



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

GILIAN CRISTINA BARBOSA

**MORTALIDADE POR SUICÍDIO E SUA DISTRIBUIÇÃO EM ÁREAS DE
ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA CAPITAL DA
REGIÃO NORTE.**

Salvador – BA

2016



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

GILIAN CRISTINA BARBOSA

**MORTALIDADE POR SUICÍDIO E SUA DISTRIBUIÇÃO EM ÁREAS DE
ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA CAPITAL DA
REGIÃO NORTE DO PAÍS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Darci Neves dos Santos

Salvador – BA

2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B238m Barbosa, Gilian Cristina.

Mortalidade por suicídio e sua distribuição em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em uma capital da Região Norte / Gilian Cristina Barbosa. -- Salvador: G.C.Barbosa, 2016.

49 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Darci Neves dos Santos.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Suicídio. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Básica. 4. Saúde Mental. I. Título.

CDU 616.89



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

GILIAN CRISTINA BARBOSA

“Mortalidade por suicídio e sua distribuição em área de abrangência da estratégia saúde da família, em uma capital da região norte”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 17 de junho de 2016

Banca Examinadora:

Darci Neves Santos

Profa. Darci Neves dos Santos – ISC/UFBA

Tânia Maria de Araújo

Profa. Tânia Maria de Araújo – UEFS/BA

Rosana Aquino Guimarães Pereira

Profa. Rosana Aquino Guimarães Pereira – ISC/UFBA

Salvador
2016

AGRADECIMENTOS

À Deus toda minha gratidão pela sua fidelidade, misericórdia e amor.

A minha amada mãe que sempre me incentivou a não desistir e a enfrentar os desafios impostos pela vida.

A minha família pelo apoio e por sempre me ajudarem no cuidado das minhas filhas.

As minhas amadas filhas Maria Clara e Manuella pela compreensão e por entenderem do tempo que a mamãe precisava para “estudar”. Amo vocês filhas!!!

Aos queridos colegas de turma pela amizade e aprendizado.

De forma singular a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins pela oportunidade e financiamento desse mestrado.

Em especial a minha orientadora Prof^a Darci pela sua paciência e dedicação, e pela direção no decorrer deste trabalho e pelo conhecimento compartilhado.

Ainda que um exército me
cercasse,
o meu coração não temeria;
ainda que a guerra se levantasse contra mim,
nisto confiaria.

Salmos 27:3

RESUMO

BARBOSA, Gilian Cristina. **Mortalidade por suicídio e sua distribuição em áreas de abrangência da estratégia saúde da família, em uma capital da Região Norte do País:** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia, 2016.

Mundialmente, em torno de 800 mil pessoas por ano cometem suicídio, representando um caso a cada 40 segundos, alcançando uma taxa de mortalidade de 16 mortes por 100 mil habitantes, observando-se aumento da mortalidade por esta causa na faixa etária entre 15 e 34 anos. No Brasil, o suicídio tem alcançado uma taxa de 5,7 por 100.000 habitantes. Por sua capilaridade e proximidade à população, a Atenção Básica pode tornar-se um dispositivo importante no cuidado de pessoas que, eventualmente, possam cometer suicídio, ampliando a prática do cuidado de uma equipe de saúde da família, pelos desafios da incorporação de ações de saúde mental. Este estudo tem por objetivo, examinar a mortalidade por suicídio conforme sexo e faixa etária no Município de Palmas-TO e a distribuição de óbitos por esta causa, em áreas de atuação da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo ecológico espacial, utilizando óbitos por suicídio coletados na base estadual do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, no período entre 2008 e 2014. Além do cálculo de taxas de mortalidade por sexo e faixa etária, foi realizado o mapeamento dos óbitos por suicídio, segundo áreas de abrangência das equipes saúde da família. O método mais utilizado para a prática do suicídio foi o estrangulamento e sufocamento, responsáveis por 72,85% dos óbitos. Os homens apresentaram maior mortalidade, variando entre 5,15/100.000 habitantes a 10,36/100.000 habitantes. Houve um predomínio desta mortalidade entre os pardos e 24,28% das pessoas que cometeram suicídio, tinham escolaridade precária entre 4 e 7 anos de estudo. Constatou-se que 61,42% dos óbitos, ocorreram em territórios assistidos pelas equipes de saúde da família e 25,71% aconteceram em áreas descobertas. É necessário que as equipes reconheçam a existência do suicídio em seus territórios e os fatores de risco associados a este evento, o perfil destes usuários para intervir neste problema de saúde pública.

Palavras-Chaves: Suicídio, Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica, Saúde Mental.

ABSTRACT

BARBOSA, Gilian Cristina . **Suicide mortality and its distribution in areas covered by the family health strategy , in a capital of the north of the country** : Dissertation (Master of Public Health) . Salvador, Brazil : Federal University of Bahia , in 2016

Worldwide, around 800 000 people a year commit suicide, reaching a mortality rate of 16 deaths per 100,000 inhabitants. The mortality from this cause has increased in the age group between 15 and 34 years. In Brazil, suicide rate has attained 5.7 per 100,000 inhabitants. For its capillarity and proximity to the population, primary care can become an important device in the care of people who possibly might commit suicide, expanding the practice of care of a family health team, to include mental health demands. This study aims to examine the suicide mortality by sex and age in the city of Palmas-TO and distribution of deaths from this cause in areas of Family Health Strategy operation. This is a spatial ecological descriptive study using suicide deaths collected from Mortality Information System - SIM, between 2008 and 2014. The most common method was strangulation and suffocation, accounting for 72.85% of the deaths. Men had higher mortality, ranging from 05.15 / 100,000 inhabitants to 10:36 / 100,000. Amongst those committed suicide 24.28% had poor education between 4 to 7 years of study. It was found that 61.42% of deaths occurred in areas assisted by Family Health Teams and 25.71% of total deaths, occurred in uncovered areas. It is necessary that the teams recognize the existence of suicide in their territory, the risk factors involved and the profile of these users in order to intervene in this public health issue.

Keywords : Suicide , Family Health Strategy, Primary Care , Mental Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	11
3 OBJETIVO GERAL	11
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.....	12
4.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E INTERNACIONAL.....	12
4.3 SUICÍDIO, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA	15
5 METODOLOGIA	19
6 RESULTADOS	21
7 DISCUSSÃO	23
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
FIGURA 1.....	34
TABELA 1.....	35
FIGURA 2.....	36
FIGURA 3.....	37
TABELA 2.....	38
TABELA 3.....	39
FIGURA 4.....	40
FIGURA 5.....	41
FIGURA 6.....	42
TABELA 4.....	43
TABELA 5.....	44
TABELA 6.....	45
TABELA 7.....	46
FIGURA 7.....	47
FIGURA 8A.....	48
FIGURA 8B.....	49

1 INTRODUÇÃO

Considera-se o suicídio um grave problema de saúde pública. Estimativas mundiais da Organização Mundial da Saúde (2014), sugerem que, aproximadamente, 800 mil pessoas cometem suicídio por ano, representando um caso a cada 40 segundos, correspondendo a uma taxa de 16 mortes por 100 mil habitantes (Volpe et al 2006). Contudo, mesmo diante do estigma social que favorece a subnotificação, estima-se que nos últimos 45 anos, o suicídio vem apresentando um crescimento mundial de 60%, segundo a pesquisa de Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Júnior (2013).

Este fenômeno está entre as dez principais causas mundiais de mortalidade, ocupando a terceira posição na faixa etária entre 15 e 34 anos, sendo que esta faixa etária, de acordo com Turecki (1999), contém os maiores índices de aumento desta mortalidade. No Brasil, o suicídio tem respondido pela 3ª causa de morte, perdendo apenas para os homicídios e acidentes e tem apresentando os maiores índices de crescimento na América Latina. (Viana, et al 2007). As mortes por suicídio correspondem a metade de todas as mortes violentas, atingindo aproximadamente 1 milhão de vítimas. Sobre as tentativas, conforme pesquisas de Baptista (2004) e Organização Mundial da Saúde (2000), estima-se uma variação entre 10 e 20 milhões de pessoas acometidas, e para cada tentativa documentada, de acordo com Vidal e Gontijo (2013), é estimado que existam outras quatro que não foram registradas.

Suicídio e comportamentos autodestrutivos, segundo Bastos (1995), são temas discutidos por filósofos, religiosos e escritores em documentos que datam de 1834, definido por Durkheim (2000), como “todo caso de morte provocada, direta ou indiretamente, por um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, a qual saberia o resultado que estaria provocando”. Trata-se, portanto, de um ato intencional, cuja ação da vítima tem como objetivo provocar sua própria morte.

No Brasil, Botega (2006), considera o suicídio como “o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional decorrente da interação de diversos fatores”. Numa perspectiva de saúde pública Moraes (2013), define o suicídio enquanto um “fenômeno social de distribuição irregular na sociedade, distinguindo-se de uma doença”. E segundo o Relatório da OMS “Preventing Suicide: a global imperative”, suicídio é o ato deliberado do indivíduo matar a si mesmo.(WHO,2014)

Trata-se de um estudo descritivo ecológico espacial, utilizando óbitos por suicídio que tem por objetivo examinar a mortalidade por suicídio e sua distribuição em áreas de atuação da Estratégia Saúde da Família.

A relevância deste estudo, deve-se ao crescimento do suicídio observado no Brasil e no mundo. Considerado uma epidemia silenciosa, o suicídio, de acordo com as informações divulgadas no relatório da Organização Mundial da Saúde (2000), tem acometido, principalmente, as pessoas na faixa etária entre 15 e 34 anos, ainda jovens e economicamente ativas. O impacto decorrente do suicídio é difícil de ser mensurado por se tratar de um fenômeno complexo e multifatorial. No entanto, estudos indicam que para cada óbito por suicídio, em média, 6 pessoas são afetadas emocionalmente, social e economicamente, implicando na perda de capital humano mesmo diante de um cenário de globalização e densa tecnologia. Segundo Cerqueira et al. (2007) “no ano de 2001 o Brasil teve um prejuízo de 1,3 bilhões em decorrência do suicídio”.

Outro aspecto relevante, se deve a lacunas importantes na literatura, sobre o suicídio no âmbito da atenção primária atuação das equipes de saúde da família. A maioria dos casos de suicídios, segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), estão relacionados à presença de depressão, transtorno bipolar e uso abusivo de álcool.

De acordo com o Relatório da Organização Mundial da Saúde (2008) sobre a “Integração da Saúde Mental nos Cuidados Primários de Saúde”, aproximadamente 60% das pessoas que procuram atendimento no nível primário de atenção, apresentam também algum transtorno mental, passível de ser diagnosticado e acompanhado. Este achado é importante porque a presença de um transtorno mental incrementa o risco para o suicídio. Neste sentido a Atenção Primária à Saúde, organizada por meio da Estratégia Saúde da Família, assume posição estratégica para a garantia do cuidado integral à saúde destas pessoas e no reconhecimento de potenciais suicidas.

Dados do Ministério da Saúde, segundo a pesquisa de Santos e Siqueira, (2010), indicam que 3% da população brasileira possuem transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresenta transtornos em decorrência do uso de álcool e outras drogas, 12% requer acompanhamento sistemático e/ou pontual, enquanto 13% da população com transtornos mentais ainda não tem acesso aos serviços de saúde. A importância de se conhecer a distribuição e a frequência do suicídio, num território de abrangência da equipe de atenção básica e/ou saúde da família se deve a possibilidade de intervenção no território, a partir da prática de seus atributos primordiais que incluem a sua capilaridade, proximidade e acesso facilitado à população, podendo a atenção primária tornar-se um dispositivo importante no

cuidado das pessoas que, eventualmente possam cometer o suicídio, ampliando a prática do cuidado por uma equipe de saúde da família, para além da lógica do encaminhamento aos níveis secundários de atenção. Caberia, portanto, possibilitar a integralidade do cuidado, conhecer os problemas de saúde mais prevalentes no seu território, e acompanhar o usuário no caminho percorrido em outros níveis de atenção. Embora uma provável incorporação de ações de saúde mental pela equipe de saúde da família, se coloque ainda como um grande desafio, a realização de ações de saúde mental neste nível de atenção, permitiria a identificação e intervenção reduzindo eventualmente a mortalidade por suicídio. A adoção de práticas acolhedoras e humanizadas poderiam incluir o usuário em sofrimento psicológico ou um potencial suicida.

2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Qual a frequência da mortalidade por suicídio no município de Palmas e qual a sua distribuição por áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família?

3 OBJETIVO GERAL

Examinar a mortalidade por suicídio segundo sexo e faixa etária no município de Palmas - TO e a distribuição da ocorrência de óbitos por esta causa em áreas de atuação da Estratégia Saúde da Família, no período entre 2008 e 2014.

3.1 Objetivos Específicos

1. Identificar o número de óbitos por suicídio, registrados no município de Palmas-TO, entre os anos de 2008 e 2014;
2. Determinar a taxa de mortalidade global por suicídio no município de Palmas no período estudado;
3. Determinar a taxa de mortalidade por suicídio neste município segundo sexo e faixa etária;

4. Fazer a distribuição geográfica dos óbitos conforme local de residência, identificando a localização destes eventos conforme as áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Aspectos históricos e conceituais

No estado grego, o suicida era privado de honras fúnebres, por considerar que o indivíduo teria sido fraco e covarde, frente a seus deveres civis; no século XIX, durante a Revolução Industrial, o suicídio era considerado um ato de vergonha e mantido em segredo na família. Juchem, Pureza e Benincá (1999).

Em meados dos anos 50, a Suicidologia enquanto subespecialidade psiquiátrica procura entender este fenômeno como um problema de saúde pública. Desde então as contribuições científicas acerca de explicações do suicídio, incluem estudos bioquímicos, farmacológicos, psiquiátricos e genéticos. Bastos (1995),

Para a Organização Mundial da Saúde (2000), a definição de suicídio parece direcionada à topografia do comportamento quando é mencionada como “um ato deliberado, iniciado e finalizado por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal, sendo a tentativa o ato com resultado não fatal”.

O suicídio é classificado no âmbito da saúde como um tipo de violência auto-infligida (OMS, 2011) e incluído no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como notificação obrigatória, por meio da Portaria nº 104 (BRASIL, 2011). Pelos distintos entendimentos do suicídio ao longo do tempo, é inegável o tabu e preconceito que se conecta ao termo, sendo preciso romper o estigma para que se avance na sua compreensão.

4.2 Cenário epidemiológico nacional e internacional

No ranking mundial, de acordo com a pesquisa de Botega (2015), alguns países apresentam elevada taxa de mortalidade por suicídio sendo, respectivamente, Guiana com 44 óbitos por 100 mil habitantes, Coréia do Norte com 38 óbitos por 100 mil habitantes e, na

terceira, posição aparecem Sri Lanka, Coréia do Sul e Lituânia, com 28 óbitos por 100 mil habitantes.

O coeficiente de mortalidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), apresenta 4 níveis:

- 1) baixo: menor que 5 óbitos por 100.000 habitantes;
- 2) médio: entre 5 e 15/100.000 ;
- 3) alto: entre 15 e 30/100.000
- 4) muito alto: 30/100.000

Um estudo realizado pela Universidade de Warwick na Grã Bretanha, Hamilton College de Nova York e Federal Reserve Bank na Califórnia, demonstrou que as maiores taxas de suicídio acontecem em países considerados felizes. Para a concepção de “felicidade” foram considerados um conjunto de aspectos de natureza material como: moradia, emprego, lazer, dinheiro e vida saudável. Os dados foram coletados nos Estados Unidos e revelou que Utah, avaliado pelas pessoas com 1º lugar em satisfação e qualidade de vida, apresentou a 9ª maior taxa de mortalidade por suicídio, enquanto Nova York, que ficou na 45ª posição no ranking de satisfação e qualidade de vida, apresentou o menor índice de suicídios. Os resultados, encontrados neste estudo revelam uma relação um tanto paradoxal, indicando que em “lugares felizes e com pessoas felizes”, elas tendem a se comparar com outras, sentindo-se maltratadas pela vida, ficando mais vulneráveis à prática do suicídio, enquanto que em “lugares infelizes”, as pessoas procuram ser mais tolerantes, até mesmo em momentos de depressão, e acabam desenvolvendo uma capacidade de superação. (OSWALD et. al, 2011).

Tais achados despertam para uma conexão com o conceito de resiliência. Entendida como a capacidade que o indivíduo demonstra ao enfrentar situações de infelicidades, infortúnios sendo capaz de adaptar-se ou até mesmo de superá-las (Sordi, Manfro e Hauck 2011). De forma complementar ao conceito, verifica-se que o termo resiliência perpassa por aspectos físicos, biológicos e psíquicos. Segundo Pinheiro (2004), no âmbito da física, seu conceito embrionário se refere a capacidade de um determinado material não se deformar, após sofrer um impacto; sendo portanto capaz de retornar a sua forma original.

Iniciativas recentes como o Inventário de Resiliência perante o Suicídio (SRI25) tem sido usado para mensurar fatores que poderiam interferir nos pensamentos e comportamentos suicidas (Galvis et al 2012). O fator de proteção interna refere-se a atributos intrínsecos do indivíduo e suas crenças enquanto a estabilidade emocional indica a capacidade de lidar com os pensamentos suicidas frente a momentos difíceis e estressantes. E finalmente a proteção externa se manifestaria pela busca por recursos sociais para o enfrentamento da ideiação

suicida. Conclui-se que a combinação destes três fatores resultaria em fatores de proteção frente a pensamentos auto destrutivos.

Nos países ricos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), a mortalidade por suicídio em relação ao gênero, atinge principalmente os homens, enquanto naqueles de baixa e média renda os jovens e mulheres idosas apresentam as maiores taxas. Observa-se que 75% das mortes por suicídio, ocorrem em países de baixa e média renda, sendo a ingestão intencional de agrotóxicos, comumente utilizada em vários países, apresenta-se em primeiro lugar, seguida pelo uso de armas de fogo.

Em relação à prevenção do suicídio, a Organização Mundial da Saúde (2012), recomenda restringir o acesso aos métodos utilizados. Sendo necessário a incorporação de ações como: redução do uso abusivo de álcool; identificação precoce e acompanhamento regular e adequado das pessoas com transtornos mentais ou expostas a fatores de risco para o suicídio, bem como qualificação dos profissionais de saúde para a avaliação e cuidado perante comportamento suicida.

O comportamento suicida, conforme observa Meneghel (2004), está relacionado com o aumento da prevalência de transtornos depressivos e do uso e abuso de substâncias psicoativas, bem como mudanças psicobiológicas, decorrentes do início precoce da puberdade, aumento de estressores sociais e ambientais, mudanças nos padrões de comportamentos com o aumento da disponibilidade aos meios suicidas. Mesmo diante do tabu e estigma que ainda envolvem o suicídio, na análise de Bertolote (2013), percebe-se uma valorização do ato e a disponibilidade de modelos suicidas, principalmente pela Internet, por meio de sites que estimulam e disseminam comportamentos perigosos ensinando diversas práticas para o suicídio, favorecendo a sua reprodução.

O Brasil ocupa a 8ª posição no ranking mundial, sendo o 4º país da América Latina com maiores índices de crescimento nas taxas de mortalidade por suicídio, com variação de 4,4 para 5,7 por 100.000 habitantes. O suicídio no Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), tem respondido pela 3ª causa de morte. Quanto à sua distribuição nas regiões brasileiras, segundo estudo de Lovisi et al. (2009), a Região Sul tem apresentado as maiores taxas, com valores de 9,8 por 100.000 habitantes, seguida pela Região Centro-Oeste com 4,9 por 100.000 habitantes, podendo estar relacionada à questão do suicídio entre os indígenas. No Sudeste 4,9 por 100.000 habitantes, Nordeste 4,7 por 100.000 habitantes e Norte com a menor taxa, 4,3 por 100.000 habitantes. Em relação aos métodos mais utilizados, Lovisi et al. (2009), destaca o enforcamento, arma de fogo e envenenamento.

A taxa atual de mortalidade por suicídio entre 15 e 24 anos, segundo estudo de Mello-Santos, Wang e Bertolote (2005), aumentou dez vezes, em relação ao período de 1980 e 2000. Entretanto, uma análise de gênero indica um aumento de vinte vezes para o sexo masculino. Os adolescentes, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), têm sido considerados o grupo mais vulnerável para o suicídio, sendo maior nos meninos jovens. Na Austrália a principal causa de morte entre os adolescentes, segundo Avanci, Pedrão e Costa Júnior (2005), tem sido o suicídio, alcançando uma taxa de 16 mortes por 100.000 habitantes. Outros estudos, segundo a pesquisa de Vieira (2009), apontam que os adolescentes cometem o suicídio geralmente para resolver problemas, fugir de amores não correspondidos e para escapar de relações conjugais e familiares. Os métodos mais utilizados tem sido enforcamento e autointoxicação, indicando a disponibilidade do meio utilizado.

Entretanto, ao revisar o comportamento suicida entre jovens, a pesquisa de Braga, e Dell'aglio (2013), indica os seguintes fatores como predisponentes: idade e gênero; fatores psicológicos, incluindo-se a existência de transtornos mentais; fatores biológicos, como doenças física e orientação sexual; história de suicídio familiar e situações de abuso; fatores sociais, referentes ao isolamento e ao efeito de contágio, provocando atos de imitação do suicídio.

Outros fatores desencadeantes de suicídio, tais como conflitos com os pais, conflitos afetivos e perdas amorosas, problemas acadêmicos e disciplinares são destacados por Pereira (2011) e Pitman (2012). Esses autores apontam ainda, como fatores de risco para esta faixa etária: a origem étnica, baixo nível socioeconômico, residência rural e estado civil solteiro, transtornos mentais e abuso de substâncias.

4.3 Suicídio, saúde mental e atenção básica

Em meados do século XVIII, de acordo com o documento “Memória da loucura” (BRASIL, 2003), as reformas políticas e sociais influenciaram o médico francês Philippe Pinel no reconhecimento da doença mental, entendendo que pessoas com transtornos mentais deveriam ser tratados como doentes e não de forma violenta, contribuindo portanto para a institucionalização dos doentes mentais nos hospitais.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, segundo o documento apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005), surge juntamente com o movimento sanitário nos anos 70, visando mudanças nos modelos de atenção e gestão, os

quais deveriam estar centrados na coletividade, de modo a promover a equidade dos serviços de saúde e a atuação dos trabalhadores e usuários nos processos de cuidado à saúde.

Naquele contexto de intensas mudanças para superação da violência asilar, a desinstitucionalização e a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos se colocaram enquanto grandes marcos da reforma psiquiátrica. Contudo, foi a partir dos movimentos sociais impulsionados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2005), que efetivamente o Brasil conseguiu aprovar a redução gradativa dos leitos psiquiátricos e também, a assinatura da Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005), que viabilizaram a criação de normas federais para a criação de serviços de atenção diária como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossociais), CAPS e hospitais.

No entanto a consolidação do modelo de atenção à saúde mental se deu após a publicação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), a qual assegurava a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Entre os principais aspectos abordados na lei destacam-se: reorientação do modelo assistencial, melhor tratamento sendo preferencialmente serviços de base comunitária, inserção na comunidade, tratamentos menos invasivos, direito da atenção integral, internações como último recurso terapêutico e responsabilidade do estado na implantação de políticas públicas para as pessoas com problemas mentais.

Após a publicação do Decreto 7.508 (BRASIL, 2011), as ações de saúde mental tem sido organizadas a partir da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS. Esta Rede foi instituída a partir da Portaria 3.088 (BRASIL, 2011), tendo como finalidade a implantação, ampliação e articulação dos pontos de atenção destinados ao cuidado às pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool, crack e outras drogas. Os principais objetivos da RAPS, especificados na Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), são: ampliar o acesso à atenção psicossocial e garantia da articulação dos pontos de atenção da rede, para qualificar o cuidado de modo a promover a integralidade.

Quanto aos componentes da RAPS, destacam-se os serviços de atenção, que incluem Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, Equipes de Consultório de Rua, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, abrangendo também os serviços de urgência e emergência. Entre os serviços de reabilitação e desinstitucionalização, estão incluídos na Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, e no âmbito da reabilitação psicossocial incluem-se iniciativas para geração de renda, trabalho, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A transição no modelo de atenção à saúde mental, impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, de acordo com Devera e Costa-Rosa (2007), recebeu grande contribuição da psiquiatria comunitária.

A interface da psiquiatria comunitária com a atenção primária à saúde é evidente, por fundamentarem-se em diretrizes semelhantes com ênfase num território definido, reconhecendo seus condicionantes e determinantes no sofrimento mental, podendo resultar no suicídio, conforme explica Reinaldo (2008):

A psiquiatria comunitária se expressa em uma ação de cuidados em psiquiatria e saúde mental, dirigida à comunidade (geograficamente limitada), bem definida em todas as suas características sociais e demográficas e sua ênfase, está na vigilância desta comunidade (detecção e controle precoce de fatores de risco e de evidências de ordem social que possam causar sofrimento mental) e no acompanhamento dos pacientes sabidamente em sofrimento, estando ou não em tratamento medicamentoso.

Historicamente, segundo Matta e Morosini (2009), foi a partir do Relatório de Dawson em 1920, que atenção primária teve seu embrião concebido, pois Dawson foi o primeiro a idealizar a organização dos serviços de saúde em serviços, primários, secundários, domiciliares e hospitalares. Os serviços primários deveriam ser compostos por médicos generalistas e pessoal de enfermagem, atuar em base populacional, devendo identificar as necessidades de cada região. Apesar das primeiras evidências de uma organização de serviços que apresentavam características básicas da atenção primária, foi somente em 1978 que ocorreu a I Conferência Internacional em Cuidados Primários de Saúde em Alma - Ata surgindo então, a Declaração de Alma – Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978), como ficou conhecida, definindo os Cuidados Primários a Saúde, como “cuidados de saúde que devem ser levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.”

Atualmente a Política Nacional da Atenção Básica instituída pela Portaria Nº 2488 (BRASIL, 2011), traz a seguinte definição:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho

em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família tem apresentado significativa evolução desde a sua implantação. Segundo o Departamento Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013), as equipes saúde da família estão presentes em 5.468 municípios, alcançando uma população de 123.005.036 pessoas, perfazendo uma cobertura de aproximadamente 64% (Competência outubro/2015). Considera-se que os serviços de atenção básica e/ou as equipes saúde da família, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), são os pontos de atenção mais próximos e de maior acesso a população. No entanto, quando analisamos a transição demográfica e epidemiológica que o Brasil tem enfrentado, observa-se fragilidade das equipes de saúde na realização do cuidado prestado, não se efetivando o cuidado continuado. Isto porque ainda predomina um modelo de atenção para as condições agudas e centrado no profissional médico. Nessa lógica, segundo Mendes (2010), os transtornos mentais de longo prazo, podem ser considerados condições crônicas, requerendo o acompanhamento sistemático e aporte regular da equipe de saúde para a manutenção do vínculo entre profissional e usuário.

Portanto, diante deste cenário, o fortalecimento da atenção básica ao incluir ações de saúde mental poderia contribuir para a redução da mortalidade por suicídio, efetivando seus principais atributos como primeiro contato e longitudinalidade, possibilitando diagnósticos precoces, tratamentos adequados e o cuidado continuado, exercitando a integralidade, o que poderia atender as principais necessidades da população. Starfield.(2002).

Outro dispositivo, que pode contribuir para o cuidado em saúde mental e redução dos óbitos por suicídio, no território das Equipes Saúde da Família, são os Núcleos de Apoio a Saúde da Família-NASF. Estes núcleos são compostos por uma equipe multiprofissional, que deve compartilhar práticas e saberes em saúde, no território das equipes às quais estão vinculados. Foram criados a partir da Portaria MS N° 154 (BRASIL, 2008), com a finalidade de aumentar o escopo e abrangência das equipes de saúde contribuindo para ampliar a capacidade de resolutividade da atenção primária.

Entretanto, para a o enfrentamento do suicídio como um grave problema de saúde pública, é necessário ampliar a discussão na coletividade, de forma a minimizar o estigma e o preconceito que envolve o suicídio. Buscando, conforme recomenda a Organização Mundial

da Saúde (2012), estratégias para além da estruturação de uma rede de serviços de atenção à saúde que seja capaz de identificar e reconhecer os fatores de risco, fortalecendo os serviços e qualificando-os para uma resposta mais eficaz ao suicídio.

Por ser um fenômeno tanto social como individual, segundo Diekstra(1989), é necessária a participação não só dos profissionais de saúde e dos leigos, mas também dos políticos e outros responsáveis para conseguir uma redução importante na incidência anual de suicídios e de tentativas de suicídio”.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Ecológico descritivo espacial, utilizando óbitos por suicídio coletados na base nacional (DATASUS) e estadual do Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM no período entre 2008 a 2014.

Contexto do estudo: O Tocantins localiza-se na Região Norte do Brasil, com a melhor cobertura de 93,35% da Estratégia Saúde da Família na região, tendo como capital a cidade de Palmas, com uma população de 265.409 habitantes. Possui IDH - Índice de Desenvolvimento Humano de 0,788. Sua densidade demográfica é de 102,90 hab./Km² e o PIB per capita é de 15.878,91. Apresenta 2.50% da população em extrema pobreza e 22,35% possui plano de saúde. (Nota Técnica, DAB Palmas-2016)

O município de Palmas, conta com 63 equipes de saúde da família, implantadas e distribuídas em 31 unidades de saúde, perfazendo uma cobertura de 89,79% (MS/SAS/DAB e IBGE, competência outubro 2015).

Possui dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um tipo II, localizado na área de abrangência da Unidade Saúde da Família, na Quadra 806 Sul, e o CAPS AD III, em área coberta somente pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Quanto ao indicador de cobertura de CAPS, que permite monitorar o acesso da população com transtornos mentais, encontra-se em 1.16/100.000 habitantes, estando dentro da meta recomendada de 0.77/100.000 habitantes (BRASIL,2015) e conta com um Hospital Geral de alta complexidade, no qual há 11 leitos habilitados para psiquiatria.

População e área de estudo: óbitos por suicídio registrados no período de 2008 a 2014, ocorridos entre residentes do município de Palmas -TO.

Fonte de dados: base nacional e estadual do SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE.

Procedimentos de busca: seleção dos óbitos ocorridos entre residentes do município de Palmas e mapeamento do óbito conforme endereço, para verificar se o local de residência pertence à área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

Após a coleta no Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, os óbitos selecionados foram tabulados em planilha Excel e distribuídos segundo as variáveis selecionadas.

A construção do mapa com a distribuição dos óbitos por suicídio em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, foi realizada por um técnico em edificações que utilizou o Programa AUTOCAD. A partir da planta baixa do município de Palmas foram localizadas as unidades básicas de saúde com suas respectivas áreas de abrangência e após realizado o mapeamento dos óbitos por suicídio conforme o endereço informado na declaração de óbito.

Definição de variáveis:

- a) Óbitos por suicídio a partir da causa declarada como “Lesões Autoprovocadas Voluntariamente” conforme CID – Classificação Internacional de Doenças, códigos X60 a X84;
- b) Métodos utilizados para cometer o suicídio. Retirado da declaração de óbito;
- c) Idade;
- d) Sexo;
- e) Raça, cor;
- f) Escolaridade
- g) Profissão/ Ocupação
- h) Áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família conforme relação, disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde;

As variáveis descritas acima foram retiradas das declarações de óbitos informadas no Sistema sobre Mortalidade – SIM.

Em relação à faixa etária foi utilizado o grupo de idades segundo o IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia.

Análise:

Para o cálculo das taxas de mortalidade, toma-se como numerador o número de óbitos ocorridos por suicídio, para o denominador a população total, segundo as estimativas da população - IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Para o cálculo das taxas de mortalidade segundo sexo e faixa etária, foram utilizados os dados referentes a 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus, sendo possível somente o cálculo para o período de 2008 a 2012.

Foi realizada a caracterização da mortalidade por suicídio, quanto ao sexo, raça, cor, escolaridade, profissão, assim como em relação aos métodos utilizados para cometer o suicídio.

Os óbitos por suicídio foram mapeados segundo o local de residência para identificar aqueles que pertenciam às áreas de abrangência das equipes de saúde da família.

6 RESULTADOS

No Tocantins, ocorreram 530 óbitos por suicídio, no período de 2008 a 2013, sendo observado que, neste período, os 139 municípios tocantinenses apresentaram ao menos 1 óbito por suicídio, indicando a incidência deste fenômeno no estado.(Figura 1).

Em relação a faixa etária que tem apresentado maior mortalidade por suicídio no Estado, destaca-se a faixa etária de 20 a 39 anos, que juntas representaram 52,07% do total de óbitos. (Tabela 1).

Quanto à distribuição segundo o sexo no Tocantins, os resultados indicam que a mortalidade por suicídio é predominante nos homens, chegando, em média, numa razão de 4 homens para 1 mulher neste período.(Figura 2).

Os dados revelaram que 60,18% das pessoas que cometeram o suicídio no Tocantins foram por enforcamento e estrangulamento, seguido pela autointoxicação intencional a pesticidas responsáveis por 10,37% dos óbitos e na sequência estão as lesões autoprovocadas intencionalmente por disparo de outras armas de fogo com 9,62%. (Figura 3).

A taxa de mortalidade por suicídio no Tocantins, tem seguido, praticamente, uma tendência de estabilidade, não apresentando grandes variações. A menor taxa registrada foi no ano de 2009 com uma taxa de 8.71 óbitos/100.000 hab., enquanto a maior taxa foi a de 2008 com 9.42 óbitos/100.000 hab.(Tabela 2).

Na capital do estado, Palmas os resultados indicaram que o grupo de idade que apresentou maior crescimento do número de óbitos durante os anos de 2008 a 2014, foi o grupo de 25 a 39 anos, responsáveis por 58,57% do total de óbitos. (Tabela 3).

Quanto ao sexo, destaca-se a população masculina, com maior mortalidade, chegando, em alguns anos, à proporção de 11 homens para 1 mulher, indicando que os homens residentes na capital, cometeram mais suicídio do que as mulheres. (Figura 4).

Em relação à variável raça/cor, entre os óbitos ocorridos, os resultados indicaram que a raça predominante nas pessoas que cometeram suicídio, foi a parda, com 40 óbitos,

equivalendo a 57,14% do total. Entre os brancos ocorreram 22 óbitos resultando num percentual de 31,42%. Entre os pretos ocorreram somente 5, representando 7,14% do total. Dos 70 óbitos ocorridos por suicídio, 3 não foram identificados quanto à raça, pela incompletude dos dados na declaração de óbitos.

Os métodos de estrangulamento e sufocamento responsáveis por 51 óbitos alcançaram um percentual de 72,85%. Na segunda posição, apresentaram-se as autointoxicações por exposição intencional à pesticidas (CID-10 X68) e as lesões autoprovocadas intencionalmente, por arma de fogo (CID-10 X72), ambos os métodos utilizados em 5 óbitos, perfazendo cada um destes 7,14%. Seguem-se os óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, por meios não especificados (CID-10 X84), respondendo por 4 óbitos e 5,71%. Finalmente a autointoxicação por exposição intencional a outros produtos químicos e substância não especificadas (CID-10 X69) com 2 óbitos; as lesões autoprovocadas intencionalmente por precipitação de um lugar elevado (CID-10 X80) com 02 óbitos e as lesões autoprovocadas intencionalmente por fumaça e chamas (CID-10 X76) com 1 óbito. (Figura 5).

Observou-se que 24,28% das pessoas que cometeram suicídio na capital tinham escolaridade precária, entre 4 a 7 anos de estudos, os que tinham entre 1 a 3 anos de escolaridade, apresentaram o mesmo percentual de 8,57%, em relação às pessoas que tinham entre 8 a 11 anos; e apenas 5,71% tinham mais de 12 anos de estudo, indicando que a mortalidade por suicídio, tem sido mais frequente entre as pessoas com menos anos de estudo. No entanto, 52,85% dos óbitos analisados, não apresentavam nenhuma informação sobre escolaridade ou não constava informação nesse campo, demonstrando a incipiência no preenchimento dos dados. (Figura 6).

A taxa de mortalidade por suicídio em Palmas – TO, é desigual, considerando a profissão, não havendo concentração em um determinado tipo de profissão e/ou ocupação. No entanto, destaca-se a profissão de estudante, responsável por 10 óbitos, sendo compatível com a faixa etária que tem apresentado maior índice nos anos do estudo. Outra ocupação que tem despertado um olhar mais apurado, sugerindo uma relação com o suicídio, tem sido os produtores e trabalhadores agrícolas, provavelmente pela exposição contínua a agrotóxicos, conforme. (Tabela 4).

Em Palmas capital do estado foram registrados 70 óbitos no período estudado e a taxa de mortalidade por suicídio variou de 8,53 para 2,63 óbitos/100.000 hab, indicando uma tendência decrescente. (Tabela 5).

Os dados indicam que o suicídio tem sido um fenômeno que tem acometido, principalmente, a população masculina. A mortalidade masculina por suicídio variou de 5.15/100.000 habitantes em 2011, onde se registrou a menor taxa até 10.36/100.000 habitantes no ano de 2008. Entretanto, entre as mulheres o suicídio tem seguido uma tendência decrescente, variando de 2.05/100.000 para 0.82/100.000 habitantes, entre os anos de 2008 e 2012. (Tabela 6).

Quanto às taxas de mortalidade segundo a faixa etária, os resultados apontam respectivamente as maiores taxas na população entre 50 e 59 anos com 60.56/100.000hab., 30 a 59 anos 30.04/100.00 hab. e 28,32/100.000hab. na faixa etária de 20 a 29 anos.(Tabela 7)

Os 70 óbitos foram distribuídos e mapeados, a partir do endereço, para verificar o pertencimento ou não às áreas de abrangência da estratégia saúde da família. Destes, 43 ocorreram em áreas cobertas, 18 em áreas descobertas, 2 em áreas cobertas somente pelos Agentes Comunitários de Saúde e 7 ocorreram em zona rural, descobertas, não sendo possível o mapeamento. Constatou-se que 61,42% dos óbitos, ocorreram em territórios assistidos pelas equipes saúde da família e 25,71% do total de óbitos aconteceram em áreas descobertas. (Figura 7).

Em relação à distribuição das unidades de saúde e as equipes de saúde da família, verificou-se que na região norte do município estudado, existiam 07 unidades de saúde com 15 equipes saúde da família. A região sul contava com 22 unidades e 48 equipes saúde da família. As equipes que possuíam somente os Agentes Comunitários de Saúde e Policlínica não foram mapeadas.

Quanto à taxa de mortalidade por suicídio nas regiões norte e sul, a (Figura 8A) demonstra que na região norte foi de 32.21/100.000hab, enquanto na região sul a taxa alcançou 46.40/100.000hab. (Figura 8B).

7 DISCUSSÃO

As principais causas de suicídio em Palmas – TO têm sido as lesões autoprovocadas por estrangulamento, arma de fogo e autointoxicação por exposição intencional a pesticidas, representando em conjunto 87,14% do total de óbitos. Chamando atenção as lesões autoprovocadas por enforcamento, que individualmente, correspondem a 72,85%. Os homens entre 25 a 39 anos, geralmente pardos e brancos foram os mais acometidos, correspondendo a 88.56% dos óbitos. A taxa de mortalidade no município caiu de 8.53/100.00 habitantes em

2008 para 2.63/100.000 em 2014, sendo que acima de 60% dos óbitos ocorreram em áreas de abrangência das equipes de saúde da família.

Em relação ao gênero, observa-se que os homens tem sido mais vulneráveis à prática do suicídio, chegando em alguns anos, à proporção de 11 homens para 1 mulher, alcançando uma razão média de 4.8, enquanto a razão mundial varia entre 3.0 a 7.5.(Machado e Santos 2015). Os resultados encontrados convergem com os achados do estudo de Menon et al.(2015), nos quais as mulheres embora realizem mais tentativas de suicídio, empregam métodos menos letais, tornando a mortalidade maior entre os homens. Por outro lado, a baixa mortalidade por suicídio em mulheres, tem sido relacionada a hábitos mais saudáveis, como baixo consumo de álcool e práticas de vida mais flexíveis, adoção de práticas religiosas e pelo exercício de funções importantes durante a vida. As mulheres, segundo a análise de Meneghel et al. (2004), também procuram mais os serviços de saúde reconhecendo muitas vezes sinais e sintomas de depressão.

Quanto à raça, os resultados, apontam que 57,14% das pessoas que cometeram o suicídio em Palmas, eram pardos, fato que pode estar relacionado à miscigenação de raças ocorridas na criação desta capital na década de 90, quando houve intensa migração interna. É possível que este fato tenha favorecido a predominância atual de 55,48% de pardos na capital, 32,00% de brancos e 9,48% de pretos (IBGE 2015), o que poderia justificar a elevada incidência do suicídio entre pardos. No entanto é preciso considerar a influência das desigualdades raciais nas taxas de mortalidade da população. A raça é um importante marcador social que em conjunto com outros marcadores como educação, gênero e renda, tem condições de determinar o acesso e ainda influenciar no grau de risco para alguns agravos e doenças.(Chor e Lima 2005).

Entretanto, no Brasil, de acordo com Borges (2014), a taxa de mortalidade por suicídio entre 2000 e 2012, segundo raça, indicou 14.4/100.00 habitantes para indígenas, seguido de 6.6/100.000 habitantes para brancos e 5.9/100.000 habitantes para pardos.

Dados sobre escolaridade, foram incompletos em 52.85% dos óbitos, prejudicando a robustez da análise. Mesmo assim, observou-se 32,85% com escolaridade precária, inferior a 8 anos de estudo. Achados do estudo de Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Junior (2011), sugerem uma relação entre alta escolaridade e suicídio, considerando que a escolaridade pode possibilitar a independência financeira e abrir caminho promissor para ocupação de cargos que podem ocasionar altos níveis de estresse, o que seria um fator condicionante ao suicídio. Por outro lado, um estudo de Schitman, et al (2010), indica a pobreza enquanto fator

predisponente ao suicídio por ocasionar estresse, instabilidade financeira e ocasionalmente o desemprego.

Quanto à variável profissão e/ou ocupação, os resultados não se concentraram numa categoria específica, mas chama atenção o elevado número de óbitos ocorridos entre estudantes com idades que variaram entre 17 e 32 anos, indicando vulnerabilidade do grupo de jovens e adolescentes. Esses, segundo Cantão e Botti (2014), normalmente sofrem exposição a fatores de risco como: abuso de drogas, conflitos familiares, história de abusos, depressão. Segundo Pereira(2011) a realização de autópsia psicológica, esclareceu dúvidas nas mortes por suicídio, revelando que 90% dos jovens que cometeram suicídio, sofriam de algum transtorno psiquiátrico e que 50%, já sofriam desses transtornos há mais de 2 anos. Outra categoria presente nos resultados, segundo a pesquisa de Pires, Caldas e Recenas, 2005), foi a dos trabalhadores agropecuários, que não tiveram muita representatividade na amostra, mas merecem uma breve análise, pela provável relação entre suicídio e agrotóxicos cuja exposição contínua favorece o aparecimento de transtornos psiquiátricos entre os quais a depressão considerada prevalente nas tentativas de suicídio.

Em relação à ocorrência dos óbitos por suicídio em áreas de abrangência das equipes saúde da família, o estudo demonstrou que 61,42% dos óbitos foram de pessoas residentes nos territórios adscritos a estas equipes, enquanto que 25,71% ocorreram em áreas descobertas. Vale salientar que a cobertura das equipes saúde da família cresceu de 65,41% em 2008 para 89,79% em 2015, demonstrando a hipótese de alguns óbitos entre os anos de 2008 a 2014, terem ocorrido em áreas que eram descobertas e que com essa ampliação da cobertura passaram a pertencer ao território de abrangências das equipes, contribuindo para elevados percentuais de óbitos em áreas cobertas.

Quanto aos óbitos ocorridos na zona rural, foi feito um pequeno recorte onde se analisou o perfil e características semelhantes aos óbitos ocorridos em áreas de abrangência. O sexo masculino foi predominante, reforçando a ideia de vulnerabilidade entre os homens na prática do suicídio. Quanto à faixa etária a maioria tinha entre 25 a 44 anos, configurando uma faixa etária de risco. Observou-se escolaridade baixa entre 4 e 7anos, e muitos dados incompletos referente a esta variável. As ocupações foram diversificadas contemplando: empregado doméstico, pedreiro, produtor agrícola e caseiro. Os métodos mais utilizados para o suicídio foram enforcamento, estrangulamento e sufocação. Os óbitos ocorridos em áreas rurais despertam preocupação pela dificuldade de acesso, bem como pela inexistência de serviços de saúde atuantes na identificação precoce de potenciais suicidas.

A maioria das pessoas que cometeram o suicídio, poderiam ter sido acompanhadas por uma equipe de saúde da família. Considerando esta relação entre suicídio e atenção primária, na perspectiva de pertencimento ao território, a literatura, é insuficiente para comparações. De uma forma aproximada um estudo realizado em Recife, por Paula (2007), buscou identificar o Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, revelando que 73% dos usuários deste serviço residiam em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Isto faz pensar que a presença de transtorno mental, incrementa o risco para o suicídio e de que as equipes de saúde da família poderiam ampliar sua atuação, para além da prática de encaminhamentos aos CAPS ao exercerem um cuidado continuado condizente com a longitudinalidade.

Em relação às taxas de mortalidade segundo sexo e faixa etária, os achados do estudo são concordantes com achados anteriores com maiores taxas na população masculina, chegando a 10.36/100.000 habitantes, enquanto entre as mulheres, a taxa mais elevada foi de no período foi de 2.05/100.000 habitantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo indicaram que, a ocorrência de mais de 60% dos óbitos por suicídio ocorreram em áreas de abrangências das equipes de Saúde da Família, colocando a questão da responsabilidade sanitária perante esse fenômeno, também no âmbito da Atenção Primária. Contudo, o que está preconizado na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, não tem sido suficiente para a percepção do suicídio como um problema de saúde pública, neste nível de atenção. A incorporação das ações de saúde mental por uma equipe de saúde da família, ainda é um grande desafio, sendo necessário o reconhecimento da existência do suicídio no território pela sua distribuição, fatores de risco e perfil destes usuários para intervir neste problema.

Considerando o suicídio como um fenômeno complexo, multicausal e multifatorial, torna-se primordial a articulação das equipes de saúde da família com outros setores, agregando esforços e incrementando a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde, pelo reconhecimento dos condicionantes e determinantes no processo saúde e doença, permitindo que a atenção primária possa exercitar a coordenação e o cuidado em rede.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVANCI, Rita de Cassia; PEDRÃO, Luiz Jorge; COSTA JÚNIOR, Moacyr Lobo da. **Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, Associação Brasileira de Enfermagem v. 58, n. 5, p. 535-9, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a07v58n5.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BASTOS, Othon. Suicídio e depressão. **Neurobiologia**, Recife, v. 58, n. 2, p. 37-44, abr./jun. 1995.

BERNARDES, Sara Santos; TURINI, Conceição Aparecida; MATSUO, Tiemi. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz v.26, n.7 , 2010, vol.26, n.7 p.1366-1372, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000700015>. Acesso em: 16 ago. de 2015

BERTOLETE, João Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, SP: UNESP. 2013.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, Luiza de Lima ; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, RS, UNISINOS , v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822013000100002>. Acesso em: 16 ago. de 2015

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 21 set. 2015

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília,DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 21 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**: define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios,

responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1376576962_Portaria%20104%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 21 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 16 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 16 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**: 2013 – 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Articulação Interfederativa, v. 1)

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf>. Acesso em: 2 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da loucura**.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível

em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura1.pdf>. Acesso em: 21 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL : 15 anos depois de Caracas. **Anais...** Brasília, DF: OPAS, 2005. Disponível

em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: Acesso em: 21 set. 2015

CANTÃO, Luiza; BOTTI, Nadja Cristiane Lapann. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais (1997-2011). **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, MG, Universidade Federal de São João del Rei, v. 1, n. , p. 1262-1262 , jan./mar.

2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/761>>. Acesso em: 22 maio 2016.

CERQUEIRA, D. R. C. et al. **Análise dos custos e consequências da violência no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2007. (Texto para Discussão, 1284). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1284.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2015

CHOR Dóra, LIMA Cláudia Liso de Araújo. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.21 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500033>. Acesso em 02 de ago. 2016.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, SP, Universidade Estadual Paulista, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: < <http://186.217.160.122/revpsico/index.php/revista/article/view/46/88>> Acesso em: 16 ago. 2015

DIEKSTRA. R.F.W. **Suicide and the attempted suicide: An international perspective**. Actas psychiatry. Scand. 1989:80.Geneva. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1989.tb03043.x/pdf>>. Acesso em 07 de ago.2016.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. São Paulo, Martin Claret, 2008. Disponível em: <<http://suicidiosociedade.blogspot.com.br/2011/01/emile-durkheim-e-os-tres-tipos-de.html>>. Acesso em: 9 nov. 2015

GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista de. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional**. Nova Economia, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, maio/ago, p.281-316, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005>. Acesso em: 23 maio 2016.

GALVIS, Fredy Hernán Villalobos, et al. **Adaptación del inventário de resiliencia ante el suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia**.Revista Panamericana de Saúde Pública. Washington.2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300008 . Acesso em 15 de ago. 2016.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=172100&search=tocantins|palmas|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 23 maio 2016.

JUCHEM, E. ,PUREZA, S. , & BENINCÁ, C. (1999). *Suicídio: revisão literária*.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS Hélio. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, ABP v. 31, supl. 2, p. 86-93, out. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007>. Acesso em: 20 set.2015.

MACHADO, Dayane Borges . **Impacto da desigualdade de renda e de outros determinantes sociais na mortalidade por suicídio no Brasil**. Salvador: UFBA, 2014. (Dissertação). Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16329/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DAIANE%20BORGES.%202014.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

MACHADO, Dayane Borges; SANTOS, Darci Neves. Suicídio no Brasil, 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p.45-54, jan./mar.2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045>. Acesso em: 23 maio 2016.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária a Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE FORMAÇÃO JOAQUIM VENÂNCIO; FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Formação Joaquim Venâncio; Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 23 maio 2016.

MELLO-SANTOS, Carolina.; WANG, Yuan- Pang; BERTOLOTE, José Manuel. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, ABP, v. 27, n. 2, p. 131-134, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000200011>. Acesso em: 23 maio 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção. Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v.15, n.5, p. 2297-2305, jan./ago. 2010, . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005> Acesso em: 21 set. 2015.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v.38, n.6, p. 804-810, dez. 2004 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008>. Acesso em: 24 maio 2016.

MENON, V. et al. **As diferenças de gênero entre tentativas de suicídio que frequentam uma clínica Crise Intervenção no sul da Índia.** Ind Psiquiatria J. 2015 Jan-Jun; 24(1):64-69. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525435/>> . Acesso em 07 de ago. 2016.

MINAYO, M. C. (1998). **A autoviolência, objeto da sociologia e problema para a saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz , v. 14, n. 2, p. 421-428, abr./jun. 1998. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csp/v14n2/0120.pdf>>. Acesso em: 24 de maio de 2016

MORAES, Fernando Tadeu. Suicídio, modo de evitar. **Folha de São Paulo.** 14 abr. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/1262328-suicidio-modo-de-evitar.shtml>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

OSWALD. Andrew J. et al. **Dark Contrasts: The Paradox of High Rates of Suicide in Happy Places.** University of Warwick, UK.2011. Disponível em: <<http://www.andrewoswald.com/docs/revjebodalyaprilsuicide2011.pdf> > Acesso em: 04 de ago. 2016.

PAULA, Casiana Tertuliano Chalegre. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 2, n.4-5, p. 94 – 105 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1106/1269>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PEREIRA, Catarina. **Risco suicidário em jovens: avaliação e intervenção em crise.** Logos: Revista do Hospital de Psiquiatria Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, PT, v. 9. n. 1, jun. 2011. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol9N12/Indice11_ficheiros/Pereira_p11-23.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

PINHEIRO, Débora Patrícia Nemer. **A resiliência em discussão.** Psicologia em estudo.V. 9, n. 1, p.67-75.Maringá.2004.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09> >Acesso em 03 de ago. 2016.

PIRES,D. X.; CALDAS,E. D.; RECENA, M. C. P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fundação Oswaldo Cruz, v.21, n. 2, p. 598-604 , mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200027>. Acesso em: 24 maio 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 21 mar. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Brasília, DF: OMS, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primeiro Relatório da OMS sobre a prevenção do suicídio**. Brasília, DF: OMS. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2008**: a atenção primária à saúde, agora mais do que nunca. Brasília, DF: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Pública Ação para a Prevenção de Suicídio**: uma estrutura. Brasília, DF: OMS. 2012. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

PITMAN, Alexandra et. al. Suicide in young men. **The Lancet**, London, . v. 379, n. 9834, p. 2383–2392, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60731-/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60731-/fulltext)>. Acesso em: 14 mar. 2016

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, Escola. Anna Nery de Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 173-178, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a27.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016

RIBEIRO, Liliana Peruche. **Análise funcional sobre relatos de tentativas de suicídio**. Campinas, SP: PUC, 2006. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/145/1/Liliane%20Peruche.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

SANTOS, Élem Guimarães; SIQUEIRA, Marluce Miguel. **Prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira**: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

SILVA, Marcimedes Martins. **Suicídio – Trama da Comunicação**. São Paulo. 1992. Disponível em: <http://entline.free.fr/ebooks_br/00825%20-%20Suic%EDdio%20%20Trama%20da%20Comunica%E7%E3o.pdf>. Acesso em 02 de jul 2016.

SORDI, Anne Orgle; MANFRO, Gisele Gus; HAUCK, Simone. **O Conceito de Resiliência: Diferentes Olhares**. Rev. bras. psicoter. 2011; 13(2): 115-132. Porto Alegre.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000120&pid=S1519-3829201100030001300012&lng=en> Acesso em: 21 set. 2015.

SCHNITMAN, Gabriel et. al. **Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.34, n.1, p. 44-59 jan/mar.2010. Disponível em:< <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/12>>. Acesso em 12 jun.2016.

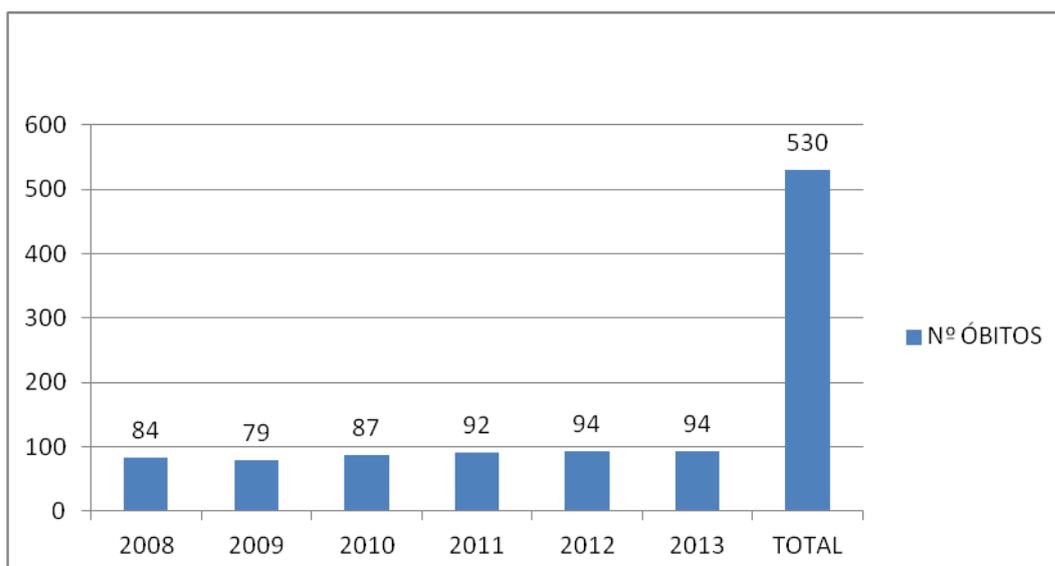
TURECKI, Gustavo. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, ABP, v. 21, supl. 2, out. 1999, p. 18-22.. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600006>. Acesso em: 16 ago. 2015.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, . p. 108-14, 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. ‘Amor não correspondido’: discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v.14, n 5. pp.1825-1834, , nov./dez. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500024>. Acesso em: 20 set. 2015.

VOLPE, F. M.; CORRÊA H.; BARRERO, S. P. Epidemiologia do suicídio. In: CORREA, H.; PEREZ, S. (orgs.). **Suicídio, uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 11-27.

WHO, Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva.2014
Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>
Acesso em 07 ago.2016

Figura 1 – Distribuição dos óbitos por suicídio Tocantins, 2008 /2013

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 1 – Número de óbitos por suicídio segundo faixa etária Tocantins, 2008/2013.

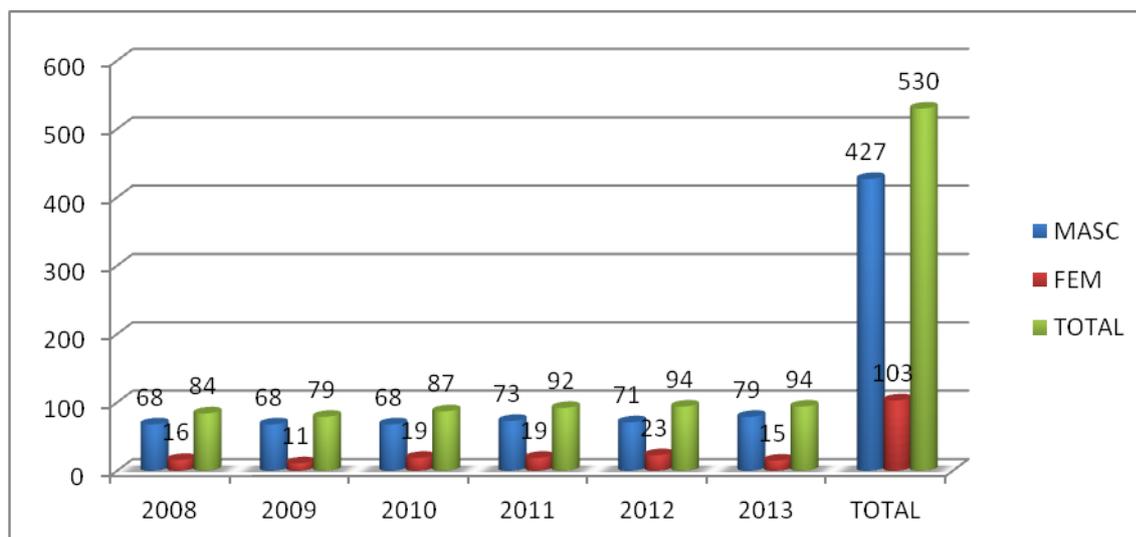
Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
10 a 14	-	01	01	03	-	01	06
15 a 19	09	07	08	06	07	07	44
20 a 29	23	24	24	26	30	26	153
30 a 39	19	22	14	20	24	24	123
40 a 49	09	14	15	13	16	15	82
50 a 59	12	05	10	12	06	09	54
60e mais	12	06	15	05	11	12	68
Total	84	79	87	92	94	94	530

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos

1996: IBGE - Contagem Populacional

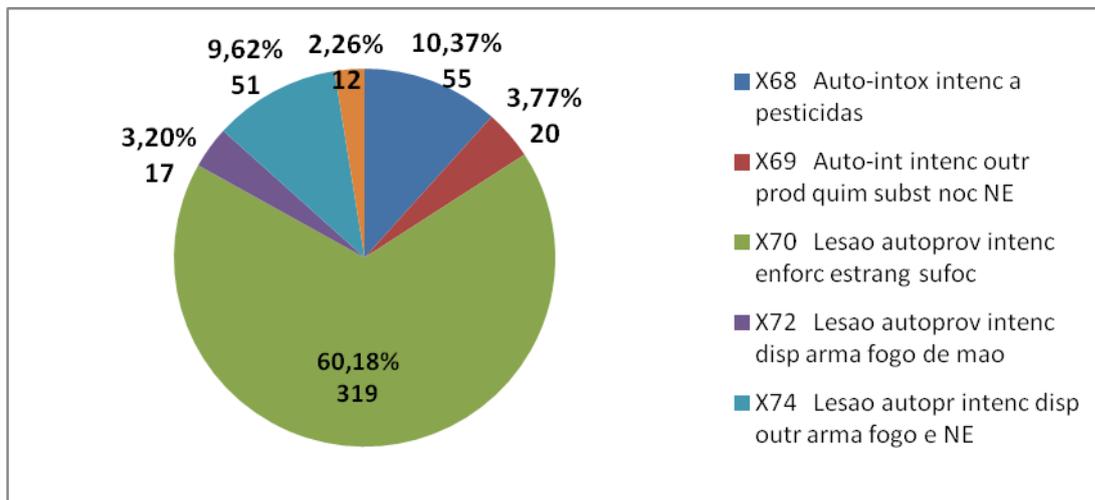
1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Figura 2 – Frequência de óbitos por suicídio segundo sexo, Tocantins 2008/2013

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Figura 3 – Principais métodos utilizados na ocorrência de óbitos por suicídio Tocantins, 2008/2013.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 2 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab., Tocantins 2008/2013

Ano	Taxa de Mortalidade
2008	9,42
2009	8,71
2010	8,82
2011	9,21
2012	9,30
2013	8,93

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos

1996: IBGE - Contagem Populacional

1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Tabela 3 - Número de óbitos por suicídio segundo faixa etária Palmas, 2008/2014.

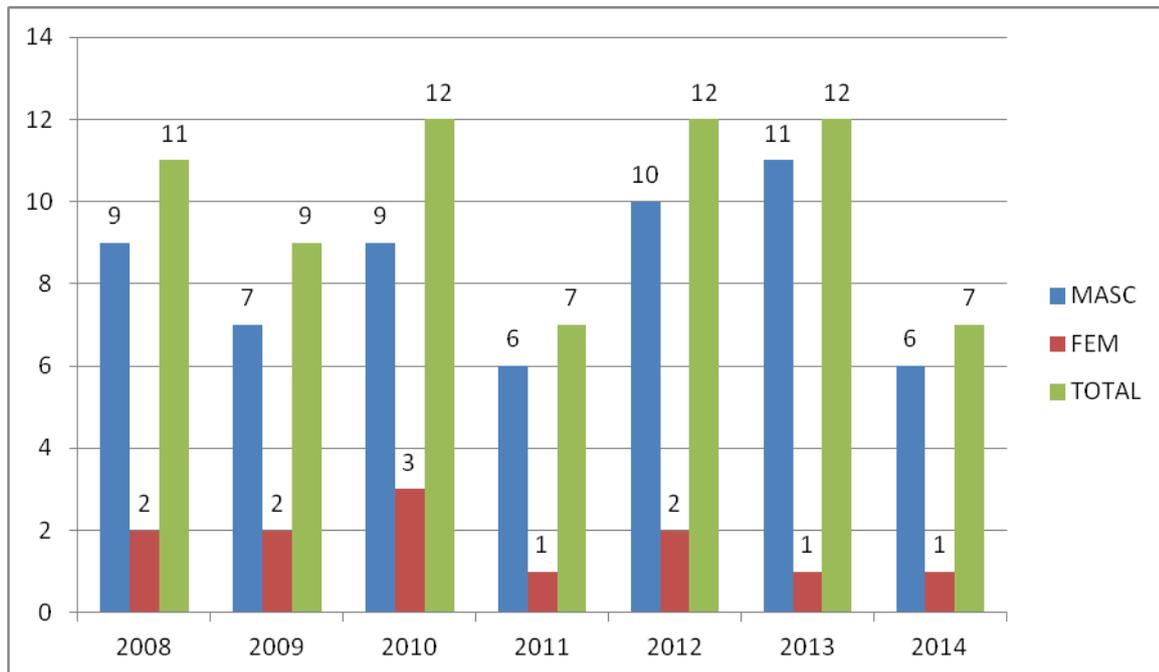
Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
10 a 14	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	02	-	03	01	-	-	-	06
20 a 29	02	05	03	03	03	05	05	26
30 a 39	03	02	01	01	06	-	02	15
40 a 49	01	01	-	-	01	03	-	06
50 a 59	02	02	03	-	02	-	-	09
60 e mais	01	01	01	01	-	04	-	08
Total	11	09	11	07	12	12	07	70

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos

1996: IBGE - Contagem Populacional

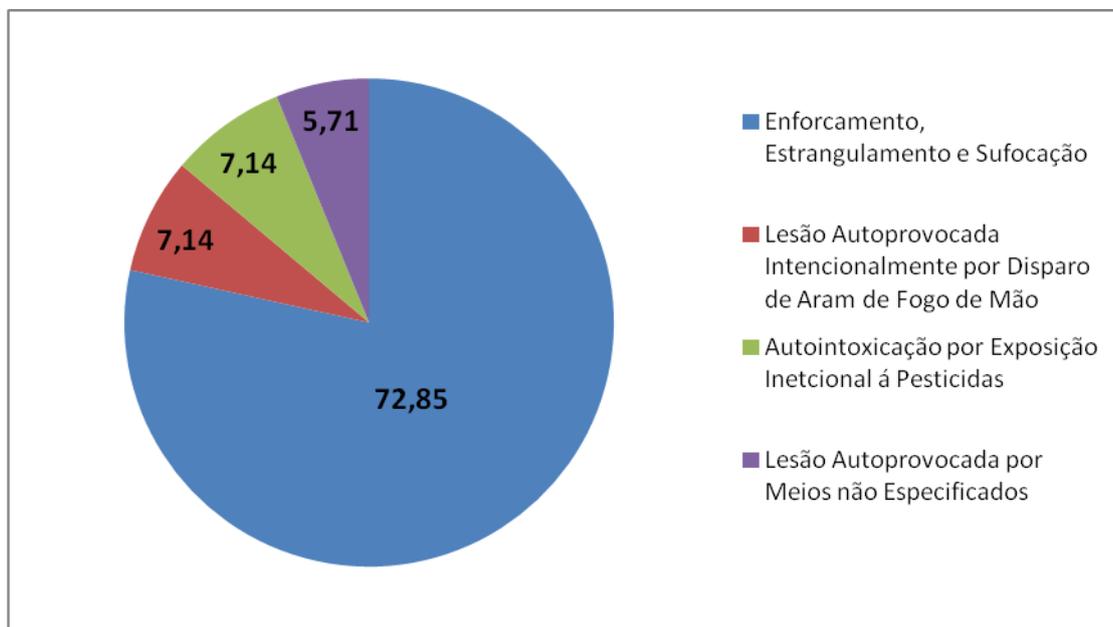
1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Figura 4 – Frequência de óbitos por suicídio segundo sexo, Palmas, 2008/2014.

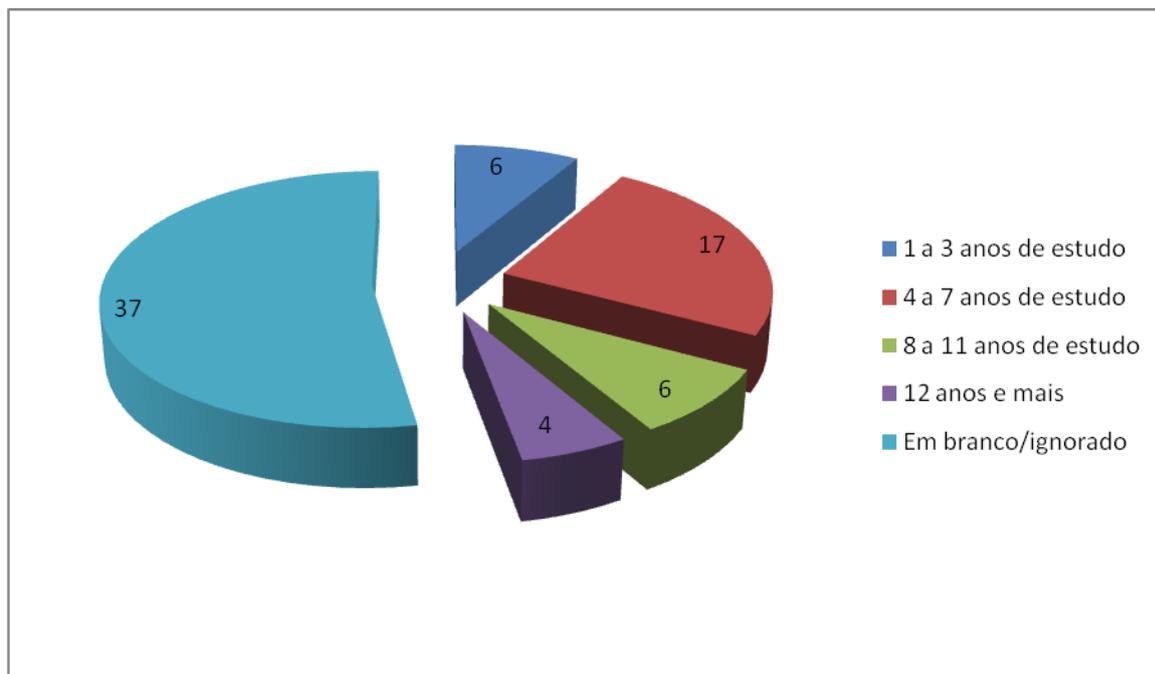
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Figura 5 - Principais métodos utilizados na ocorrência de óbitos por suicídio Palmas–TO, 2008 a 2014.



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

**Figura 6 – Número de óbitos por suicídio segundo escolaridade, Palmas
2008/2014.**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 4 - Distribuição dos óbitos segundo profissão/ocupação, Palmas-TO – 2008/2014

Profissão/Ocupação	Quantidade de Óbitos
Almoxarife	01
Aposentado pensionista	05
Armador de estrutura de concreto	01
Assistente administrativo	01
Auxiliar de escritório em geral	01
Carpinteiro	01
Caseiro	01
Comerciante	01
Costureira	01
Desempregado	01
Dona de casa	04
Empregado doméstico	04
Encanador	01
Estudante	10
Garçom	01
Gari	01
Gerente administrativo	01
Gesseiro	01
Motorista	04
Oficial de justiça	01
Pedreiro	03
Pintor	01
Produtor agrícola/Trabalhador agropecuário	08
Serralheiro	01
Técnico de enfermagem	01
Técnico em manutenção de equipamento de informática	01
Vigilante	02
Total	70

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Tabela 5 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab., Palmas 2008/2014

Ano	Taxa de Mortalidade
2008	8,53
2009	6,76
2010	7,16
2011	4,05
2012	6,75
2013	4,65
2014	2,63

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos

1996: IBGE - Contagem Populacional

1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Tabela 6- Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes, segundo sexo, Palmas 2008 a 2012.

Ano	Taxa de Mortalidade População Masculina	Taxa de Mortalidade População Feminina
2008	10.36	2.05
2009	7.91	1.99
2010	7.97	2.59
2011	5.15	0.84
2012	10.03	0.82

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos

1996: IBGE - Contagem Populacional

1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Tabela 7 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes, segundo faixa etária, Palmas 2008 a 2012.

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
10 a 14 anos	-	-	-	-	-	-
15 a 19 anos	10,60	-	12,75	4,12	-	24,07
20 a 29 anos	4,65	11,54	5,63	5,46	5,31	28,32
30 a 39 anos	8,98	5,62	2,45	2,37	13,86	30,04
40 a 49 anos	5,33	5,14	-	-	3,63	10,91
50 a 59 anos	22,74	21,73	21,40	-	13,45	60,56
60 anos e mais	17,06	16,19	10,02	9,72	-	18,90

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos

1996: IBGE - Contagem Populacional

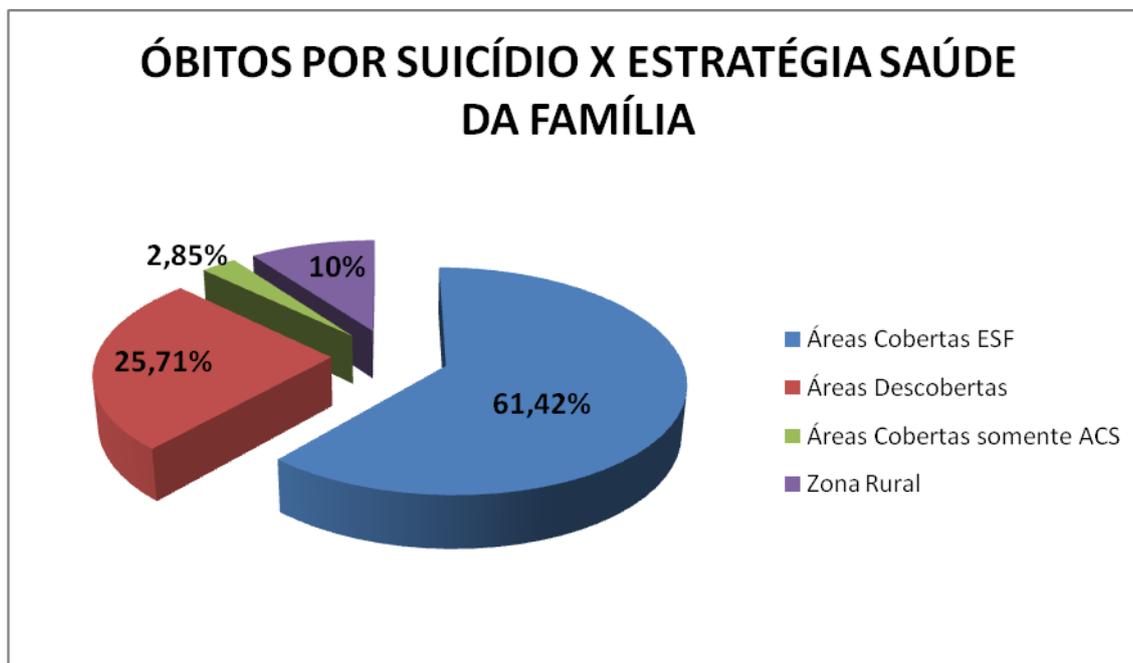
1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Figura 7 - Distribuição dos óbitos por suicídio segundo vinculação às Equipes Saúde da Família, Palmas – 2008 a 2014.



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

Figura 8A - Distribuição geográfica dos óbitos conforme local de residência, nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, região norte de Palmas –TO, 2008-2014.

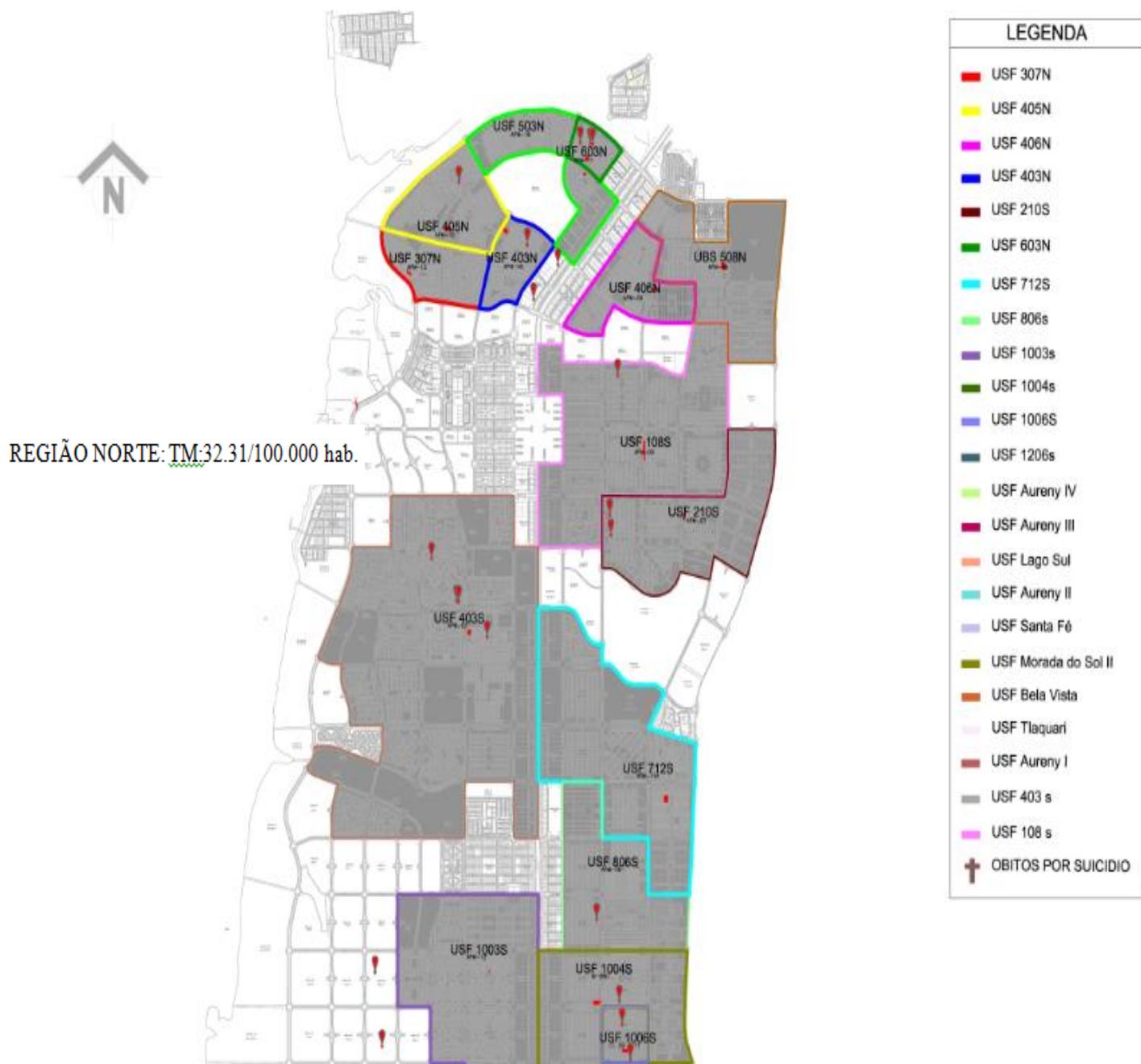


Figura 8B - Distribuição geográfica dos óbitos conforme local de residência, nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, região sul de Palmas –TO, 2008-2014.

