

AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM JOINVILLE/SC, 2004-2013

Allan Abuabara¹
Carin Albino Luçolli Tonchuk²

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar as causas de óbito por suicídio em Joinville-SC, no Estado de Santa Catarina e no Brasil no período de 2004 a 2013. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa, desenvolvido a partir do banco de dados do Departamento de Informática do SUS nesse período. Verificou-se a distribuição por faixa etária e gênero. As taxas de suicídio por cem mil habitantes variaram entre 4,42 a 5,24 no Brasil, 6,44 a 8,56 em Santa Catarina e 3,63 a 8,59 em Joinville. Em 2012 houve um importante aumento nas taxas de suicídio em Joinville, mantendo-se em 2013. A proporção homens:mulheres foi 3,7:1, 3,8:1 e 4,3:1 no Brasil, em Santa Catarina e em Joinville, respectivamente. Enforcamento, estrangulamento e sufocação foram os métodos mais usados em todas as regiões estudadas. Os suicídios concentraram-se de forma parecida em adultos e adultos jovens em todas as regiões analisadas. Verificou-se um importante aumento na taxa de óbito por suicídio em Joinville nos últimos anos, o que demanda ações efetivas do setor público e da sociedade para mudar esta realidade.

Palavras-chave: Suicídio. Saúde Mental. Mortalidade. Epidemiologia. Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

As estatísticas de mortalidade são de grande relevância em saúde pública por constituírem importantes indicadores das condições de saúde das populações, permitindo a identificação de grupos de maior risco e orientando o planejamento e a implantação de programas de saúde, bem como a avaliação de seus resultados (ISHITANI; FRANÇA, 2001). Utilizando as tabelas mortuárias obtidas nas paróquias de Londres, em 1662, John Graunt é considerado pioneiro no uso das estatísticas de mortalidade (MORABIA, 2013). Este autor verificou a ocorrência de maior mortalidade de crianças e pessoas do sexo masculino, quais eram as principais causas de morte e as variações sazonais respectivas.

William Farr, em 1839, elaborou uma classificação das causas de morte, antecessora da atual Classificação Internacional de Doenças (CID) (WHITEHEAD, 2000). Acima de tudo, o trabalho de William Farr distingue-se pela utilização dos dados estatísticos disponíveis para testar hipóteses sociais e, principalmente, pela forma como ele usou os resultados para

¹ Cirurgião-Dentista, Área de Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville-SC, Brasil.
E-mail: allan.abuabara@joinville.sc.gov.br

² Médica, Área de Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville-SC, Brasil.
E-mail: medica.carin@gmail.com

pressionar a reforma sanitária na época. Em um de seus relatórios, por exemplo, ele testou e refutou o argumento teórico que os níveis crescentes de educação levava a mais suicídios. Sua análise mostrou que na Inglaterra homens instruídos apresentavam incidência de suicídio próxima da média, ao passo que os trabalhadores manuais, ou "artesãos", tinham incidência maior (WHITEHEAD, 2000). O relatório de Farr concluiu que o suicídio é mais frequente entre as várias classes de artesãos do que entre as pessoas mais instruídas. Segundo Farr, se os suicídios aumentaram com o progresso da civilização, deve-se entender quais males estão expostos o crescente número de alfaiates, sapateiros, comerciantes, mecânicos, em vez de associar com o avanço da verdade, da ciência, da literatura e das artes (WHITEHEAD, 2000).

As taxas de suicídio podem ser classificadas em 4 níveis: baixo, quando menos que 5 casos por cem mil habitantes; médio, entre 5 e 15; alto, entre 15 e 30; e muito alto, acima de 30 casos por cem mil habitantes (DIEKSTRA; GULBINAT, 1993). Estimam-se mais de oitocentos mil suicídios cometidos no mundo por ano, o que representa uma taxa de mortalidade acima de 11 suicídios por cem mil habitantes (WHO, 2002; WHO, 2014). Dados de 1994 a 2012 mostram que o Brasil encontrava-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio, entre 3,9 a 4,5 para cada cem mil habitantes a cada ano e passou para 5,8, considerado médio (WHO, 2014; BRASIL, 2006). Quando os números brasileiros são comparados com as taxas de suicídio em todo o mundo, o Brasil possui uma das taxas mais baixas (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005). Alguns países europeus chegam a mais de 40 episódios por cem mil habitantes. Porém, em números absolutos, o Brasil está entre os 10 países com maior número de mortes por suicídio (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005).

Estudos apontam aumento nas taxas de suicídios no Brasil e no mundo, por isso sua importância para a saúde pública, especialmente a saúde mental (WHO, 2002; WHO, 2014; BRASIL, 2006; ICKOWICZ; SCHACHAR, 2015; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013; MINAYO et al, 2012). O número de suicídios já supera o de homicídios em várias regiões do mundo, como por exemplo, a Europa (WHO, 2002). No Canadá o suicídio é a principal causa de morte não acidental entre os jovens, superando todas as mortes por doenças do coração, pulmões, rins, sistema gastrointestinal e câncer combinados (ICKOWICZ; SCHACHAR, 2015). Apesar do suicídio ser considerado como causa externa de óbito, classificado como lesões autoprovocadas intencionalmente, existe uma íntima relação entre o suicídio e a saúde mental (BRASIL, 2006). Desta forma, este trabalho teve como objetivo analisar as causas de óbito por suicídio em Joinville-SC, no estado de Santa Catarina e no Brasil no período de 2004 a 2013.

2 MÉTODO

Este trabalho consiste em um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa, desenvolvido a partir do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no período de 2004 a 2013. Foram analisados dados epidemiológicos brasileiros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) a respeito das mortes por suicídio. Foi realizada busca na base de dados TABNET do DATASUS, vinculado ao Ministério da Saúde: <<http://datasus.saude.gov.br>>. No item Estatísticas Vitais, Mortalidade Geral pela Classificação Internacional de Doenças (CID), foram identificados os óbitos, por residência, segundo a categoria CID-10 X60 a X84 em Joinville/SC, no Estado de Santa Catarina e no Brasil, de 2004 a 2013. Estes códigos da CID agrupam as lesões autoprovocadas intencionalmente. Também foram verificadas a frequência por faixa etária, os códigos da CID mais frequentes e a proporção homens e mulheres. As taxas de suicídio por cem mil habitantes foram calculadas dividindo-se o número absoluto de mortes por suicídio pela população total, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), do respectivo ano e multiplicando-se por cem mil. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2015. Para a tabulação dos dados e elaboração do quadro e figuras foi utilizado o programa *Numbers* (Apple Inc).

3 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a população e o número de mortes por suicídio de 2004 a 2013 no Brasil, no Estado de Santa Catarina e na cidade de Joinville/SC.

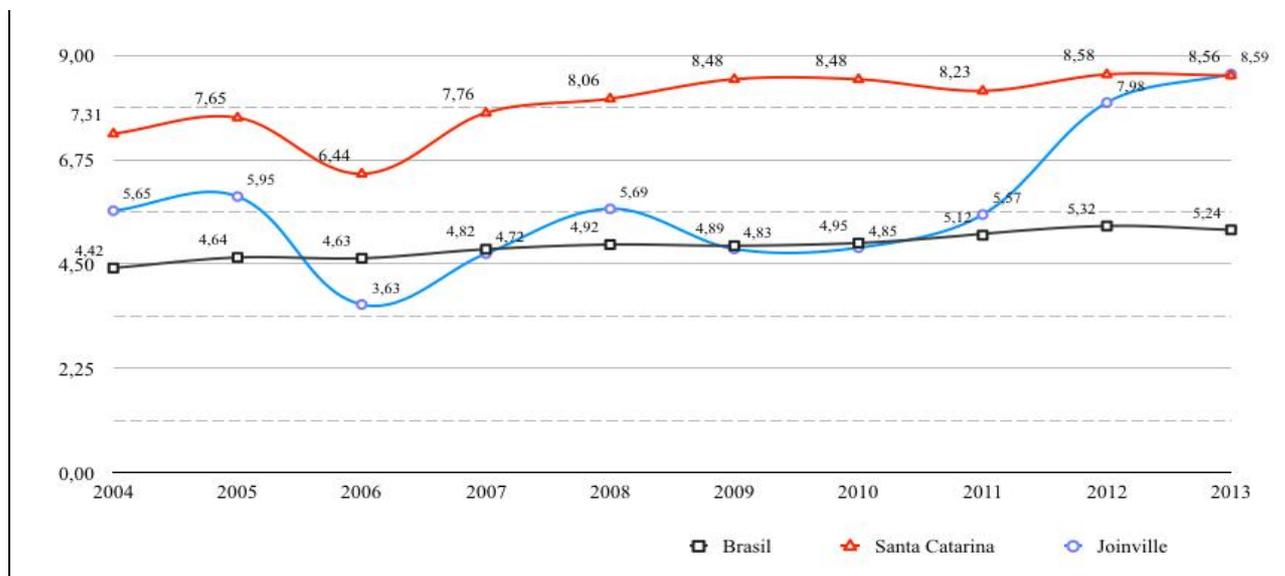
Tabela 1 - População e número de óbitos por suicídio de 2004 a 2013 no Brasil, em Santa Catarina e em Joinville

Ano	Joinville			Santa Catarina			Brasil		
	População	Óbitos por suicídio	Taxa por 100.000 hab.	População	Óbitos por suicídio	Taxa por 100.000 hab.	População	Óbitos por suicídio	Taxa por 100.000 hab.
2004	477.971	27	5,65	5.774.178	422	7,31	181.581.024	8.017	4,42
2005	487.045	29	5,95	5.866.568	449	7,65	184.184.264	8.550	4,64
2006	496.051	18	3,63	5.958.266	384	6,44	186.770.562	8.639	4,63
2007	487.003	23	4,72	5.866.487	455	7,76	184.014.516	8.868	4,82
2008	492.101	28	5,69	6.052.587	488	8,06	189.612.814	9.328	4,92
2009	497.331	24	4,83	6.118.743	519	8,48	191.506.729	9.374	4,89
2010	515.250	25	4,85	6.249.682	530	8,48	190.732.694	9.448	4,95
2011	520.905	29	5,57	6.317.054	520	8,23	192.379.287	9.852	5,12
2012	526.338	42	7,98	6.383.286	548	8,58	193.976.530	10.321	5,32
2013	546.981	47	8,59	6.634.254	568	8,56	201.062.789	10.533	5,24

Fonte: Dados da pesquisa (2004-2013)

A Figura 2 mostra o comportamento da taxa de suicídio por cem mil habitantes do mesmo período nas três regiões estudadas. As taxas de morte por suicídio por cem mil habitantes variaram entre 4,42 a 5,24 (+18%) no Brasil, 6,44 a 8,56 (+33%) em Santa Catarina e 3,63 a 8,59 (+137%) em Joinville. Nota-se que o Estado de Santa Catarina apresentou taxas de suicídio consideravelmente maiores. Joinville possuía taxas similares às taxas do Brasil até 2011, quando houve um importante aumento e alcançou os índices do Estado. Considerando apenas os dados do último ano, 2013, as taxas de suicídio por cem mil habitantes foram 8,59 em Joinville, 8,56 em Santa Catarina e 5,24 no Brasil.

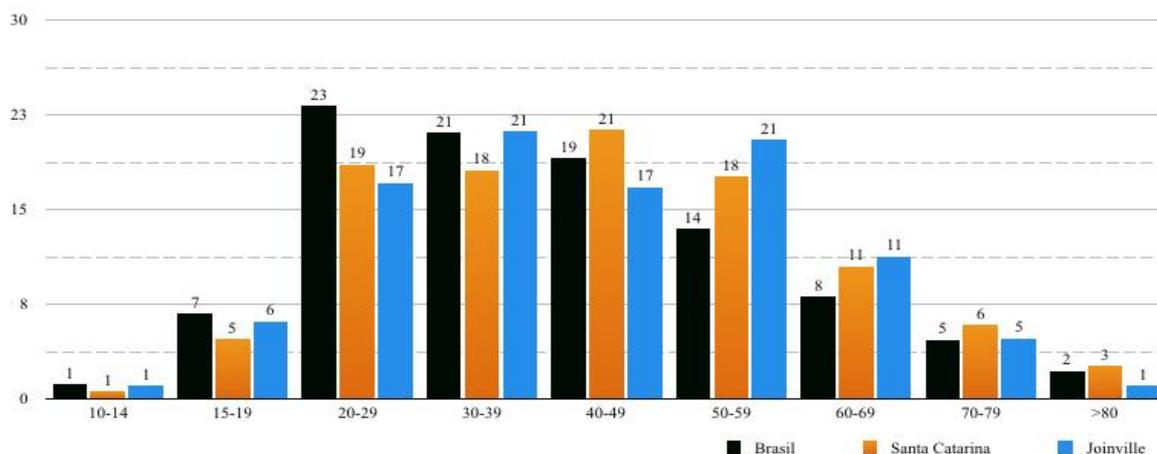
Figura 2 – Taxa de mortalidade por suicídio para cada sem mil habitantes de 2004 a 2013 no Brasil, no Estado de Santa Catarina e na cidade de Joinville/SC



Fonte: Dados da pesquisa (2004-2013)

A Figura 3 mostra o percentual de morte por suicídio de cada faixa etária de todo o período. É possível notar a concentração dos suicídios entre os 20 e 59 anos em todas as regiões. No Brasil, as faixas etárias mais acometidas foram 20 a 29 anos (23%), 30 a 39 anos (21%) e 40 a 49 anos (19%). Em Santa Catarina os suicídios concentraram-se nas faixas etárias 40 a 49 anos (21%), 20 a 29 anos (19%), 30 a 39 anos (18%) e 50 a 59 anos (18%). Em Joinville as faixas etárias mais acometidas foram 30 a 39 anos (21%), 50 a 59 anos (21%), 20 a 29 anos (17%) e 40 a 49 anos (17%). O código CID X70, enforcamento, estrangulamento e sufocação foi o método mais usado em todas as regiões estudadas (Brasil 60%, Santa Catarina 72% e Joinville 69%). A proporção homens:mulheres foi 3,7:1, 3,8:1 e 4,3:1 no Brasil, em Santa Catarina e em Joinville, respectivamente. De 2004 a 2013, os óbitos por suicídio em homens totalizaram 73.266 no Brasil, 3.874 em Santa Catarina e 237 em Joinville enquanto em mulheres foram 19.655, 1.009 e 55, respectivamente. Tiveram a idade ignorada 9 casos no Brasil.

Figura 3 – Taxa de mortalidade por suicídio para cada cem mil habitantes de 2004 a 2013 no Brasil, no Estado de Santa Catarina e na cidade de Joinville/SC



Fonte: Dados da pesquisa (2004-2013)

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho mostram aumento nas taxas de morte por suicídio nas três regiões avaliadas, porém, muito maior no município de Joinville, que era 5,65 por cem mil habitantes em 2004 e passou para 8,59 em 2013. Amplas variações anuais nas taxas de suicídio também foram observadas no município estudado, sem um aparente explicação. O acentuado aumento da taxa de óbitos por suicídio nos últimos anos em Joinville exige da sociedade e dos serviços de saúde uma reflexão e investigação. Outro dado preocupante é que a taxa de suicídio para cada cem mil habitantes observada no Estado de Santa Catarina é bem maior que a taxa brasileira. Sehnem e Palosqui (2014), avaliando dados de 2009, observaram que as regiões da Grande Florianópolis, Blumenau, Itajaí, Joinville e Criciúma foram os lugares onde mais se registrou morte por suicídio no Estado. De acordo com o mesmo estudo, as cidades-sede identificadas com maior número de suicídio são também as que apresentam elevado índice de desenvolvimento humano.

Santa Catarina ocupa a terceira posição entre as vinte e sete unidades federativas brasileiras segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do ano de 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013). Nesse ranking, o maior IDHM é 0,824, do Distrito Federal, e o menor é 0,631, do Estado de Alagoas. O IDHM de Santa Catarina passou de 0,543 em 1991 para 0,774 em 2010, o que situa o Estado na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). O IDHM de Joinville é ainda maior que a média do Estado, chegando a 0,809 (muito alto), vigésimo primeiro do Brasil, e

maior que o IDHM do Brasil (0,727). Esses dados fazem atuais as reflexões de William Farr, em 1839 (WHITEHEAD, 2000). Se os suicídios aumentaram com o progresso, deve-se entender quais males a população está exposta, em vez de pensar em culpar o avanço da sociedade.

Sehnm e Palosqui (2014) descreveram as características epidemiológicas do suicídio nas regiões do estado de Santa Catarina do ano de 2009. De acordo com o estudo, a faixa etária com maior número de suicídios compreendeu dos 40 a 50 anos, seguido das faixas etárias de 50 a 59 anos de 20 a 29 anos, respectivamente. Dados parecidos foram encontrados neste estudo, porém, também destacou-se a faixa de 30 a 39 anos. Este estudo não correlacionou os suicídios com o diagnóstico de transtorno mental. No entanto, sabe-se que cerca de 95% de todas as pessoas que cometem ou tentam suicídio têm um transtorno mental diagnosticado (SEHNEM; PALOSQUI, 2014; WHO, 1993; SADOCK; SADOCK, 2007). Apesar dos suicídios se concentrarem em adultos jovens e pessoas de meia-idade, os transtornos psiquiátricos suicidas como, por exemplo, a esquizofrenia, costumam ocorrer na adolescência ou no início da idade adulta (SADOCK; SADOCK, 2007). Adolescentes com psicopatologia que relatam sintomas psicóticos são considerados alto risco para tentativas de suicídio (KELLEHER et al, 2013). Além da esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, depressão maior, transtorno afetivo bipolar, uso nocivo de bebidas alcoólicas, uso de psicofármacos e a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) também estão relacionados a suicídios e tentativas de suicídio (BRASIL, 2006; BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011; LIMA et al, 2010). O código da CID-10 X70, enforcamento, estrangulamento e sufocação, foi o método de suicídio mais frequente tanto nos trabalhos de Sehnm e Palosqui (2014) e Schmitt et al (2008) como neste estudo, em todas as regiões avaliadas.

Este estudo encontrou predominância dos homens nos óbitos por suicídio, semelhante a outros estudos (WHO, 2014; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013; SEHNEM; PALOSQUI, 2014). Por outro lado, Vidal, Gontijo e Lima (2013) observaram maiores taxas de tentativa de suicídio em mulheres. De forma geral os homens utilizam métodos com alto grau de letalidade como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio e os métodos mais usados por elas são a ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Em 2006 a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde publicou manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental para a prevenção do suicídio (BRASIL, 2006). O objetivo do Ministério da Saúde é reduzir as taxas e tentativas de suicídio e os danos

associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o número absoluto de suicídios caiu cerca de 9% no mundo de 2000 a 2012, passando de 883.000 para 804.000 mortes. No entanto, resultados bem diferentes são observados por região. Houve aumento de 38% em países da região da África e uma queda de 47% em países do pacífico ocidental (China, Malásia, Filipinas, Samoa, Vietnã, entre outros) (WHO, 2014).

Segundo a OMS, entre os anos de 2000 e 2012 observou-se no Brasil um aumento de 10,4% na taxa de óbitos por suicídio (de 5,3 para 5,8 suicídios por cem mil habitantes) (WHO, 2014). Este aumento foi muito maior em mulheres (17,8%) em relação aos homens (8,2%) (WHO, 2014). Os dados deste trabalho vão ao encontro dos dados do estudo OMS, sugerindo aumento da taxa de suicídios no Brasil. No ano de 2011 o Brasil saiu do nível considerado baixo, menos que 5 casos para cada cem mil habitantes, e passou para nível médio, entre 5 e 15 casos para cada cem mil habitantes. Durante o período estudado, Santa Catarina manteve-se no nível médio, com taxas sempre maiores em relação às do Brasil e às de Joinville. As taxas em Joinville eram próximas das taxas brasileiras até 2011. Em 2012 houve um importante aumento nas taxas de suicídio em Joinville, mantendo-se em 2013. Sugere-se que sejam feitos outros estudos sobre o objeto para confirmar esta tendência e uma investigação mais profunda do que pode ter causado o expressivo aumento de suicídios em Joinville. Os resultados deste trabalho ratificam as conclusões encontradas por Schmitt et al (2008) e Sehnem e Palosqui (2014), que o número de mortes por suicídio no estado de Santa Catarina é preocupante.

A literatura carece de comprovações da eficácia dos programas de prevenção do suicídio (WEI; KUTCHER; LEBLANC, 2015; MANN et al, 2005). A educação médica, com foco no reconhecimento e tratamento dos transtornos mentais e a restrição aos pacientes do acesso a métodos letais podem reduzir as taxas de suicídio. Outras intervenções precisam de mais provas de eficácia (MANN et al, 2005). Considerando que o suicídio é um resultado de interações de natureza sociodemográfica, de natureza clínica e de fatores genéticos, este último cuja precisão direta é ainda objeto de especulações, as estratégias de prevenção devem abordar os diferentes fatores em diferentes níveis, para se obter uma redução na taxa de suicídio na população (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Morgan e Owen (1990) defendem que a melhor estratégia para populações de alto risco, como no caso das tentativas prévias de suicídio, é melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para este grupo, recebendo um acompanhamento adequado.

Cerca de 90% das mortes por suicídio ocorrem no período de vinte e quatro meses depois da tentativa, sendo que 60% morrem no primeiro ano que se seguiu à tentativa (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Além das propostas preventivas, que baseiam-se na identificação de fatores de risco, em especial os transtornos mentais, é de fundamental importância conhecer os possíveis fatores protetores como: ausência de transtorno mental, gravidez, senso de responsabilidade para com a família, suporte social positivo, religiosidade, estar empregado, satisfação elevada com a vida, presença de criança na família, capacidade de resolução de problema positiva, capacidade de adaptação positiva, teste de realidade intacto, e relação terapêutica positiva (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; BENUTE et al, 2011).

Acredita-se que os fatores acima descritos possam proteger o indivíduo de um comportamento suicida, embora não existam trabalhos científicos que sustentem tal suposição (MELEIRO; TENG; WANG, 2004). Também é legítimo considerar que alojamento seguro, segurança em geral, boa alimentação e períodos adequados de repouso possam não só contribuir para a consolidação da saúde, mas também reduzir o impacto de fatores adversos, como situações de estresse ou a presença de doenças mentais (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Os possíveis fatores protetores remetem ao conceito ampliado de saúde, ou seja, a saúde como resultado também das políticas sociais e econômicas (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004) e de um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade (SEGRE; FERRAZ, 1997).

5 CONCLUSÃO

Verificou-se importante aumento na taxa de óbitos por suicídio no município de Joinville, principalmente nos anos de 2012 e 2013. No Estado de Santa Catarina e no Brasil também houve aumento, porém, mais discreto. São necessárias ações efetivas do setor público e da sociedade para mudar esta realidade, trabalhando tanto os fatores de risco como os fatores protetores. Pesquisas futuras devem monitorar estes indicadores e avaliar áreas demográficas menores, relacionando com dados sociodemográficos e outros indicadores saúde.

EVALUATION OF DEATHS BY SUICIDE IN JOINVILLE/SC, 2004-2013

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the causes of death by suicide in Joinville-SC, in the State of Santa Catarina (SC) and Brazil in the period from 2004 to 2013. This is an exploratory, descriptive and retrospective quantitative research, developed with a database from the SUS Department of Information (DATASUS) in this period. It was analyzed the distribution by age and gender. Suicide rates per hundred thousand inhabitants varied from 4.42 to 5.24 in Brazil, 6.44 to 8.56 in Santa Catarina and 3.63 to 8.59 in Joinville. In 2012 there was a significant increase in suicide rates in Joinville, kept in 2013. The male:female ratio was 3.7:1, 3.8:1 and 4.3:1 in Brazil, State of Santa Catarina and Joinville, respectively. Hanging, strangulation and suffocation were the methods most used in all studied regions. Suicides concentrated similarly in adults and young adults in all regions analyzed. It was found a considerable increase in deaths caused by suicide in Joinville in the last years that demands effective actions from the health services and society to change this reality.

Keywords: Suicide. Mental Health. Mortality. Epidemiology. Public Health.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. da. Depressão e o suicídio. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 47, n. 4, p. 233-243, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

BENUTE, G. R. et al. Risk of suicide in high risk pregnancy: an exploratory study. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 583-587, 2011.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. D.; BOTEAGA, N. J. Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, Supl. 2, p. 87-95, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.745-749, 2004.

DIEKSTRA, R. F.; GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. **World Health Statistics Annual**, v. 46, n. 1, p. 52-68, 1993.

ICKOWICZ, A.; SCHACHAR, R. Suicide prevention strategies: adventures in the grey zone. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 4, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357328/pdf/ccap24_p0004.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

ISHITANI, L. H.; FRANÇA, E. Uso das causas múltiplas de morte em saúde pública. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 163-175, 2001. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v10n4/v10n4a03.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2015.

KELLEHER, I. et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. **JAMA Psychiatry**, v. 70, n. 9, p. 940-948, 2013.

LIMA, D. D. et al. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 167-172, 2010.

MANN, J. J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. **Journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005. Disponível em: <<http://www.daveneefoundation.org/wp-content/uploads/Suicide-Prevention-Strategies.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

MELLO-SANTOS, C. D.; 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**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MINAYO, M. C. et al. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012. DOI: 10.1590/S0034-89102012000200012.

MORABIA, A. Epidemiology's 350th Anniversary: 1662–2012. **Epidemiology**, v. 24, n. 2, p. 179-183, 2013.

MORGAN, H. G.; OWEN, J. H. **Person at risk of suicide: guidelines on good clinical practice**. London: The Boots Company PLC, 1990.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SCHMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008. DOI: 10.1590/S0101-81082008000300007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. DOI: 10.1590/S0034-89101997000600016.

SEHNEM, S.B.; PALOSQUI, V. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 365-378, 2014. DOI: 10.1590/1984-0292/624.

VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. C.; LIMA, L. A. Attempted suicide: prognostic factors and estimated excess mortality. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 29, n. 1, p. 75-187, 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000500020.

WEI, Y.; KUTCHER, S.; LEBLANC, J.C. Hot idea or hot air: a systematic review of evidence for two widely marketed youth suicide prevention programs and recommendations for implementation. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 5-16, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357329/pdf/ccap24_p0005.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

WHITEHEAD, M. William Farr's legacy to the study of inequalities in health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 1, p. 86-87, 2000. Disponível em: <[http://www.who.int/bulletin/archives/78\(1\)86.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(1)86.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. **World report on violence and health**. Geneva; 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015.

_____. **Guidelines for the primary prevention for mental, neurological and psychological disorders**. Suicide. Geneva; 1993. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.24.pdf>. Acesso em: 8 set. 2015.

Submetido em: 02/07/2016

Aceito para publicação em: 27/08/2016