídios oficialmente registrados no país, representando uma média de 27 mortes por dia. Do número total de óbitos registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no Brasil, 1% decorre de suicídios. Em pessoas com a faixa etária entre 15 e 29 anos de idade, essa proporção atinge 4% do total de mortes (BRASIL, 2013). Pesquisas apontam que entre os anos 2002 e 2012 o crescimento da taxa de suicídio foi de 33,6%, superior ao crescimento das taxas de homicídio e de mortalidade causados por acidentes de transportes no mesmo período (FERREIRA JÚNIOR, 2015).

No âmbito da distribuição geográfica, foi observado que no período de 2002 a 2012, a Região Norte se destaca de forma preocupante, uma vez que os suicídios passaram de 2,9% para 4,2/100.000 habitantes, representando um aumento de 46,8%, com o Amazonas, Tocantins e Acre apresentando os maiores aumentos. Por outro lado, a Região Centro-Oeste foi a única que apresentou (discreta) redução no período, onde os suicídios passaram de 6,6 para 6,5/100.000 habitantes (quadro 1) (WAISELFISZ, 2014).

De acordo uma pesquisa realizada pela OMS (2014), mais de 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos, e o mais preocupante é que esse número deve aumentar, chegando a mais de 1 milhão de mortes em 2020. No entanto, acredita-se que esse número esteja subestimado em 20 vezes devido a subnotificação ou inexistência de registros de ocorrências, ou até mesmo pelo fato do suicídio ser ainda considerado um tabu na sociedade.

Os dados de mortalidade por suicídio no Brasil, que são disponibilizados no SIM do Ministério da Saúde (MS), resultam de informações contidas nos atestados de óbitos. No entanto, esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (subregistro). Em relação às estatísticas do MS, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (subnotificação) (IBGE, 2006). De acordo com FERREIRA JÚNIOR (2015), a questão da subnotificação dos casos de suicídio, além de afetar a dimensão numérica do suicídio, pode acabar mascarando aspectos específicos dessa questão.

No Brasil, a porcentagem de mortes por causas externas em que não se sabe sequer se decorrentes de homicídio, suicídio ou acidente, foi estimada ao redor de 10% no final da década de 90. É importante salientar que percentuais elevados de causas externas de tipo ignorado constituem um obstáculo para o estabelecimento de um real panorama epidemiológico (JORGE et al., 2002).

Além do problema dessa ausência de informações, há também a questão de os suicídios serem mascarados sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (GOTSENS et al., 2011). De acordo com estudos recentes, foi possível identificar que em países da América Latina, incluindo o Brasil, o número de mortes por suicídio geralmente é superado pelo de mortes de causa indeterminada (PRITCHARD e HEAN, 2008).

**Quadro 1 – Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na população total, de acordo com as regiões do Brasil e Unidades da Federação. 2002-2012.**

UF/REGIÃO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ% 02/12	Δ% 11/12
Acre	3,7	4,3	4,2	2,8	3,6	5,1	4,9	4,5	5,7	5,5	5,7	51,2	3,2
Amapá	6,8	6,5	6,9	6,7	4,1	4,1	5,1	4,1	4,5	5,4	3,0	-55,6	-44,4
Amazonas	2,7	3,0	3,2	2,8	3,0	3,8	4,4	4,5	4,7	5,3	5,2	90,7	-3,0
Pará	2,2	2,1	2,0	2,4	2,2	2,5	3,0	2,5	2,5	2,9	3,1	42,5	6,7
Rondônia	3,1	3,6	4,3	4,2	4,2	2,6	5,1	5,6	5,4	4,9	4,6	46,1	-7,2
Roraima	5,5	5,6	7,1	6,9	8,4	10,4	7,5	7,6	7,9	7,4	8,1	47,8	9,5
Tocantins	4,1	5,9	5,1	5,2	5,3	6,5	6,6	6,2	6,4	6,6	6,6	58,4	-1,2
<b>NORTE</b>	<b>2,8</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,5</b>	<b>4,1</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>46,8</b>	<b>-1,4</b>
Alagoas	2,9	2,3	3,2	2,6	3,2	3,5	3,4	3,5	2,7	3,2	3,4	17,6	4,2
Bahia	1,7	2,2	1,9	2,6	2,8	3,0	2,6	2,6	3,0	3,0	3,4	92,0	11,9
Ceará	6,0	5,4	5,8	6,7	6,0	6,3	6,4	5,8	5,8	6,5	5,9	-1,6	-8,9
Maranhão	2,0	1,5	1,6	1,8	2,5	2,5	2,8	2,4	3,2	3,2	3,1	55,0	-4,2
Paraíba	2,2	2,3	2,6	2,9	3,6	3,7	4,2	4,4	4,2	4,3	4,9	122,5	14,7
Pernambuco	3,2	3,6	3,5	3,7	3,5	4,4	4,2	3,7	3,3	3,3	3,8	18,7	15,0
Piauí	4,4	4,8	5,5	5,1	6,0	7,0	7,1	6,6	6,5	7,5	7,4	69,7	-0,6
Rio Grande do Norte	3,7	5,1	4,0	5,3	4,8	4,3	4,7	4,7	4,4	5,5	5,3	43,4	-3,7
Sergipe	4,5	4,6	4,2	4,3	3,8	5,0	5,5	5,7	6,4	6,4	5,1	13,8	-19,6
<b>NORDESTE</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,7</b>	<b>3,8</b>	<b>4,2</b>	<b>4,1</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>37,5</b>	<b>1,3</b>
Espírito Santo	3,9	4,7	4,5	4,9	4,6	3,9	4,3	4,3	4,7	4,6	4,9	25,7	7,0
Minas Gerais	4,3	5,1	4,8	5,1	5,2	5,2	5,3	5,6	5,6	6,3	6,4	46,3	0,2
Rio de Janeiro	3,2	2,4	2,6	2,8	2,6	2,2	2,2	2,0	3,2	2,7	2,9	-9,7	5,9
São Paulo	4,1	4,0	3,9	4,0	4,2	4,1	4,5	4,8	4,7	4,9	5,0	22,7	1,0
<b>SUDESTE</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>4,1</b>	<b>4,2</b>	<b>4,0</b>	<b>4,2</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,8</b>	<b>4,9</b>	<b>23,9</b>	<b>1,6</b>
Paraná	5,9	6,0	6,7	6,6	5,7	6,0	5,7	6,1	5,5	5,7	6,0	0,7	5,7
Rio Grande do Sul	9,9	9,8	9,9	9,9	10,5	9,9	10,7	10,2	9,6	9,7	10,9	10,2	12,8
Santa Catarina	7,9	7,3	7,4	7,7	6,5	7,5	8,1	8,4	8,7	8,2	8,6	9,5	5,3
<b>SUL</b>	<b>8,0</b>	<b>7,8</b>	<b>8,1</b>	<b>8,2</b>	<b>7,8</b>	<b>7,9</b>	<b>8,2</b>	<b>8,2</b>	<b>7,8</b>	<b>7,8</b>	<b>8,5</b>	<b>6,9</b>	<b>9,0</b>
Distrito Federal	5,1	4,2	4,7	4,8	5,4	5,0	5,2	5,2	6,2	4,3	5,4	4,6	23,8
Goiás	7,1	6,1	6,1	5,7	4,8	4,9	6,2	5,2	5,2	5,4	6,5	-9,4	18,5
Mato Grosso	5,9	6,0	6,0	5,4	5,9	5,3	6,2	6,3	5,4	5,1	5,9	1,1	15,6
Mato Grosso do Sul	7,9	8,7	8,8	8,5	8,5	7,9	7,8	8,9	7,9	8,4	8,4	6,2	-0,6
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>6,6</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>5,5</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>	<b>6,5</b>	<b>-2,4</b>	<b>13,7</b>
<b>BRASIL</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,5</b>	<b>4,6</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>20,3</b>	<b>3,9</b>

Fonte: WAISELFISZ, 2014.

Outro fator agravante, é o alto número de indefinição de meios utilizados para o ato. É necessário o aprimoramento nos registros de óbito, pois estes servem como subsídio para elaboração de políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio (BOTEGA, 2014).

### 2.3 FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS AO SUICÍDIO

De acordo com MINAYO e CAVALCANTE (2010), suicídio é algo que pode acontecer em qualquer grupo social, no entanto estudos mostram que o risco de ato suicida pode ser maior em determinados grupos, assim como as causas podem variar entre eles, por exemplo, os jovens e adultos que cometem o ato suicida podem ser mais motivados por problemas financeiros, amorosos ou até mesmo de desempenho escolar ou no trabalho.

Para SANT'ANNA et al. (2010), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) correspondem a um conjunto de fatores que caracteriza as particularidades dos indivíduos e também reflete sua inserção em um tempo-espço. Os determinantes constituem uma rede complexa de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo (figura 2). Os DSS estão relacionados às condições em que o indivíduo vive e trabalha. No entanto, também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problema de saúde e fatores de risco à população, como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Mundialmente se reconhece o impacto dos determinantes sociais sobre as condições de vida e saúde da população, havendo um consenso sobre determinação das condições de vida das populações sobre a mortalidade. No entanto, pouco tem sido investigado sobre o impacto destes fatores sobre os óbitos ocorridos por causas externas, sobretudo nos suicídios (MACHADO e SANTOS, 2014). A seguir, serão descritos alguns desses fatores e o que a literatura tem apontado sobre a associação com o suicídio.

**Figura 2 – Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren and Whitehead).**

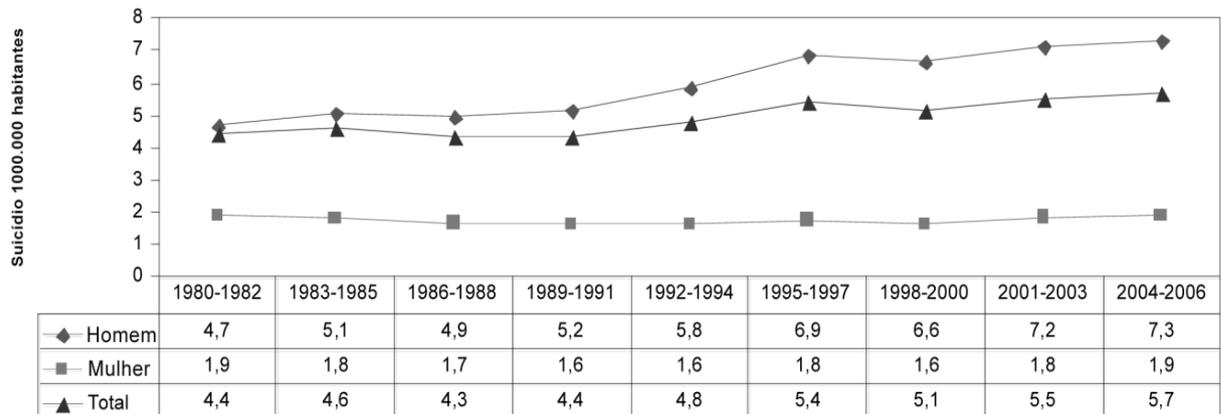


Fonte: BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007.

Considerando o gênero, segundo a OMS (2014), o suicídio é mais comum entre homens, e a tentativa de suicídio entre as mulheres. Essa é uma tendência histórica, já percebida no século XIX por Peuchet e Marx (2006) e confirmada por Durkheim (2000). Em todo o mundo, os homens morrem 2-3 vezes mais de suicídios do que as mulheres, mas as mulheres, como dito anteriormente, fazem mais tentativas de suicídio, fenômeno esse chamado de "paradoxo do gênero" no suicídio (RUNESON et al., 2010). Além disso, a maioria das mulheres que cometeram suicídio já havia feito alguma tentativa de suicídio anteriormente, enquanto que a maioria dos homens que cometeu suicídio não tinha feito nenhuma tentativa (ISOMETSÄ e LÖNNQVIST, 1998). Portanto, as mulheres são mais propensas a tentar o suicídio, enquanto os homens são mais propensos a morrer de suicídio (CHOI e KIM, 2015).

Estudo de LOVISI et al. (2009), que teve por objetivo realizar uma análise epidemiológica dos índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006, nas regiões e capitais do Brasil, mostrou fortemente, uma maior mortalidade entre os homens, com um aumento de 52% durante o período estudado, enquanto o aumento da taxa de suicídio entre as mulheres foi bem menor (1,0%) (figura 3).

**Figura 3** – Taxas de suicídio para homens e mulheres no Brasil, de 1980 a 2006.



Fonte: LOVISI et al. (2009).

Os motivos potenciais que acaba gerando essa discrepância nas taxas de suicídio entre homens e mulheres podem ter várias causas: as questões de igualdade de gênero, as diferenças nos métodos socialmente aceitáveis de lidar com o estresse e conflito para homens e mulheres, disponibilidade e preferência de diferentes meios de suicídio, disponibilidade e padrões de consumo de álcool e as diferenças nas taxas de procura de cuidados para transtornos mentais entre homens e mulheres. Essa grande variação nas taxas para o suicídio, segundo gênero, sugere que a importância relativa dessas diferentes razões varia enormemente por país e região (WHO, 2014).

Considerando os grupos etários, ainda que a taxa de suicídio entre os mais velhos seja a mais alta, um crescente aumento das taxas no grupo com idade de 20 a 59 anos tem sido observado em ambos os gêneros. Alguns pesquisadores têm caracterizado o aumento das taxas de suicídio nestes grupos como uma tendência mundial (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002; MENEGHEL et al., 2004).

Estudos desenvolvidos em países do ocidente e oriente relataram resultados similares. Em Taiwan, por exemplo, um aumento na taxa de mortalidade por suicídio entre homens jovens foi observado entre 1991 e 2005 (LIN e LU, 2008). Os autores consideraram que este aumento pode estar relacionado à crise econômica pela qual o país passou. Depois de analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de suicídio na Colômbia durante o período de 2000 a 2003, PALACIO-ACOSTA et al. (2005) também concluíram que condições socioeconômicas desfavoráveis resultam

em maior mortalidade entre os homens jovens. Este é um fato que merece atenção, visto que o suicídio é a segunda causa de morte de jovens entre 15-29 anos.

Com relação aos adolescentes, DUTRA (2002) considera que a solidão é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio. Tais jovens relatam sentir falta de ter amigos e reclamam não ter ninguém para dividir experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos. PRIETO e TAVARES (2005) constataram que a falta de convivência com os pares durante a infância ou a adolescência pode constituir-se como fator de risco ao suicídio, pois as trocas afetivas com pares, nesta fase do desenvolvimento, reduzem o impacto das experiências adversas. A literatura aponta que, no período da adolescência, ocasionalmente, podem aparecer pensamentos de morte devido à dificuldade dos jovens em lidar com as demandas sociais, contextuais e situacionais impostas pela fase do ciclo vital em que se encontram (WERLANG et al., 2005).

Resultados de estudos tem mostrado que pessoas casadas têm menor risco de suicídio em comparação as outras categorias de situação conjugal. Esses achados sugerem um efeito protetor do casamento contra o suicídio, pelo fato de proporcionar maior integração social e comunitária o que, por sua vez, pode reduzir o isolamento social (KPOSOWA, 2000). Estudo realizado por YAMAUCHI et al. (2013), que teve por objetivo analisar o risco de suicídio utilizando dados vitais provenientes de sistemas de informação no Japão, no período de 1980 a 2005, mostrou que os homens que nunca se casaram apresentaram risco relativo de suicídio de 1,3, enquanto que os viúvos e os divorciados apresentaram risco de 2,9 e 6,0, respectivamente. No Brasil, as taxas de mortalidade também foram maiores entre indivíduos sem companheiros/companheiras em todas as regiões, particularmente nas regiões Sudeste e Sul (LOVISI et al., 2009).

Outro fator (socioeconômico) relacionado a maiores taxas de suicídio diz respeito a escolaridade dos indivíduos. Essa tem sido uma das variáveis mais citadas nos estudos epidemiológicos a respeito do suicídio e, portanto, merece destaque (BORGES e WERLANG, 2006). Indivíduos com menores níveis educacionais podem estar mais suscetíveis a adversidades socioeconômicas, e a literatura tem mostrado que essas adversidades, juntamente com a ausência de apoio social, aumentam os riscos de suicídio, sobretudo naqueles que são mais vulneráveis, como pessoas com histórico de tentativas de suicídio anteriores,

transtornos mentais (principalmente depressão e ansiedade) e comorbidades, tais como abuso/dependência de álcool/drogas (NOCK e KESSLER, 2006; QIN et al., 2003).

Estudo que realizou análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 mostrou que ocorreram maiores taxas de mortalidade por suicídio entre indivíduos com baixos níveis educacionais. No entanto, os autores alertam que os bancos de dados utilizados para o estudo tinham uma grande quantidade de informações ausentes no que diz respeito ao nível educacional das pessoas que cometeram suicídio (43,5%) (LOVISI et al., 2009).

Considerando a raça/cor da pele, taxas de suicídio tem se mostrado menores em negros do que em brancos (RUNYAN et al., 2003). Essa diferença pode ser devida à interação de fatores de risco e de proteção que são diferencialmente expressos e vivenciados por diferentes grupos demográficos e culturais. Entre os negros, fatores culturais têm sido apontados como protetores para o suicídio, como a religiosidade, o apoio familiar e a atitude da comunidade de que o suicídio é inaceitável (HARRIS e MOLOCK, 2000).

Estudo de GARLOW et al. (2005) teve por objetivo analisar o suicídio ao longo do ciclo da vida de diferentes grupos étnicos em uma população urbana, dividida entre negros (44,6%) e brancos (48,1%), no Estados Unidos, no período de 1994 a 2002. Os resultados mostraram que as taxas de suicídio foram de 1,22/100.000 para as mulheres negras, 10,74/100.000 para os homens negros, 9,89/100.000 para as mulheres brancas e 21,04/100.000 para os homens brancos.

Outro fator a ser considerado, é a definição pelo meio a ser utilizado no suicídio, que envolve vários determinantes diferentes, como gênero, idade, disponibilidade no acesso dos meios letais, entre outros. Em relação os métodos usados para o suicídio, a OMS (2014) alerta que as informações sobre esses métodos podem ser inconsistentes.

De acordo com um estudo feito por SANTOS et al. (2013), o uso de agrotóxico é bem comum nas áreas rurais de países desenvolvidos. O estudo ainda apontou que o óbito por exposição a substâncias químicas é bastante alta no Brasil, de acordo com o SIM, e a internação por esse tipo de intoxicação fica entre os primeiros lugares quando relacionada à tentativa de suicídio.

Para CARDOSO (2016), o fácil acesso aos meios letais é um grande facilitador para um idealizador suicida. A presença de armas de fogo em casa, ou de

outros artifícios letais como veneno para rato, faz com que o indivíduo tenha mais facilidade em tentar o suicídio em um momento impulsivo. A dependência de álcool também costuma ser um grande influenciador nas ideações suicidas, pois afeta o juízo crítico e o autocontrole. Para Saidemberg (2001), o álcool produz efeitos depressores sobre o sistema nervoso central, porém efeitos paradoxalmente estimulantes ou euforizantes são observáveis em alguns alcoolistas, sendo que a maioria dos indivíduos dependente de álcool sofre desaprovação social, desenvolve sérios problemas de saúde e tende a negar a dependência.

Em 2010, foi elaborado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Lei nº 7.179/2010), que tem como objetivo a diminuição do uso e tráfico de drogas, e conseqüentemente assim diminuir os suicídios relacionados com esse método. Esse tipo de ação é importante para o enfrentamento dos meios associados ao suicídio (SANTOS et al., 2013).

Em um estudo feito considerando 290 casos de óbito por suicídio na região metropolitana de São Paulo, no ano de 1994, foi observado que 36,2% das vítimas apontavam alcoolemia positiva (presença de álcool no organismo), sendo que a maioria era do sexo masculino, de 20 a 39 anos de idade. Os autores consideraram que o uso do álcool foi um facilitador para o suicídio (CARLINI-COTRIM et al., 1998).

No Brasil, o cenário mais comum para o idealizador suicida, é sua própria casa (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os métodos utilizados, respectivamente, foram enforcamento, armas de fogo e envenenamento. Entre os homens, os métodos mais comuns são o enforcamento, em segundo lugar o uso de arma de fogo e envenenamento por pesticidas. Entre as mulheres, em primeiro lugar foi enforcamento, seguido de fumaça/fogo, precipitação de altura, arma de fogo e envenenamento por pesticidas (LOVISI et al., 2009).

## 2.4 CUIDADO INTEGRAL E PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADOS PARA O ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO

O comportamento suicida deriva da junção entre fatores biológicos e psicossociais, sendo que um potencializa o outro. Assim, é necessário que a prevenção seja feita de maneira integral ao indivíduo. O cuidado integral não deve ser apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), mas sim uma atitude dos profissionais com os usuários. A integralidade faz com que o acolhimento e o vínculo desses usuários com os profissionais de saúde, sejam uma forma de minimizar ou até mesmo intervir em sujeitos com comportamento suicida (ABREU et al., 2010).

De acordo com BARBOSA et al. (2011), um fator complicador para o enfrentamento do suicídio, é a falta de conhecimento sobre os fatores de risco. O sujeito que idealiza o ato suicida apresenta comportamentos autodestrutivos que, por falta de informação, acaba passando despercebido pelos familiares ou até mesmo pelos próprios profissionais de saúde, dificultando a prevenção. De acordo com os autores, o fator de risco mais comum no comportamento suicida é a dificuldade do indivíduo de encontrar soluções para o que lhe aflige, preferindo assim tirar a própria vida. Nesse cenário, um ponto importante a ser discutido é a qualificação dos profissionais de saúde. O acompanhamento e o encaminhamento para serviços de atenção psicossocial são de suma importância para que o sujeito receba tratamento para que o ato suicida não ocorra.

Para GUTIERREZ (2014), é observado que diversos profissionais da saúde não têm tido um cuidado humanizado com pessoas que tentaram o suicídio, ou até mesmo com a família do indivíduo. Essa aproximação é de suma importância para que o idealizador do suicídio se sinta acolhido e não venha cometer o ato outra vez. Segundo SILVA (1992), o suicídio deve ser visto mais como um ato de comunicação do que como um gesto único. O autor afirma que esse ato representa uma comunicação para uma sociedade que o impediu de comunicar-se de outras formas.

De acordo com ESTELLITA-LINS (2012), o Brasil é o primeiro país da América Latina a ter conduzido uma proposta nacional para a prevenção do suicídio, desde 2005-2006. Em 2005, foi publicada a Portaria nº 2.542, referente aos trabalhadores da saúde, com o objetivo de “Instituir Grupo de Trabalho com o

objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio”. Essa portaria aponta a necessidade de desenvolver a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, no âmbito do MS, com a participação de outras instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 2006, foi publicada a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, tendo como função “Instituir Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Estas Diretrizes norteiam quais deveriam ser os principais objetivos que estariam em uma política nacional maior de prevenção do suicídio, ou seja, um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Pensando nestas Diretrizes, o Distrito Federal foi a primeira unidade da Federação a propor uma política de prevenção e a oficializou por meio da Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012.

O art. 2º da Portaria nº 1.876/2006 estabelece que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam articuladas entre todas as esferas do governo, permitindo assim:

- I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e

emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

No tocante aos profissionais de saúde, é importante que os mesmos estejam atentos para os fatores de vulnerabilidade para que o enfrentamento ao suicídio seja feito da melhor forma. A portaria nº 1.876/2006 aponta alguns desses fatores que merecem atenção especial: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras.

Para BOTEGA et al. (2006, p. 219), pensar na prevenção do comportamento suicida,

implica não apenas no objetivo de evitar a morte das pessoas, mas também em considerar as sérias implicações na sociedade que são provocadas pela ocorrência desses atos. Inegavelmente, o comportamento suicida, e em especial o suicídio consumado, dão conta de um fenômeno complexo que desafia pesquisadores e estudiosos não só em relação à compreensão das motivações de decisão do sujeito de pôr fim à própria vida, como também de explicitar os fatores éticos envolvidos na abordagem de tal fato. Assim, pensar em aspectos preventivos do suicídio significa acreditar que se possam oferecer, aos indivíduos, outras possibilidades de enfrentamento das dificuldades ou patologias que os levam a buscar, nesse ato fatal, uma espécie de solução para seu sofrimento.

De acordo com BOTEGA (2014), há alta taxa de indefinição dos métodos utilizados para o suicídio, o que prejudica a qualidade dos dados. Esse é um quesito que necessita ser aprimorado nos registros de morte, pois as informações sobre métodos de suicídio auxiliam na elaboração de estratégias de prevenção. A redução do acesso a métodos letais (no caso do Brasil, principalmente a armas de fogo e pesticidas) ocupa papel de destaque entre as recomendações da OMS para a prevenção do suicídio.

GONÇALVES et al. (2011) alegam que um dos principais facilitadores para criação de políticas para o enfrentamento do suicídio é o conhecimento espacial do

evento. Essa análise permite uma maior observação dos fatores de riscos associados ao suicídio, facilitando assim a criação das políticas públicas. Cada região tem sua particularidade e seus fatores agravantes, logo, cada região precisa de uma política de prevenção específica para que o enfrentamento seja bem-sucedido.

Para orientar uma política nacional de prevenção do suicídio, é importante serem estabelecidas algumas metas que garantam o funcionamento desta, como por exemplo: qualificação dos profissionais; facilidade no acesso a serviços de autoajuda; intervenção no acesso aos métodos letais de suicídios, como por exemplo, o porte de arma; suporte para indivíduos e familiares de pessoas que tentam suicídio; entre outros fatores de suporte e tratamento aos indivíduos que idealizam o suicídio (BRASIL, 2005).

É notório que a questão do suicídio é um grave problema de saúde pública, e fazer a prevenção não é fácil, visto que inúmeros fatores são associados ao suicídio. É de suma importância a criação de uma rede de atenção eficaz, abrangendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Oficinas de Geração de Renda, entre outros meios que serviriam de apoio para as equipes da atenção primária, que é a porta de entrada para os usuários da saúde pública (ABREU et al., 2010).

BOTEGA (2007) mostra que, embora sem um plano nacional, o Brasil já avançou, por exemplo, na elaboração do manual dirigido aos profissionais das Equipes de Saúde Mental. Este Manual tem recorte mais enfático quando pensamos nos CAPS.

Para BOTEGA (2014), várias ações de prevenção podem ser elaboradas no campo da saúde pública, como por exemplo: criação de estratégias de prevenção do suicídio, tanto em âmbito nacional e local; conscientização para quebra de tabus na sociedade; diagnóstico e tratamento de transtornos mentais; controle de meios letais que facilitam o suicídio, como por exemplo, redução de arma de fogo; e capacitação de profissionais de saúde em prevenção do suicídio. Ressalta, ainda, que outro aspecto importante a ser lembrado é que a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura consolidação do ato. Por isso, as tentativas de suicídio devem ser consideradas um sinal de alerta que indicam outros fenômenos psicossociais que devem receber a devida atenção. Conhecer os fatores de riscos que levaram

uma pessoa a tentar o suicídio, é um dos principais modos de elaborar estratégias para evitar que esse ato se repita e finalize em um suicídio.

Nesse sentido, foi criado o Centro de Valorização da Vida (CVV). O CVV conta com voluntários que oferecem apoio emocional para as pessoas que procuram ajuda. Esse apoio é feito pelo telefone, Skype, e-mail, ou por outros meios, e é garantido ao sujeito sigilo total. É um programa que tem como objetivo intervir em crises de pessoas que estão passando por problemas emocionais e por conta disso, acabam pensando até mesmo em suicídio. Ao voluntário CVV cabe criar as condições para que a pessoa se abra a um desabafo. O denso caráter emocional da atividade exige um forte envolvimento do voluntário, não apenas emocionalmente, mas também em termos do número de horas doadas ao posto de atendimento. Além do compromisso com horários de atendimento, é de suma importância que os voluntários se dediquem, estudando o fenômeno suicídio. Além disso, cabe aos voluntários a seleção e treinamento de novos trabalhadores, escolhidos em função do perfil esperado para o voluntário CVV (DOCKHORN e WERLANG, 2008).

De acordo com Prudente (2005), o voluntário CVV é um “amigo temporário”, ou seja, por um período determinado de minutos ou horas oferece atenção e escuta da melhor forma possível. Assim, o voluntário plantonista do CVV valoriza a vida do indivíduo, dedicando-se a ajudá-lo, acreditando que, assim, o próprio indivíduo passará a valorizá-la também. No mundo atual, em que prima o individualismo e o descaso pelo próximo, os voluntários do CVV destacam-se pela atitude de colocar a sua atenção ao outro, estabelecendo uma relação de ajuda, que, embora não seja em nível técnico-profissional, pode ser efetivamente terapêutica e profilática.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a tendência temporal do suicídio no Brasil e em Mato Grosso no período de 2000 a 2014, e fatores associados.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a tendência temporal do suicídio no Brasil e em Mato Grosso de 2000 a 2014;

Identificar as Regiões e Unidades de Federação no Brasil e as Regiões de Saúde em Mato Grosso com as maiores taxas de suicídio em 2000 e 2014;

Caracterizar o perfil do suicídio no Brasil e em Mato Grosso segundo os fatores demográficos e escolaridade em 2000 e 2014;

Identificar os locais de ocorrência e os meios utilizados para a conclusão do ato suicida no Brasil e em Mato Grosso em 2000 e 2014.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, que utilizou dados secundários disponíveis na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2017)<sup>1</sup>. Foram utilizados dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e obtidas informações que permitiram avaliar as taxas de suicídio nas Regiões e Unidades da Federação (UF) do Brasil e nas Regiões de Saúde (RS) do estado do Mato Grosso. Foram analisados os óbitos por suicídio de indivíduos com 10 anos ou mais de idade.

O estado de Mato Grosso possui 903.378,292km<sup>2</sup> de extensão. É o terceiro maior estado do país, ficando atrás somente do Amazonas e do Pará. Sua área urbana é de 519,7km<sup>2</sup>, o que coloca o estado em 11º lugar no ranking de estados com maior mancha urbana. Localizado no Centro-Oeste brasileiro, fica no centro geodésico da América Latina e possui 141 municípios. Segundo o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010, Mato Grosso possui 3.035.122 habitantes, o que representa 1,59% da população brasileira. Vivem na zona urbana 81,9% da população e 18,1% na zona rural. O rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente estimado em 2014 foi de 1.032 reais (IBGE, 2010).

### 4.2 DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE

Neste trabalho, foi investigado como desfecho, o óbito por suicídio de acordo com as categorias da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com os códigos de X-60 a X-84 (anexo 1).

---

<sup>1</sup>Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude>.

Posteriormente, foram calculados o indicador taxa de suicídio (razão entre o número de óbitos por suicídio no período analisado e a população sob risco no período analisado, por 100.000 habitantes). Foram considerados os óbitos por residência.

#### 4.3 DESCRIÇÕES DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Foram utilizadas as seguintes variáveis, descritas a seguir:

- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 10 a 19 anos, de 20 a 59 anos e 60 anos ou mais.
- Cor da pele/raça: branca, preta, amarela, parda e indígena.
- Estado civil: solteiro, casado e outros.
- Escolaridade: agrupada em menor do que 1 ano de estudo, 1 a 7 anos de estudo, 8 a 11 anos de estudo e 12 anos ou mais de estudo.
- Local de ocorrência do óbito: local onde ocorreu o ato suicida.
- Meio utilizado: meio empregado para a conclusão do ato suicida.
- Regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste.
- Unidades da Federação do Brasil: Acre (AC), Alagoas (AL), Amapá (AP), Amazonas (AM), Bahia (BA), Ceará (CE), Espírito Santo (ES), Goiás (GO), Maranhão (MA), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Pará (PA), Paraíba (PB), Paraná (PR), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Rondônia (RO), Roraima (RR), Santa Catarina (SC), São Paulo (SP), Sergipe (SE), Tocantins (TO) e o Distrito Federal (DF).
- Regiões de saúde (RS) de Mato Grosso: As RS são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006). Foram consideradas as 16 regiões de saúde de Mato Grosso: Alto Tapajós, Araguaia Xingu, Baixada Cuiabana, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Norte

Matogrossense, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Teles Pires, Vale do Peixoto e Vale do Arinos (anexo 2).

#### 4.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Inicialmente, para a obtenção da tendência temporal foram feitos diagramas de dispersão entre as taxas de suicídios e os anos calendário do estudo para se visualizar o tipo de relacionamento entre eles. A partir dessa observação, foram estimados modelos de regressão polinomial que, além de seu poder estatístico, apresentam fácil elaboração e interpretação. O modelo polinomial tem como objetivo encontrar a curva que melhor se ajusta aos dados, de modo a descrever a relação entre a variável dependente  $Y$  (taxas de suicídios) e a variável independente  $X$  (anos calendário do estudo). Em outras palavras, visa encontrar a equação de regressão que melhor descreva a relação existente entre a variável independente ( $X$ ) e a variável dependente ( $Y$ ) (KLEINBAUM et al., 1988).

O primeiro modelo a ser testado, foi o de regressão linear simples ( $1^{\text{a}}$  ordem:  $Y = b_0 + b_1X$ ) e, caso necessário, foram testados os modelos de ordem superior: segunda ordem ( $Y = b_0 + b_1X + b_2X^2$ ), terceira ordem ( $Y = b_0 + b_1X + b_2X^2 + b_3X^3$ ) e exponencial ( $Y = e^{b_0 + b_1X}$ ). A escolha do melhor modelo dependeu da análise do diagrama de dispersão, do valor do coeficiente de determinação ( $r^2$  que quanto mais próximo de 1, mais ajustado encontra-se o modelo) e da análise dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira). Quando dois modelos eram semelhantes do ponto de vista estatístico, optou-se pelo modelo mais simples, ou seja, de menor ordem (GUIMARÃES et al., 2012).

Para se evitar a correlação serial entre os termos da equação de regressão, decidiu-se por não trabalhar com os valores de  $X$  (anos calendário do estudo) e sim com o ponto médio da série histórica (LATORRE, 1997). Portanto, para o período do estudo, ou seja, o compreendido entre 2000 e 2014, o termo  $(X - 2007)$  representa a variável centralizada. Por exemplo, para o modelo linear, tem-se:  $Y = b_0 + b_1(X - 2007)$ . Considerou-se tendência significativa aquela cujo modelo de regressão estimado obteve um  $p < 0,05$ .

Os resultados são apresentados em taxas de suicídio por 100.000 habitantes e em frequências relativas. As análises estatísticas foram realizadas no software EPI INFO, versão 7.0. Os mapas foram confeccionados com o auxílio do software TabWin 414.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de dados de domínio público, o projeto dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa Institucional.

## 5 RESULTADOS

A tabela 1 mostra os resultados para a tendência das taxas de suicídio para o Brasil e para o estado do Mato Grosso para o período de 2000 a 2014. As taxas de suicídio para o Brasil apresentaram tendência crescente estatisticamente significativa. Para o país, a taxa média para o período foi de 4,76 suicídios/100.000 habitantes, com um incremento médio anual de 0,0813 suicídios/100.000 habitantes. O Mato Grosso apresentou taxas maiores que as taxas do Brasil para a maior parte do período analisado, com uma taxa média de suicídio de 5,81 suicídios/100.000 habitantes, e um decréscimo anual médio de 0,0078 suicídios/100.000 habitantes. Entretanto, essa tendência decrescente não foi estatisticamente significativa.

Para o Brasil, em 2000, a taxa de suicídio foi de 4,0 suicídios/100.000 habitantes e em 2014 foi de 5,3 suicídios/100.000 habitantes, um aumento de 32,5%. Já para o Mato Grosso, em 2000 a taxa foi 5,7 suicídios/100.000 habitantes e em 2014 foi de 4,9 suicídios/100.000 habitantes, uma redução de 14,0% (figura 4).

**Tabela 1** – Análise de tendência das taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) para o Brasil e Mato Grosso, no período de 2000 a 2014.

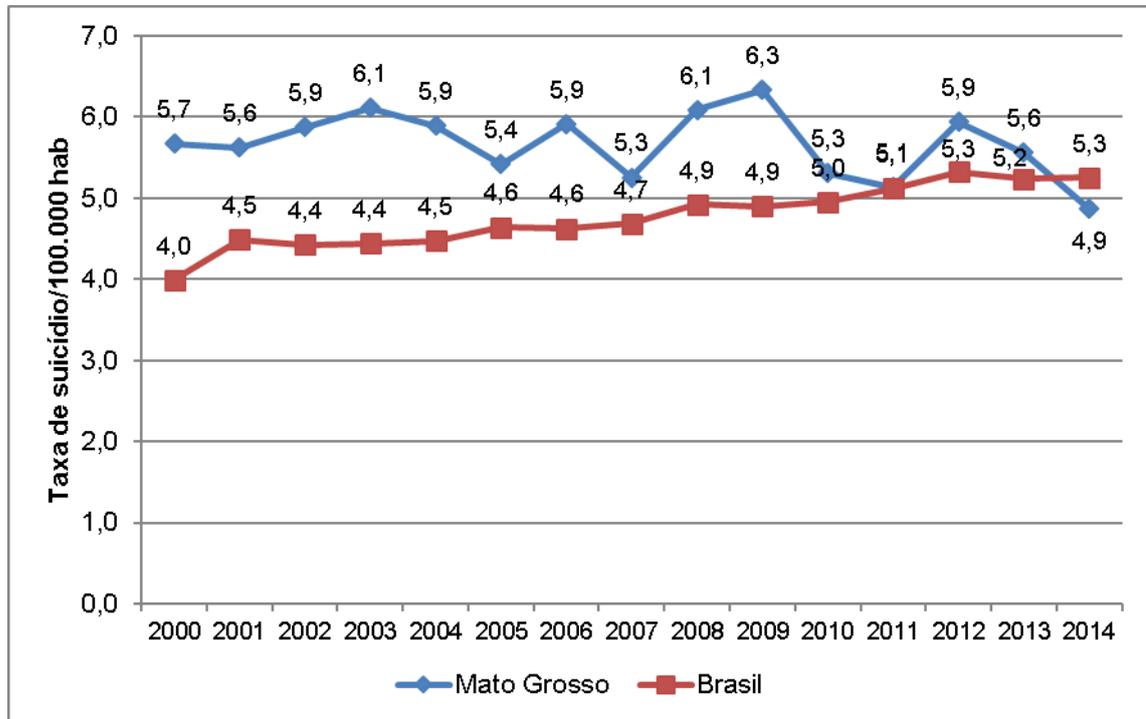
Taxas de suicídio	Modelo	$r^2$	$p$	Tendência
Brasil	$Y = 4,76 + 0,0813x$	0,93	<0,0001	Crescente
Mato Grosso	$Y = 5,81 - 0,0333x - 0,0078x^2$	0,24	0,18	Decrescente

Modelo:  $y$  = taxa de suicídio (óbitos/100.000 habitantes)

$x$  = ano – 2007

$r^2$  = coeficiente de determinação

**Figura 4** – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) para o Brasil e Mato Grosso, no período de 2000 a 2014.



De uma maneira geral, houve aumento de 31,0% nas taxas de suicídio no Brasil. A Região Sul foi a que apresentou as maiores taxas nos dois anos analisados e as regiões Norte e Nordeste as menores, porém, mesmo a região Nordeste apresentando as menores taxas nos dois anos analisados, foi a região que apresentou o maior aumento. Entretanto, no período analisado, as regiões Sul e Centro-Oeste, ainda que de modo discreto, foram as que apresentaram redução nas suas taxas (tabela 2).

Na Região Norte, destaca-se o Acre (6,2 suicídios/100.000 hab.) e o Amazonas (6,01 suicídios/100.000 hab.) com as maiores taxas de suicídio em 2014, e aumento importante das taxas para o Amazonas (+120,0%) e Tocantins (+73,0%) e diminuição para Roraima (-56,0%) e Rondônia (-13,0%). Na Região Nordeste, o Piauí foi o que apresentou as maiores taxas em 2014 (7,63 suicídios/100.000 hab.), e a Paraíba (+273,0%), Maranhão (+198,0%) e Piauí (+193,0%) os maiores aumentos no período, enquanto que o Ceará foi a única UF a apresentar redução nessa região (-17,0%). Na Região Centro-Oeste, tem-se o Mato Grosso do Sul com as maiores taxas nos dois anos analisados (8,32 e 7,78 suicídios/100.000, respectivamente), enquanto que o Distrito Federal foi o que apresentou o maior

aumento (+13,0%) e o Mato Grosso a maior redução no período (-14,0%). Na Região Sudeste, a UF com as maiores taxas em 2014 foi Minas Gerais (6,54 suicídios/100.000 hab.), e esta também foi a que apresentou o maior aumento no período (+93,0%). Por fim, na Região Sul, o Rio Grande do Sul foi a UF que apresentou as maiores taxas nos dois anos analisados (10,0 e 9,92 suicídios/100.000 hab.), ao passo que Santa Catarina foi a única UF da região a apresentar aumento (+10,0%).

Tanto em 2000 quanto em 2014, as UF que apresentaram as maiores taxas de suicídio foram Rio Grande do Sul (10,0 e 9,92 suicídios/100.000 hab.), Mato Grosso do Sul (8,32 e 7,78 suicídios/100.000) e Santa Catarina (7,95 e 8,72 suicídios/100.000 hab.). Por outro lado, em 2000, as UF que apresentaram as menores taxas foram Paraíba (1,07 suicídios/100.000), Maranhão (1,25 suicídios/100.000) e Bahia (1,54 suicídios/100.000), e em 2014 foram as UF do Pará (2,56 suicídios/100.000), Bahia (2,96 suicídios/100.000), Ceará (3,0 suicídios/100.000) e Roraima (3,01) (tabela 2).

No Mato Grosso, houve uma redução de 14% nas taxas de suicídio entre 2000 e 2014, como pode ser observado na tabela 3 e figura 5. As regionais de saúde com as maiores taxas em 2000 foram Médio Araguaia (10,2 suicídios/100.000 hab.), Noroeste Matogrossense (9,26 suicídios/100.000 hab.), Vale dos Arinos (7,87 suicídios/100.000 hab.), Teles Pires (7,66 suicídios/100.000 hab.) e Sul Matogrossense (7,54 suicídios/100.000 hab.). Em 2014, foi a RS Vale do Peixoto (8,01 suicídios/100.000 hab.). No período entre 2000 e 2014, a maioria das RS apresentou redução, sobretudo as regiões Noroeste Matogrossense (-63,0%) e Oeste Matogrossense (-57,0%), que em 2014, foram as que apresentaram as menores taxas de suicídio. Por outro lado, as regiões Centro Norte (+209,0%) e Norte Matogrossense (+153,0%) foram as que apresentaram os maiores aumentos, com uma elevação de mais de 100% de suas taxas.

**Tabela 2** – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) por Região e Unidades da Federação do Brasil, nos anos de 2000 e 2014.

Região/ Unidade de Federação	Ano		Variação %
	2000	2014	
<b>Região Norte</b>	<b>2,88</b>	<b>4,10</b>	<b>42,0%</b>
Acre	4,84	6,20	28%
Amapá	3,35	4,52	35%
Amazonas	2,73	6,01	120%
Pará	1,87	2,56	37%
Rondônia	5,50	4,80	-13%
Roraima	6,78	3,01	-56%
Tocantins	3,28	5,67	73%
<b>Região Nordeste</b>	<b>2,37</b>	<b>4,25</b>	<b>79,0%</b>
Alagoas	2,55	3,55	39%
Bahia	1,54	2,96	92%
Ceará	3,62	3,00	-17%
Maranhão	1,25	3,72	198%
Paraíba	1,07	4,00	273%
Pernambuco	3,47	3,50	0,9%
Piauí	2,60	7,63	193%
Rio Grande do Norte	3,06	4,95	62%
Sergipe	2,68	4,95	85%
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>6,25</b>	<b>6,24</b>	<b>-0,16%</b>
Distrito Federal	4,19	4,73	13%
Goiás	6,53	6,95	6%
Mato Grosso	5,67	4,86	-14%
Mato Grosso do Sul	8,32	7,78	6%
<b>Região Sudeste</b>	<b>3,47</b>	<b>5,03</b>	<b>45,0%</b>
Espírito Santo	3,42	4,42	29%
Minas gerais	3,38	6,54	93%
Rio de Janeiro	2,72	3,17	16%
São Paulo	3,81	5,06	33%
<b>Região Sul</b>	<b>8,10</b>	<b>7,99</b>	<b>-1,0%</b>
Paraná	6,12	5,59	-8%
Rio Grande do Sul	10,0	9,92	-0,8%
Santa Catarina	7,95	8,72	10%
<b>Total</b>	<b>3,99</b>	<b>5,25</b>	<b>31,0%</b>

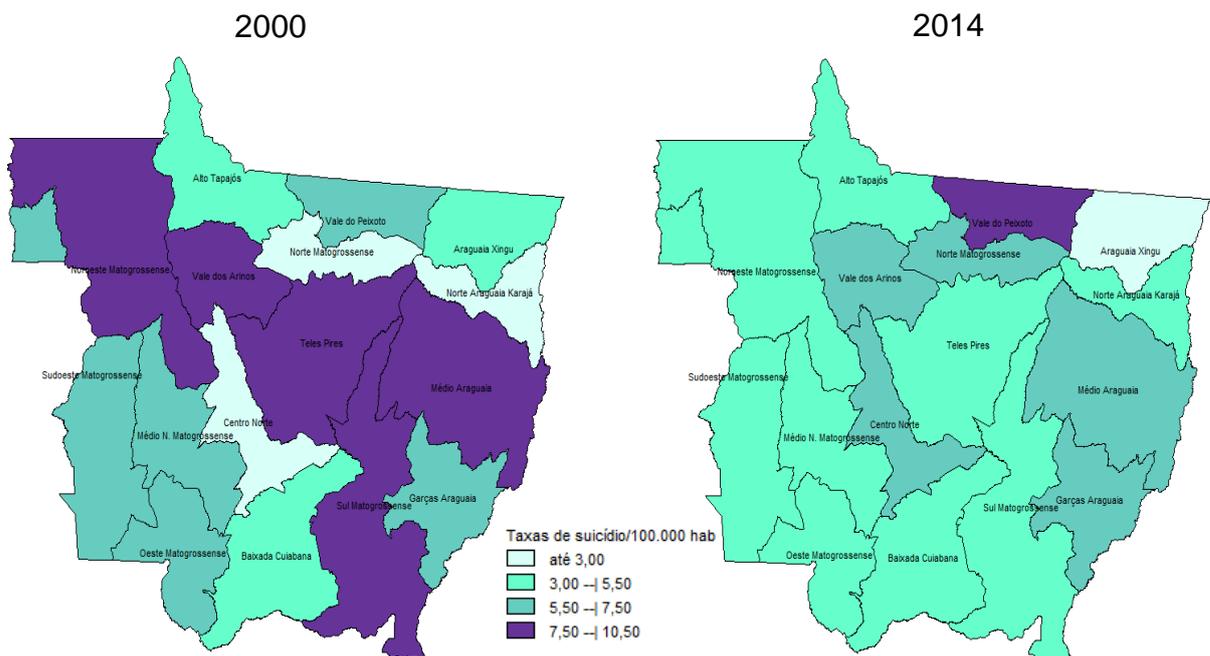
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE.

**Tabela 3** – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) por Região de Saúde de Mato Grosso, nos anos de 2000 e 2014.

Região de Saúde de Mato Grosso	Ano		Variação %
	2000	2014	
<b>Grosso</b>			
Alto Tapajós	4,44	4,88	10%
Baixada Cuiabana	3,61	4,63	28%
Araguaia Xingu	5,06	-	-
Centro Norte	2,35	7,27	209%
Garças Araguaia	6,23	5,79	-7%
Médio Araguaia	10,2	5,59	-45%
Médio Norte Matogrossense	6,44	4,43	-31%
Noroeste Matogrossense	9,26	3,36	-63%
Norte Araguaia Karajá	-	4,36	-
Norte Matogrossense	2,93	7,41	153%
Oeste Matogrossense	7,44	3,16	-57%
Sudoeste Matogrossense	6,33	5,31	-16%
Sul Matogrossense	7,54	5,14	-32%
Teles Pires	7,66	5,29	-30%
Vale do Peixoto	5,92	8,01	35%
Vale dos Arinos	7,87	5,74	-27%
<b>TOTAL</b>	<b>5,67</b>	<b>4,86</b>	<b>-14%</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE.

**Figura 5** – Taxas de suicídio (número de suicídios/100.000 habitantes) por Região de Saúde de Mato Grosso, nos anos de 2000 e 2014.



Considerando a distribuição percentual taxas de suicídio segundo os fatores demográficos e escolaridade no Brasil, verifica-se, nos dois anos analisados, maior ocorrência de suicídio para o sexo masculino, aqueles na faixa etária de 20 a 59 anos, aqueles de cor da pele/raça branca, para os solteiros e para aqueles com 1 a 7 anos de estudo. Entretanto, no período, os grupos que apresentaram os maiores aumentos foram: o sexo feminino, aqueles com 60 anos ou mais de idade, aqueles de cor da pele/raça parda, aqueles cujo estado civil foi classificado como outros e aqueles com 8 a 11 anos de estudo (tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição percentual de suicídio no Brasil, segundo fatores demográficos e escolaridade, nos anos de 2000 e 2014.

Fatores demográficos e socioeconômicos	Ano		Variação %
	2000	2014	
Sexo:			
Masculino	79,6	79,0	-0,75
Feminino	20,4	21,0	2,94
Faixa etária (anos):			
10 a 19	9,0	7,7	-14,4
20 a 59	76,2	76,5	0,39
≥ 60	14,8	15,8	6,7
Cor da pele/raça:			
Branca	64,9	51,8	-20,1
Parda	27,8	41,2	48,2
Preta	5,8	5,4	-6,8
Amarela	0,7	0,5	-28,5
Indígena	0,8	1,1	37,5
Estado civil:			
Solteiro	44,7	50,0	11,8
Casado	37,5	26,8	-28,5
Outros	17,8	23,2	30,3
Escolaridade (anos de estudo):			
< 1	11,5	5,9	-48,6
1 a 7	66,0	53,2	-19,3
8 a 11	15,1	29,8	97,3
≥ 12	7,4	11,0	48,6

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE.

A distribuição percentual dos suicídios segundo os fatores demográficos e escolaridade no Mato Grosso foi similar à encontrada para o Brasil, ou seja, os maiores percentuais foram encontrados para o sexo masculino, para aqueles na faixa etária de 20 a 59 anos, para os solteiros e para aqueles com 1 a 7 anos de estudo. A única diferença foi quanto a cor da pele/raça, onde no Mato Grosso a categoria que apresentou o maior percentual foi a parda, ao passo que para o Brasil foi a branca. As categorias com os maiores aumentos nos percentuais de suicídio também seguiram o padrão nacional, ou seja, houve maior aumento para aqueles com 60 anos ou mais de idade, aqueles classificados com cor da pele/raça parda, aqueles cujo estado civil foi classificado como outros e aqueles com 8 a 11 anos de estudo (tabela 5).

De acordo com a tabela 6, observa-se que tanto para o Brasil, quanto para o Mato Grosso, nos dois anos analisados, o local que apresentou a maior ocorrência do suicídio foi o próprio domicílio, tendo aparecido em pelo menos 45,0% dos casos. Para o Brasil, houve aumento dos suicídios em outros estabelecimentos de saúde e diminuição nos hospitais. Para o Mato Grosso, também houve aumento em outros estabelecimentos de saúde, mas também em vias públicas, e diminuição também em hospitais. Cabe ressaltar a diminuição do percentual de suicídios cujo local de ocorrência foi classificado como Ignorado.

Nos anos estudados, tanto o Brasil como Mato Grosso apresentaram similaridade no método utilizado para o suicídio, sendo esse o enforcamento. A utilização da arma de fogo apresentou queda significativa (principalmente em Mato Grosso) comparado 2000 e 2014 no Brasil e no estado estudado. Os demais métodos apresentaram variações nos anos e nas localidades estudadas (tabela 6).

**Tabela 5** – Distribuição percentual de suicídio em Mato Grosso, segundo fatores demográficos e escolaridade, nos anos de 2000 e 2014.

Fatores demográficos e socioeconômicos	Ano		Variação %
	2000	2014	
Sexo:			
Masculino	78,7	79,9	1,52
Feminino	21,3	20,1	-5,6
Faixa etária (anos):			
10 a 19	10,6	8,2	-22,6
20 a 59	82,2	80,2	-2,4
≥ 60	7,09	11,4	60,7
Cor da pele/raça:			
Branca	43,0	32,1	-25,3
Parda	45,2	54,3	20,1
Preta	11,9	9,9	-16,8
Amarela	0,0	0,6	0
Indígena	0,0	3,1	0
Estado civil:			
Solteiro	54,2	54,5	0,55
Casado	34,7	28,2	-18,7
Outros	11,1	17,3	55,8
Escolaridade (anos de estudo):			
< 1	14,4	3,4	-76,3
1 a 7	66,7	44,9	-32,6
8 a 11	18,9	40,3	113,2
≥ 12	0,0	11,4	0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE.

**Tabela 6** – Distribuição (%) do local de ocorrência e os meios utilizados para a conclusão do ato suicida no Brasil e em Mato Grosso, nos anos de 2000 e 2014.

Local de ocorrência do suicídio	Brasil		Mato Grosso	
	2000	2014	2000	2014
Hospital	22,6	15,9	27,4	10,1
Outro estabelecimento de saúde	0,3	1,6	0,7	3,8
Domicílio	54,3	60,9	45,7	58,5
Via pública	6,4	6,3	6,3	8,9
Outros	14,2	14,7	18,3	18,4
Ignorado	2,0	0,4	1,4	-
<b>Meios utilizados para a conclusão do suicídio</b>				
Enforcamento	51,4	66,5	44,3	64,3
Armas de fogo	19,6	9,1	28,1	17,1
Objeto cortante	1,7	1,5	3,5	3,1
Fumaça/fogo	2,4	1,6	0,7	1,9
Precipitação de altura	2,2	4,2	2,1	1,2
Outros	22,5	16,8	21,1	12,1

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontaram que o Estado do Mato Grosso apresentou taxas de suicídio maiores que as taxas nacionais para a maior parte do período analisado (5,81 e 4,76/100.000 habitantes, respectivamente). Entretanto, enquanto que o Estado tem apresentado redução das suas taxas, o Brasil, como um todo, tem apresentado aumento e de forma significativa.

Estudo de LOVISI et al. (2009), que teve por objetivo realizar uma análise epidemiológica dos índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 nas regiões e capitais estaduais, registrou um total de 158.952 casos de suicídio, sendo que no período estudado, o índice total de suicídio cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes (29,5%), valores próximos aos encontrados no presente estudo.

O Brasil, por ser um país com grande extensão territorial e populoso, apresenta elevados números absolutos de suicídios, porém com taxas reduzidas. De acordo com a OMS, cerca de 75% dos casos de suicídio se dão em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, apontando para uma possível correlação entre situação econômica e taxas de suicídio, ainda que questionada por alguns autores (OMS, 2014).

Ainda que o suicídio continue sendo um grande desafio em países de economia elevada, são os países de renda baixa e média que têm a maior parte da carga suicida global. São também estes países que estão relativamente menos equipados com políticas e financiamento para impedir o suicídio. A dificuldade de acompanhar a demanda crescente de assistência à saúde mental é especificamente impedida por infraestrutura inadequada e recursos econômicos e humanos escassos. Estes países têm, também, investimentos mais baixos para saúde em geral e para saúde mental em particular (VIJAYAKUMAR, PIRKIS, WHITEFORD, 2005). Por detrás da realidade financeira, para todos os países a chave para promover solução para esse problema é uma: vontade política.

Entretanto, vários fatores socioculturais e econômicos parecem se associar, também, a altos índices de suicídio, bem como elevada frequência de sofrimento mental e de uso abusivo de bebidas alcoólicas (FARIA et al., 2006; MARÍN-LEÓN et al., 2012; SOUZA e ORELLANA, 2012).

Uma revisão com 31 artigos científicos que foram publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002). Os transtornos mentais que mais comumente se associam ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002).

É importante lembrar que uma taxa nacional de mortalidade por suicídio pode esconder importantes variações regionais. Em certas localidades, e até em certos grupos populacionais, os coeficientes aproximam-se dos de regiões com elevadas taxas, como a dos países do Leste Europeu e da Escandinávia, que apresentam coeficientes entre 15 a 30 por 100.000 habitantes ao ano (BOTEGA, 2014).

No presente estudo, a Região Sul foi a que apresentou as maiores taxas nos dois anos analisados e as regiões Norte e Nordeste as menores. Entretanto, foi a Região Nordeste que apresentou o maior aumento. Esses dados são corroborados pelos dados do Boletim Epidemiológico número 30 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, publicado em 2017, onde os estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina figuram como os estados com as maiores taxas de óbitos.

As explicações para uma maior taxa de suicídios nessa região, ainda não estão claras. Uma comparação inicial com as evidências disponíveis indica que tanto o perfil étnico (descendentes de imigrantes europeus) quanto a atividade econômica (agroindustrial) estão presentes em áreas com altas taxas de suicídio no Rio Grande do Sul e Santa Catarina, por exemplo (SCHMITT et al., 2008). Entretanto, outras variáveis, como escolaridade, nível socioeconômico e grau de investimento em saúde, também parecem estar correlacionadas com as taxas de suicídio (FARIA et al., 2006; SHIKIDA et al., 2006).

Estudo realizado por MENEGHEL et al. (2004) observou que o Rio Grande do Sul apresentava as maiores taxas de suicídio, especialmente entre trabalhadores rurais e pescadores. Esta alta taxa de suicídio entre os trabalhadores rurais poderia, em parte, resultar das precárias condições de vida desta população e/ou da alta

exposição aos pesticidas. Esta exposição poderia levar a transtornos depressivos, que são disparados por mecanismos neurológicos ou endócrinos. A ruralização e taxas de suicídio indicaram que o difícil acesso à rede de saúde e de serviços em geral, o declínio econômico das áreas rurais e o uso de agrotóxicos, que desencadeiam quadros depressivos por mecanismos neurológicos ou endócrinos em lavradores, aumentaram o risco de suicídio.

Um estudo no Rio Grande do Sul avaliou uma série histórica de 20 anos e constatou que, embora os suicídios fossem mais frequentes entre trabalhadores da agropecuária, o uso de agrotóxicos como método representava uma pequena parte dos casos: quase 90% dos suicídios eram por enforcamento ou arma de fogo MENEHEL et al. (2004). Avaliando os dados nacionais, no último triênio desta série histórica (1996-98) as intoxicações por pesticidas auto-infligidas corresponderam a 5% dos óbitos por suicídio. Por outro lado, avaliando os óbitos devido a intoxicações por pesticidas, os casos de suicídio correspondiam a cerca de 68% do total (GARCIA e ALVES FILHO, 2005).

Não foram encontrados estudos publicados sobre o suicídio em Mato Grosso. Em 2000, as RS localizadas mais na parte central do Estado foram as que apresentaram as maiores taxas, entretanto, em 2014, a maioria das regiões já tinha apresentado redução. Em 2017 foi aprovada a Lei Estadual 10.598, que instituiu o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio. O objetivo é identificar possíveis sintomas e tratar o transtorno mental ou psicológico que podem configurar depressão, bipolaridade, esquizofrenia, alcoolismo e o abuso de drogas, promovendo o acompanhamento daqueles que necessitem de tratamento, a fim de minimizar a evolução dos quadros que podem levar ao suicídio. A Lei prevê palestras na semana do Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, celebrado no dia 10 de setembro. Elas serão direcionadas aos profissionais de saúde, no intuito de capacitá-los, bem como exposições com cartazes que explicitem eventuais sintomas da enfermidade.

A distribuição das taxas de suicídio segundo os fatores demográficos e escolaridade no Mato Grosso foi similar à encontrada para o Brasil, ou seja, as maiores taxas foram encontradas para o sexo masculino, para aqueles na faixa etária de 20 a 59 anos, para os solteiros e para aqueles com 1 a 7 anos de estudo. A diferenciação ficou por conta da cor da pele/raça, onde no Mato Grosso a categoria que apresentou a maior taxa foi a parda, ao passo que para o Brasil foi a branca. Esses resultados para a cor da pele/raça refletiram, possivelmente, a estrutura racial

dos recortes geográficos considerados no estudo, pois de acordo com o Censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2011), a maioria da população brasileira se classificou como branca (47,7%), enquanto que no Mato Grosso, a maioria da população se classificou como parda (52,4%).

O alto índice de suicídio cometido por homens é historicamente maior que o índice das mulheres, sendo que o maior índice de tentativas e recorrências é historicamente maior no sexo feminino. Comportamentos que predispõem o suicídio, como competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo, são mais comuns na natureza masculina. A dificuldade em desempenhar os tradicionais papéis de gênero, como constituir-se como provedor econômico da família, é um amplo fator de estresse para o homem. Na cultura patriarcal, o sexo masculino é mais sensível a reveses econômicos como desemprego e, por isso, mais propensos ao suicídio (MENEGHEL et al., 2004).

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 risco para depressão, buscando ajuda em momentos de crise e participando das redes de apoio social (GONÇALVES et al., 2011).

De acordo com os dados sobre suicídio do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2017), no período de 2011 a 2015, o risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.). Em ambos os sexos, o risco aumentou ao longo do período, passando de 8,4 para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 para 2,5/100 mil hab. no feminino. Assim, o crescimento da taxa foi de 0,7/100 mil hab. no sexo masculino e de 0,2/100 mil hab. no feminino.

O maior percentual de suicídios foi encontrado na faixa etária de 20 a 59 anos, ao contrário do que tem sido encontrado em muitos estudos, onde aqueles com 60 anos ou mais é que tem apresentado as maiores taxas.

O suicídio tem sido caracterizado como um fenômeno mais comum em pessoas com mais idades e que, na maioria das vezes, apresentava algum tipo de limitação, como alguma doença crônica ou uma deficiência (CAVALCANTE et al., 2013). De acordo com MINAYO e CAVALCANTE (2010), alguns fatores situacionais mais presentes em pessoas idosas torna o idoso mais vulnerável, como depressão,

melancolia e tristeza. Alguns podem ser mencionados como sendo os mais comuns na literatura analisada: o *status* de aposentado quando tem como consequência despir o idoso de sua função social, refugiá-lo em casa ou isolá-lo socialmente; a morte de um dos cônjuges, filhos(as) ou amigos; o diagnóstico de uma doença grave; a perda das referências sociais, como a privação de espaço na própria casa. Além disso, os idosos são mais relutantes para se queixar de depressão ou explicitar ideias suicidas, por isso, poucos são diagnosticados e só uma minoria é tratada (MCINTOSH et al., 1994).

No entanto, em relação à idade, é importante ressaltar que o suicídio entre os jovens vem crescendo em números alarmantes (ABASSE et al., 2009). SOUZA et al. (2002) observaram, no Brasil, um crescimento de 35,3% na taxa de mortalidade por suicídio entre jovens de 15 a 24 anos em suas principais capitais.

Segundo a OMS (2002), percebe-se uma inversão na distribuição de casos de suicídios por idade: os jovens de 5–44 anos passaram a se suicidar mais que os adultos com idade acima de 45 anos e essa tendência parece se manter nos próximos anos, segundo as projeções da própria Organização (WHO, 2013). É um fato preocupante uma vez que o suicídio já é a segunda causa de morte de jovens entre 15 e 29 (WHO, 2014), sendo o grupo com maior risco de suicídio em um terço dos países pesquisados, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento.

Um estudo realizado por DUTRA (2002) pondera que o isolamento é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam se matar. Tais jovens demonstra sentir falta de ter amigos e reclamam não ter ninguém para dividir experiências e tristezas, apresentando maior possibilidade de vir a desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos. Outros fatores observados foram: a presença de eventos estressores ao longo da vida; a exposição a diferentes tipos de violência; uso de drogas lícitas e/ou ilícitas; problemas familiares; histórico de suicídio na família; questões sociais relacionadas à pobreza e à influência da mídia; questões geográficas e depressão.

Outro resultado evidenciado pelo estudo foi o maior percentual de suicídio entre os solteiros. Esse resultado também foi encontrado no estudo de LOVISI et al. (2009) e também no Boletim do Ministério da Saúde (2017). Estudos tem levantado a questão entre relacionamentos sociais e saúde, parecendo haver uma relação entre esses relacionamentos e melhor saúde (HOUSE et al., 1988; COCKERHAM, 1991). A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle

pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico (COCKERHAM, 1991).

Com relação aos anos de estudos, aqueles com menor escolaridade foram os que apresentaram os maiores percentuais de suicídio. Estudos populacionais têm evidenciado que os fatores desigualdade social, baixa renda e desemprego, bem como escolaridade, influenciam a ocorrência do suicídio. Uma possível explicação é que a posição socioeconômica promove distintos padrões materiais de vida, com diferentes níveis de exposições a fatores de risco ambientais e de acesso a recursos, podendo alterar, inclusive, fatores comportamentais e psicossociais como percepção de violência, sentimentos de privação e stress. Dessa forma, os fatores econômicos influenciam a saúde do indivíduo, inclusive a saúde mental (SAMPSON, 2003; SUBRAMANIAN, BELLI, KAWACHI, 2002).

Estudo de MACHADO e SANTOS (2015), que teve por objetivo identificar as causas e o perfil das vítimas, analisar a mortalidade nos últimos 13 anos e mapear mudanças assistenciais e socioeconômicas do suicídio no Brasil, mostrou que 75% dos que cometeram suicídio em 2000 possuíam escolaridade precária (até 7 anos de estudo), 15% tinham entre 8 e 11 anos de estudo, enquanto apenas 7,4% frequentaram a escola por 12 anos ou mais. Em 2012, permaneceu a mesma tendência de maior incidência de suicídio entre os menos escolarizados (63% com até 7 anos de estudo, 26,6% de 8 a 11 anos e 10,5% com 12 anos ou mais de estudo).

O local que apresentou a maior proporção de suicídio foi o próprio domicílio. De acordo com SOUZA et al. (2011), o fato de ocorrerem em locais públicos favorece a intervenção em tempo oportuno, enquanto os casos que ocorrem no domicílio, na maioria das vezes, não são percebidos antes da consumação do ato.

Encontram-se em curso, iniciativas de atuação de acompanhamento terapêutico para o risco de suicídio com pacientes hospitalizados ou pacientes mantidos sob cuidado domiciliar. Trata-se de circunstância peculiar, que demanda atenção, dedicação, cuidado e muita *expertise*. Com o desenvolvimento de escalas clínicas de avaliação do risco de suicídio, tornou-se mais racional e seguro adotar critérios claros e precisos para manter o paciente em domicílio e ministrar cuidados psicológicos intensivos. Entretanto, nesse contexto, torna-se relevante adotar medidas ou protocolos de atuação do acompanhamento terapêutico em domicílio,

operando em situações de elevado risco e responsabilidade, que configuram intervenções de urgência psiquiátrica (ESTELLITA-LINS et al., 2006).

De acordo com um estudo realizado por MOTA (2014), que teve por objetivo analisar os contextos geográficos de mortalidade por suicídio no Brasil e a capacidade de resposta dos serviços de saúde mental, utilizando dados de um período de quinze anos (1997 a 2011), mostrou que o local de ocorrência predominante foi o domicílio, com 57,27%, porém sugerindo uma relação com os conflitos familiares ou conjugais como precipitadores. O segundo local de maior ocorrência foi estabelecimentos de saúde, com 20,31%, o que pode estar relacionado às doenças crônicas mais incapacitadoras e com as internações por transtornos mentais. Outros locais e vias públicas somaram quase 22%, casos que podem ter os fatores culturais e de interações sociais como os principais predisponentes.

Considerando os meios para a conclusão do suicídio, o enforcamento foi o mais utilizado. Os meios utilizados para a conclusão do suicídio são, geralmente, métodos violentos e invasivos. Isso se dá para que o ato seja concluído de forma rápida e eficaz, e que não ache erro, sendo que o objetivo do indivíduo ao tentar se matar é concluir o ato em si. De acordo com VIANA et al. (2008), o enforcamento acaba sendo um método bastante usado por ser considerado um método fácil e eficiente. A escolha do método para o suicídio está relacionada ao perfil dos indivíduos que cometem ou tentam o suicídio, principalmente ao sexo e a faixa etária.

O poder de letalidade dos métodos de suicídio deve ser contraposto à prestação de um possível resgate e à viabilidade de tratamento das pessoas que tentam se matar. No caso dos pesticidas, por exemplo, uma tentativa de suicídio em zona rural desprovida de serviço médico envolve maior risco de morte. O contrário ocorre em centros urbanos, quando o socorro médico pode ser feito com agilidade e qualidade (BOTEGA, 2014).

Os homens costumam usar métodos mais invasivos e violentos, o que facilita a conclusão do ato, enquanto as mulheres optam por métodos menos invasivos e, na maioria das vezes, acabam não concretizando o ato, no entanto, nota-se que as tentativas se tornam frequentes até que o ato seja concluído.

CANETTO e SAKINOFISKY (1998) relatam que a letalidade do método não está diretamente relacionada à intenção de morte em si mesma, mas à preferência

de gênero na escolha do método suicida. Por exemplo, para as mulheres, o uso de medicamentos como método de suicídio é socialmente mais aceito do que é para os homens. Da mesma maneira, armas de fogo, apesar de serem acessíveis a ambos os gêneros, seriam socialmente mais bem aceitos como um método de suicídio para os homens do que seriam para as mulheres.

Como limitações do estudo realizado, e que podem interferir no real dimensionamento deste problema, a subnotificação se destaca. O fato de muitos casos não serem notificados, acaba criando um viés que dificulta uma análise mais efetiva e concreta dos casos de suicídio. Essa subnotificação acontece muitas vezes porque o suicídio ainda é um assunto delicado para a sociedade, e a falta de notificação desses casos acaba dificultando a execução de políticas públicas de saúde efetivas para a redução desses números. Outra limitação encontrada foi à demora de atualização dos bancos de dados que foram utilizados. Essa demora acaba limitando os estudos aos anos não tão recentes. Ainda podemos citar as falhas nos registros, e o estigma que cerca este tipo de morte, o uso de conceitos e definições diversas do ato suicida, a dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional. Em se tratando de crianças e adolescentes, por exemplo, essas barreiras na notificação serão mais acentuadas, na medida em que os atos autodestrutivos serão negados ou até escondidos pela família, devido a sentimentos de culpa e/ou vergonha (CASSORLA e SMEKE, 1994; MINAYO, 2005).

Os dados do presente estudo evidenciaram que apesar do Mato Grosso apresentar tendência decrescente nos números relacionados aos suicídios, o Brasil, como um todo, apresentou uma crescente constante nesses óbitos, o que significa que as políticas de saúde de enfrentamento ao suicídio não estão fazendo o efeito esperado, que seria a redução de óbitos por esse tipo de causa.

Refletir sobre suicídio é levar em consideração que este fenômeno tem sido emudecido ao longo dos anos pela sociedade. O fato é que este silêncio não ajuda, é preciso abordar o suicídio de forma responsável e realística, para ajudar na prevenção. De acordo com a pesquisa realizada e os dados apresentados, observa-se que o suicídio é um fenômeno que necessita de um olhar especial para a criação de novas políticas de enfrentamento, para que os números venham a reduzir.

No que se refere à aplicabilidade do estudo, acredita-se que a análise dos dados, que propiciaram a avaliação da tendência temporal do fenômeno, assim

como dos fatores associados, nos possibilitou conhecer melhor esse evento e identificar onde se encontra os pontos que merecem mais atenção.

## 7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais conclusões do estudo foram:

- As taxas de suicídio para o Brasil apresentaram tendência crescente estatisticamente significativa. O Mato Grosso apresentou taxas maiores que as taxas nacionais para a maior parte do período analisado, com tendência decrescente, porém sem significância estatística.
- Maiores taxas para a Região Sul, porém maior aumento para a Região Norte.
- A distribuição das taxas de suicídio segundo os fatores demográficos e escolaridade no Mato Grosso foi similar à encontrada para o Brasil, ou seja, as maiores taxas foram encontradas para o sexo masculino, para aqueles na faixa etária de 20 a 59 anos, para os solteiros e para aqueles com 1 a 7 anos de estudo. A única diferença foi quanto a cor da pele/raça, onde no Mato Grosso a categoria que apresentou a maior taxa foi a parda, ao passo que para o Brasil foi a branca.
- O local onde mais ocorreu suicídio foi no domicílio e o meio mais utilizado foi o enforcamento.

A falta de conhecimento e esclarecimento sobre os fatores de riscos autodestrutivos, tanto por parte dos familiares, quanto dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande descompasso entre as necessidades daquele que apresenta o comportamento suicida e a tomada de atitudes das pessoas de seu convívio, fator que ampliaria as possibilidades de se evitar o ato suicida.

Mudança de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição (como a automutilação), conversação pessimista ou a desistência da vida, podem sinalizar um pedido de ajuda. O comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, enxergando, assim, a morte como resposta de fuga da situação estressante. A identificação e o tratamento adequado desses fatores podem reduzir significativamente as taxas de suicídio.

É válido lembrar que a intensificação de campanhas de valorização da vida e maior atenção a problemas mentais, psicológicos e psiquiátricos poderiam aliviar o problema em regiões com índices de suicídio mais expressivos.

Deve se ter em mente que o comportamento suicida é algo evitável. Para o enfrentamento desse problema de saúde pública, deve se haver ações coletivas para reconhecer e tratar esses casos, como por exemplo, compromisso para intervenções, amparadas por vontade e recursos políticos. Reconhecer indivíduos com comportamento suicida é o primeiro passo a se dar. Após esse reconhecimento, é necessário que hajam profissionais capacitados em lidar com esses indivíduos, fazendo um acompanhamento e monitoramento. Não deixar o comportamento suicida chegar a uma tentativa ou óbito, é algo que deve ser feito.

Concluo esse trabalho enfatizando a importância de se fazer pesquisa em saúde, nesse caso pesquisa quantitativa descritiva, para melhor conhecimento de uma determinada doença ou agravo de saúde e seus fatores associados. Os dados e análises encontrados nesta pesquisa possibilitam ao sanitarista um olhar mais delineado da situação de saúde e o possibilita a fazer planejamentos e criar ações para a solução do problema encontrado.

## 8 REFERÊNCIAS

- ABASSE, Maria Leonor Ferreira et al . Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 407-416, Apr. 2009 .
- ABREU, K. P. de et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p.195-200, mar. 2010.
- BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p.142-150, jan. 2009.
- BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. **Suicidologi.**, v. 7, n. 2, p. 6-8, 2002.
- BEZERRA FILHO, J. G. et al. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 833-844, maio 2012.
- BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia (natal)**, Natal, v. 11, n. 3, p.345-351, dez. 2006.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.231-236, dez. 2014.
- BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p.213-220, nov. 2006.
- BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.7-8, mar. 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série Pacto pela Saúde, v. 1, p. 1-78. Brasília/DF. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatísticas vitais, mortalidade**. 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 21 mar. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.77-93, abr. 2007.
- CANETTO SS, SAKINOFSKY I. The gender paradox in suicide. **Suicide Life Threat Behav.** 1998;28(1):1-23.

- CARDOSO, G. T. **Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens** Tese (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2016.
- CARLINI-COTRIM, B.; GALLINA, J. R.; CHASIN, A. A. M. Ocorrências de suicídios sob efeito de álcool: um estudo na região metropolitana de São Paulo. **Revista ABP-APAL**, v. 20, n. 4, p. 146-149, out/dez. 1998.
- CASSORLA RMS, SMEKE ELM. Autodestruição humana. **Cad Saúde Pública** 1994; 10(1):61-73.
- CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2985-2994, Oct. 2013.
- CHOI, K-H.; KIM, D-H. Trend of Suicide Rates According to Urbanity among Adolescents by Gender and Suicide Method in Korea, 1997–2012. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 12, n. 5, p. 5129-5142, maio 2015.
- COCKERHAM, W. C. **This aging society**. New Jersey: Prentice Hall, 1991.
- COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p.144-146, mar. 2006.
- DAOLIO, E. R. "Suicídio: tema de reflexão bioética". **Revista Bioética**, v. 20, n. 3, p. 436-441, 2012.
- DATASUS - Departamento de Informática do SUS [base de dados na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- DOCKHORN, C. N. B. F.; WERLANG, B. S. G. Programa CVV: prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p.183-198, jul. 2008.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.
- DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2002. p. 53-87.
- ESTELLITA-LINS, C. (org.). **Trocando seis por meia dúzia: suicídio como Emergência do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012.
- ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. C. **Psychê**, v. 18, p. 151-166, 2006.
- FARIA, N. M. X. et al. Taxas de suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: associação com fatores sócio-econômicos, culturais e agrários. **Cad. Saúde Pública** . 2006, vol.22, n.12, pp.2611-2621.
- FERREIRA JÚNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 03, n. 01, p. 15-28, 2015.
- Garcia EG, Alves Filho JP. Aspectos de prevenção e controle de acidentes no trabalho com agrotóxicos. São Paulo: **Fundacentro**; 2005.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p.281-316, ago. 2011.

GOTSENS, M. et al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 85, n. 2, p.163-174, abr. 2011.

GRUBITS, S.; FREIRE, H. B. G.; NORIEGA, J. A. V. Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 504-517, 2011.

GUIMARÃES, R. M. et al. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 511-517, ago. 2012.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.262-269, dez. 2014.

HARRIS, T. L.; MOLOCK, S. D. Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. **Suicide Life Threat Behav**, v. 4, n. 30, p. 341-353, 2000.

HOUSE, J. S.; LANDIS, K. R.; UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**, 241, p. 540-545, 1988.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Tábuas completas de mortalidade - 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011.

ISOMETSAÄ, E. T.; LÖNNQVIST, J. K. Suicide attempts preceding completed suicide. **The British Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 6, p. 531-535, dez. 1998.

JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.212-223, ago. 2002.

KLEINBAUM, D. G. et al. **Applied regression analysis and other multivariable methods**. 2nd ed. Boston: Pws-Kent Publishing Company, 1988.

KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 3, n. 15, p.69-82, nov. 2013.

KPOSOWA, A. J. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 54, n. 4, p.254-261, abr. 2000.

LATORRE, M. R. D. O. A mortalidade por câncer de estômago no Brasil: análise do período de 1977 a 1989. **Cad Saúde Pública**, v. 13, Supl 1, p. 67-78, 1997.

LIN, J-J; LU, T-H. Suicide mortality trends by sex, age and method in Taiwan, 1971-2005. **Bmc Public Health**, v. 8, n. 1, p.312-320, jan. 2008.

- LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p.86-93, out. 2009.
- MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. S. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p.45-54, mar. 2015.
- MARÍN-LEÓN, L., OLIVEIRA, H. B., BOTEGA, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 32(5), 351–359.
- MCINTOSH, JL, SANTOS, JF, HUBBARD, RW, OVERHOLSER, JC. Elder suicide: research, theory, and treatment. Washington: **American Psychological Association**; 1994.
- MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y-P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p.131-134, jun. 2005.
- MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p.804-810, dez. 2004.
- MINAYO, M. C. S; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p.750-757, ago. 2010.
- MINAYO, M.C.S. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-239.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde. **Portaria nº 1.876/GM, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)>. Acesso em: 24 jan. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde. **Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2006**. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542\\_22\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html)>. Acesso em: 24 jan. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Volume 48 N° 30. 2017.
- MOTA, AA. Suicídio no Brasil e os contextos geográficos : **contribuições para política pública de saúde mental** / Adeir Archanjo da Mota. - Presidente Prudente: [s.n], 2014 xviii 208.
- NOCK, M. K.; KESSLER, R. C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 115, n. 3, p.616-623, 2006.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Transtornos mentais e comportamentais**. Genebra, 2000.
- PALACIO-ACOSTA, C. et al. Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 7, n. 3, p.243-253, nov. 2005.

- PARREIRA, V. T. **O suicídio em Freud**. 1988. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Centro de Pós-Graduação em Psicologia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1988.
- PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 2, p. 146-154, abril, 2005.
- PRITCHARD, C.; HEAN, S. Suicide and Undetermined Deaths Among Youths and Young Adults in Latin America. **Crisis**, v. 29, n. 3, p.145-153, maio 2008.
- PRUDENTE, André. **A construção histórica do modelo de relação de ajuda do Centro de Valorização da Vida na segunda metade do século XX: influências dos modelos de relação de ajuda da psicologia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2005.
- QIN, P.; AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 4, p.765-772, abr. 2003.
- REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1962-1975, jun. 2011.
- RUNESON, B. et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. **BMJ**, v. 341, n. 131, p.3222-3229, jul. 2010.
- RUNYAN, C W. et al. Suicide among North Carolina women, 1989-93: information from two data sources. **Injury Prevention**, v. 9, n. 1, p.67-72, 1 mar. 2003.
- SAIDEMBERG, Silvio. Alcoolismo. *In*: SERRAT, Saulo Monte (ORG.) **Drogas e Álcool: prevenção e tratamento**. Campinas: Editora Komedi, 2001.
- SAMPSON, R.J. The neighborhood context of well-being. **Perspect Biol Med**. 2003;46(3 Suppl):S53-64. 15.
- SAND, E.; GORDON, K. H.; BRESIN, K. The Impact of Specifying Suicide as the Cause of Death in an Obituary. **Crisis**, v. 34, n. 1, p.63-66, jan. 2013.
- SANT'ANNA, C. F.; CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S.; ERDMANN, A. L.; SOARES, J. F. S. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 92-99, mar. 2010.
- SANTOS, S. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.53-61, mar. 2013.
- SCHMITT, Ricardo et al . Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 30, n. 2, p. 115-123, Aug. 2008.
- SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

- SHIKIDA C, VILHENA RA, ARAUJO JUNIOR AFA. Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. **Centro de Economia Aplicada e Estratégia Empresarial-IBMEC/MG**,2006.
- SILVA, M. C M. **Renúncia à vida pela morte voluntária**: o suicídio aos olhos da imprensa de Recife dos anos 1950. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de História, Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.
- SILVA, M. M. **Suicídio – Trama da Comunicação**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), 1992.
- SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MALAQUIAS, Juaci Vitória. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 673-683, June 2002 .
- SOUZA, M. L. P., & ORELLANA, J. D. Y. (2012). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 34, 34–37.
- SOUZA, V. S; et al. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 60(4),294-300.
- SUBRAMANIAN PB, BELLI P, KAWACHI I. The macroeconomic determinants of health. **Annu Rev Public Health**. 2002;23:287-302. 16.
- VÄRNIK, P. Suicide in the World. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 9, n. 12, p.760-771, mar. 2012.
- VENCO, S.; BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. **Revista Espaço Acadêmico**, São Paulo, v. 9, n. 108, p.1-8, maio 2010.
- VIANA, G. N. et al., Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.
- VIJAYAKUMAR L, PIRKIS J, WHITEFORD H (2005). Suicide in Developing Countries: Prevention efforts. **Crisis**. 26(3): 120-124.
- WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014**: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2014.
- WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. **Revista Interamericana de Psicología**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p.259-266, 2005.
- WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídios em um hospital geral do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 10, p. 2201-2206, 2006.
- WHO – World Health Organization. **Changes in the age distribution of cases of suicide 1950-2000**. World Health Organization. 2002.
- WHO – World Health Organization. **Country reports and charts available**, 2014.
- WHO – World Health Organization. **Global Health Estimates Summary Tables: Projection of deaths by cause, age and sex**. Genebra: World Health Organization. 2013.
- WHO – World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. 2014.

WITTE, T. K.; SMITH, A. R.; JOINER, T. E. Reason for cautious optimism? Two studies suggesting reduced stigma against suicide. **Journal Of Clinical Psychology**, v. 66, n. 6, p. 611-626, 2010.

WÜNSCH, V. L. et al., Bioética, teologia e saúde mental: diretrizes de cuidado e prevenção do suicídio. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 02, p. 01-15, 2016.

YAMAUCHI, T. et al. Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. **Journal of Public Health**, v. 35, n. 1, p. 49-56, 2013.

## ANEXOS

**Anexo 1** – Categorias da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) referentes ao óbito por suicídio.

- X60 Auto-int int analg antipir anti-reum n-opiac
- X61 Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP
- X62 Auto-intox intenc narcot psicodislept NCOP
- X63 Auto-int int outr subst farm sist nerv auton
- X64 Auto-int intenc out drog med subst biolog NE
- X65 Auto-intox voluntaria p/alcool
- X66 Auto-int int solv org hidrocarb halog vapor
- X67 Auto-intox intenc p/outr gases e vapores
- X68 Auto-intox intenc a pesticidas
- X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE
- X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc
- X71 Lesao autoprov intenc p/afogamento submersao
- X72 Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao
- X73 Les autoprov int disp arm fog maior calibre
- X74 Lesao autoprov intenc disp outr arma fogo e NE
- X75 Lesao autoprov intenc p/disp explosivos
- X76 Lesao autoprov intenc fumaca fogo e chamas
- X77 Lesao autoprov int vapor agua gas obj quent
- X78 Lesao autoprov intenc obj cortante penetr
- X79 Lesao autoprov intenc p/objeto contundente
- X80 Lesao autoprov intenc precip lugar elevado
- X81 Lesao autoprov intenc precip perm obj movim
- X82 Lesao autoprov intenc impacto veic a motor
- X83 Lesao autoprov intenc p/outr meios espec
- X84 Lesao autoprov intenc p/meios NE

**Anexo 2 – Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso e seus respectivos municípios.**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Municípios</b>
Alto Tapajós	Alta Floresta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde, Paranaíta.
Baixo Araguaia	Canabrava do Norte, Confresa, Porto Alegre do Norte, Santa Cruz do Xingu, Santa Terezinha, São José do Xingu, Vila Rica.
Baixada Cuiabana	Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, Nossa Sr. <sup>a</sup> do Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antonio do Leverger, Várzea Grande.
Centro Norte Matogrossense	Alto Paraguai, Diamantino, Nobres, Nortelândia, Nova Maringá, Rosário Oeste, São José do Rio Claro.
Garças Araguaia	Araguaiana, Barra do Garças, Campinápolis, General Carneiro, Nova Xavantina, Novo São Joaquim, Pontal do Araguaia, Ponte Branca, Ribeirãozinho, Torixoréu.
Médio Araguaia	Água Boa, Bom Jesus do Araguaia, Canarana, Cocalinho, Gaúcha do Norte, Nova Nazaré, Querência, Ribeirão Cascalheira.
Médio Norte Matogrossense	Arenápolis, Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Marilândia, Nova Olímpia, Porto Estrela, Santo Afonso, Sapezal, Tangará da Serra.
Noroeste Matogrossense	Aripuanã, Brasnorte, Castanheira, Colniza, Cotriguaçu, Juína, Juruena.
Norte Araguaia Karajá	Alto Boa Vista, Luciara, Novo Santo Antonio, São Félix do Araguaia, Serra Nova Dourada.
Norte Matogrossense	Colíder, Itauba, Marcelândia, Nova Canaã do Norte, Nova Guarita, Nova Santa Helena.
Oeste Matogrossense	Araputanga, Cáceres, Curvelândia, Glória D'Oeste, Indiavaí, Lambari D'Oeste, Mirassol D'Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Salto do Céu, São José dos Quatro Marcos.
Sudoeste Matogrossense	Campos de Júlio, Comodoro, Conquista D'Oeste, Figueirópolis D'Oeste, Jauru, Nova Lacerda, Pontes e Lacerda, Rondolândia, Vale de São Domingos, Vila Bela da Santíssima Trindade.
Sul Matogrossense	Alto Araguaia, Alto Garças, Alto Taquari, Araguinha, Campo Verde, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira Primavera do Leste, Rondonópolis, Santo Antonio do Leste, São José do Povo, Jaciara, Juscimeira, Paranatinga, Pedra Preta, Poxoréu, São Pedro da Cipa, Tesouro.
Teles Pires	Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sinop, Sorriso, Tapurah, União do Sul, Vera.
Vale do Peixoto	Guarantã do Norte, Matupá, Novo Mundo, Peixoto de Azevedo, Terra Nova do Norte.
Vale do Arinos	Juara, Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos, Tabaporã.