

# SUICÍDIO NO BRASIL: UM RETRATO DE 2004 A 2014

Guilherme Coelho da Motta,<sup>1</sup> Wania Márcia de Aguiar<sup>1,2</sup>  
William Dunningham<sup>1,2</sup>

## RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é descrever a situação de morte por suicídio no Brasil e no estado da Bahia entre os anos de 2004 e 2014; apresentar algumas definições de pensadores distintos acerca deste fenômeno; mostrar o crescimento do suicídio no mundo, no Brasil e suas possíveis causas; apresentar a relação do suicídio com desordens mentais, em especial com a depressão, enfermidade cada vez mais presente em nosso meio; apresentação dos determinantes que poderiam levar à tentativa e ao ato suicida propriamente dito; a discussão e análise deste fenômeno considerado complexo e multidimensional. Método: Utilizou-se dados do DATASUS e que foram coletados de acordo com a classificação estatística de doenças e problemas de saúde relacionados CID – 10, com os códigos X60.0 a X84.0, que correspondem a lesões autoprovocadas intencionalmente. Foram selecionados artigos na base de dados PubMed e Scielo, acerca do tema. Também foram utilizadas as leituras de alguns livros especializados no assunto. Resultados: Foram notificados 103.583 casos de suicídio em território nacional durante o período estudado. O sexo masculino concentrou a maior parcela da incidência, com 78,85% (P = 0,0001) dos casos. No estado da Bahia constatou-se um aumento de 41,26 % no número de casos de lesões autoprovocadas intencionalmente entre os anos estudados. Discussão: O suicídio vem crescendo no Brasil, acometendo homens e mulheres, todas as faixas etárias, em especial a economicamente ativa. A literatura aponta uma relação entre o sexo e a incidência de suicídio, bem como de fatores econômicos estressores e as lesões autoprovocadas intencionalmente. Conclusão: O suicídio é um problema grave de saúde pública que necessita de ampla discussão com a sociedade e de maior atenção por parte das autoridades competentes para que menos vítimas se tornem estatística.

**Palavras-chave:** Suicídio; Comportamento suicida; Lesões autoprovocadas intencionalmente; Depressão.

## ABSTRACT

The aim of this paper is to describe suicide in Brazil and State of Bahia among the years of 2004 and 2014; to present different definitions of suicide by many thinkers; to show suicide's act growth in Brazil and its probable explanations; present association between suicide and mental disorders, specially with depression, important disease which grows day by day; discussion and analysis of determinants that could lead to suicide attempt and suicide itself; discussion and analysis of this complex and multidimensional phenomenon. Method: Data on all suicides between 2004 and 2014 were collected and coded according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10 as code X60.0, which correspond to suicide or self-inflicted injurie. Articles from Scielo and Pubmed databases were selected. Readings were also used in some specialized books on the subject. Discussion: Suicide has been growing in Brazil in the past 10 years, affecting men and women, all age groups, specially those who are able to work. Literature shows that exists relation between gender and suicide's incidence. It also shows that economic stressors are related with self-harm injuries. Conclusion: Suicide is a huge public health problem, which needs society discussion and a better attention from public authorities, so we can have less victims and lower statistics of suicide.

**Keywords:** Suicide; Suicide behavior; Self-inflicted injurie; Depression.

## INTRODUÇÃO

O suicídio faz-se presente na sociedade, em diversas culturas ao longo de toda história da humanidade. Já foi definido de inúmeras maneiras, por diversos estudiosos, como Goethe, Kent, Nietzsche, Wittgenstein e Durkheim. O suicídio pode ser descrito como a execução de

<sup>1</sup> UniFTC – Centro Universitário Faculdades de Tecnologia e Ciências – Curso de Medicina - Salvador – BA

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Bahia – FMB – UFBA

um ato de forma consciente e intencional por parte do próprio indivíduo, cujo objetivo seja a morte, utilizando um meio que este reconheça como letal (1).

Durkheim, um dos grandes estudiosos do assunto, publicou em 1987 uma de suas obras chamada de “Le Suicide”, na qual indica que o suicídio teria causas objetivas exteriores ao indivíduo, que repassa pelo psicológico, pelo moral, pelos hábitos e costumes, e seria considerado como um reflexo do estado moral da sociedade (1,2).

Para Wittgenstein, filósofo austríaco, o suicídio, seria a abolição da vida, um fenômeno no qual o medo torna-se predominante, anulando completamente a vontade de viver. Ele caracteriza o suicida com aquele que adota o pensamento de que a vida não possui mais sentido. Segundo ele, o suicida seria o “homem” que não é capaz de suportar e conviver com as misérias do mundo (3).

No final do século passado, o termo depressão chegou a ser comparado como sinônimo de melancolia, o que para Freud, se caracterizaria como um abatimento profundo e doloroso, interrupção do interesse pelas questões cotidianas do mundo, perda da capacidade de amar e principalmente redução da autoestima expressando através de ofensas a própria pessoa e auto recriminação, o que poderia chegar a uma expectativa delirante de punição (4,5).

Todos os anos são registrados, mais de 800 mil suicídios no mundo, dos quais, aproximadamente, dez mil deles ocorreram no Brasil no ano de 2012 (6). O suicídio é reconhecidamente um problema de saúde pública, esses números possuem característica de epidemia e são cada vez mais preocupantes. Estima-se que mais de um milhão e meio de pessoas irão cometer suicídio no ano de 2020 e um número, aproximadamente, 10 a 20 vezes maior de pessoas irá tentar o suicídio (4,7).

As taxas de suicídio veem aumentando globalmente. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, e a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida (6). Atualmente, no mundo, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idades entre 15 anos e 29 anos, perdendo apenas para mortes decorrentes de acidentes de trânsito (6,8). O suicídio é um fenômeno que atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento, com maior incidência neste último (75% das notificações em 2012) (2).

Apesar de ser grande o número de notificações mundiais, devido a estigmatização e até mesmo ilegalidade em alguns países, os dados sobre comportamento suicida e suicídio são muitas vezes deficientes, havendo importante subnotificação, especialmente nos países que

não possuem um bom sistema de registro e integração dos dados obtidos em rede particular e pública (6).

O Brasil é o oitavo país no ranking em número absoluto de suicídios (8). No entanto, em números relativos, possui baixas taxas. Essas taxas variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004 (8). Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS, os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada (9).

Em um país como o Brasil, de extensão continental, de vasta desigualdade, o fator econômico tem se tornado, sobretudo nos últimos anos de crise econômica nacional, um agente protagonista das crescentes taxas de suicídio (1). Muito se discute de que forma os fatores econômicos poderiam influenciar as taxas de suicídio (2). A recessão econômica, traz consigo diversos fatores que podem levar a tentativa e ao suicídio propriamente dito (2). Dentre esses, pode-se citar: medo de perder o emprego, dificuldades financeiras, redução de bens, isolamento social, dificuldades no relacionamento, desemprego, alcoolismo, depressão e outras doenças mentais (10).

Aproximadamente 90% das pessoas que cometem suicídio no ocidente possuem uma desordem mental, mais comumente, transtornos de humor (transtorno bipolar e depressão) e abuso de substâncias (10). A depressão é uma doença muito prevalente, que tende a ser crônica e recorrente, principalmente se não tratada, além de ser importante fator incapacitante (5). Por conta da sua alta prevalência, é a afecção mental mais associada ao suicídio (8). Traumas ou abusos aumentam o estresse emocional e podem ser o gatilho para depressão e comportamento suicida em pessoas que já são vulneráveis (5). Entre os estressores psicossociais estão tortura, questões jurídicas, problemas acadêmicos ou laborais e bullying (8). No caso de pessoas que enfrentaram ao longo da infância maus tratos psicológicos, físicos ou sexuais, assim como divórcio na família, são mais propensos a quadros depressivos e consequentemente a comportamento suicida (6).

Acredita-se que num futuro próximo, a depressão seja a enfermidade mais prevalente no mundo. Atualmente ela já ocupa o quarto lugar, fazendo, aproximadamente 121 milhões de vítimas mundo afora, dos quais, apenas uma parcela de 25% tem acesso ao tratamento (4). De acordo com a OMS, 15% dos deprimidos graves cometem suicídio. Ela pode ser classificada em leve, moderada e grave, sendo que nessas últimas duas, é mandatório mapear se existe ideia morte ou planejamento suicida (4,5).

O transtorno bipolar é uma afecção frequente que acomete 1,5 % da população mundial de acordo com a OMS (6,8,11). Segundo a OMS, essa doença foi a sexta maior causa de incapacitação nos anos noventa (8). Este transtorno caracteriza-se por alterações de humor manifestadas por episódios depressivos seguidos por episódios de mania (euforia) em variados graus. Os episódios normalmente são intercalados por períodos livres de sintomas, chamados de eutimia (8,11,12). Em um quadro de mania o humor é expansivo/eufórico, ocorrendo aumento da energia, inquietação, engajamento em diversas atividades concomitantemente, aumento da libido, e diminuição da necessidade de sono (11). Assim como a depressão, o transtorno bipolar pode acarretar incapacidade afetando atividades sociais, laborais e relacionamentos, além de promover bastante sofrimento para o paciente e familiares (6,8,12). Esse transtorno mental além das oscilações de humor, apresenta impulsividade, o abuso de substâncias psicoativas, as altas taxas de comorbidade e mortalidade (6,8,12).

Aproximadamente 50 % dos pacientes portadores do transtorno bipolar tentarão o suicídio pelo menos uma vez, em algum momento da vida e 15 % deles efetivamente o cometem (8,12). O risco da ideação suicida, tentativa e o ato suicida com êxito acontece, principalmente, durante as fases depressivas ou nos episódios mistos, cuja característica é a combinação de sintomas maníacos e depressivos de forma concomitante (6,8,11).

Muitos são os determinantes que podem levar à tentativa, e, muitas vezes o sucesso do ato suicida, que funcionam de forma sinérgica, dos quais, pode-se citar: fatores psicológicos, genéticos, culturais, biológicos, socioambientais e econômicos (10). Dentre os fatores de risco, dois deles são principais: tentativa prévia de suicídio, implicando em um aumento de 5 a 6 vezes a chance de recidiva, e doença mental (9).

O objetivo primário do presente trabalho foi descrever a situação de morte por suicídio no Brasil e no estado da Bahia entre os anos de 2004 e 2014.

## **METODOLOGIA**

Essa pesquisa foi um estudo descritivo e analítico de uma série temporal. Os dados são referentes à suicídio no Brasil e na Bahia, e foram coletados do banco de dados do DATASUS.

O Estudo se baseou na análise dos anos de 2004 a 2014, e foram coletados de acordo com a classificação estatística de doenças e problemas de saúde relacionados CID – 10, com os códigos X60.0 a X84.0, que correspondem a lesões autoprovocadas intencionalmente. Os

dados foram coletados do banco MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. As variáveis foram estratificadas de acordo com sexo, faixa etária (dividida em 3 grupos), grau de escolaridade (dividida em 4 grupos) e etnia declarada. Estas foram analisadas a partir da notificação nacional.

De posse desses dados foi calculado o valor de significância estatística (valor de “P”), assim como o intervalo de confiança das variáveis, sexo, idade, raça, estado civil e escolaridade no âmbito nacional. Para tanto, foi utilizado o programa “OpenEpi”. Além disso, foi calculada a incidência de lesões autoprovocadas intencionalmente entre os anos de 2004 e 2014 no território brasileiro e do estado da Bahia. Para calcular a incidência foi utilizado o valor da população de cada ano, de acordo com dados colhidos no “IBGE”.

Para o cálculo das porcentagens, significância estatística e intervalo de confiança de suicídio para cada variável, foi necessário retirar as notificações cujo sexo, idade, raça, estado civil e grau de escolaridade foram classificados como ignorados. Portanto, os cálculos foram realizados com valores diferentes do total absoluto de suicídios, 103.585 casos, registrados nesses 10 anos.

## **RESULTADOS**

Entre os anos de 2004 e 2014 foram registrados, no Brasil, um total de 103.583 suicídios (Tabela 2), dos quais 81.685 (78,85 %) ocorreram no sexo masculino, sendo a diferença significativa (Tabela 1; P = 0,0001). O sexo não foi reportado em 10 casos. Um total de 1.280 (1,23 %) suicídios foram cometidos por pessoas com idade inferior a 15 anos, ao passo que 15.638 (15,13 %) por pessoas com idade entre 60 - 80 anos ou mais. Em comparação com as outras faixas etárias, pessoas entre 15 a 59 anos que representaram 86.373 casos (83,62 %) houve significância estatística (Tabela 1; P = 0,0001); a idade não foi reportada em 292 casos.

Em relação à raça, foram notificados 53.813 (54,44 %) suicídios entre brancos, 38.051 (38,49 %) entre pardos, 5.529 (5,59 %) entre negros, e 436 entre amarelos e 1.010 entre indígenas; a raça não foi identificada em 4.744 casos. O número de suicídio entre brancos, tem significância estatística, quando comparado com as outras raças descritas (Tabela 1; P = 0,0001).

Quanto ao estado civil, foi registrado um total de 30.749 (32,96 %) suicídios entre casados, 4.206 (4,5 %) entre viúvos, 6.351 (6,8 %) entre separados, e 51.960 (55,71) suicídios

foi registrado entre solteiros (Tabela 1;  $P = 0,0001$ ); o estado civil foi ignorado ou não se enquadrado nas divisões previamente citadas em 10.327 casos (Tabela 1).

Ao longo do período estudado, computou-se um total de 5.292 (7,64 %) suicídios com pessoas sem nenhuma escolaridade, ao passo que 39.777 (57,44 %) em pessoas com 1 a 7 anos de estudo, e 16.928 (24,44 %) com 8 a 11 anos de estudo, e 7.244 (10,46 %) com 12 ou mais anos de estudo; a escolaridade foi ignorada em 34.342 notificações (Tabela 1)

Tabela 1 – Dados epidemiológicos de lesões autoprovocadas intencionalmente entre os anos de 2004 - 2014

<b>Ano</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Casos</b>	8017	8550	8639	8868	9328	9374	9448	9852	10321	10533	10653
<b>População (10<sup>6</sup>)</b>	182	185	187	189	191	193	195	197	199	201	202
<b>Incidência (10<sup>-5</sup>)</b>	4,38	4,61	4,61	4,68	4,87	4,84	4,83	4,99	5,18	5,23	5,25

Fonte: DATASUS/SIM

\*Teste binomial

\*\*Teste do Qui quadrado para uma amostra

\*\*\*Outros: nº de lesões autoprovocadas intencionalmente nas raças amarela (436), indígena (1010).

Houve um aumento progressivo do número de lesões autoprovocadas intencionalmente no período estudado, em que a taxa de notificação de suicídios saltou de 8.017 casos em 2004 para 10.653 casos no ano de 2014, o que representa um aumento de 24,74 %. Nesse mesmo período, a incidência nacional que registrou incidência de 4,3 casos /  $10^{-5}$  habitantes no ano de 2004, enquanto que em 2014 o valor foi de 5,16 casos /  $10^{-5}$ , significando um aumento de 16,6 % (Tabela 2).

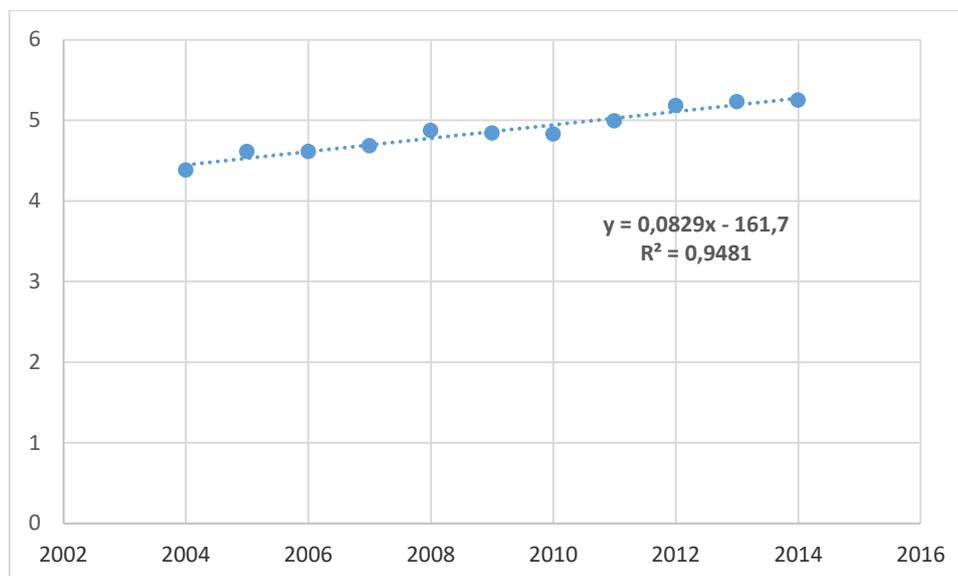
Tabela 2 – Incidência de lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil, entre 2004 e 2014

Dados	N	%	P	Intervalo de confiança (95%)
<b>Sexo</b>				
Masculino	81685	78,85	0,0001*	78,61 – 79,11
Feminino	21888	21,13		20,88 – 21,38
<b>Idade</b>				
< 15 anos	1280	01,23		1,17 – 1,309
15 anos a 59 anos	86373	83,62	0,0001**	83,39 – 83,85
60 anos a 80 anos ou mais	15638	15,13		14,92 – 15,36
<b>Raça</b>				
Branca	53813	54,44	0,0001**	54,13 – 54,76
Parda	38051	38,49		38,2 – 38,8
Preta	5529	05,59		5,45 – 5,73
Outros ***	1446	1,46		1,39 – 1,54
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	51960	55,71	0,0001**	55,39 – 56,06
Casado	30749	32,96		32,67 – 33,27
Viúvo	4206	4,50		4,37 – 4,64
Separados	6351	6,80		6,65 – 6,97
<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma	5292	07,64	0,0001**	7,44 – 7,84
1 a 7 anos	39777	57,44		57,08 – 57,82
8 a 11 anos	16928	24,44		24,13 – 24,77
12 anos ou mais	7244	10,46		10,24 – 10,69

Fonte: DATASUS/SIM  
\*IBGE

Além do crescimento do número absoluto de suicídios no Brasil ao longo dos anos estudos (Tabela 2), a dispersão da incidência do suicídio em território nacional demonstra alta correlação ( $R^2 = 0,94$ ) com os anos de estudo dispostos no gráfico (2004 a 2014). Isso é corroborado pela regressão linear que demonstra relação entre as variáveis incidência e ano de ocorrência (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Dispersão da incidência das lesões autoprovocadas intencionalmente, Brasil, 2004-2014.



\*Fonte: IBGE E DATASUS/SIM

A ocorrência e incidência de lesões autoprovocadas intencionalmente no estado da Bahia, no período estudado, registrou 259 casos de suicídio no ano de 2004, enquanto 441 casos foram notificados no ano de 2014 (Tabela 3). Nesse período constatou-se um aumento de 41,26 % dos casos, o que é corroborado pelo gráfico 2, que mostra a dispersão da incidência do suicídio no estado da Bahia. Embora tenha havido aumento do número absoluto suicídios notificados no estado da Bahia (tabela 3), não é possível afirmar que haja uma correlação de alta significância ( $R^2 = 0,62$ ) entre a progressão dos anos (de 2004 a 2014) com o crescimento do suicídio no estado da Bahia.

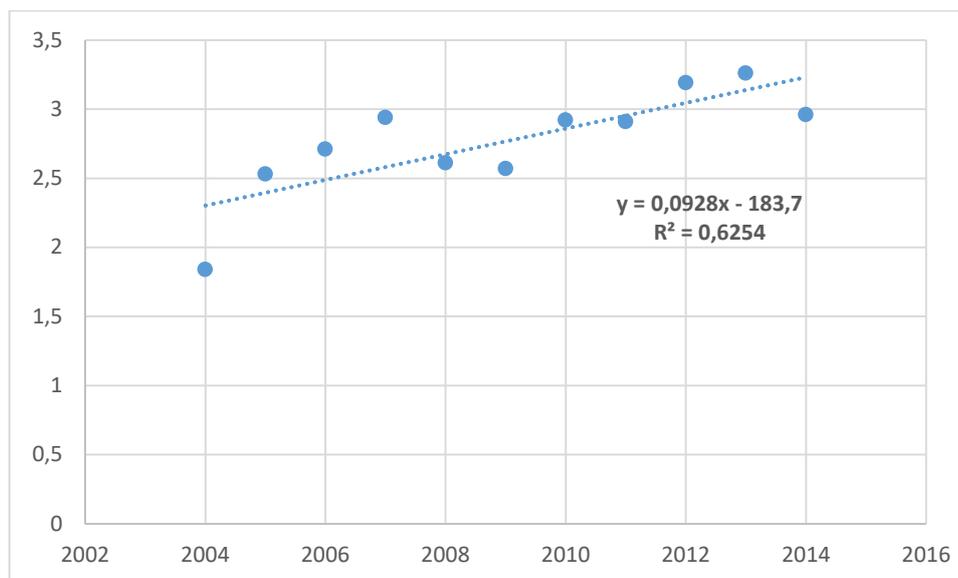
Tabela 3 – Incidência de lesões autoprovocadas intencionalmente no Bahia, entre 2004 e 2014

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Casos</b>	259	360	388	424	380	377	432	432	477	491	448
<b>População*</b> (10 <sup>6</sup> )	140	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151
<b>Incidência</b> (10 <sup>-5</sup> )	1,84	2,53	2,71	2,94	2,61	2,57	2,92	2,91	3,19	3,26	2,96

.Fonte: DATASUS/SIM

\*IBGE

Gráfico 2 - Dispersão da incidência das lesões autoprovocadas intencionalmente, Bahia, 2004-2014



\*Fonte: DATASUS/SIM E IBGE

## DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a taxa de ocorrência de lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil vem aumentando a cada ano, com um aumento significativo de 24,74 % em 10 anos, período que compreende os anos de 2004, que registrou 8.017 casos, e 2014, com 10.653 notificações, acompanhando a tendência europeia e mundial de crescimento do número de suicídios (6). Outros estudos pelo mundo apontaram crescimento do número de suicídios ao longo dos anos, como estudo produzido na Europa, entre os anos de 2000 a 2010 e estudo no Canadá, entre os anos de 2000 a 2008 (13,14).

O avançar do suicídio pode ser interpretado de diversas maneiras. Durkheim acreditava que o comportamento suicida seria derivado das condições da sociedade, por exemplo, mudanças negativas no funcionamento da sociedade levariam a anomia (enfraquecimento das normas numa dada sociedade), e conseqüentemente aumentaria a chance individual de cometer suicídio (2,14,15). Logo, eventos negativos da vida como isolamento social, perda de ente querido, conflitos interpessoais, adversidades financeiras e estresse causado pelo trabalho contribuem para o aumento da taxa de suicídio (14).

Para Wittgenstein, o suicídio é o pecado capital, em que o medo impede o “homem” de se apropriar das dádivas da vida, é a plena oposição ao homem feliz (3). Ele considera que o “homem” feliz é capaz de viver a vida exclusivamente no presente, abdicando-se de expectativas quanto ao futuro e lembranças do passado, e para isso é preciso estar de acordo com o mundo (3). Portanto, o medo reside, por exemplo, no sofrimento prolongado da perda

de um ente querido, na percepção somente dos aspectos negativos de onde se vive, nas adversidades do trabalho, na falta de amor próprio, impedindo que haja harmonia entre o sujeito e o mundo a sua volta.

A associação entre o quadro de depressão, em especial, o transtorno depressivo maior, e o comportamento suicida tem sido largamente descrito. O quadro clínico depressivo pode levar ou estar relacionado com dependência química, ansiedade grave, crise de pânico, agitação, insônia, aumentando portanto a chance de morte por suicídio (5). A depressão é uma enfermidade cada vez mais presente no Brasil e no mundo. A OMS divulgou em 2012, que aproximadamente 350 milhões de pessoas sofriam de depressão. Embora seja a segunda doença mais incapacitante no mundo para ambos os sexos, as mulheres são as mais afetadas. Logo, devido a sua alta prevalência, a depressão representa o diagnóstico mais frequentemente encontrado entre suicidas (8). É válido reforçar que para cada suicídio consumado, houveram 10 a 20 tentativas, o que demonstra a verdadeira importância de se detectar precocemente sinais e riscos apresentados por pacientes com depressão, com intenção de impedir que estes venham a cometer tal ato (4).

Apesar da maior prevalência de depressão entre as mulheres, e de sua comprovada relação com o suicídio, não se pode afirmar que este seja o fator determinante, no Brasil, para a prática do ato suicida, afinal, o presente estudo mostrou que ao longo dos anos estudados, 78,85 % das vítimas foram do sexo masculino. Tamanha discrepância entre homens e mulheres também foi encontrado na Europa, nos anos de 2000 a 2010, em que foram registrados 469.630 (76,01 %) suicídios no sexo masculino, contra 147.864 (23,98 %) no sexo feminino (16). Alguns autores creditam a menor incidência de suicídio nas mulheres por conta da baixa prevalência do alcoolismo, à maior religiosidade além de atitudes mais flexíveis perante as situações da vida (1,17). Somado a isso, as mulheres reconhecem sinais depressivos mais precocemente que homens, recorrendo à ajuda (1). Apesar de cometerem menos suicídio do que os homens, as mulheres tentam com mais frequência o autoextermínio. Esse aparente contradição se deve em parte ao fato dos homens selecionarem métodos de suicídio mais letais, como o enforcamento e a utilização de armas de fogo (1,2).

O crescimento do suicídio constatado no estudo, também pode estar relacionado com a prevalência do transtorno bipolar, doença severa e o transtorno mental mais associado com o suicídio em nosso meio (8,11). Acredita-se que aproximadamente 1,5 % da população nacional seja acometida por esse quadro nosológico (8). O risco de suicídio em pacientes portadores desse transtorno é de aproximadamente 0,2 % - 0,4 % por ano, o que é cerca de 20

a 30 vezes superior do que a população em geral (12). Além disso, em torno de 50 % destes enfermos tentam o suicídio ao menos uma vez na vida, o que caracteriza um risco trinta vezes maior do que a população que não possui transtorno psiquiátrico (11,12). Neste caso, a existência de uma tentativa prévia de lesão autoprovocada intencionalmente, torna-se fator de risco ainda mais importante para esses pacientes (12).

A necessidade de cumprir com as obrigações de gênero, como por exemplo, de ser o grande provedor da família, numa sociedade ainda muito patriarcal, é um grande estressor para o homem, tornando-o mais sensível ao desemprego e empobrecimento e consequentemente mais propenso ao suicídio (18). Além disso, o homem se envolve em comportamentos sociais que predispõem ao suicídio, como a impulsividade, competitividade e maior acesso a armas de fogo (1).

Um estudo realizado nos EUA, entre os anos de 1999 – 2014, demonstrou crescimento do número de suicídios, e aumento percentual do número de ocorrências maior entre as mulheres com meia idade (35 a 64 anos) (19). Foram descritos como principais fatores estressores para as mulheres, problemas de saúde e problemas familiares (19). Embora nosso estudo não tenha feito correlação entre faixas etárias e o sexo das vítimas, seria relevante diante da importância do assunto, mais estudos voltados para as particularidades do suicídio de acordo com o sexo no território brasileiro.

De acordo com a teoria de Durkheim, há relação positiva entre o aumento da idade e a taxa de suicídio (20). Para ele, a velhice teria um índice mais elevado de suicídio, porque seria nesse período em que se vivem situações altamente enfraquecedoras como: isolamento social, desemprego, aflições econômicas e perda de entes queridos (1). O presente estudo, como expresso na tabela 1, mostrou que de fato ocorreu no Brasil um grande número de suicídios na faixa etária entre 60 a 80 anos, representando 15,13 % do total das notificações no período de 2004 a 2014. No entanto, foi na faixa dos 15 aos 59 anos que residiu maior incidência com 83,62 % dos casos.

Pode-se extrapolar o pensamento de Durkheim e agregar fatores relevantes que ocorreram no Brasil e no mundo nos últimos anos. A exemplo da crise econômica iniciada no ano de 2006, cujo ápice se deu no ano de 2008 e que diversas economias acompanharam o declínio econômico e suas consequências vividas pela economia norte Americana. Recessão econômica traduz-se desemprego, menor renda familiar, e portanto pior saúde mental dos indivíduos (10). Logo, podemos fazer uma reflexão de que os mais afetados sejam aqueles

que façam parte da população economicamente ativa, o que poderia ajudar a explicar a maior incidência, no presente estudo, de suicídios na faixa etária dos 15 aos 59 anos.

Os resultados deste estudo quanto ao grau de escolaridade, revelam uma tendência inversa entre maior instrução educacional e a ocorrência de suicídio. Algumas considerações devem ser feitas. Primeiro que números absolutos não necessariamente traduzem a mesma realidade dos valores relativos. Segundo, que, analisando a realidade nacional, quanto maior o grau de instrução da pessoa, teoricamente, maior são as chances desta se inserir no mercado de trabalho e conseqüentemente o fato de ter emprego possibilitaria uma boa moradia, acesso ao lazer, maior sensação de segurança, reduzindo então importantes fatores estressores. Alguns estudos apontam tendências diferentes, como por exemplo estudo realizado em Taiwan que quanto maior o grau de instrução maior será o risco de suicídio, argumentando que o trabalho de pessoas com maior instrução seria mais estressante (21).

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que o suicídio é de fato um problema de saúde pública muito maior que os números, já alarmantes, apresentam no mundo nosso país. É preciso que este fenômeno seja mais discutido pelas autoridades responsáveis, sociedade e profissionais de saúde, com o intuito de pensar, elaborar e praticar estratégias de prevenção ao suicídio.

Para que possamos diminuir as possibilidades suicidas é preciso detectar e tratar precocemente a depressão, além de informar a população e treinar os profissionais da saúde sobre os riscos de comportamentos autodestrutivos, afinal, muitos que comentem o ato suicida, apresentam comportamentos de risco que sinalizam a ideação suicida e refletem um pedido de ajuda.

A conscientização e treinamento dos serviços de saúde e seus profissionais, especialmente da rede pública, a qual recebe o maior contingente de pacientes, para que não só façam o acompanhamento dos pacientes que tentaram o suicídio no pós evento, assim como realizem o encaminhamento desses enfermos e suas famílias para centros especializados em saúde mental, no intuito que recebam tratamento adequado.

Em um período em que se discute tantas coisas relevantes para o melhor funcionamento da sociedade, como o fim do racismo, homofobia, xenofobia e da corrupção, é preciso vencer o estigma e o preconceito acerca do suicídio, que deve ser tratado como fenômeno grave, mas como algo que necessita de uma discussão ampla para evitar que novas vítimas virem estatística.

## REFERÊNCIAS

1. Gonçalves LRC, Gonçalves E, de Oliveira LB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: Uma abordagem regional. *Nov Econ*. 2011;21(2):281–316.
2. Henrique A, Azeredo S De. Suicídio e laço social. 2010;61–70.
3. Fernando J, Puc-sp PF. Morte e Suicídio no Tractatus de Wittgenstein Death and Suicide in Wittgenstein ' s Tractatus. *Cogn Rev Filos*. 2011;12:283–95.
4. Barbosa FDO, Costa P, Macedo M, Maria R. Depressão e o Suicídio Depression and Suicide. 2011;14(1):233–43.
5. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(SUPPL. 1):18–25.
6. Shekhar Saxena, Etienne Krug OC. Preventing Suicide : A global imperative. 2014.
7. Martins Junior DF, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Â. Suicide attempts in Brazil, 1998–2014: an ecological study. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):990. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3619-3>
8. ABP/CFM. Suicídio: informar para prevenir. 2014.
9. Shikida CD, Gazzi RDAV, Junior AFDA, de Araujo Junior AF, Gazzi RDAV. Teoria Econômica Do Suicídio: Estudo Empírico Para O Brasil. *Leonardo* [Internet]. 2006;25(47):22. Available from: <http://www.ceae.ibmecmg.br/wp/wp39.pdf%5Cnhttp://seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/10897>
10. Haw C, Hawton K, Gunnell D, Platt S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2015;61(1):73–81. Available from: <http://isp.sagepub.com/content/61/1/73>
11. Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005;32(SUPPL. 1):39–48.
12. Berkol T, İslam S, Kırılı E, Pınarbaşı R, Özyıldırım İ. Suicide attempts and clinical features of bipolar patients. *Saudi Med J*. 2016;37(6):662–7.
13. Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, Kerkhof AJFM, Navickas A, Höschl C, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry*. 2014;205(6):486–96.
14. Jalles JT, Andresen MA. The social and economic determinants of suicide in Canadian provinces. *Health Econ Rev* [Internet]. 2015;5:1. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4314828&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

15. Teixeira RR. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2002;6(11):143–52.
16. Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, Kerkhof AJFM, Navickas A, Höschl C, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry.* 2014;205(6):486–96.
17. Niederkrotenthaler T, Tinghög P, Goldman-Mellor S, Wilcox HC, Gould M, Mittendorfer-Rutz E. Medical and social determinants of subsequent labour market marginalization in young hospitalized suicide attempters. *PLoS One.* 2016;11(1):1–15.
18. Meneghel SN, Gomes Victora C, Xavier Faria NM, Alves de Carvalho L, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804–10.
19. Stone DM, Holland KM, Schiff LB, McIntosh WL, Maris RW, McIntosh JL, et al. Mixed Methods Analysis of Sex Differences in Life Stressors of Middle-Aged Suicides. *Am J Prev Med [Internet].* 2016;51(5):S209–18. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379716302926>
20. Cossu a. Durkheim. Vol. 10, *Journal of Classical Sociology.* 2010. 33-49 p.
21. Classen TJ, Dunn RA. The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Econ.* 2012;21(3):338–50.