

O comportamento suicida no Brasil e no mundo

The suicidal behavior in Brazil and in the world

Avimar Ferreira Junior¹

Resumo: 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. Nesse sentido, o presente artigo objetivou apresentar as estatísticas sobre suicídio, tentativas de suicídio e de autoferimento no Brasil e no mundo. Para tanto, valho-me principalmente dos dados colhidos pela OMS, OECD e pelo Mapa da Violência. Segundo a OMS, mais de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos, representando uma morte a cada 40 segundos, podendo chegar a 1,6 milhão de mortes por ano em 2020. Já as tentativas de suicídio são estimadas em 20 vezes a de suicídios consumados, ou uma tentativa a cada 2 segundos. Desta forma, a taxa mundial de suicídio é de 11,4 por 100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres), enquanto no Brasil é de 5,8 (2,5 para mulheres e 9,4 para homens). 75% dos casos de suicídio ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, crescendo principalmente entre os jovens. Os dados levantados pela OMS, OECD e outros pesquisadores são fundamentais para a elaboração de estratégias para o enfrentamento e a prevenção do comportamento autodestrutivo junto aos governos nacionais.

Palavras-chave: comportamento suicida; suicídio; tentativa de suicídio; epidemiologia.

Abstract: Several studies on self-destructive behavior state that suicide is a serious public health problem, besides being complex, multidimensional and entailing highly social, economic and personal impact. In this sense, this paper aims to present statistics on suicide, suicide attempts and self-injuring in Brazil and worldwide. Therefore, I rely primarily on data collected by WHO, OECD and the Violence Map. According to WHO, more than 800,000 people commit suicide each year, representing one death every 40 seconds, reaching 1.6 million deaths per year in 2020. On the other hand the suicide attempts are estimated at 20 times the suicide accomplished or attempted every 2 seconds. Thus, the global suicide rate is 11.4 per 100 thousand inhabitants (15.0 for men and 8.0 for women), while in Brazil it is 5.8 (2.5 for women and 9.4 for men). Seventy per cent of suicide cases occur in underdeveloped or developing countries, growing especially among young people. The data collected by WHO, OECD and other researchers are fundamental for the development of strategies to combat and prevent self-destructive behavior with national governments.

Keywords: suicidal behavior; suicide; suicide attempt; epidemiology.

¹ Psicólogo, mestre em Educação pela Universidade Federal de Goiás e doutorando em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, com bolsa de doutorado financiado pelo CNPq. contato@avimarjr.com

O comportamento suicida no Brasil e no mundo

The suicidal behavior in Brazil and in the world

Avimar Ferreira Junior

Introdução

Vários estudos sobre o comportamento autodestrutivo afirmam que o suicídio é um grave problema de saúde pública, complexo e multideterminado e de grande impacto social, econômico e pessoal. Diante da constatação do aumento no número de casos de suicídio, tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem se esforçado em estabelecer junto aos governos nacionais estratégias para o enfrentamento e a prevenção do comportamento autodestrutivo, tendo lançado em 2014 seu primeiro relatório com uma ampla pesquisa sobre o tema para subsidiar a construção das políticas públicas de prevenção do suicídio.

Também preocupada com a questão, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, sigla em inglês), dedica uma seção ao suicídio em seu relatório anual sobre a saúde e o sistema de saúde em seus países membros. A organização considera o fenômeno suicida

como uma evidência, não só de colapso pessoal, mas também de uma deterioração do contexto social em que um indivíduo vive. O suicídio pode ser o ponto final de um número de diferentes fatores contribuintes. É mais provável de ocorrer durante os períodos de crise associadas a perturbações de relações pessoais, por meio de abuso de álcool e drogas, desemprego, depressão clínica e outras formas de doença mental. Devido a isso, o suicídio é frequentemente utilizado como um indicador indireto do estado de saúde mental da população (OECD, 2014, tradução minha)

Nesse sentido, o presente artigo objetiva apresentar as estatísticas sobre suicídio, tentativas de suicídio e de autoferimento no Brasil e no mundo. Para tanto, valho-me dos dados colhidos pela OMS(2014), OECD (2014) e pelo Mapa da Violência (Waiselfisz, 2014).

As estatísticas globais

A autodestrutividade humana é um fenômeno mundial. Segundo a OMS (2014), mais de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos e esse número deve chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020. Contudo, a própria OMS acredita que esse número esteja subestimado em 20 vezes por conta da subnotificação ou inexistência de registros de ocorrências, principalmente em países da África e Oriente Médio, bem como pelo próprio tabu no qual o tema está envolto em todo o mundo.

Estes dados implicam que o suicídio responderá por 1,5% do total de óbitos no mundo em 2015, ocorrendo ao menos uma morte a cada 40 segundos. Desta forma, o suicídio é responsável por mais mortes que as guerras e assassinatos ocorridos no período de um ano. Ao mesmo tempo, a cada suicídio consumado, ao menos seis pessoas próximas ao falecido terão suas vidas profundamente afetadas sócio, econômica e emocionalmente.

A taxa mundial de suicídio aferida pela OMS (2014) é de 11,4 óbitos por 100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres). Observa-se na Figura 1 que as maiores taxas de óbitos por suicídio encontram-se no leste europeu e as mais baixas na América Latina. Europa ocidental, Estados Unidos e Oceania apresentam taxas intermediárias. Já os dados dos países africanos são pouco confiáveis ou inexistentes, dificultando a aferição fidedigna das taxas de suicídio.

Em números absolutos, conforme a Tabela 1, os países com mais mortes por suicídio são a Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul, Paquistão e Brasil. Contudo, quando se olha para as taxas de suicídio, os países que se destacam são Guiana, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Sri Lanka, Lituânia, Suriname, Moçambique e Nepal.

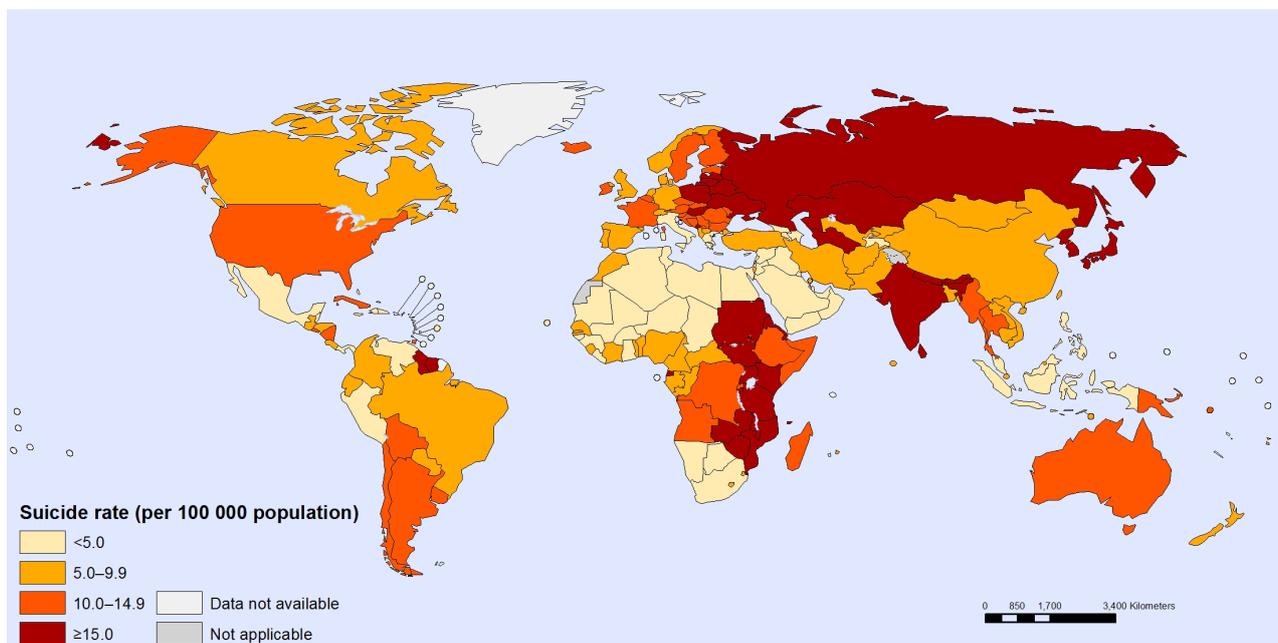


Figura 1: Mapa de taxas de suicídio (por 100 000 habitantes), ambos os sexos, 2012. (WHO, 2014)

Países populosos como China, Índia e Brasil, apesar do grande número de casos, apresentam baixas taxas de suicídio. Por sua vez, a Guiana, com menos de um milhão de habitantes apresenta a maior taxa mundial, 44,0 por 100 mil habitantes. Vale lembrar que a taxa de morbidade por suicídio expressa o número de suicídios ocorridos em um país ou região a cada 100 mil habitantes durante o período de um ano.

Tabela 1:

Países com mais óbitos por suicídio e maiores taxas de suicídio em 2012. (WHO, 2014)

Óbitos por suicídio (mil)		Taxa de suicídio (por 100 mil)			
País	Total	País	Homem	Mulher	Todos
Índia	258	Guiana	70,8	22,1	44,2
China	121	Coreia do Sul	41,7	18	28,9
EUA	43	Coreia do Norte	45,4	35,1	38,5
Rússia	31	Sri Lanka	46,4	12,8	28,8
Japão	29	Lituânia	51	8,4	28,2
Coreia do Sul	17	Suriname	44,5	11,9	27,8
Paquistão	13	Moçambique	34,2	21,1	27,4
Brasil	12	Nepal	30,1	20,0	24,9

Outro dado levantado pela OMS é que 75% dos casos de suicídio se dão em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, apontando para uma correlação entre situação econômica e taxas de suicídio, ainda que esta não seja infalível. Um exemplo é o aumento do número de suicídio na Grécia, país que enfrenta uma séria crise econômica, cuja taxa saltou de 3,4, no ano 2000, para 3,8 em 2012 (WHO, 2014), representando um aumento de 10,5%. Outros estudos (Blasco-Fontecilla et al., 2012; Branäs et al., 2015) também relatam o aumento do suicídio em períodos de crise econômica na Grécia; contudo, o relatório da OECD (2014) afirma que não parece existir uma relação entre crise econômica e taxas de suicídio.

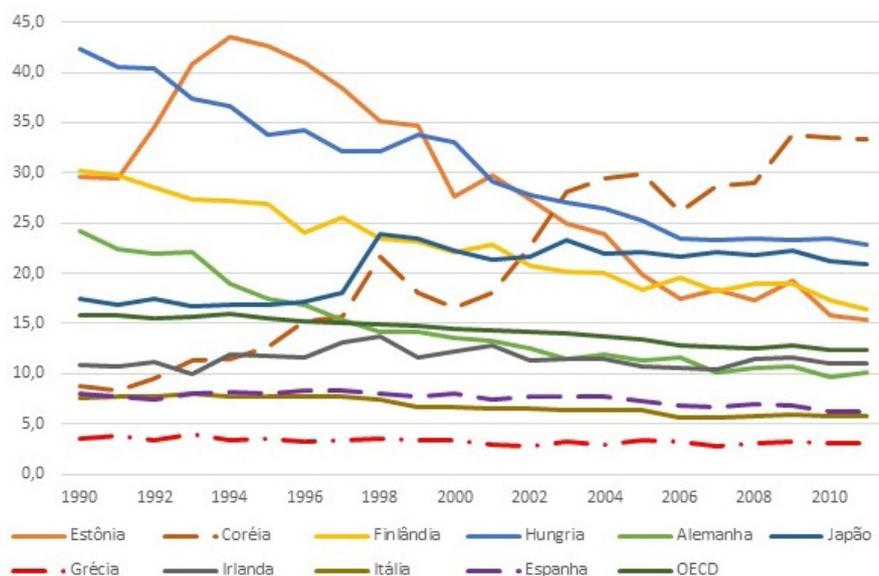


Figura 2: Variação nas taxas de suicídio entre 1990 e 2010, em alguns países selecionados (OECD, 2014).

Conforme observa-se na Figura 2, as taxas de suicídio aferidas pela OECD (2014) na Grécia, Espanha e Irlanda flutuaram pouco entre 1990 e 2010, a despeito da crise econômica que enfrentaram e ainda enfrentam. Essa é uma das discrepâncias entre o relatório da OECD e o da OMS, ambos publicados em 2014. Por outro lado, o estudo da OECD aponta para uma relação razoavelmente forte em longo prazo entre insatisfação com a vida e o comportamento autodestrutivo. Segundo o relatório, a satisfação com a vida varia entre os países e deteriorou-se em vários países europeus durante as crises econômicas, assim como tende a diminuir com o avançar da idade dos indivíduos, conforme a Figura 3.



Figura 3: Satisfação de vida por idade, em 2007 e 2012, em alguns países selecionados (OECD, 2014)

Ainda sobre a relação entre crise econômica e suicídio, um contraexemplo é a Coréia do Sul, que apesar de ser um dos países mais ricos do mundo e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto, ainda assim apresenta a segunda maior taxa mundial de suicídios, que aumentou de 8,8 em 1990 para 33,3 em 2011, conforme indicam as Figuras 2 e 4. O elemento cultural parece ter grande peso nas Coréias do Sul e do Norte, uma vez que ambas apresentam altas taxas de suicídio, respectivamente a segunda e a terceira maior, apesar de viverem regimes políticos e situações econômicas distintas. Nesse sentido, observando as Figuras 2 e 4, percebe-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 globo. A diferença nas taxas aponta para a complexidade do fenômeno, em que fatores econômicos, políticos e culturais influenciam a disposição dos indivíduos para a autodestrutividade.

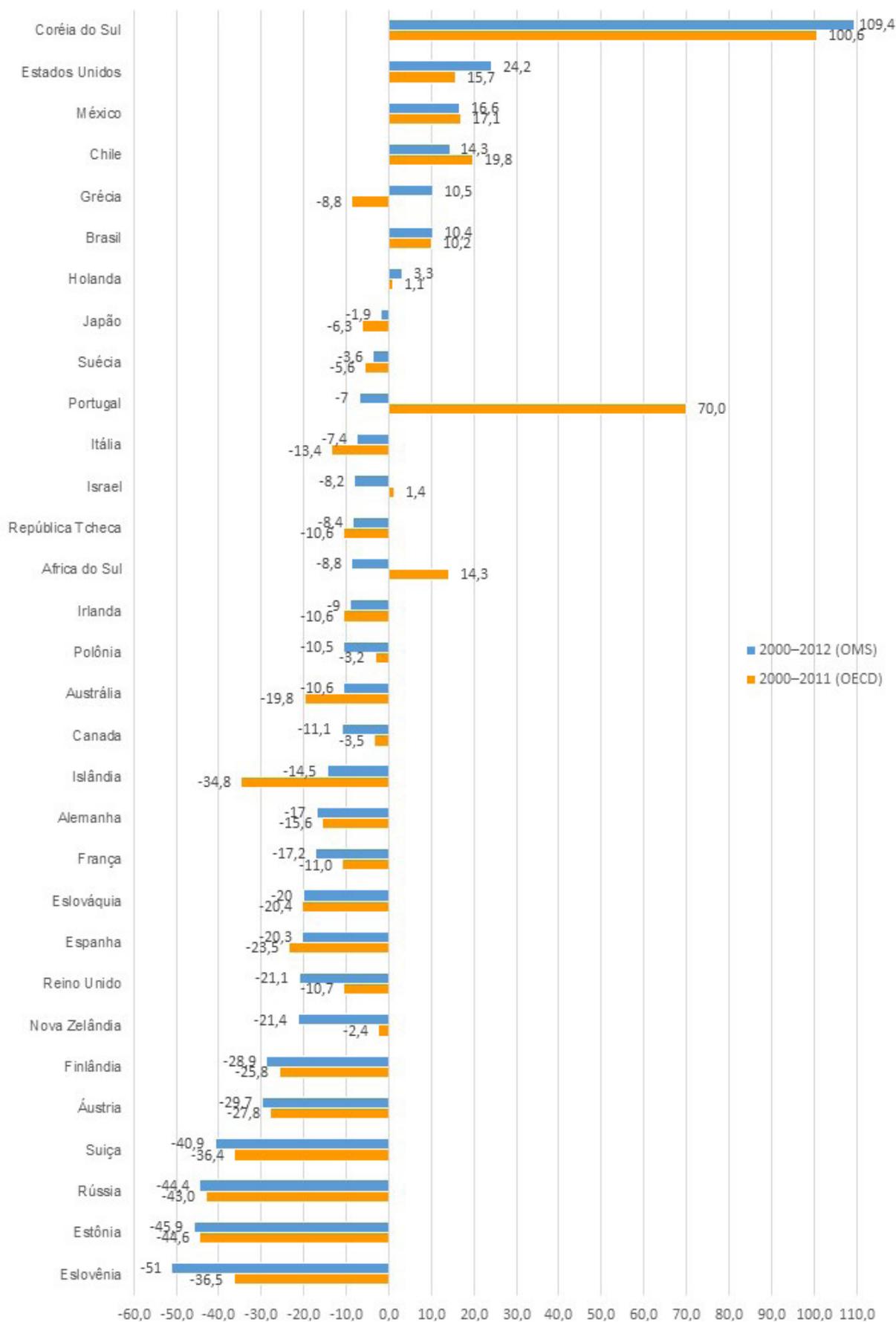


Figura 4: Porcentagem de mudança na taxa de suicídio entre 2000 e 2011 (OECD, 2014) e entre 2000 e 2012 (WHO, 2014), em alguns países selecionados.

No tocante a Figura 4, percebe-se que a flutuação nas taxas de suicídio não é igual na medição da OMS e OECD. Essas diferenças podem se dever a metodologias de coleta de dados diferentes, bem como o período de coleta dos dados. Contudo, apesar de no geral as flutuações na taxa de suicídio apresentarem as mesmas tendências de alta ou baixa, em alguns casos como o da África do Sul, Portugal e Grécia, as taxas oscilam em tendência oposta; em outras as diferenças são significativas, como no caso dos Estados Unidos, Japão, Islândia, Canadá, Eslovênia e Reino Unido, por exemplo.

Idade e sexo

Segundo a OMS (2002), percebe-se uma inversão na distribuição de casos de suicídios por idade, conforme mostrado na Figura 5: 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 15–29 (WHO, 2014), sendo o grupo com maior risco de suicídio em um terço dos países pesquisados, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento.

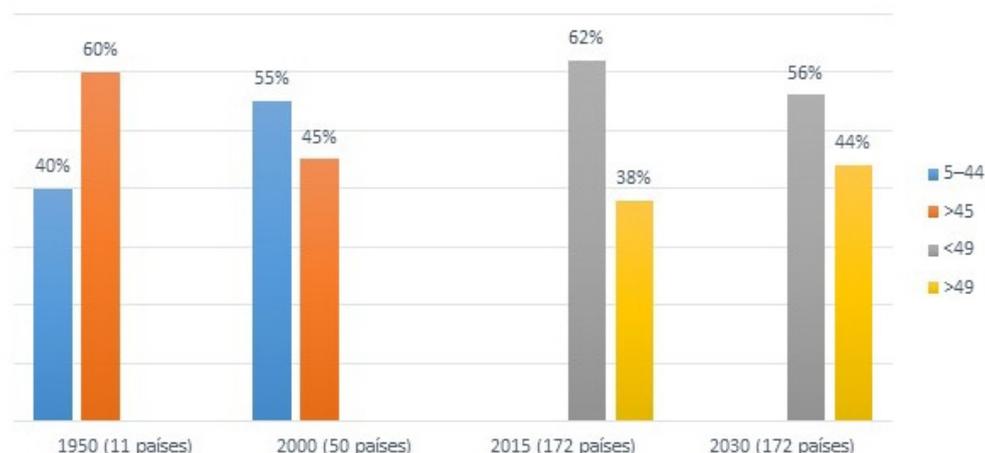


Figura 5: distribuição de casos de suicídio por idade em 1950 e em 2000 (WHO, 2002) e projeções para 2015 e 2030 (WHO, 2013), em porcentagem.

Tanto a OMS (2014) quanto a OECD (2014) indicam que 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). A Figura 6 mostra que, historicamente, a variação da taxa de suicídio em ambos os sexos segue a mesma tendência de alta, contudo a variação no grupo masculino é maior que no feminino.

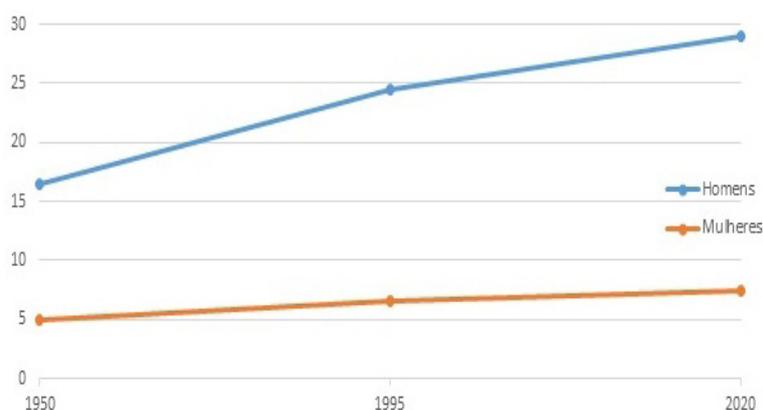


Figura 6: Taxa global de suicídio desde 1950 e projeção para 2020. (Bertolote & De Leo, 2012)

A taxa global de suicídio entre os homens é de 15,0 por 100 mil hab. e entre as mulheres é de 8,0 (WHO, 2014). Contudo, como observa a OMS (2014), as taxas de suicídio variam conforme a região, o país e com a idade. Quando computado o total de suicídios, a razão¹ entre a taxa de suicídio de homens e mulheres nos países desenvolvidos é de 3,5 e nos países em desenvolvimento é de 1,6, conforme sugerido na Figura 7.

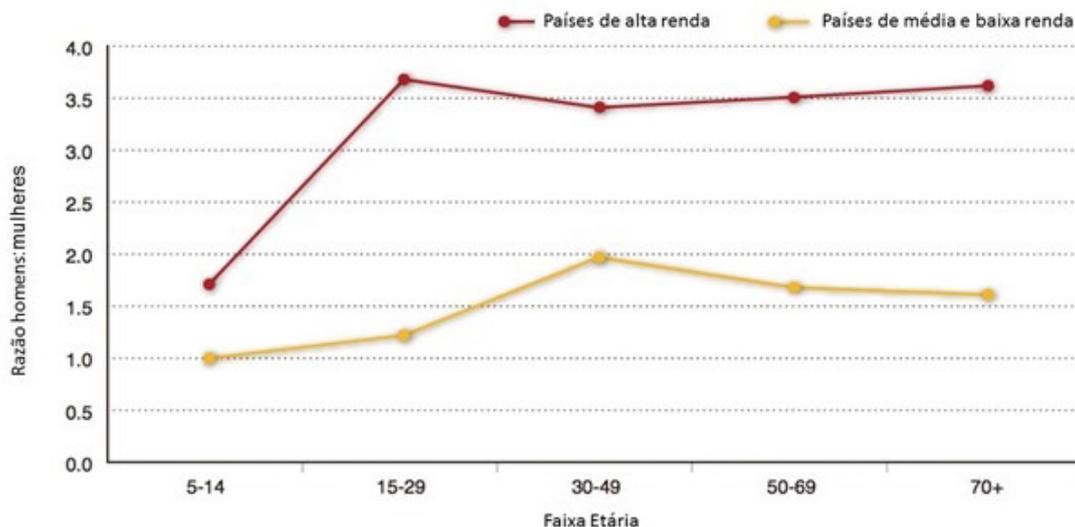


Figura 7: razão entre as taxas de suicídio de homens e mulheres, por faixa etária e nível de renda dos países em 2012. (WHO, 2014)

Regionalmente, a variação da razão entre os suicídios de homens e mulheres também é enorme, por exemplo, de 0,9 no Pacífico Ocidental e de 4,1 na Europa. Entre os 172 Estados membros com mais de 300 mil habitantes, a razão média é de 3,2 e a mediana é de 2,8; a razão entre o suicídio de homens e mulheres varia de 0,5 a 12,5, representando uma diferença de 24 vezes (WHO, 2014). Uma exceção é a China em que a taxa de suicídio, aferida em 2012, de mulheres foi de 8,7 e de homens de 7,1; entretanto, nas áreas urbanas, as taxas de suicídios são iguais entre os sexos e na zona rural há um predomínio do suicídio entre as mulheres (Phillips, Li, & Zhang, 2002; Phillips, Yang, et al., 2002; WHO, 2014). Como afirma a OMS,

Há muitas razões potenciais para diferentes taxas de suicídio em homens e mulheres: as questões de igualdade de gênero, 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. A enorme variação nas proporções [das taxas de morbidade] entre sexos para o suicídio sugere que a importância relativa dessas diferentes razões varia enormemente por país e região. (WHO, 2014, p. 20, tradução minha)

Sobre os métodos utilizados para o suicídio, a OMS (2014) afirma que os dados são poucos e inconsistentes. Em países de alta renda, os principais métodos para o suicídio são o enforcamento, utilizado em 50% dos casos, e o uso de armas de fogo, usadas em 18% dos casos, principalmente nos países de alta renda das Américas, respondendo por 46% dos suicídios naqueles países, contra 4,5% em outros países de alta renda. Nas zonas rurais e em países de baixa ou média renda, o uso de pesticida se destaca, responsável por cerca de 30% dos casos de suicídio no mundo.

¹ Razão é usada em matemática para comparar duas grandezas, dividindo uma pela outra. No caso da razão entre o suicídio de homens e mulheres, divide-se o número de suicídio de homens pelo de mulheres e obtém-se quantos homens se suicidam a cada suicídio feminino.

Tentativas de suicídio e autoferimento

Conforme a OMS (2014), OECD (2014) e outros pesquisadores (Beautrais, 2000; Bertolote & Fleischmann, 2004; Stinson & Gonsalves, 2013; Teixeira-filho, 2012), a tentativa de suicídio é um dos principais indicadores de risco de suicídio, contudo as estatísticas sobre as tentativas de suicídio e de autoagressão são ainda menos confiáveis.

Estima-se que a cada morte por suicídio de adulto ocorram ao menos 20 tentativas de suicídio, o que representa uma tentativa de suicídio a cada segundo. Já as lesões autoinfligidas representam 1,8% do montante das doenças notificadas em 1998 e estima-se que esse número chegará a 2,4% em 2020. Segundo o Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior (CRPSIB), a não ser que estejam em tratamento para outras clínicas como a da depressão ou ansiedade, é muito difícil identificar autoferidores de perfil discreto pois muitas vezes esse comportamento ocorre em particular e quando dão entrada em hospitais gerais para cuidar dos ferimentos, estes são relatados como decorrência de acidentes (CRPSIB, 2012). Ainda segundo a CRPSIB,

Os poucos estudos que têm sido realizados em amostras comunitárias norte-americanas de jovens adultos e adolescentes são limitados por pequenas amostras com base em conveniência e variam em estimativas de prevalência de autolesão de 4% para 38% (Briere & Gil, 1998; Favazza, 1996; Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Muehlenkamp & Gutiérrez, 2004). Um estudo representativo de duas universidades de 2006 mostrou uma taxa de prevalência na vida de 17% com cerca de 11% indicando repetição autolesão (Whitlock et al., 2006) e estudos recentes sobre as populações do ensino médio em os EUA e Canadá mostram consistentemente uma taxa de prevalência de 13 a 24% (Laye-Gindhu; & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Ross & Health, 2002). Similarmente, os últimos grandes estudos na Grã-Bretanha estimam que cerca de 10% dos jovens com idades compreendidas entre 11-25 se automutilam. (2012, tradução minha)

As estatísticas brasileiras

Segundo a OMS (2014), em número de ocorrências, o Brasil é um país que apresenta baixas taxas de suicídio e de tentativa de suicídios. A taxa de suicídio no país aferida pela OMS (2014) é de 5,8 por 100 mil hab., sendo 2,5 entre as mulheres e 9,4 entre os homens, conforme a Tabela 2, representando a razão de 3,5 entre o suicídio de homens e mulheres. Ainda consoante a Tabela 2, entre os anos 2000 e 2012 o crescimento da taxa de suicídio no Brasil foi de 10,4%. apesar das taxas de suicídio serem consideradas baixas pela OMS, algumas regiões do país, como o extremo norte e o extremo sul, apresentam taxas tão altas como as do leste europeu (Waiselfisz, 2014).

Tabela 2:

Distribuição das taxas de suicídio por faixa etária e sexo em 2012, total dos suicídios em números brutos e em taxas nos anos 2000 e 2012 por sexo e idade, e a variação das taxas de suicídio (%) entre 2000 e 2012 por sexo e idade (WHO, 2014)

Sexo	Total de Suicídios	Taxas de suicídio por faixa etária (2012)						Taxa de Suicídio (2012)	Taxa de suicídio (2000)	% de variação da taxa de suicídio 2000-2012
		Todas idades	5-14 anos	15-29 anos	30-49 anos	50-69 anos	70+ anos			
Ambos	11.821	6,00	0,40	6,70	8,40	8,00	9,80	5,80	5,30	10,40%
Mulheres	2623	2,60	0,30	2,60	3,70	3,80	3,30	2,50	2,10	17,80%
Homens	9198	9,40	0,40	10,70	13,30	12,70	18,50	9,40	8,70	8,20%

No Brasil o suicídio é responsável por 3,7% das mortes entre jovens (sujeitos com idade entre 15 a 29 anos) e por 0,7% entre os não jovens (sujeitos abaixo de 15 anos ou acima de 29 anos). De 1980 a 2012, o total de suicídio no período de um ano saltou de 3.896 casos para 10.321, um aumento de 62,5% (Waiselfisz, 2014). Entre 2002 e 2012 o crescimento da taxa de suicídio foi de 33,6%, superior ao crescimento das taxas de homicídio (2,1%), de mortalidade nos acidentes de transportes (24,5%) e do crescimento da população brasileira (11,1%) no mesmo período.

Quanto à distribuição geográfica, no período de 2002 a 2012, segundo Waiselfisz (2014), a região norte se destaca de forma preocupante, uma vez que os suicídios passaram de 390 para 693, representando um aumento de 77,7%. Contudo, Acre, Roraima, Tocantins e Amazonas duplicaram os casos de suicídio.

O nordeste também preocupa já que sua taxa cresceu 51,7% no período, em especial Paraíba e Bahia, apesar de em números absolutos possuem poucos óbitos por suicídio. As regiões Centro-Oeste e Sul também tiveram elevação dos casos de suicídio, 16,3% e 15,2%, respectivamente. Por fim, a região sudeste observou um crescimento de 35,7% de sua taxa de suicídio, tendo o Rio de Janeiro quase zerado sua taxa de crescimento e Minas Gerais que teve uma elevação de 58,3% nos óbitos por suicídio.

Como alerta Waiselfisz (2014), as estatísticas podem camuflar verdadeiras tragédias pontuais ao dissolverem o particular no todo. Afirma o pesquisador que

Mato Grosso do Sul e Amazonas concentravam 81% do total nacional de suicídios indígenas. Segundo dados da Funai, o Amazonas contava com 83.966 indígenas, pelo que sua taxa de suicídios específica para essa população seria de 32,2 em 100 mil. Já para o Mato Grosso do Sul, que contava com 32.519 indígenas, a taxa de suicídios seria de 166,1 a cada 100 mil indígenas. Entre os jovens, podemos estimar para o Amazonas uma taxa de 101 suicídios para 100 mil jovens (registraram-se 17 suicídios juvenis em 2008) e de 446 para Mato Grosso do Sul, que registrou 29 suicídios juvenis nesse ano. (Waiselfisz, 2014, pp. 183–184)

Segundo o pesquisador, poucos são os trabalhos que se dedicaram ao suicídio dos indígenas, não apenas no Mato Grosso do Sul, Amazonas e Pará, mas no país como um todo. Inclusive, poucos são os estudos sobre o suicídio entre os quilombolas, os sem-tetos, ou mesmo aqueles que se preocupem em verificar a raça/etnia dos suicidados.

Idade e sexo

Quanto a distribuição das taxas de suicídio em relação ao sexo, o Brasil segue a tendência mundial em que os homens se suicidam mais que as mulheres, conforme se observa na Figura 8. O gráfico também demonstra o aumento nos óbitos por suicídio apontado por Waiselfisz (2014) em todas os grupos etários, menos entre as mulheres jovens. O maior aumento da taxa de suicídio foi entre os homens jovens, saltando de 5,7 em 1980 para 8,9 em 2012, um incremento de 54,1%. Contudo, como observa Waiselfisz (2014), as taxas de suicídios entre homens tendem a aumentar enquanto entre as mulheres tendem a cair.

Ao observarmos os dados apresentados na Tabela 3, percebe-se que assim como ocorre entre o relatório da OMS (2014) e o da OECD(2014), também existe uma diferença entre os números aferidos pelo ministério da saúde brasileiro e o da OMS e OECD. Diferentes metodologias de coleta de dados poderiam explicar essas diferenças.

Observa-se também a ocorrência de suicídios de crianças entre 5 e 9 anos (3 casos) e entre 10 e 14 anos (117 casos) em 2012. O suicídio de crianças com idades abaixo de 12 é um assunto polêmico em que os especialistas não possuem consenso sobre o grau de consciência da irreversibilidade da morte e, por consequência, do suicídio (Fensterseifer & Werlang, 2003; Friedrich, 1989; Torres, 1979).

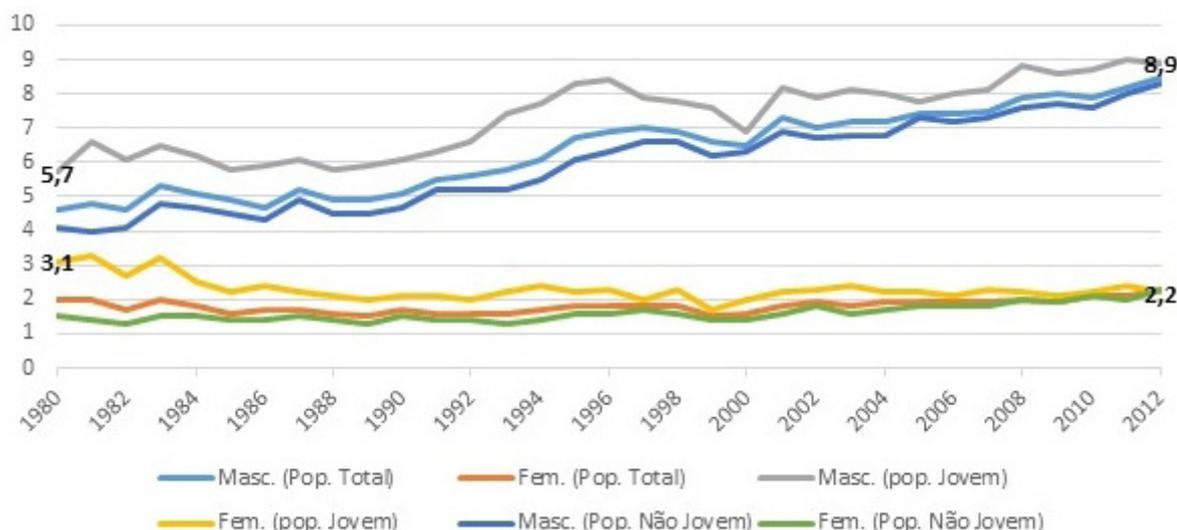


Figura 8: Número e taxas de suicídio (por 100 mil) por Sexo. População Total, Jovem e Não Jovem, por sexo.

Constata-se, ainda, na Tabela 3, que o montante de óbitos por suicídio entre os homens dispara a partir dos 15 anos, atingindo seu pico na faixa etária de 20 a 39 anos, quando começa a decrescer, mas se mantém alta até os 69 anos. No tocante as mulheres, apesar de se observar o aumento dos casos de suicídio a partir dos 15 anos, a curva de crescimento não é tão íngreme quanto a dos homens.

Tabela 3:

Óbitos por suicídio em 2012. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Sexo	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
Masc	2	77	477	1835	1768	1450	1091	721	394	221	25	8061
Fem	1	40	198	389	480	449	362	195	98	40	5	2257
Ign	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	3
Total	3	117	675	2225	2248	1899	1453	916	492	262	31	10321

Quanto aos métodos utilizados para o suicídio faltam informações nos registros oficiais. Segundo Botega (2014), os meios utilizados variam conforme a cultura e a disponibilidade. Nesse sentido,

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (Lovisi et al., 2009). (Botega, 2014, p. 233)

Tentativas de suicídio, ideação suicida e autoferimento

Desafortunadamente, não existem números oficiais sobre tentativas de suicídio, ideação suicida e autoferimento. Esses comportamentos são difíceis de mensurar, uma vez que nem sempre chegam a terem atendimento em postos de saúde e hospitais, assim como em outras vezes são creditados ora como pitis, ora como acidentes, quadro depressivos ou psicóticos.

Os poucos artigos, no Brasil, que tratam sobre a ideação suicida, fazem-no a partir da

delimitação de um grupo em uma dada região (Borges & Werlang, 2006; da Silva et al., 2006; L. D. de M. Souza et al., 2010; V. dos S. Souza et al., 2011; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Assim, as generalizações das conclusões são sempre limitadas. Contudo, como já apontamos, a OMS afirma que a cada suicídio de adulto, ocorrem 20 casos de tentativas de suicídio e, assim sendo, o número de tentativas de suicídios no país pode chegar a casa de 200 mil casos por ano.

Considerações finais

Como afirmou o relatório da OECD (2014), as taxas de suicídio são importantes indicadores de qualidade e satisfação de vida pois, ao mesmo tempo, é desfecho de um processo existencial e da deterioração de seu contexto social. Inclusive por isso, o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, que exige atenção as particularidades de cada país e de cada cidade. Aspectos políticos, econômicos, raciais, de gênero e culturais não podem ser negligenciados sob pena de se perder mediações importantes para o surgimento e manutenção do comportamento suicida em uma dada região, como bem lembrou Waiselfisz (2014).

Deste modo, apesar de sempre questionados, em sua representatividade e fidedignidade (Botega, 2014; Werlang & Botega, 2004; WHO, 2014), os dados apresentados pelos relatórios da OMS, OECD e Mapa da Violência, todos publicados em 2014, são esclarecedores e indicam bons caminhos tanto para novas pesquisas como para o estabelecimento de políticas de prevenção do suicídio.

Um aspecto interessante a se ressaltar é a ausência de estatísticas sobre o suicídio de indivíduos LGBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis). Apesar da literatura (Centre for Suicide Prevention, 2012; Grzanka & Mann, 2014; King et al., 2008; Liu & Mustanski, 2012; Meyer, Teylan, & Schwartz, 2014; Silenzio et al., 2009) apontar os LGBTT como grupo de risco, a OMS, OECD e Mapa da Violência não especificam esses grupos em seus relatórios. Isso se deve não à omissão ou negligência por parte dos relatórios, mas pela inexistência de notação específica nos atestados de óbitos.

Nesse sentido, a subnotificação dos casos de suicídio, ao mesmo tempo que dissimulam a dimensão numérica do fenômeno suicida, por outro mascaram aspectos específicos, como a dos LGBTT, ao dissolvê-los em categorias gerais, como idade e sexo. Por outro lado, ainda, confirmam o suicídio enquanto tabu social. O suicídio mais que criar mal-estar, denuncia-o. Como disse Rubem Alves,

A morte do suicida é diferente. Pois ela não é coisa que venha de fora mas gesto que nasce de dentro. O seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio do seu ser.... Mas no corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. Ele deseja ser ouvido. Para ele valem as palavras de César Vallejo: "su cadáver estava lleno de mundo". O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é aquele mesmo, um corpo sem vida. (1991, p. 12)

Felizmente, o suicídio é prevenível e, nesse sentido, a OMS (2014) indica algumas estratégias de prevenção. Advoga a instituição que se limite o acesso às armas de fogo, pesticidas e certos medicamentos, que são os métodos mais utilizados para o suicídio.

A mesma organização aconselha que sejam tomados especiais cuidados com os portadores de transtornos mentais, com aqueles que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas e, principalmente, com os sujeitos que já tentaram suicídio. Várias pesquisas (Bennett, Coggan, & Adams, 2003; Bertolote & Fleischmann, 2004; Costa et al., 2014; Holmes & Holmes, 2014; Shah, Bhandarkar, & Bhatia, 2010; Silveira, Fidalgo, Di Pietro, Santos Jr, & Oliveira, 2014) indicam que estes são grupos de risco e, deste modo, a identificação precoce e o tratamento adequado são fundamentais. A OMS, ainda, recomenda que a prevenção do

suicídio seja um dos eixos centrais dos serviços de assistência à saúde.

O suicídio é uma tragédia pessoal e social, cujo sofrimento emocional é incalculável, não cabendo em números. Contudo, estima-se que a cada suicídio, seis outras pessoas são impactadas tanto emocional como economicamente. Assim, o impacto do suicídio também se faz sentir na economia, bem como por ela é influenciada. As crises econômicas elevam os números de suicídio, lembrando que 75% dos suicídios se dão em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, acometendo principalmente os jovens em idade laboral. Segundo cálculos (CJSF, 2014; Research America, 2010), para cada suicídio não consumado poupa-se US\$ 1.182.559 em custos médicos e em perda de produtividade e o ônus econômico dos suicídios, tentativas de suicídio e lesões auto-inflingidas é estimado em US\$ 41 bilhões, só nos EUA.

Deste modo, o fenômeno suicida é um grave problema de saúde pública, mas também um grave problema econômico e social, e por tanto político, não podendo sua prevenção ser abordada apenas pelo viés medicamentoso ou psicoterápico. Como afirma a OMS, a comunidade é fundamental na prevenção do suicídio ao fornecerem apoio social aos vulneráveis e aos familiares e amigos das vítimas de suicídio.

Referências

- Alves, R. (1991). O morto que canta. In *Do suicídio: Estudos brasileiros* (pp. 11–15). Campinas: Papirus.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420–436. doi:10.1046/j.1440-1614.2000.00691.x
- Bennett, S., Coggan, C., & Adams, P. (2003). Problematising depression: young people, mental health and suicidal behaviours. *Social Science & Medicine*, 57(2), 289–299. doi:10.1016/S0277-9536(02)00347-7
- Bertolote, J. M., & De Leo, D. (2012). Global Suicide Mortality Rates – A Light at the End of the Tunnel? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(5), 249–253. doi:10.1027/0227-5910/a000180
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In B. S. G. Werlang & N. J. Botega (Eds.), *Comportamento suicida* (pp. 35–44). Porto Alegre: Artmed.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In B. S. G. Werlang & N. J. Botega (Eds.), *Comportamento suicida* (pp. 35–44). Porto Alegre: Artmed.
- Blasco-Fontecilla, H., Perez-Rodriguez, M. M., Garcia-Nieto, R., Fernandez-Navarro, P., Galfalvy, H., de Leon, J., & Baca-Garcia, E. (2012). Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open*, 2, e000785–e000785. doi:10.1136/bmjopen-2011-000785
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(3), 345–351. doi:10.1590/S1413-294X2006000300012
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231–236. doi:10.1590/0103-6564D20140004
- Branas, C. C., Kastanaki, A. E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., ... Wiebe, D. J. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, 5, 1–10. doi:10.1136/bmjopen-2014-005619
- Centre for Suicide Prevention. (2012). *Gay & suicidal: sexual and gender minorities and suicide*. Alberta: Centre for Suicide Prevention. Retrieved from <http://suicideinfo.ca/>

Library/Resources/ResourceToolkits.aspx

- CJSF. (2014). Suicide Prevention at Work: A Fact Sheet. Winnipeg. Retrieved from http://suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2014/05/Suicide_work_fact_sheet.pdf
- Costa, L. D. S., Alencar, A. P., Neto, P. J. N., Santos, M. D. S. V. Dos, da Silva, C. G. L., Pinheiro, S. D. F. L., ... Neto, M. L. R. (2014). Risk factors for suicide in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 170C, 237–254. doi:10.1016/j.jad.2014.09.003
- CRPSIB. (2012). What do we know about self-injury?
- Da Silva, V. F., de Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. de A., Dalgalarondo, P., ... Oliveira, H. B. de. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1835–1843. doi:10.1590/S0102-311X2006000900014
- Durkheim, É. (2000). *O suicídio: Estudo de sociologia*. (M. Stahel, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2003). Suicídio na infância: será a perda da inocência? *Psicologia Argumento*, 21(35), 39–46.
- Friedrich, S. (1989). *Tentativas de suicídio na infância*. Universidade de São Paulo.
- Grzanka, P. R., & Mann, E. S. (2014). Queer youth suicide and the psychopolitics of “It Gets Better.” *Sexualities*, 17(4), 369–393. doi:10.1177/1363460713516785
- Holmes, C. R. M., & Holmes, S. T. (2014). *Suicide : Theory , Practice , and Investigation Depression , Drugs , Alcohol , and Suicide*, 127–139.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. doi:10.1186/1471-244X-8-70
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221–8. doi:10.1016/j.amepre.2011.10.023
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo.
- Meyer, I. H., Teylan, M., & Schwartz, S. (2014). The Role of Help-Seeking in Preventing Suicide Attempts among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1–12. doi:10.1111/sltb.12104
- OECD. (2014). *Society at a Glance 2014: The Crisis and its Aftermath*. OECD Publishing. doi:10.1787/soc_glance-2014-en
- Phillips, M. R., Li, X., & Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*, 359, 835–840. doi:10.1016/S0140-6736(02)07954-0
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Library*, 360, 1728–1736.
- Research America. (2010). *Facts about: Suicide*. Retrieved October 25, 2014, from <http://www.researchamerica.org/sites/default/files/uploads/factsheet21suicide.pdf>
- Shah, A., Bhandarkar, R., & Bhatia, G. (2010). The relationship between general population suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 448–453. doi:10.1177/0020764009342384
- Silenzio, V. M. B., Duberstein, P. R., Tang, W., Lu, N., Tu, X., & Homan, C. M. (2009). Connecting the invisible dots: reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through online social networks. *Social Science & Medicine* (1982), 69(3), 469–74. doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.029
- Silveira, D. X. da, Fidalgo, T. M., Di Pietro, M., Santos Jr, J. G., & Oliveira, L. Q. (2014). Is Drug Use Related to the Choice of Potentially More Harmful Methods in Suicide Attempts?

Substance Abuse: Research and Treatment, 41. doi:10.4137/SART.S13851

- Souza, L. D. de M., Silva, R. A. da, Jansen, K., Kuhn, R. P., Horta, B. L., Pinheiro, R. T., ... Horta, L. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 37–41. doi:10.1590/S1516-44462009005000011
- Souza, V. dos S., Alves, M. da S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., & Casotti, C. A. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4). doi:10.1590/S0047-20852011000400010
- Stinson, J. D., & Gonsalves, V. (2013). Suicide Attempts and Self-Harm Behaviors in Psychiatric Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(3), 252–270. doi:10.1177/1079063213486935
- Teixeira-filho, F. S. (2012). Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Suicide Thoughts and Attempts of Suicide in Adolescents with Hetero and Homoerotic Sexual Practices, 651–667.
- Torres, W. da C. (1979). O conceito de morte na criança. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 31(4), 9–34.
- Waiselfisz, J. J. (2014). Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014. Brasília. Retrieved from <http://www.juventude.gov.br/juventudeviva>
- Werlang, B. S. G., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença da ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 259–266.
- WHO. (2002). Changes in the age distribution of cases of suicide 1950-2000. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/changes_distribution_suicide.jpg
- WHO. (2013). Global Health Estimates Summary Tables: Projection of deaths by cause, age and sex. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- WHO. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779>