

## **ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA E PSICOLÓGICA SOBRE O SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA – MG, NO PERÍODO DE 2004 – 2008.**

CRISTIANA NELISE DE PAULA ARAÚJO<sup>1</sup>, MARIA LÚCIA CASTILHO ROMERA<sup>2</sup>, PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O suicídio é um fenômeno complexo e representa um sério problema de saúde pública devido aos altos índices de incidência crescentes a nível mundial. A presente investigação teve como objetivo descrever os aspectos epidemiológicos dos casos de morte por suicídio, entre 2004-2008, ocorridos em Uberlândia – MG. Para a realização desta pesquisa foram utilizadas fichas de autópsia, do Posto Médico Legal de Uberlândia-MG, dos pacientes que cometeram suicídio entre os anos de 2004-2008. Foi criado um formulário epidemiológico onde constaram os seguintes itens: gênero, idade, estado civil, profissão/ocupação, procedência, bairro onde residia (localidade), nível socioeconômico, forma de suicídio, data de falecimento e sazonalidade. O processamento dos dados coletados indicou que o perfil do suicida em Uberlândia entre 2004-2008: indivíduos do sexo masculino em sua maioria (73,78%), com idade entre 25-48 anos (51,22%) e predominando os solteiros (43,00%). Quanto à atividade a maioria era do lar (10,90%), residiam no bairro Tibery (6,09%) e a forma mais utilizada para os suicídios foi o enforcamento (60,36%). Os meses de julho e agosto (21,30%) foram os mais frequentes, sendo que os sábados e domingos apresentaram maior prevalência (39,40%). A reflexão psicológica destas taxas, por meio do método interpretativo, revelam não só o aumento das mortes por suicídio, mas também que, no mundo contemporâneo cada vez o mais o espaço é menor para a expressão da dor e da falta, condições inerentes e fundamentais do humano e da humanidade. Ocorre por sua vez a valorização do parecer, de relações

---

<sup>1</sup> discente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, endereço: Av. Pará, 1720 / Campus Umuarama - Bloco 2C - Uberlândia – MG - CEP 38400-902, endereço eletrônico: [crisnelise@yahoo.com.br](mailto:crisnelise@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, endereço: Av. Pará, 1720 / Campus Umuarama - Bloco 2C - Uberlândia – MG - CEP 38400-902, endereço eletrônico: [mluciaro@terra.com.br](mailto:mluciaro@terra.com.br)

<sup>3</sup> docente da Faculdade de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos – Araguari, endereço: Av. Liberdade, 456, Bairro Copacabana – Uberlândia-MG – CEP 200188866-04, endereço eletrônico: [drroberto2003@hotmail.com](mailto:drroberto2003@hotmail.com)

impessoais e virtuais, da tecnologia e da competitividade. Para esta sociedade não basta viver a vida é preciso testar os limites desta, muitas vezes, por meio do suicídio e/ou comportamentos autodestrutivos.

Palavras-chave: suicídio, autodestruição, epidemiologia, psicanálise, Uberlândia.

## ABSTRACT

Suicide is a complex phenomenon and represents a serious public health problem due to high rates of increasing incidence worldwide. The present investigation aimed to describe the epidemiology of deaths by suicide between 2004-2008, occurred in Uberlândia - MG. For this research, were used autopsy records of the Posto Médico Legal of Uberlândia-MG, from patients who committed suicide between the years 2004-2008. It was created an epidemiological record with these items: gender, age, marital status, profession/occupation, origin, city where he lived (town), socioeconomic status, form of suicide, date of death and seasonality. The data analysis indicated that the profile of suicide in Uberlândia between 2004-2008 was: mostly males (73,78%), aged 25-48 years (51.22%), predominantly single men (43%). About the activity, most were housewives (10.9%), and most (6,09%) resided in the neighborhood Tibery. The most used method for suicide was hanging (60,36%). The months of July and August (21.3%) were the most frequent, and Saturday and Sunday had a higher prevalence (39.4%). The psychological reflection by the interpretative method revealed that, not only have the increase in suicide deaths, but also that, in the contemporary even more the period of time is smaller to the expression of pain and miss, inherent and fundamental conditions of human and humanity. Occurs the increase of the value of the "seem", of virtual and impersonal relationships, of technology and competitiveness. To this society is not enough to live life, you need to test the limits, often through suicide and/or self-destructive behaviors.

Keywords: suicide, self-destruction, epidemiology, Psychoanalysis, Uberlândia.

## 1. INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, estudado por várias disciplinas científicas que o percebem de forma, às vezes, antagônica, e outras complementar, como a psiquiatria que entende o suicídio, como um fenômeno individual e em contrapartida as ciências sociais a partir de Durkheim (1982), como um comportamento coletivo (MENEGHEL et al., 2004).

Suicídio é o ato deliberado de se matar, sendo assim, entende-se comportamento suicida como toda ação pela qual o sujeito inflige lesão a si mesmo, considerando os diversos graus de intenção fatal e de consciência da verdadeira razão dessa ação. Esta noção permite conceber o comportamento suicida como um *continuum* que inicia com pensamentos de autodestruição, passa das ameaças e gestos às tentativas de suicídio e, finalmente, consoma o ato suicida (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Corroborando com este conceito, Stuart e Laraia (2002) afirmaram que o comportamento suicida é dividido em três categorias:

- Ameaças de suicídio: onde a pessoa manifesta a possibilidade de tentar o suicídio por meio de advertências que podem ser verbais ou atitudes.
- Tentativas de suicídio: por meio de ação autodirigida, que poderá conduzir à morte caso não seja interrompida.
- Suicídio: o qual pode ocorrer caso as advertências sejam ignoradas.

Para os autores anteriormente citados e Kaplan e Sadock (1993), as pessoas que tentam o suicídio não almejam se matar, mas o mesmo pode representar uma forma como o sujeito lida com o intenso sofrimento. Sendo assim, suicídio não é um ato randômico ou sem finalidade.

Herrmann (1976) considera a tentativa de suicídio como um gesto que tanto remete à manifestação da liberdade humana em seu limite extremo como à autodestruição. Podemos efetivar a conjugação destes dois sentidos para pensar que tal ato, dentre outros significados, personifica no suicida a destrutividade humana presente na sociedade. Para o autor anteriormente referido o suicídio é, ao mesmo tempo, uma decisão e um sintoma.

Portanto, o ser humano se encontra em um universo com limites tênues entre a vida e a morte. Neste contexto, tanto a vida como a morte podem nos dizer muito acerca da humanidade, da mesma forma que o suicídio. É neste sentido, que pretendeu-se que o presente estudo, para além da epidemiologia, fosse tratado em uma perspectiva psicológica. Ou seja,

buscou-se um estudo das representações suscitadas pelo levantamento estatístico próprio à abordagem epidemiológica.

O ato suicida, como forma de manejar as dificuldades, propicia repercussões preocupantes, à medida que, segundo Kalina e Kovadloff (1983), quando um sujeito comete o suicídio, padecem com ele a proposta da sua família, de um grupo, de uma comunidade e de uma sociedade. O ambiente do qual fazia parte a pessoa suicida, passa a conviver com o significado que pode ser dado a este ato na direção de falência, incompetência, inabilidade e outros. Isto aponta a existência de uma profunda relação entre o sujeito que comete suicídio, a família deste e, por conseguinte, a sociedade na qual estava inserido. Assim, é possível reconhecer que a sociedade pode contribuir para o aumento do suicídio e das categorias de comportamentos nele implícitas. Uma sociedade altamente competitiva, onde o que importa é ter e vencer, contribui para sentimentos onipotentes e seu contraponto, a menor valia.

Além disso, a cultura cada vez mais valorativa da simulação onde o que importa é a aparência e, às vezes nem mesmo isso, mas o parecer resulta em relações desubstancializadas, e que não facultam sustentações sólidas para o enfrentamento dos momentos difíceis na/e da vida.

A sociedade contemporânea tem vivido a recusa dos valores, da angústia substantiva, da dependência dos outros, dos limites humanos e da incompletude humana. Sob o disfarce de um Eu único e absoluto capaz de suprir todas as suas necessidades. As pessoas vivem, hoje, uma verdadeira alienação da incompletude humana, e em meio a extrema violência, ganham forças as tecnologias, as drogas, as relações virtuais e os comportamentos autodestrutivos em geral como negação da fragilidade psíquica que constitui o homem. Buscando fugir da dependência substantiva do ser humano, este recorre à dependência do trabalho, do dinheiro, da pornografia e da química. Tal dependência tem tido como desdobramento os comportamentos autodestrutivos e suicidas (ROMERA; TORRECILLAS, 2000).

Na contemporaneidade, ganha ênfase identificar fatores de risco como questões relacionadas à autodestruição (FENSTERSEIFER; WERLANG, 2006). Tais como: depressão, desesperança, uso e abuso de substâncias (dependência química), pânico, agressão, terrorismo, corrupção e presença de uma dor psicológica insuportável, caracterizada por Shneidman (2004) como emoções negativas, podem conduzir o indivíduo ao suicídio.

Os fatores que são mais prevalentes dentro de cada grupo etário são de acordo com Beautrais et al. (2005): no grupo adulto jovem (15-35 anos) tendem a ser influentes problemas

de infância e de estresse, dentre estes as pessoas mais propensas a cometer suicídio são do sexo masculino com problemas familiares e sociais, história de tentativas prévias de suicídio e presença de transtornos de humor; para os adultos (35-60 anos), o gênero masculino com problemas mentais (principalmente transtornos de humor) e história de hospitalização psiquiátrica é o mais acometido; por fim, entre os idosos, fatores como depressão e histórico de internação psiquiátrica são as que apresentam mais risco para cometer suicídio.

O impacto econômico do suicídio pode ser estimado em termos de DALYs (*disability-adjusted life-years*, ou anos de vida ajustados às limitações). Sob o ponto de vista deste indicador, em 1998 o suicídio gerou 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo igual ao das guerras e homicídios, aproxima-se do dobro do custo do diabetes, e também é comparável ao custo do trauma e asfixia neonatais (OMS, 2000).

O suicídio é avaliado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) como problema de saúde pública, pois se estimou que no ano 2000 aproximadamente um milhão de pessoas cometeu suicídio no mundo. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo e a cada 3 segundos ocorre uma tentativa de suicídio. O suicídio é uma das dez causas de morte mais frequentes em todas as idades e em todos os países, estando entre as três principais causas de morte entre pessoas com faixa etária entre 15-35 anos, perdendo apenas para os acidentes de trânsito e homicídios. Segundo Mello (2000), estimativas revelaram que para cada suicídio ocorreram pelo menos dez tentativas relevantes que necessitavam de atenção médica, e de cada tentativa de suicídio registrada existiram pelo menos quatro não conhecidas.

Segundo Cassorla (1994), a mortalidade por suicídio no país é sabidamente subestimada, devido às inúmeras causas que levam uma pessoa ao ato suicida, que pode ser consciente ou inconsciente, e que assim, fazem com que as pessoas se matem de maneira que podem ser interpretadas nos exames *pós-mortem* como assassinatos, causas naturais, acidentais, e não propriamente como um comportamento autodestrutivo intencional.

No Brasil, o problema também é preocupante, conforme Souza; Minayo e Malaquias (2002) observaram um aumento de 35,5% na taxa de mortalidade por suicídio entre jovens de 15 a 24 anos nas principais capitais brasileiras nos anos de 1979 e 1998.

Em relação à idade, o suicídio entre os jovens vem aumentando ao longo dos anos. De acordo com Abasse et al. (2009) estamos assistindo a um aumento concomitante da violência por homicídio e por suicídio na faixa etária entre 15 e 39 anos.

Os idosos (mais que 65 anos) e os jovens (15-30 anos) são considerados pela OMS (2000), como grupos etários de alto risco para suicídio, sendo que pesquisas recentes sugeriram um aumento nas taxas de suicídio em homens de meia-idade.

Em relação ao sexo, na maioria dos países, os homens apresentam uma frequência de suicídio três vezes maior do que as mulheres. Sendo que esta relação é constante nas diferentes faixas etárias; no entanto, a possibilidade de cometer tentativas de suicídio é de três a quatro vezes maior para o sexo feminino (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Não existem dados estatísticos sobre as formas de suicídios no mundo apenas valores isolados em alguns países. Nos EUA predomina o uso da arma de fogo sobre o enforcamento, enquanto no Brasil ocorre o inverso (KRUG; POWELL; DAHLBERG, 1998).

De acordo com o sistema de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), o percentual dos óbitos por suicídios relacionados ao gênero e os métodos utilizados no Brasil e regiões, de 1996 a 2002, foram de 43,8% por arma de fogo, 34,1% por enforcamento e 15,2% por medicamentos e substâncias biológicas entre o sexo masculino, e 41% por enforcamento e estrangulamento, 19% pesticidas e produtos químicos e 14% por armas de fogo entre o sexo feminino. Dessa maneira pode-se perceber que o gênero masculino procura métodos mais letais de suicídio que o gênero feminino (D'OLIVEIRA, 2005).

É importante ressaltar que o Brasil é um país de tamanho continental, onde peculiaridades regionais podem mostrar realidades diferentes, como no caso do Rio Grande do Sul (MENEGHEL et al., 2004) e no extremo oeste de Santa Catarina, onde houve prevalência semelhante de enforcamento tanto pelo sexo feminino, quanto masculino (76% para homens e 73% para mulheres no extremo oeste de SC e 62% de média geral no RS). Portanto, é provável que aspectos culturais e antropológicos estejam envolvidos na forma preferencial de suicídio (SCHMITT et al., 2008).

Segundo a OMS (2000), o suicídio pode estar associado a algumas atividades ocupacionais, como veterinários, farmacêuticos, dentistas, médicos e fazendeiros têm uma taxa mais alta de suicídio. Não existem explicações óbvias para este achado, embora o acesso a meios letais, pressões no trabalho, isolamento social e dificuldades financeiras, possam ser razões.

Ao contrário dos homicídios, os suicídios não mostram aumento progressivo das taxas relativas à diminuição do nível socioeconômico. Dentre as condições socioeconômicas, não se observou maior incidência entre os extremos, percebeu-se ocorrência praticamente equivalente das estatísticas sobre a ocorrência suicida entre os menos e os mais favorecidos socialmente (KASTEMBAUM, 1983).

Contudo são raros, apesar de necessários, estudos refletindo acerca da mortalidade por suicídio segundo nível socioeconômico para proporcionar maior entendimento sobre a variedade de fatores determinantes e para subsidiar programas de prevenção (LEWIS; SLOGGETT, 1998).

Os coeficientes de mortalidade mais elevados no Rio Grande do Sul são apresentados pelas pessoas viúvas e aquelas que trabalham na agropecuária e na pesca (MENEGHEL et al., 2004). Segundo um estudo descritivo realizado por Rocha et al. (2007), o suicídio em Belo Horizonte, entre 2004 e 2006, predominou entre solteiros (61,12%).

Neste contexto complexo é que encontramos justificativa para nossa pesquisa: por representar um sério problema de saúde pública devido aos altos índices de incidência mundial, o suicídio exige atenção, mas sua prevenção e controle, infelizmente, são tarefas difíceis de serem alcançadas.

Este trabalho se justificou pela necessidade de uma abordagem multiprofissional para melhor analisá-lo, num esforço conjunto de diversas áreas do conhecimento, e, pelo fato do suicídio ser uma das principais causas evitáveis de morte no mundo. Entretanto, até o momento, inexistem estudos sobre o tema no município Uberlândia-MG, que ofereçam subsídios visando medidas principalmente preventivas e também remediativas no sentido de atenção à família do suicida.

O objetivo desta pesquisa foi descrever, em uma perspectiva interdisciplinar, os aspectos epidemiológicos dos casos de morte por suicídio entre 2004 a 2008, ocorridos em Uberlândia – MG, com ênfase nas diferenças entre gênero, faixa etária, formas de suicídio, ocupação/profissão, nível socioeconômico, estado civil e sazonalidade. A partir disso, promoveu-se uma compreensão das condições de possibilidade dos atos suicidas e analisou-se psicanaliticamente a lógica destas mesmas condições.

Por meio do estudo da série histórica, foi obtida a reta de tendência que evidenciou uma projeção e estimativa de casos futuros deste ato. Como sugere Cassorla (1994), o tema muitas vezes necessita de uma atitude compreensiva e uma intervenção criativa por ser um

fenômeno rico e complexo. Assim, pretendeu-se com este trabalho, fornecer subsídios que servirão de referência para pesquisas futuras na área, bem como sirvam de auxílio para a construção de políticas públicas de prevenção às tentativas de suicídio por meio da identificação dos grupos de risco.

A Portaria N°1.876, de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde, instituiu diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, por: considerar o fenômeno do suicídio um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido; avaliar a importância epidemiológica do registro das mortes e tentativas de suicídio e reconhecer a necessidade de promoção de estudos e pesquisas na área de prevenção do suicídio.

Pesquisas mostraram que a prevenção do suicídio é uma atividade possível, mas apresenta resultados a longo prazo e envolve uma série de atividades, que variam desde a melhoria das condições de vida para a criação das crianças e dos jovens, ao tratamento mais efetivo dos transtornos mentais, a capacitação de profissionais para assistir os diferentes grupos etários indo dos aspectos curativos e da organização de assistência efetiva, até o controle dos fatores de risco ambientais. A divulgação adequada da informação e a conscientização são princípios fundamentais para o sucesso de programas de prevenção do suicídio (OMS, 2003).

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Em sintonia com a busca de atingir as metas almeçadas por estas diretrizes, esta pesquisa se projetou com uma metodologia típica das pesquisas quantitativas epidemiológicas, mas procurando alcançar os sentidos advindos dos levantamentos feitos e dos contextos onde o fenômeno suicídio se configurava. Por meio da interpretação psicanalítica colocou-se em diálogo a pesquisa quantitativa e a qualitativa. Herrmann (1999), fundador da Teoria dos Campos, define método psicanalítico como ruptura de campo que ocorre quando se rompe com o sentido estabelecido pela rotina, desvelando uma nova representação insuspeita, sendo a interpretação o processo pelo qual se chega a ruptura de campo. É desta forma que buscou-se outros sentidos para o tema estudado alcançando aquilo que não consegue se ver num primeiro instante.

Para a realização desta pesquisa, foram utilizadas fichas de autópsia do Instituto Médico Legal de Uberlândia-MG de pacientes que cometeram suicídio entre os anos de 2004

a 2008. Para realização do estudo longitudinal foi criado um formulário epidemiológico onde constaram os seguintes itens: idade, gênero, bairro onde residia (localidade), nível socioeconômico, estado civil, profissão/ocupação, forma de suicídio, data de falecimento, sazonalidade, a ser preenchido conforme a descrição das fichas de autópsia do paciente. Sendo que a pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa protocolo registro CEP/UFU 150/09.

Tal estudo foi realizado no município de Uberlândia, localizado na região do Triângulo Mineiro, na porção sudoeste do Estado de Minas Gerais (IBGE, 2007). Possui área total de 4.115,09 km<sup>2</sup>, sendo que 219,00 km<sup>2</sup> são ocupados pela zona urbana e 3.896,09 km<sup>2</sup> pela zona rural. (SILVA, 2003). Com uma população de mais de 600 mil habitantes é a maior cidade do interior mineira, a sua economia fundamenta-se nas agroindústrias que constituíram na região um relevante centro industrial, mas destaca-se também o setor de serviços.

Segundo Rosado, Rossato e Lima (2009) a microrregião de Uberlândia apresentou uma das piores condições de moradia, de infraestrutura de saúde, e em contrapartida, os melhores níveis referentes à industrialização e urbanização, quando comparada a demais microrregiões de Minas Gerais no ano 2000.

Para classificação dos suicídios foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) dentro do capítulo de causas externas de morbidade e mortalidade.

A partir da análise estatística, foi calculado o coeficiente anual de mortalidade para classificação do suicídio na cidade entre faixas previamente definidas pela OMS (baixa, média e alta). Os dados populacionais foram obtidos a partir dos valores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi calculada a reta de tendência para o suicídio no período estudado. Foram realizadas correlações estatísticas dos valores obtidos (SNEDECOR; COCHRAN, 1971). Um mapeamento da lógica de produção das ações suicidas foi delineado durante o percurso investigativo, dentro da perspectiva psicanalítica-interpretativa.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O número de mortes por suicídio em Uberlândia, entre 2004 e 2008, foi de 164. sendo que a população total da cidade variou de 570.042 a 622.441 habitantes para o período de

2004 a 2008. É uma população em crescimento, que tem apresentado taxas crescentes de suicídio, servindo como alerta para a sociedade no sentido da aplicação de políticas de prevenção dessa forma de violência. Uma cidade com tal desenvolvimento precisa estar alerta não apenas para a qualidade de vida de seus moradores mas para a própria condição de subsistência. Há uma escalada de industrialização regional em uma cultura que até três décadas atrás se circunscrevia no âmbito da cultura rural. Uma revolução de costumes se fez notar e as exigências consequentes podem ser fatores de desequilíbrio identitários. É necessário atentar para as políticas de infraestrutura de saúde e moradia do município no sentido de adequá-las à nova realidade.

O coeficiente de suicídio dos casos procedentes da cidade de Uberlândia em 2004 foi de 3,86°/0000, em 2005 de 6,83°/0000, em 2006 de 4,66°/0000, em 2007 de 6,08°/0000, em 2008 de 5,94°/0000 e a média dos índices de suicídio de 2004-2008 foi de 5,49°/0000 (Tabela 1).

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio em Uberlândia/MG, 2004-2008.

ANO	Nº CASOS	POPULAÇÃO	TAXA (100.000 hab.)
2004	22	570.042	3,86
2005	40	585.262	6,83
2006	28	600.368	4,66
2007	37	608.369	6,08
2008	37	622.441	5,94
Total	164	2.986.482	5,49

Segundo OMS (2003) a classificação da mortalidade por suicídio os coeficientes inferiores a 5/100.000 são considerados baixos, entre 5/100.000 e 15/100.000 são médios, entre 15/100.000 e 30/100.000 são altos e acima de 30/100.000 são muito altos. Baseando-se nesse critério de classificação a mortalidade por suicídio em Uberlândia, nos anos de 2004 e 2006, encontra-se com índices inferiores a 5/100.000 considerados baixos. Os índices em 2005, 2007 e 2008 foram considerados médios, com valores situados entre 5/100.000 e 15/100.000. Sendo que a média dos índices de suicídio encontrados no período de 2004 a 2008 foi um índice médio, 5,49°/0000. Em Uberaba, cidade localizada também no Triângulo Mineiro, Silveira (2010) encontrou índices médios para o suicídio entre os anos de 1996 e 2006. No Rio Grande do Sul índices semelhantes foram obtidos por Meneghel et al. (2004) para o período de 1980 a 1999 (média de 10,2°/0000), o que apontou este estado como o de maior incidência no país. Assim, a média dos índices de suicídio encontrados em Uberlândia

deve ser considerada relevante e preocupante por estar no mesmo intervalo do estado que possui os índices mais altos do Brasil.

Herrmann (2001) descreve o ato puro, processo em que pensamento se funde ao ato, quando o pensamento não consegue compreender minimamente seu mundo. Isto é, o pensamento deixa de desencadear o ato invertendo esta lógica. Os atos no cotidiano passam a ser automáticos, autorepresentativos e autodemonstrativos. O suicídio como decisão súbita é paradigmático do ato puro. O contexto em que ocorre o suicídio é um mundo violento e individualista regido por esta forma de pensamento em ato. Isto nos leva a crer que o suicídio não é um fato isolado mas expressivo ou representativo da mentalidade social. No mundo da invisibilidade e da exclusão, para fazerem-se visíveis os atos têm que ser de uma radicalidade que abale o anestesiamiento reinante.

No que tange aos bairros onde as pessoas vítimas de suicídio residiam, o bairro que mostrou taxa mais elevada para o suicídio foi o Tibery (6,09%). Segundo Santos e Ramires (2006) Uberlândia é dividida em setores como: Setor Central, Norte, Sul, Leste e Oeste. O Setor Leste, onde está localizado o bairro Tibery, possui características espaciais heterogêneas, com bairros que apresentam vários problemas de infraestrutura, de segurança e falta de equipamentos. Composto por um mosaico de bairros com poder aquisitivo mais elevado, conjuntos habitacionais, assentamentos urbanos e grande área de vazios urbanos, como o bairro Tibery que apresenta configuração espacial diversa. Este bairro é provido de equipamentos urbanos como Parque do Sabiá (área de proteção permanente), o Center Shopping e o Estádio Municipal João Havelange, que valorizam a área, e simultaneamente, apresenta problemas de saneamento básico, más condições de pavimentação da malha urbana e por estar localizado às margens da BR-050 há muitos problemas com prostituição, tráfico de drogas e banditismo. Sendo que tal bairro se localiza na região mais periférica de Uberlândia e apresentou ocorrências de homicídios bem elevadas. Essa configuração demonstra que o maior índice de suicídio neste bairro pode estar relacionado à insegurança vivida pela população diante da violência física, econômica, social e política.

Em nível psicológico, ou seja, a partir da lógica dos sentidos humanos, toma em consideração a própria lógica das relações que se estabelecem no momento atual entre as pessoas e entre a vida e a morte.

De acordo com Herrmann (1976) a tentativa de suicídio não deve ser considerada como um mero sintoma tal como se fosse uma patologia individual merecedora de soluções

individuais. Deve-se circunscrever esse sintoma como gesto que denuncia um regime autoritário da cultura no sentido de ter que conformar todos em uma mesma égide de valores. As desigualdades são escamoteadas e os sujeitos sentem-se a mercê dos desatinos e da violência e ao mesmo tempo sentem-se desautorizados na sua percepção já que “vende-se” a impressão de todos terem igualdade de condições e de direitos.

O autor também coloca a psique como produtora de sentido das coisas que se cria no real, por isso psique do real, desenvolve suas características historicamente moldando o modo de pensar do indivíduo de acordo com os padrões vigentes (HERRMANN, 2003). Os gestos individuais, neste caso o suicídio, denunciam algo presente no inconsciente da sociedade, o real. Pois o mundo determina a constituição do sujeito psíquico, ou seja, quando o homem cotidiano pensa, pensa no mundo e este participa do seu pensamento à medida que o homem o pensa. O mundo pensa por meio dele e aparece como contexto em cada pensamento (HERMANN, 2001).

Sendo o mundo psique em ação, os pensamentos autodestrutivos, presentes no mundo cotidiano, manifestos pelos comportamentos autodestrutivos e pelo próprio suicídio, colocam em ação um momento em que as pessoas estão expostas a toda a forma de violência 24 horas por dia. As pessoas são massacradas pela indústria da beleza, do consumo, do ter e do prazer. Nunca se quis tanto em troca de tão pouco. A principal defesa da sociedade vem sendo o anestesiamiento pelo medo da violência autoinflingida e heteroinflingida, violência social, política e econômica.

Neste contexto o suicídio se apresenta como via pela qual ocorre quebra da rotina, o campo da violência dirigida ao outro e a si mesmas diluídas nas relações pode ser rompido, que num primeiro momento revela algo absurdo que não cabe no campo em que as pessoas estão, justamente por mostrar algumas de suas regras inconscientes, mas certamente cabe em outros campos. Algo que as pessoas não reconhecem como seu, mas no campo daquela lembrança, daquelas relações particulares, já faz sentido (HERRMANN, 1999).

Do total de casos 73,78% eram do sexo masculino e 26,22% do sexo feminino, segundo Monteiro em 1985, embora entre as mulheres se registre maiores taxas de tentativas, entre os homens predomina as maiores taxas de sucesso, tal fato explica os resultados de suicídio encontrados com relação ao sexo. A proporção homem/mulher que cometeram suicídio, na cidade de Uberlândia (2,8:1), no período estudado, se manteve próxima da frequência encontrada na maioria dos países onde a relação homem/mulher é 3:1 constante

nas diferentes faixas etárias. Essa incidência pode variar de país para país, nos Estados Unidos, a taxa de suicídio entre mulheres diminuiu à medida que as condições econômicas e sociais melhoraram para estas (KASTEMBAUM, 1983). Na China, único país no qual a taxa de suicídios femininos ultrapassa a taxa de suicídios masculinos, nas áreas rurais, e essas taxas são aproximadamente iguais nas áreas urbanas (OMS, 2000). No entanto, é preciso lembrar que as mulheres cometem tentativas de suicídio três a quatro vezes mais do que os homens (WERLANG; BOTEAGA, 2004).

O predomínio da mortalidade por suicídio foi encontrado em adultos de meia idade (37-48 anos), corroborando com a taxa de suicídio para os adultos de 35-54 anos, durante o período 1997-2001 em Campinas-SP (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003). O aumento das taxas de suicídio entre os adultos de meia idade poderia estar relacionado ao fato desta faixa etária estar inserida num mercado de trabalho cada vez mais competitivo, instável e inseguro, condições psíquicas do mundo atual (DIEKSTRA; GULBINAT, 1993) (Tabela 2).

Tabela 2 - Idade de pacientes que cometeram autoextermínio, em Uberlândia-MG, entre 2004-2008.

IDADE	Nº	%
37-48	44	26,83
25-36	40	24,39
13-24	30	18,29
49-60	24	14,63
61-72	11	6,71
73-84	07	4,27
85-89	03	1,83
Não relatada	05	3,05
Total	164	100

A respeito do estado civil das pessoas que suicidaram em Uberlândia, a taxa mais elevada foi entre os indivíduos solteiros (43%) e a menor entre os amasiados e viúvos (ambos 2,59%). Assim como os dados encontrados por Rocha et al. (2007) o suicídio em Belo Horizonte, entre 2004 e 2006, predominou entre pessoas solteiras (61,12%). Diferentemente, no Rio Grande do Sul, os coeficientes de mortalidade por suicídio mais elevados foram entre as pessoas viúvas (MENEGHEL et al., 2004).

Deveci et al. (2005) ao contrário do verificado neste trabalho ao estudar as características sociodemográficas em amostragem de indivíduos com ideação suicida ou que tentaram suicídio no centro da cidade de Manisa (Turquia), encontraram que 68,1% das pessoas que apresentavam pensamentos suicida eram casadas ou moravam com seu

companheiro, 23,6% nunca se casaram e 8,4% eram divorciadas ou separadas e a prevalência das pessoas que tentaram suicídio relacionado ao estado civil apresentou porcentagem semelhante. Em outro estudo em Baltimore, E.U.A., encontrou-se que fatores como idade mais jovem, menor nível socioeconômico, ser divorciado e transtornos psiquiátricos como depressão e dependência de substâncias químicas, são os principais fatores de risco para a prevalência de tentativas de suicídio e de ideação suicida (KUO et al., 2001). De forma semelhante em outro estudo realizado com pessoas de países da América do Norte, e Central, Europa, Ásia e Oceania, para avaliar os fatores de risco e a prevalência de tentativa e de ideação suicida, revelou que a tentativa de suicídio e a prevalência da ideação suicida variou em relação à localização geográfica e as diferenças culturais. Mas na maioria destes países o sexo feminino e o estado conjugal divorciado continuaram sendo os principais fatores de risco (WEISSMAN et al., 1999). Quando comparado às taxas de suicídio encontradas no presente estudo com outros estudos realizados em outras regiões do mundo percebeu-se que os fatores determinantes da ação ou ideação suicida podem variar em decorrência da posição geográfica e da diversidade cultural.

Atualmente a solidão torna-se uma condição psíquica do homem, onde se dissolvem vínculos e prevalece a ideia do homem dono absoluto de si mesmo. Esta solidão o mantém protegido de sua condição de fragilidade e precariedade, à medida que, não lhe permite voltar-se para ou refletir sobre si mesmo. (ROMERA e TORRECILLAS, 1998).

A isto se deve o fato de pessoas procurarem soluções imediatas, ao mesmo tempo, que não conseguem refletir sobre si mesmas. Trazem consigo a ausência de uma substancialidade capaz de lhes conferirem o sentido da vida, alienados de sua condição identitária e desejanse (RODRIGUES; ROMERA; PROCHNO, 2009).

A Tabela 3 mostra que, em relação ao método, o mais utilizado por ambos os sexos foi o enforcamento. Consoante Leal (1992) apud Meneghel et al. (2004), o papel do enforcamento usado em suicídios no Rio Grande do Sul está relacionado à cultura patriarcal e rural do estado. Os métodos usados pelas mulheres corroboram com os dados do Ministério da Saúde (DATASUS), analisados por D'Oliveira (2005), segundo o qual no Brasil, de 1996 a 2002, as mulheres usaram, principalmente, o enforcamento e para os homens a prevalência foi por arma de fogo, divergindo dos resultados encontrados, nesta pesquisa, para o sexo masculino. Devido ao tamanho do território brasileiro, é provável que aspectos culturais e antropológicos estejam envolvidos na forma preferencial de suicídio (SCHMITT et al., 2008).

Tabela 3 – Método de autoextermínio utilizado pelos pacientes que cometeram suicídio em Uberlândia-MG, entre 2004-2008.

MÉTODO UTILIZADO	GÊNERO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Enforcamento	22	50	77	64,17	99	60,36
Ingestão de produto químico	12	27,29	21	17,50	33	20,12
Arma de fogo	01	2,27	14	11,67	15	9,15
Queimadura	07	15,90	03	2,50	10	6,10
Queda	01	2,27	04	3,33	05	3,05
Arma branca	01	2,27	01	0,83	02	1,22
Não informado	-	-	-	-	-	-
Total	44	100	120	100	164	100

A análise dos resultados relativos à ocupação das pessoas que se suicidaram em Uberlândia mostra que a incidência foi maior entre as donas de casa (10,9%) e domésticas/diaristas (2,07%), quando somadas estas taxas, pela semelhança das atividades desempenhadas, tais valores chegam a 12,97%. Souza, Minayo, Cavalcante (2007) mostraram que a prevalência das tentativas de suicídio em Itabira foi entre domésticas (18,9%) e donas de casa (18,9%), e somadas, estas ocupações representam 37,8%. Para o referido autor estas taxas estão relacionadas ao fato da maioria das tentativas ser efetuadas por mulheres e ao fato de ainda hoje essas atividades em destaque serem executadas por mulheres. De acordo com o estudo realizado por Deveci et al. (2005) a população mais atingida por tentativas de suicídio são as donas de casa (36,0%), e os estudantes e desempregados (ambos 12,0%). Considerando que as taxas de suicídio consumado são maiores entre os homens, mas que a ocupação que prevalece é a atividade doméstica não se pode ignorar o caráter histórico da significação e valorização das tarefas domésticas cuja realização foi, e ainda que em menor grau, seja atribuída como responsabilidade das mulheres.

A segunda maior taxa de suicídios foi entre pessoas que trabalhavam no setor de serviços gerais (7,78%), também elevada quando comparadas às donas de casa. Numa pesquisa sobre a predominância e correlação entre ideações suicidas na população australiana, Fairweather et al. (2007) demonstrou que indivíduos subempregados com idade entre 60 e 64 anos, experimentaram ideação suicida com probabilidade sete vezes maior do que pessoas que trabalhavam em tempo integral. Esses autores consideraram que aspectos como emprego,

saúde física, social, e personalidade podem contribuir para que as pessoas experimentem ideação suicida tanto quanto os fatores estressantes.

No que se refere aos meses de incidência de suicídios, prevaleceram agosto (10,9%) e julho (10,4%), período de inverno. E a menor taxa foi encontrada no mês de novembro (5,2%). Autores como Preti e Miotto (2000) mostraram que existe, na Itália, uma variação das tentativas de suicídio relativas à distribuição sazonal relacionada ao método usado. Segundo os autores as tentativas de suicídio com métodos violentos executadas por homens predominaram no período de primavera e foram menores no outono. Outro estudo feito na Europa mostra que as tentativas de suicídio entre as mulheres foram maiores na primavera e menores em dezembro (JESSEN et al., 1999).

Diferentemente destes estudos as taxas de suicídio em Uberlândia relacionadas aos meses do ano foram maiores em agosto e julho, meses correspondentes ao inverno e às férias no Brasil. Sendo que para os homens o mês de maior incidência foi em agosto, mês pertencente à estação de inverno nos países abaixo da linha do Equador, e para as mulheres foi em janeiro, mês pertencente à estação de verão nos países abaixo da linha do Equador. De forma semelhante às taxas encontradas em Florianópolis entre 1991/2005, onde a taxa de suicídios predominou em agosto com 10,2 %.

Existe uma teoria psicossocial que busca explicar esse comportamento baseado no fato de que no inverno existiria uma tendência maior ao isolamento social e elas tenderiam a externalizar e atribuir seu humor ao clima (ZOLLNER, MOLLER, JENSEN, 1970-2000). Mas deve-se ressaltar que os padrões sazonais variam de acordo com a região geográfica como Uberlândia que apresenta estações do ano pouco diferenciadas ao contrário dos países da Europa que apresentam um inverno com temperaturas muito baixas. Entendendo que tais resultados não podem ser facilmente generalizados para outras regiões ou populações.

Com relação aos dias da semana, os sábados (20,2%) e domingos (19,2), apresentaram as maiores taxas que somadas correspondem a 39,4%. E o dia que apresentou menor frequência foi sexta-feira (4,7%). Conforme a pesquisa realizada em Helsinki na Finlândia as tentativas de suicídio entre os jovens entre 15-24 foram maiores nos finais de semana (sexta, sábado e domingo) (SUOMINEN et al., 2004). Isso demonstra que os finais de semana são fatores de risco para o comportamento suicida.

O suicídio não é um gesto isolado, este está entrelaçado ao mundo psicossocial ou pode até mesmo ser considerado o próprio nó das malhas das relações humanas. Neste

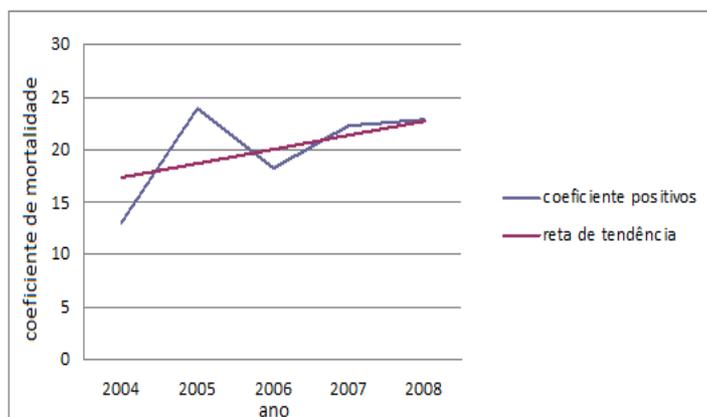
sentido, percebe-se um constante estímulo à interdependência do indivíduo que o conduz a uma solidão que não é da ordem reflexiva. Suicídios são cometidos mais frequentemente aos finais de semana e também nos períodos de férias quando há uma diminuição da engrenagem dos inúmeros afazeres. O momento é de descanso, mas as pessoas não estão sabendo ou podendo descansar. Elas estão invadidas por uma angústia que só poderia encontrar alívio em uma experiência onde alguém ou algum outro possa fazer alguma diferença naquela vida.

Na rotina da vida contemporânea, caracterizada pela virtualidade das relações, competitividade, produção e velocidade, a vida assume um funcionamento maquinal, conforme diz Herrmann (2001), vive-se um encadeamento de etapas, inclusive das atividades de lazer, e o homem é visto como instrumento desta operação. A distância entre pensamento e ação diminui e esta passa a ser a única via de expressão, o ato puro.

Durante a rotina apressada não há tempo para pensar ou refletir sobre a vida e si mesmo, cada ação é produzida de forma automática. Mas é nos momentos em que ocorre uma quebra dessa rotina, como finais de semana e férias, que o ritmo de vida do sujeito desacelera quando ele pode pensar sobre si e não suportando sua angústia busca comportamentos autodestrutivos e o suicídio.

Após a análise dos coeficientes de mortalidade por suicídio da população estudada no período de 2004 a 2008, pelo método dos mínimos quadrados, apresentou uma reta de tendência ascendente.

Gráfico 1 - Reta de Tendência correlacionando os anos de 2004 a 2008 e o coeficiente de mortalidade de Uberlândia.



A reta de tendência obtida indicou valores crescentes de casos, tal fato torna-se mais significativo, ao associar que as taxas crescentes de suicídio registradas são passíveis de subnotificação. Para Hillman apud (MENEGHEL et al., 2004) este subregistro está relacionado aos valores socioculturais de cada sociedade. Talvez isto possa estar relacionado ao estigma presente no ato suicida, pois, muitas pessoas tendem a recusar a ocorrência de um gesto que vai à contramão do sentido natural da vida. O que contribui para o registro de mortes por suicídio como causa externa do tipo ignorado, aumentando a subnotificação das estatísticas. (MENEGHEL et al., 2004).

Existem outras questões que interferem na dimensão do problema uma vez que a coleta de dados se fundamenta em atestados de óbito, taxas estatísticas oficiais ou fichas de óbitos (Polícia, Institutos de Medicina Legal – IML) que podem conter falhas, pois sua qualidade depende muito da interpretação subjetiva do profissional que os preenche. Somada a dificuldade de identificar o acontecimento como acidental ou intencional. Isto pode estar ligado ao excesso de papéis burocráticos exercidos pelos funcionários que investigam tais mortes e operam por meio da seleção dos temas mais relevantes do ponto policial (homicídios). O que leva a crer na necessidade de melhor preparo do profissional que preenche tais formulários, e de conscientização destes sobre a importância de maiores investigações acerca de mortes decorrentes do autoextermínio que possibilitem um mapeamento do perfil da população suicida visando uma política de prevenção dos casos de suicídio.

Segundo Rocha et al (2007) um dos motivos que interfere na fidedignidade do mapeamento dos dados de mortes por causa externa são o grande volume de laudos preenchidos inapropriadamente. Pois se tem conhecimento de que os óbitos por suicídio notificados são duas a três vezes menores que os verdadeiros (MENEGHEL et al., 2004). Acredita-se que em meados da década de 90, aproximadamente 10% dos casos de morte por causas externas no Brasil não continham informações suficientes para classificá-las como decorrentes de homicídio, suicídio ou acidente (MILLER, 2003).

Temos vivido ou assistido a uma espécie de homogeneização ou massificação dos costumes, dos gostos e dos próprios pensamentos. Há uma carência de originalidade e esta se dá pela indiferenciação. Como nos diz Herrmann (1976) deve-se estar atento à perda da individualidade de cada ato diante de várias tentativas de suicídio. Ou seja, o autor parece

antever uma espécie de banalização de gestos e atos que perdem sua especificidade diluindo-se em generalizações.

Na pesquisa sobre suicídio em Uberlândia descobrimos quão complexa é esta definição e como gestos e intenções suicidas podem ficar mascarados, por assim dizer, diminuindo, por certo o número de registros de mortes por suicídio. Constatamos que vivemos em um regime de relações que poderia ser caracterizado como o de “morte suicida”. As relações se estruturam em moldes precários gerando desconfiança e sentimentos paranóides e alucinatórios. Vínculos efêmeros e que podem desaparecer quase instantaneamente. Importa notar que há um corpo social que se expressa nestes atos inicialmente considerados individuais.

#### **4. CONCLUSÃO**

O coeficiente de suicídio em Uberlândia no presente estudo aponta que, pelos critérios internacionais, Uberlândia - MG, no período de 2004 a 2008, apresentou média taxa de mortalidade de suicídio. Mas sabe-se que as taxas de suicídio são subestimadas. Por isso a necessidade de treinamento adequado para os profissionais da área de saúde e pesquisa continuada sobre o assunto.

O perfil das pessoas que suicidaram reproduziu para alguns aspectos, a realidade de diversos países. As taxas de suicídio maiores foram entre adultos jovens, razão homem/mulher foi de 2,8:1, sobre a forma de suicídio, o enforcamento foi mais comum em ambos os sexos. Em relação ao estado civil, a taxa foi mais alta entre solteiros e sobre a ocupação profissional, a mais prevalente foi entre donas de casa. O bairro mais acometido foi o bairro Tibery e sobre a sazonalidade, foi encontrada maior taxa no mês de agosto e aos sábados e domingos.

É importante ressaltar a importância epidemiológica e compreensivo-interpretativa da análise psicanalítica aqui abordadas, e que oferecerão suporte para ações preventivas de saúde pública visto que há tendência crescente das taxas de suicídio aqui descobertas no município de Uberlândia.

A sociedade contemporânea tem convivido com várias formas de violência. Vive-se o medo da violência auto e heteroinflingida, social, econômica e política diluída entre a fragilidade das relações humanas. Em um mundo em que não há espaço para se viver a

angústia constituinte do humano, mas uma banalização da violência incluindo os gestos e atos suicidas que passam a ser passíveis de generalizações. Muito além de um ato isolado devemos perceber a presença de um corpo social expresso neste regime de pensamento em ato puro. O ato suicida pode passar despercebido aos olhos dessa sociedade que está imersa numa rotina que abafa aqueles que nela vivem. O suicídio pode estar se apresentando como a única possibilidade do sujeito ser reconhecido frente à ausência de reconhecimento da singularidade de cada ser humano. Tomar em consideração tal análise pode contribuir para uma reflexão mais cuidadosa sobre as estratégias de prevenção ao suicídio e de atendimento das famílias das vítimas.

## 5. REFERÊNCIAS

ABASSE, M. L. F. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 407-416, 2009.

BEAUTRAIS A. L. et al. **Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention**. Wellington: Ministry of Health . 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 de ago. 2006.

CASSORLA, R. M. S. Autodestruição humana. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 61-73, 1994.

DEVECI, A. E. et al. The prevalence of suicide ideation and attempt in Manisa city centre. **Turkish Journal of Psychiatry**, v. 16, n. 3, 2005.

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

D'OLIVEIRA, C. F. A. **Perfil epidemiológico dos suicídios. Brasil e regiões, 1996 a 2002**. Brasília. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>> Acesso em 20 ago. 2010.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

FAIRWEATHER, A. K. et al. Age and Gender Differences Among Australian Suicide Ideators: Prevalence and Correlates. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 195, n. 2, p. 130-136, 2007. Disponível em: [http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2007/02000/Age\\_and\\_Gender\\_Differences\\_Among\\_Australian.5.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2007/02000/Age_and_Gender_Differences_Among_Australian.5.aspx)> Acesso em 07 jun. 2010.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade?. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 47, p. 35-44, out./dez. 2006.

HERRMANN, F. **O gesto autodestrutivo**. Campinas. 1976. 342 f.. Dissertação (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

\_\_\_\_\_. **O que é psicanálise: para iniciantes ou não...** São Paulo: Psique, 1999.

\_\_\_\_\_. O mundo em que vivemos. In: \_\_\_\_\_. **Andaimes do Real: Psicanálise do cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. cap. 7-8, np.

\_\_\_\_\_. Psicanálise Política no mundo em que vivemos. **Revista Trieb da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro**, v. 2, n. 2, p. 235-263, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Banco de dados por estado. 2008. Disponível em:< [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em 20 abr. 2009.

\_\_\_\_\_ População estimada para 2006. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em 22 jul. 2010.

\_\_\_\_\_ Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf)>. Acesso em 21 de jul. 2010.

\_\_\_\_\_ Contagem da População 2007 e Estimativas da População 2007. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Contagem\\_da\\_Populacao\\_2007](ftp://ftp.ibge.gov.br/Contagem_da_Populacao_2007)>. Acesso em 21 jul. 2010.

JESSEN, G. et al. Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe. **Archives of Suicide Research**. v. 5, p. 57–69, 1999.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAPLAN, M. D.; SADOCK, M.D. **Compêndio de Psiquiatria - Ciências Comportamentais, psiquiatria clínica**. 6. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul, v. 1, 1993. 955 p.

KASTEMBAUM, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: USP, 1983.

KRUG, E. G.; POWELL, K. E.; DAHLBERG, L. L. Firearm-related deaths in the United States and 35 other high and upper-middle-income countries. **International Journal Epidemiology**, v. 27, n. 2, p. 214-221, 1998.

KUO, W.H.; GALLO, J. J.; TIEN, A. Y. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up a community sample in Baltimore, Maryland. **Psychological Medicine**, v. 31, n. 7, p. 1181-1191, 2001.

LEWIS, G., SLOGGETT, A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. **British Medical Journal**, v. 317, p. 1283-1286, 1998.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357-363, 2003.

MELLO, M.F. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 163-170, 2000.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Saúde pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.

MILLER, J. A. **O livro de referência para a depressão infantil**. São Paulo: M. Books do Brasil; 2003.

MONTEIRO, L.F. Tentativas de suicídio em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v.58, p.32-34, 1985.

Organização Mundial de Saúde. Departamento de saúde mental. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**, Genebra, 2000. Disponível em<[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)> Acesso em 10 Abr. 2009.

ROCHA, F. F. et al. Suicídio em Belo Horizonte entre 2004 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 29, n. 2, p. 188-199, 2007.

RODRIGUES, P. A.; ROMERA, M. L. C.; PROCHNO, C. C. C. S. Um corpo que dói: espelho do mundo em dê-s-espero. In: COGRESSO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE, XXII, Rio de Janeiro, 2009. **Artigos**.

Disponível em <<http://febrapsi.org.br/publicacoes.php#>> Acesso em 10 de Mai. 2011.

ROMERA, M. L.; TORRECILLAS, F. BLOCO DA SOLIDÃO: angústia no desamparo. **Alter – Jornal d Estudos Psicodinâmicos**. Brasília. v. 19, n. 2, p. 337-344, 2000.

ROSADO, P. L.; ROSSATO, M. V.; LIMA, J. E. Análise do Desenvolvimento Socioeconômico das Microrregiões de Minas Gerais. **Documentos técnico-científicos**. v. 40, n.2, p. 298-310, 2009.

SANTOS, M. A. F.; RAMIRES, J. C. L. **Análise da Espacialização dos Homicídios na Cidade de Uberlândia-MG**. Uberlândia. 2006. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia. Universidade Federal de Uberlândia.

SCHMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria RS**. v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008.

SHNEIDMAN, E. S. **Autopsy of a suicidal mind**. New York: Oxford University. 2004.

SILVA, E. M. **O clima na cidade de Uberlândia**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, p. 115. (Monografia) 2003.

SILVEIRA, R. E. Perfil epidemiológico do suicídio em um município do interior mineiro. 2010. Disponível em: <[www.webartigos.com](http://www.webartigos.com)> Acesso em 18 de jul. 2010.

SNEDECOR, G. W.; COCHRAN, W. G. **Métodos Estatísticos**. México, DF, Continental, 1971. 703p.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State Capitals. **Caderno Saúde Pública**. v. 18, n. 3, p. 673-683, 2002.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, p. 1333-1342, 2007.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

SUOMINEN, K. et al. Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. **Psychological Medicine**, v. 34, p. 313–321, 2004. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=196869>> acesso em 18 fev. 2011.

TELLES, S. De novo e sempre, o mal-estar na cultura. Palestra conferida na inauguração da Sociedade de Psicoterapia Psicanalítica do Ceará – Fortaleza, jun. 2000. Disponível em: <[http://www.estadosgerais.org/gruposvirtuais/telles\\_sergio-mal-estar\\_na\\_civilizacao.shtml](http://www.estadosgerais.org/gruposvirtuais/telles_sergio-mal-estar_na_civilizacao.shtml)> acesso em 20 mai. 2011.

ZOLLNER, L.; MOLLER, S.; JENSEN, B. F. Meteorological factors and seasonality in suicidal behaviour in Denmark. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 30, p. 60-70, 1970-2000.

WEISSMAN, M. M. et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. **Psychological Medicine**, v. 29, n. 1, p. 9-17, 1999.

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

World Health Organization. **Multisite intervention study on suicidal behaviours**. Geneva, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/254.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf)> acesso em 18 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Geneva, 2003. Disponível em <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suiciderates/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/)> Acesso em 21 jul. 2010.