

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ (UNOCHAPECÓ)
CURSO DIRECIONADO DE ESPECIALIZAÇÃO UNIEDU/FUMDES EM SAÚDE
PÚBLICA: ATENÇÃO BÁSICA
DISCIPLINA: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Elisandra Andréia Beckert¹, Lucimare Ferraz²

¹UNOCHAPECÓ, Curso Direcionado de Especialização UNIEDU/FUMDES em Saúde Pública: Atenção Básica. Chapecó, SC, Brasil.

²UNOCHAPECÓ, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unochapecó. Chapecó, SC, Brasil.

¹Especialista em Saúde Pública: Atenção Básica pela Unochapecó. Graduação em Psicologia pela UNOESC. E-mail:<elisandra.beckert@unochapeco.edu.br>.

²Pós-Doutorado pelo Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) da Universidade do Porto. Doutora em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva: área de Epidemiologia, pela Universidade Luterana do Brasil. Graduação em Enfermagem e Especialização em saúde do Trabalhador pela Universidade do Contestado. E-mail.<lferraz@unochapecó.edu.br>.

PERFIL DAS MULHERES QUE COMETERAM SUICÍDIO NO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2007 A 2016.

RESUMO

Introdução: Vários estudos sobre comportamento autodestrutivo afirmam que o suicídio é um grave problema de saúde pública, complexo, multideterminado e de grande impacto social, econômico e pessoal. Objetivo: Traçar o perfil das mulheres que cometeram suicídio no estado de Santa Catarina, localizado na região Sul do Brasil, no período de 2007 a 2016. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, com delineamento transversal-ecológico. Os dados utilizados foram extraídos do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), publicados pelo DATASUS, disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. Resultados: O número de mulheres que cometeram suicídio no período estudado foi de 1.209, destas, a maioria eram brancas casadas, suicidaram-se em sua residência e estavam na faixa etária de 30 a 39 anos. Os suicídios foram provocados por

enforcamento seguido por medicamentos e substâncias biológicas. A mortalidade por suicídio continua a crescer no país, com importantes variações regionais. Conclusão: Os índices de suicídio são elevados, e está em constante crescimento, o que implica em promovermos a prevenção pelas equipes de saúde, em especial da atenção básica, e torna esse um assunto de grande importância para pesquisas futuras.

Palavras-Chaves: Suicídio; Mulheres; Perfil.

PROFILE OF WOMEN WHO COMMITTED SUICIDE IN THE STATE OF SANTA CATARINA IN THE PERIOD FROM 2007 TO 2016.

ABSTRACT

Introduction: Several studies on self-destructive behavior have stated that suicide is a serious public health problem, complex, multidetermined and of great social, economic and personal impact. **Objective:** To trace the profile of women who committed suicide in the state of Santa Catarina, located in the southern region of Brazil, between 2007 and 2016. **Methodology:** This is a research with a quantitative approach, with a cross-ecological design. The data used were extracted from the Mortality Information System (SIM), published by DATASUS, available at the Ministry of Health's electronic address. **Results:** The number of women who committed suicide in the period studied was 1,209, of which the majority were white ecasadas, committed suicide in their residence and were in the age group of 30 to 39 years. Suicides were triggered by hanging followed by drugs and biological substances. Mortality due to suicide continues to grow in the country, with important regional variations. **Conclusion:** Suicide rates are high, and it is constantly growing, which implies promoting prevention by health teams, especially primary care, and makes this an issue of great importance for future research.

Keywords: Suicide; Women; Profile.

INTRODUÇÃO

O suicídio trata-se de um fenômeno humano complexo e universal, que representa um enorme risco de saúde pública (VIDAL, 2013), sendo conceituado por Durkheim (1987 p. 15) como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo

praticado pela própria vítima”, ação que a vítima sabia dever causar este resultado. A ocorrência está fortemente associada a comportamentos autolesivos, e os médicos afirmam que a cada caso concreto de suicídio, houve ao menos dez situações graves o suficiente para requerer atendimento a fim de buscar auxílio.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é um ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção ou uma forte expectativa de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado (OMS, 2009).

A literatura apresentada sobre a temática aponta que o sexo masculino sempre foi predominante em casos de suicídio. Porém, atualmente verifica-se um grande crescimento do fenômeno no sexo feminino, justificando a realização desta pesquisa (MESQUITA E CAVALCANTI, 2013). Desta maneira, optou-se por levantar os dados referentes ao público feminino, traçando o seu perfil, visando facilitar possíveis intervenções.

Muitas são as causas que contribuem e podem ser vistas como fatores predisponentes do suicídio feminino, como os conflitos no relacionamento familiar ou amoroso, enquanto que no grupo masculino, seriam os fatores de risco os problemas econômicos e desemprego (CANETTO, 2008).

O presente artigo objetiva traçar o perfil epidemiológico do suicídio em mulheres no estado de Santa Catarina, bem como tencionar uma reflexão sobre os seus fatores de risco e/ou elementos coadjuvantes e desencadeantes, assim como a necessidade de abordar essa problemática, uma vez que há deficiências de políticas públicas de prevenção e intervenção.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, com delineamento transversal-ecológico. O estudo ecológico é utilizado para analisar determinadas populações ou grupos populacionais, bem delimitados a partir de áreas pré-estabelecidas. Este tipo de estudo é fortemente apropriado e indicado para avaliar a eficácia de medidas já implementadas, analisar se resultaram em efeito na população, avaliar se os indicadores populacionais apresentaram melhora e se o objetivo proposto foi cumprido (SOUZA et al., 2018).

Esta pesquisa foi realizada por meio de consulta a dados secundários, de domínio público, provenientes de informações em saúde tabuladas pelo TABNET e disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram investigados

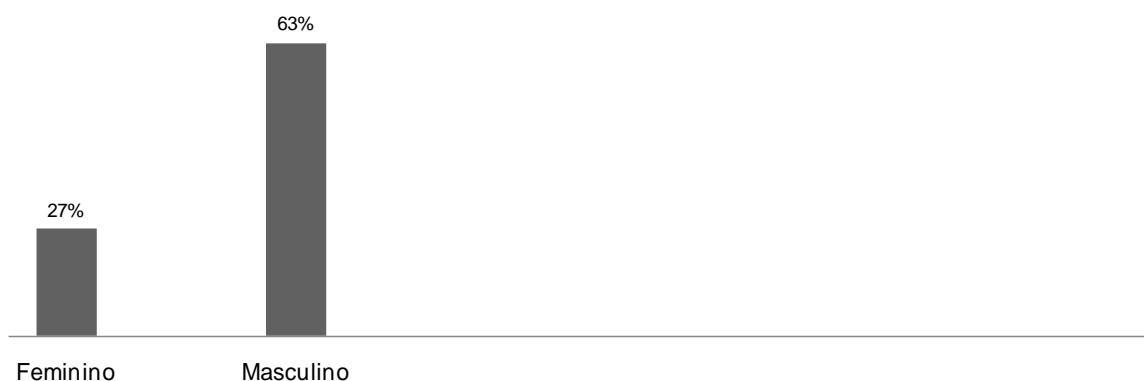
casos de mortes femininas por suicídio entre os anos de 2007 e 2016, no estado de Santa Catarina.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2018 e foram consideradas variáveis presentes nos sistemas de saúde do DATASUS, tais como: escolaridade, cor/raça, faixa etária, estado civil, lesões autoprovocadas, ocorrências por macrorregião de saúde e o local da ocorrência. Os dados provenientes das buscas foram organizados em tabelas, com o auxílio do programa Microsoft Office Excel®. E após convertidos em percentuais.

RESULTADOS

O gráfico 1 apresenta a porcentagem de casos de suicídio de homens *versus* mulheres que ocorreram no período de 2007 a 2016 no estado de Santa Catarina. Além disso, constata-se que os homens cometem suicídio numa proporção três vezes maior que as mulheres.

Gráfico 1. Ocorrência de óbitos por suicídio segundo sexo no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016.



Podemos observar na Tabela 1 que o número de casos de suicídio em mulheres vem aumentando significativamente nos últimos 10 anos no estado de Santa Catarina, segundo os registros do sistema de mortalidade do DATASUS. Os números mostram um aumento de 71% entre os anos de 2007 e 2016.

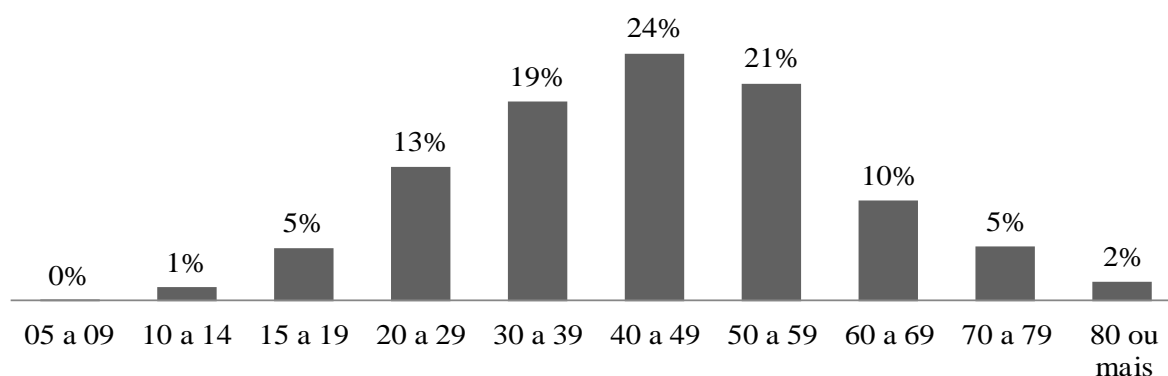
Tabela 1. Óbitos segundo ano de ocorrência no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016

Óbitos segundo ano de ocorrência	
Ano do óbito	Óbitos

2007	93
2008	99
2009	84
2010	119
2011	115
2012	132
2013	123
2014	146
2015	139
2016	159

Segundo os dados levantados sobre a cor/ raça, entre as mulheres que se suicidaram, 1.091 eram brancas, 69 pardas, 16 negras, 2 amarelas, 2 indígenas e 29 ignorados. Os dados abaixo afirmam que a maioria das mulheres que cometem suicídio no sul do país é branca, tendo em vista que isso é proporcional por essa raça ser o predomínio da região Sul do País. Em relação a idade, no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016 a faixa etária que predomina o suicídio foi des 30 aos 59 anos (Gráfico 2).

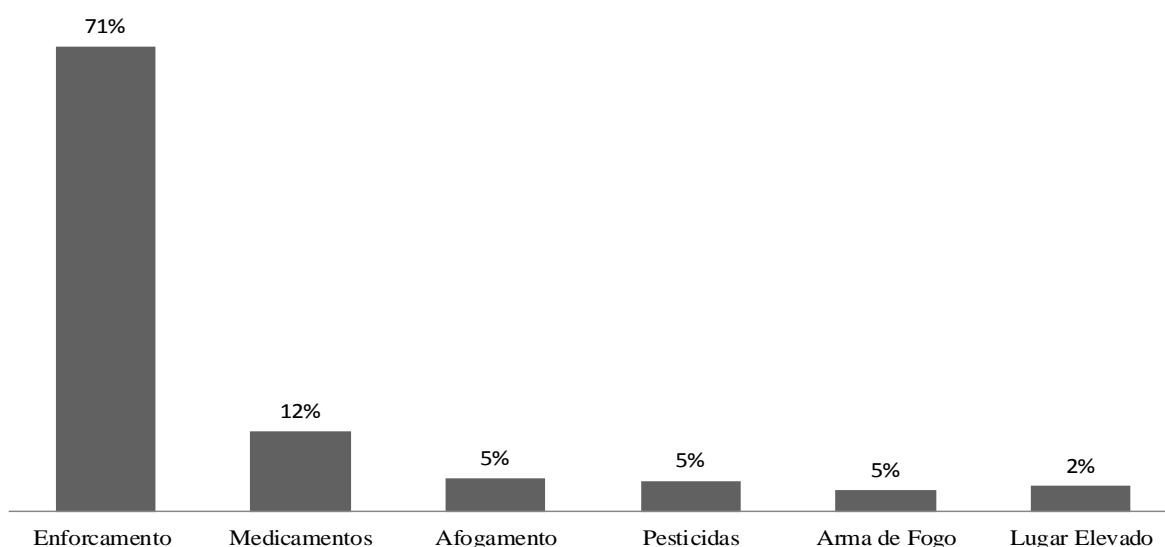
Gráfico 2. Ocorrência de óbitos por suicídio conforme faixa etária no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016.



Os dados sobre escolaridade das mulheres que se suicidaram no período estudado revela que 13% delas estudaram por um período de 1 a 3 anos, 27% de 4 a 7 anos, 26% de 8 a 11 anos, 12% estudaram por 12 anos ou mais e 20% aparecem dos dados como ignorados. Em relação ao estado civil, como pode ser visualizado no gráfico 5, das 1.209 mulheres, 332 eram solteiras (28%), 459 eram casadas (38%), 121 era separadas judicialmente (10%), 97 estavam

na opção ignorado (8%), 126 eram viúvas (10%) e 74 estava, na opção outro (8%). Já entre as formas de cometer o suicídio, constatou-se que o principal meio de realizar essa lesão autoprovocada é pelo enforcamento, como demonstrado no gráfico 3.

Gráfico 3. Lesões autoprovocadas intencionalmente por mulheres do Estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016.



Na Tabela 2 constata-se o local de ocorrência dos casos de óbito, sendo que, o domicílio das mulheres é o de maior predominância, com um percentual de 65%, seguido do Hospital 21%.

Tabela 2. Ocorrência de óbitos por suicídio conforme local de ocorrência no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016.

Óbitos por suicídio conforme o local da ocorrência		
Macrorregião de Saúde	Óbitos	Porcentagem(%)
Hospital	249	21%
Outro Estab. de Saúde	6	1%
Domicílio	788	65%
Via Públicas	36	3%
Outros	126	10%
Ignorado	4	0%

Entre os casos de suicídios femininos no estado de Santa Catarina entre 2007 e 2016, 233 casos ocorreram no Vale do Itajaí, seguido pelo Sul 220 e pelo Grande e Meio Oeste 251 cada, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Ocorrência de óbitos por suicídio segundo macrorregião de Saúde do estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016.

Óbitos segundo Macrorregião de Saúde	
Macrorregião de Saúde	Óbitos
Grande Oeste	13%
Meio Oeste	13%
Vale do Itajaí	19%
Foz do Rio Itajaí	7%
Grande Florianópolis	12%
Sul	18%
Nordeste	9%
Planalto Norte	4%
Serra Catarinense	5%

Na Tabela 4 estão listados os municípios do estado com maiores ocorrências de suicídios registrados. Blumenau e Joinville são os que possuem maiores taxas, com 18% e 14% respectivamente.

Tabela 4. Municípios com maiores casos de ocorrência de óbitos por suicídio do estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2016.

Óbitos segundo Macrorregião de Saúde		
Macrorregião de Saúde	Óbitos	Porcentagem(%)
Blumenau	78	18%
Brusque	20	4%
Caçador	15	3%
Chapecó	38	9%
Concórdia	26	6%
Criciúma	50	11%
Florianópolis	56	13%
Itajaí	25	6%

Joinville	62	14%
Lages	30	7%
Palhoça	18	4%
Tubarão	21	5%

DISCUSSÃO

Conforme os registros de casos de homens e mulheres que suicidaram-se em Santa Catarina no período de 2007 a 2016 obteve-se um total de 5.517, sendo que 1.209 foram mulheres e 3.308 homens. Comparando os números absolutos de óbitos, porém os homens se suicidam três vezes mais, observou-se que houve aumento de 70,9% em óbitos femininos. Meneghelet al, (2012) citam que as taxas de suicídio no gênero masculino são as mais altas, mesmo que atualmente o crescimento no gênero feminino tem sido alarmante.

Em relação às taxas de suicídio relacionadas ao gênero, Meneghelet al. (2012) afirmam que no gênero masculino as taxas são mais altas. Já no gênero feminino, apesar de ter taxas mais baixas em relação ao gênero masculino, há um crescimento alarmante nos últimos anos. Além disso, os autores citam que provavelmente os números são maiores entre os homens porque os meios utilizados por eles são mais letais do que os utilizados pelas mulheres. Tais evidências incitam a possibilidade de um aparente maior autocuidado entre mulheres, conforme Meneghelet al. (citados por BRAGA e DELL'AGLIO, 2013):

(...) alguns fatores protetores têm sido relacionados à menor ocorrência do suicídio consumado entre as mulheres, destacando-se a baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade e/ou espiritualidade e atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Soma-se a isso o fato de as mulheres, em geral, identificarem precocemente sinais de risco para depressão ou outras doenças mentais, estarem mais propensas a buscar ajuda em momentos de crise e terem uma rede de apoio social e afetivo mais ampla do que os homens. Por outro lado, os papéis atribuídos à masculinidade envolvem aspectos que podem predispor os homens a comportamentos suicidas. Tais aspectos podem incluir a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. Além disso, os homens são mais sensíveis a aspectos relacionados ao trabalho, ao desemprego e ao empobrecimento (BRAGA E DELL'AGLIO, 2013, p. 59).

Braga e Dell'Aglio (2013) descrevem as questões que coincidem para o maior número de suicídio ser em homens sendo é caracterizado pelos atos mais agressivos, e as mulheres

sendo mais propensas ao autocuidado e a procura de ajuda.

Apesar dos dados mostrarem que no estado de Santa Catarina os índices permanecem maiores no público masculino, Mesquita e Cavalcante (2013), apontam que de 2000 a 2012, o aumento na taxa de suicídio cresceu 59%, colocando o país no topo do ranking de suicídios. Dentro desta porcentagem, 24% são referentes aos homens e 35% às mulheres, revelando a discrepância dos novos casos de suicídio em pessoas do sexo feminino.

Apesar do crescimento acelerado do suicídio em mulheres, existem poucos estudos sobre este fenômeno, mostrando uma maior valorização para o estudo deste fenômeno em relação aos homens, que ainda apresentam mais incidência se comparado às mulheres. Segundo Beautrais (apud MENEGHEL et al, 2015) o início precoce da vida sexual feminina em comunidades conservadoras, a presença de abortos, gravidez indesejada e problemas com a imagem corporal são exemplos de fatores que predisõem ao suicídio em mulheres.

A população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil e na maior parte do mundo, o que justifica um olhar atento para os problemas sociais e de saúde que a afetam. Segundo constatação de Beeston (2006), o crescimento das taxas de suicídio entre idosos indica que o aumento da idade se relaciona com processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir. Essa situação pode ser constatada inclusive no estado de Santa Catarina vindo no período de 2007 a 2016.

De acordo com Cavalcante e Minayo (2010), o descuido com a medicação, um súbito interesse por alguma religião ou igreja, desinteresse por se cuidar, e claro tudo que fuja a regra da rotina do mesmo, deve-se analisar com cuidado. O ciclo vital já está trazendo inúmeras mudanças, e sendo assim pode-se tornar também um momento de conflito, gerando angústia ou melancolia, cabendo então a rede de apoio permanecer alerta quanto a isso. Ao passo que, conforme os autores acima citados, a literatura mostra os transtornos mentais estão altamente associados ao suicídio em idosos. Eles reportam que entre 71% e 95% das pessoas que cometem o ato nesta faixa etária, possuem diagnóstico de algum transtorno mental. Sendo que em sua maioria, 66%, sofriam de depressão.

Meneghelet al (2015) relatam que além da dificuldade de ser mulher e de ser idosa, há a questão de ter sido criada em sociedades extremamente conservadoras, visto que há algumas décadas atrás os padrões de gênero eram ainda mais rigorosos do que são atualmente. Além disso, muitas dessas mulheres cresceram em meio rural e com modelos femininos sobrecarregados com trabalho duro, pobreza e exclusão social, fatores capazes de determinar

o modo como tal pessoa viverá o resto de sua vida.

Os dados encontrados em relação ao local de ocorrência do suicídio vão de encontro aos dados expostos na literatura, como colocado por Marín-Leon e Barros (2003). Os autores perceberam em sua pesquisa que o local de ocorrência do suicídio predominante foi a residência do indivíduo, com um percentual de 51%. Sá e Werlang (2007) encontraram resultados semelhantes em sua pesquisa sobre homicídios e suicídios. Em relação ao suicídio, tema de nosso interesse, descobriu-se que 65% dos casos ocorriam na residência dos indivíduos.

O suicídio é uma autoviolência definido como um ato intencional para acabar com a própria vida. A lesão autoprovocada é a violência que a pessoa inflige a si mesmo, podendo ser subdividida em comportamento suicida e em autoagressão, no qual engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera como autoprovocados, as lesões e os envenenamentos intencionalmente desferidos pela própria pessoa a si mesma e as tentativas de suicídio.

Historicamente o suicídio tem predominado no gênero masculino em todas as faixas etárias: até por volta de 1980-1990, as taxas de suicídio masculinas eram 3 a 4 vezes mais elevadas do que as femininas. De modo geral predomina entre os homens o emprego de métodos suicidas violentos, de alta letalidade como, por exemplo, armas de fogo, enforcamento etc. Ao passo que as mulheres escolhem métodos menos letais, como envenenamento, cortar-se, queimar-se etc.

Stubbe e Bojanovsky (apud BASTOS, 2009) conceituam o suicídio como um acontecimento firmado por uma tendência de autodestruição podendo ser discutido a partir de uma contínua existencial. Obtêm-se conclusões sobre indivíduos que avançam, na medida do possível, enfrentando seus problemas, passando por dificuldades, mas também o contrário: outros que possuem condições sociais e econômicas melhores cometem suicídio. Abadi explica o intuito suicida:

A perda de um objeto libidinal valioso pode ser uma das grandes motivações para o suicídio. Desaparecer da vida é o forte desejo da pessoa em comportamento autodestrutivo, tal como desapareceu para ela o seu objeto amado. Em outras palavras, o desejo de pretensamente obter novamente o indivíduo querido que morreu, por exemplo, é tão intenso que diante da impossibilidade de recuperá-lo

na realidade consensual, tal pessoa não só se identifica de forma extremamente narcisista com o objeto perdido, como também pode destruir-se para acompanhá-lo ou tê-lo de volta, em sua fantasia (apud BASTOS, 2009, p.24).

De acordo com Bortolote (2012) através do ponto de vista fenomenológico, o suicídio é um processo que se inicia com considerações mais ou menos vagas sobre a morte e sobre morrer (ideação suicida), as quais podem adquirir consistência (persistente ou recorrente, flutuante) evoluir para a elaboração de um plano (plano suicida) é culminar num ato suicida, cujo desfecho pode ser fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

Suicídio é o ato de pôr um fim á própria vida deliberadamente. Independentemente de ser resultado de impulso ou premeditação, sempre constitui uma urgência prioritária para o pessoal da saúde. (Bortolote, 2012, p.22).

Botega (2013) afirma em estudo epidemiológico que em 2011 houveram 9.852 suicídios registrados oficialmente no país, uma média de 27 mortes por dia. No ano de 2014, 10.653 mortes por lesão autoprovocada voluntariamente foram cometidas no Brasil, 2.319 delas na região Sul do país (BRASIL, 2017).

Da antiguidade aos dias de hoje, o suicídio passou de um objeto singular, raro e, por vezes, exemplar, a fenômeno socio-sanitário de proporções consideráveis, constituindo-se em uma das três principais causas de óbito em determinados faixas etárias de vários países e em varias regiões do mundo. Mais recentemente, sobretudo graças aos esforços desenvolvidos pela OMS, ficou clara a magnitude do impacto que o suicídio representa para a Saúde Pública, bem como a importância que intervenções desenvolvidas a partir dessa perspectiva têm para sua prevenção e, por fim, para reduzir a mortalidade e o sofrimento a ele associados.

Na maior parte dos casos, as pessoas tiram sua própria vida sem reflexão, e de maneira descontrolada e impulsiva. Se houve reflexão, raramente (embora não seja descartável) haverá suicídio, pois se matar é “confessar que fomos superados pela vida ou que não a entendemos” (CAMUS, 2010, p. 21). E essa superação se dá na medida em que o homem sente o absurdo, e opta pela morte como válvula de escape. Contudo, para o filósofo, não enxergar sentido na vida não significa que ela não deva ser vivida. Ele indaga: “será que o absurdo exige que escapamos dela, pela esperança ou pelo suicídio?” (CAMUS, 2010, p. 24).

Um suicídio nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa. Diversos

estudos mostram que o suicida deseja livrar-se de um sofrimento para o qual não está encontrando saída (BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008). Antes de chegar ao ato final, o suicida já mostrou sinais e procurou ajuda para esclarecer o seu sofrimento. A atenção a todo este processo e a capacidade de lidar com o problema pode resultar em um desfecho favorável.

De acordo com Minayo (2005) os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida são: problemas biológicos, médicos, ambientais, psiquiátricos, psicológicos, filosóficos existenciais e por motivações sociais. Os fatores psiquiátricos e psicológicos mais comuns são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtornos de personalidade; alcoolismo; desesperança e solidão e comorbidades.

Como o suicídio está relacionado a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais), é necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral. De acordo com Vieira (2015) a escolaridade é citada como um fator de proteção em relação ao suicídio, sendo um ato que está fortemente ligado a questões socioeconômicas. A falta de escolaridade traz prejuízos à qualidade de vida individual e familiar, sendo geradora de estresse e aumentando, dessa forma, o risco de suicídio.

Vários atores podem contribuir para enfrentar o problema de forma conjunta, estabelecendo canais de comunicação permanente, trocando informações, definindo metas e ajustando condutas. São necessárias intervenções que envolvam assistentes sociais; educadores; jornalistas; policiais militares; profissionais de saúde e técnicos de extensão rural, além de trabalhadores e colaboradores de Organizações não-governamentais (ONGs), além de lideranças religiosas, comunitárias, entre outros. A ação conjunta dessas pessoas é o que constitui a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.

CONCLUSÃO

No estudo, constatou-se que o índice de suicídio feminino vem aumentando nos últimos anos. De acordo com os dados encontrados, a idade mais prevalente direciona-se para a faixa etária de 30 a 59 anos. Diante dos dados referentes à raça, a maioria da população estudada era branca. No entanto, isso pode ser explicado pelo predomínio da raça branca na população do sul do país.

O perfil obtido, finalmente, foram mulheres brancas, com idade de 30 a 59 anos, que cometeram o ato em suas residências, por meio de enforcamento, estrangulamento ou sufocamento. A relevância deste estudo se dá pela falta de políticas públicas adequadas que implica diretamente na carência de informação relacionadas a prevenção do suicídio. Por tratar-se de um assunto tabu, a sociedade acredita que não pode dialogar sobre este, impedindo estudos para que novas intervenções possam ser realizadas. A presente pesquisa traz novos dados sobre este assunto, facilitando futuras pesquisas específicas, já que o campo proporciona várias possibilidades de reflexões e estudos, por ser pouco explorado.

Mais de um milhão de pessoas tiram a própria vida todos os anos no mundo. Trata-se de um problema social de grande relevância para a saúde pública, e que pode ser evitado. O atendimento dos profissionais de saúde, das escolas e da sociedade em geral ainda que não seja especializado em saúde mental, auxilia no rastreamento de pessoas em sofrimento psíquico e em risco de cometer suicídio.

Dessa forma, o treinamento dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que trabalham na atenção básica (agentes comunitários, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos), para identificar situações de risco possibilita o manejo e o acesso ao tratamento mais precocemente.

Considera-se necessário montar, portanto, uma estratégia nacional para promover ações de prevenção efetivas e oferecer serviços especializados. O suicídio passa a ser cada vez mais, tanto para a OMS quanto para outros órgãos internacionais, um índice de qualidade de vida. O suicídio é um indicador de mortes evitáveis e isso mostra o comprometimento dos países em trabalhar cada vez mais esse tema.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Rogério Lustosa. **Suicídios, psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial.** Psicologia USP, Volume 20. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642009000100005>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BEESTON, Devis. **Pessoas idosas e suicídio.** Centro de Envelhecimento e Saúde Mental. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020. Acesso em 20 nov.2018.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo. Editora Unesp, 2012.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara; e COPATTI, Monica. **Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos.** Barbarói, Santa Cruz do Sul. 2008. Disponível em <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/192>>. Acesso em 19 nov.2018.

BOTEGA, Neury José et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200010>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dal Bosco. **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.** Contextos Clínicos. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. Ministério de Saúde. 2017. **Estatísticas vitais, mortalidade.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2007. **Estudos sociodemográficos e análises espaciais referentes aos municípios com a existência de comunidades remanescentes de quilombos.** Relatório Técnico Preliminar, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/publicacoes/relatorioIBGE_pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo.** Editora Rio de Janeiro: Record, 2010.

CANETTO, Silvia Sara. **Suicídio de Mulheres. Uma situação limite?** Psicologia Ciência e Profissão: 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33nspe/v33speca16.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. **Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero.** Ciên. & Saúde Col., 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n8/09.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. **Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero.** Ciência & Saúde Col., p. 1721-1730, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1721.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

MESQUITA, Selena Teixeira; CAVALCANTE, Ana Célia Souza. **Retratos de autópsias psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina.** Psicologia Ciência e Profissão: 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33nspe/v33speca16.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Suicídio: violência autoinfligida.** Ministério da Saúde (MS). Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fatima Gonçalves. **Suicídios entre pessoas idosas: revisão da literatura.** Revista Saúde Pública: São Paulo, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020>. Acesso em: 22 de jun. 2018.

MARÍN-LEÓN, Leticia; BARROS, Marilisa. **Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico.** Revista Saúde Pública. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000136&pid=S0047-2085201100030000100018&lng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10º Revisão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009. Vol. I.

SÁ, Samantha Dubrugas; WERLANG, Blanca Suzana Guevara. **Homicídio seguido de suicídio em Porto Alegre.** Estudos de Psicologia. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200005&lng=entarget=_blanktarget=_blank&nrm=iso&tlng=entarget=_blanktarget=_blank>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUZA, Saul de Azevedo .**Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.** 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00161417.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta.** Caderno Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

VIEIRA, Leticia Pereira. **Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas.** Caderno Saúde Coletiva. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-118.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2018.