

Comportamento suicida: epidemiologia

Neury José Botega*

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Resumo: O Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, com 9.852 mortes em 2011. O coeficiente médio para o período 2004-2010 foi de 5,7%. Esse índice aumentou 29,5% nas duas últimas décadas e é mais elevado em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e de médio porte populacional. Transtornos mentais encontram-se presentes na maioria dos casos de suicídio, principalmente depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Um estudo populacional revelou que, ao longo da vida, 17,1% das pessoas tiveram ideação suicida, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. Dar especial atenção à pessoa que tentou se suicidar é uma das principais estratégias de prevenção do suicídio.

Palavras-chave: suicídio, tentativa de suicídio, epidemiologia.

Suicídio

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (World Health Organization [WHO], 2014).

A cada 45 segundos ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põem fim à vida diariamente. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (Värnik, 2012; WHO, 2014).

O coeficiente de mortalidade por suicídio representa o número de suicídios para cada 100.000 habitantes, ao longo de um ano. De modo geral, os coeficientes mais altos encontram-se em países da Europa Oriental; os mais baixos, em países da América Central e América do Sul. Os coeficientes nos Estados Unidos, Austrália, Japão e países da Europa Central encontram-se numa faixa intermediária (Figura 1).

A despeito de possuir um coeficiente considerado relativamente baixo, por ser um país populoso, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS (Värnik, 2012; WHO, 2014). Em 2011, houve 9.852

suicídios oficialmente registrados no país, o que representa, em média, 27 mortes por dia (Brasil, 2013). Enquanto a população aumentou 17,8% entre 1998 e 2008, o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5% (Marín-León, Oliveira, & Botega, 2012). Do total de óbitos registrados no Brasil, 1% decorre de suicídios. Em pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade, essa proporção atinge 4% do total de mortes (Brasil, 2013).



Figura 1

Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes), segundo a Organização Mundial da Saúde, tomando por base dados de 2009 (WHO, 2014).

No Brasil, o coeficiente médio de mortalidade por suicídio no período 2004-2010 foi de 5,7% (7,3% no sexo masculino e 1,9% no feminino) (Marín-León et al., 2012). Esse valor, se comparado aos de outros países, pode ser

* Autor correspondente: botega@fcm.unicamp.br

considerado baixo (Värnik, 2012). Os coeficientes de mortalidade por suicídio permaneceram estáveis entre 1980 e 1994, com média de 4,5 mortes por 100 mil habitantes. No triênio 1995-1997, essas taxas aumentaram para um nível médio de 5,4, permanecendo estáveis até 2006. Isso representa um acréscimo de 29,5% no coeficiente de mortalidade por suicídio entre 1980 e 2006. Os coeficientes de mortalidade por suicídio têm aumentado em nosso país, notadamente em homens na faixa etária entre 20 e 59 anos (Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valência, 2009).

É importante lembrar que um coeficiente nacional de mortalidade por suicídio esconde importantes variações regionais. Estudos epidemiológicos realizados nas duas últimas décadas confirmam taxas mais elevadas em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e de médio porte populacional (Marín-León et al., 2012; Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante, & Mangas, 2012).

Em certas localidades, bem como em alguns grupos populacionais (como, por exemplo, o de indígenas do Centro-Oeste e do Norte, e o de lavradores do interior do Rio Grande do Sul) os coeficientes aproximam-se dos de países do Leste Europeu e da Escandinávia, na casa dos 15-30 por 100 mil ao ano. Vários fatores socioculturais e econômicos parecem se associar a esses altos índices, bem como elevada frequência de sofrimento mental e de uso abusivo de bebidas alcoólicas (Faria, Victora, Meneghel, Carvalho, & Falk, 2006; Marín-León et al., 2012; Oliveira & Lotufo Neto, 2003; Souza, Deslandes, & Garnelo, 2010; Souza & Orellana, 2012; Trapé & Botega, 2006; Waiselfisz, 2001).

Dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações constantes de atestados de óbitos compiladas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (subnotificação) (IBGE, 2006).

Além de sub-registro e de subnotificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (Gotsens et al., 2011). Um estudo recente observou que em países da América Latina, incluindo o Brasil, o número de mortes por suicídio geralmente é superado pelo de mortes de causa indeterminada (Pritchard & Hean, 2008). No município de São Paulo, por exemplo, um estudo revelou que, dentre 496 óbitos de “causa indeterminada”, 11 deviam-se a suicídio e que, mesmo

após esforços empreendidos pelos pesquisadores, 66% dos óbitos continuaram sem causa determinada (Drumond, Lira, Freitas, Nitrini, & Shiba, 1999).

As causas de um suicídio (fatores predisponentes) são invariavelmente mais complexas que um acontecimento recente, como a perda do emprego ou um rompimento amoroso (fatores precipitantes). A existência de um transtorno mental encontra-se presente na maioria dos casos. Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (Bertolote & Fleischmann, 2002).

A incidência de suicídios em hospitais gerais é alta. Estima-se que seja 3 a 5 vezes maior que na população geral (Martelli, Awad, & Hardy, 2010). Ausência de redes de proteção, janelas em andares elevados, falta de preparo ou atenção da equipe, banheiros com trancas, bem como acesso indevido a medicações e a instrumentos perfurocortantes são fatores que aumentam o risco.

Além dos fatores ligados à estrutura ambiental, deve-se considerar que pacientes internados em pronto-socorros e hospitais gerais estão sujeitos a diversas causas situacionais de aumento de ansiedade e depressão, como: reações agudas ao diagnóstico, agravamento de condições clínicas preexistentes, discussões sobre prognóstico, espera por resultados de testes, antecipação de procedimentos temidos ou dolorosos, medo de recorrência após a complexidade de um determinado tratamento e eventuais conflitos com família e equipe.

Há também situações de risco relacionadas à própria doença clínica ou ao seu tratamento, como dor de difícil controle, estados metabólicos anormais, condições que afetam o sistema nervoso central, efeitos adversos de fármacos, interações entre medicamentos e estados de abstinência. No caso de pacientes que estão internados por tentativas de suicídio, a atenção deve ser dobrada (Botega, Cais, & Rapeli, 2012).

Meios de suicídio

Os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo a cultura e segundo o acesso que se tem a eles. Gênero e faixa etária também exercem influência,

entre vários outros fatores. Na Inglaterra e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos, a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por pesticidas (Bertolote, 2012).

Os pesticidas usados nos casos de suicídio são, notadamente, do grupo dos organofosforados, largamente utilizados em alguns países, como China, Sri Lanka e Índia, e de uso proibido na maioria dos países industrializados. Inúmeros países da Ásia, África e América do Sul, de economia basicamente agrária, fazem vista grossa às convenções internacionais que recomendam a proibição desses agentes. Isso resulta na perda de milhares de vidas todos os anos (Bertolote et al., 2006).

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).

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

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

Tentativas de suicídio

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional dessas tentativas. O que temos, em relação ao Brasil, deriva de um estudo realizado sob o auspício da OMS, na área urbana do município de Campinas, em 2003. Nesse estudo, a partir de listagens de domicílios feitas pelo IBGE, 515 pessoas foram sorteadas e entrevistadas face-a-face por pesquisadores da Unicamp. Apurou-se que, ao longo da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. De cada três pessoas que tentaram se suicidar, apenas uma foi, logo depois,

atendida em um pronto-socorro (Botega et al., 2009). Esses dados conformam uma espécie de *iceberg*, pois apenas uma pequena proporção do chamado “comportamento suicida” chega a nosso conhecimento, após o registro de atendimento em um serviço de saúde.

Uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização. Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (Owens, Horrocks, & House, 2002).

O Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), da OMS (WHO, 2002), demonstrou como o registro e seguimento cuidadoso de casos de tentativas de suicídio pode diminuir o número de suicídios efetivados: um total de 2238 pessoas que deram entrada no pronto-socorro por uma tentativa de dar cabo à própria vida foram aleatoriamente divididas em dois grupos, que receberam um dos seguintes tratamentos:

a) uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e seguimento telefônico regular (no momento da alta hospitalar, pacientes eram encaminhados para um serviço da rede de saúde); b) tratamento usual (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para a um serviço da rede de saúde).

Oito países participaram do estudo. No Brasil, Campinas foi escolhida como cidade para a execução do projeto. Ao final de um seguimento de 18 meses, a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior (2,2 e 0,2, respectivamente) (Fleischmann et al., 2008).

É importante ressaltar que os telefonemas periódicos não configuraram tratamento, no sentido estrito. Tiveram como objetivo e foco incentivar e facilitar o atendimento dessas pessoas em uma das unidades da rede pública de serviços de saúde. Talvez a função primordial dos telefonemas tenha sido a construção, com a pessoa, de uma *narrativa* a respeito do que lhe acontecera, para que ela se apropriasse disso. É fácil perder essa dimensão subjetiva na rotina apressada de um pronto-socorro. Frequentemente, a tentativa de suicídio deixa de ser tomada como um marco na trajetória pessoal para se tornar pedaço de uma história a ser esquecida, jogada fora e odiada. A ideia, com os telefonemas, além da manutenção da adesão a um tratamento, era de que a pessoa contemplada pudesse integrar e re-significar essa vivência (Botega, Silveira, & Mauro, 2010).

Considerações finais

Sempre que estatísticas sobre suicídio são apresentadas, alguém se pergunta se elas são mesmo confiáveis. Não haveria casos de suicídio não registrados como tais? Sim, isso é de fato um problema, entre vários outros, quando interpretamos e comparamos esses índices (Mello Jorge et al., 2002).

As cifras constantes neste capítulo são as oficialmente enviadas por países-membro da OMS, ou por um representante dessa instituição comprometido, em dado país, com a prevenção do suicídio. Em muitos países ainda há falta de informação abrangente e confiável sobre a mortalidade por causas externas (entre essas, incluem-se os acidentes de trânsito, os homicídios, os suicídios, as mortes relacionadas a guerras e conflitos civis e as mortes por evento com intenção indeterminada). Há casos em que não é possível abranger a totalidade de mortes ocorridas no país, como o do Sri-Lanka e da China (Bertolote, 2012).

Costuma ocorrer um complicador no caso de mortes violentas: será que foi um acidente, um homicídio, um suicídio? Para a determinação de um suicídio é preciso estabelecer se houve a intenção de morrer, e isso nem sempre pode ser definido inequivocamente. Os trâmites que determinam se uma morte deve-se a um suicídio variam entre os países. Em alguns países há elevada proporção de mortes não examinadas por um serviço de verificação de óbitos. Ademais, pode haver pressão de familiares para que se omita a natureza da morte na declaração de óbito.

No Brasil, numa larga proporção de mortes por causas externas é registrado apenas o modo da morte, não a intenção. Por exemplo, quedas e afogamentos representam 10,9% de todas as mortes por causas externas. Ademais, outra proporção, em torno de 9%, é registrada como mortes com intenção indeterminada. Tais registros costumam mascarar considerável proporção de casos de suicídios,

principalmente entre adultos jovens de sexo masculino. Em países da América Latina, mortes por evento com intenção indeterminada superam o número de suicídios (Pritchard & Hean, 2008). Isso também ocorre no Brasil, com números de 10.353 e 9.852, respectivamente, no ano de 2011.

Apesar dessas ressalvas, o conjunto de dados populacionais aqui resumidos confirma a magnitude desse fenômeno humano. Além do impacto emocional desse tipo de morte, há o impacto dos números. Isso, aliado à frequente associação de suicídios a transtornos mentais, levou a Organização da Saúde a fomentar ações de prevenção, trazendo o suicídio - também - para a arena da saúde pública.

Várias ações podem ser realizadas no âmbito da saúde pública, entre elas: elaboração de estratégias nacionais e locais de prevenção do suicídio, conscientização e questionamento de tabus na população, detecção e tratamento precoces de transtornos mentais, controle de meios letais (redução de armas de fogo, regulação do comércio de agrotóxicos, arquitetura segura em locais públicos) e treinamento de profissionais de saúde em prevenção de suicídio.

Outro aspecto clínico a ser lembrado é que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação desse intento. Por isso, essas tentativas devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta a indicar a atuação de fenômenos psicossociais complexos. Dar especial atenção a uma pessoa que tentou se suicidar é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio.

Suicidal behavior: Epidemiology

Abstract: Brazil is among the ten countries that record the highest absolute numbers of suicides, with 9,852 deaths in 2011. The average coefficient for the period of 2004-2010 was 5.7%. This figure increased 29.5% in the last two decades and is higher for men, elders, indigenous and small and mid-sized population towns. Mental disorders are present in most cases of suicide, especially depression, bipolar disorder, and dependence of alcohol and other psychoactive drugs. A population study revealed that, throughout life, 17.1% of people had suicidal ideation, 4.8% developed a suicide plan, and 2.8% actually attempted it. Giving particular attention to a person who has attempted suicide is a major prevention strategy.

Keywords: suicide, suicide attempt, epidemiology.

Le comportement suicidaire : épidémiologie

Résumé: Le Brésil fait partie des dix pays qui enregistrent le plus grand nombre absolu de suicides, avec 9.852 décès en 2011. Le coefficient moyen pour la période 2004-2010 était de 5,7. Ce chiffre a augmenté de 29,5 % au cours des deux dernières décennies et est plus élevé chez les hommes, les personnes âgées, des autochtones et des petites et moyennes populations. Un trouble mental est présent dans la plupart des cas de suicide, en particulier la dépression, le trouble bipolaire, dépendance de l'alcool et d'autres drogues psychoactives. Une étude de population a révélé que 17,1 % tout au long de la vie ont eu des idées suicidaires, de 4,8 % avait un plan suicide, et 2,8 % ont effectivement tenté de se suicider. Accorder une attention particulière à une personne qui a tenté de se suicider est une stratégie importante pour la prévention de suicide.

Mots-clés: tentative de suicide, suicide, épidémiologie.

La conducta suicida: epidemiología

Resumen: El Brasil está entre los diez países que registran las cifras absolutas más elevadas de suicidios, con 9.852 muertes en 2011. El coeficiente promedio para el período 2004-2010 fue de 5,7%. Esa cifra aumentó 29,5% en las dos últimas décadas, y es mayor en los hombres, los ancianos, los pueblos indígenas y ciudades con población de tamaños pequeño y medio. Un trastorno mental está presente en la mayoría de los casos de suicidio, especialmente la depresión, el trastorno bipolar, el alcohol y otras drogas psicoactivas. Un estudio poblacional reveló que a lo largo de la vida, el 17,1% de las personas tenían ideas suicidas, 4,8% tenían un plan para el suicidio, y 2,8% en realidad un intento de suicidio. Prestar especial atención a una persona que ha intentado suicidarse es una estrategia importante para la prevención del suicidio.

Palabras clave: intento de suicidio, suicidio, epidemiología.

Referências

- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo, SP: Ed. Unesp.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*, 181-185.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., Butchart, A., & Besbelli, N. (2006). Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem. *Bulletin of the World Health Organization, 84*(4), 260.
- Botega, N. J., Cais, C. F. S., & Rapeli, C. B. (2012). Comportamento suicida. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 335-355). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B., Silva, V. F., & Dalgalarondo, P. (2009). Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(12), 2632-2638.
- Botega, N. J., Silveira, I. U., & Mauro, M. L. F. (2010). *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro, RJ: ABP.
- Brasil. Ministério de Saúde. (2013). Estatísticas vitais, mortalidade. Recuperado em 29 de setembro de 2013 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>
- Drumond Jr, M., Lira, M. M. T. A., Freitas, M., Nitrini, T. M. V., & Shihao, K. (1999). Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Revista de Saúde Pública, 33*(3), 273-80.
- Faria, N. M. X., Victora, C. G., Meneghel, S. N., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2006). Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: Association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cadernos de Saúde Pública, 22*(12), 2611-21.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... Thanh, H. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin WHO, 86*(9), 703-709.
- Gotsens, M., Mari-Dell'Olmo, M., Rodríguez-Sanz, M., Martos, D., Espelt, A., Pérez, G., ... Borrell, C. (2011). Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. *Revista Espanhola de Salud Publica, 85*(2), 163-74.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Tábuas completas de mortalidade - 2006. Recuperado em 20 de setembro em <http://www.ibge.gov.br>
- Lovisi, G. M., Santos, A. S., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*(suppl), 86-93.
- Marín-León, L., Oliveira, H. B., & Botega, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004-2010: The importance of small counties. *Revista Panamericana de Salud Publica, 32*(5), 351-359.
- Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). In-patients suicide: Epidemiology and prevention. *Encephale, 36* (suppl 2), D83-91.
- Mello Jorge, M. H. P., Gotlieb, S. L. D., & Laurenti, R. (2002). O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II - Mortes por causas externas. *Revista Brasileira de Epidemiologia 5*(2), 212-213.
- Minayo, M. C. S., Pinto, L. W., Assis, S. G., Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. N. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Revista de Saude Publica, 46*(2), 300-309.
- Oliveira, C. S., & Lotufo Neto, F. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clinica, 30*(1), 4-10.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 181*, 193-199.
- Pritchard, C., & Hean, S. (2008). Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America. Comparison with the 10 major developed countries—A source of hidden suicides? *Crisis, 29*(3), 145-53.
- Souza, E. R., Minayo, M. C. S., & Malaquias, J. V. (2002). Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública, 18*, 673-83.
- Souza, M. L. P., Deslandes, S. F., & Garnelo, L. (2010). Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência Saúde Coletiva, 15*(3), 709-16.

- Souza, M. L. P., & Orellana, J. D. Y. (2012). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 34–37.
- Trapé, A. Z., & Botega, N. J. (2006). Inquérito de morbidade auto-referida e exposição a agrotóxicos. In V. E. Etges & M. A. F. Ferreira (Orgs.), *A produção de tabaco: impacto no ecossistema e na saúde humana na região de Santa Cruz do Sul* (pp. 116-41). Santa Cruz do Sul: Ed. da UNISC.
- Värnik, P. (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 760-771.
- Varnik, P., Sisask, M., Varnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., van der Feltz-Cornelis, C., & Hegerl, U. (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: Developing the 2–20 benchmark. *Injury Prevention*, 18(5), 321–5.
- Waiselfisz, J. J. (2011). *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*. São Paulo, SP: Instituto Sangari & Ministério da Justiça.
- World Health Organization. (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). *Country reports and charts available*. Recuperado de www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

Recebido: 07/10/2013

Revisado: 14/11/2013

Aceito: 24/03/2014