

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

MARÍLIA MEIRELES SANTOS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS  
VÍTIMAS DE SUICÍDIO POR ENFORCAMENTO NO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA

2019

MARÍLIA MEIRELES SANTOS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS  
VÍTIMAS DE SUICÍDIO POR ENFORCAMENTO NO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho

VITÓRIA

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

Santos, Marília Meireles  
S237c Características sociodemográficas das vítimas de suicídio por  
enforcamento no estado do Espírito Santo / Marília Meireles. - 2019.  
58 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Suicídio – Espírito Santo (Estado). 2. Política social. 3.  
Indicadores de saúde - Espírito Santo (Estado). 4. . I. Coelho,  
Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da  
Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 364.256

---

MARÍLIA MEIRELES SANTOS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS  
VÍTIMAS DE SUICÍDIO POR ENFORCAMENTO NO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvia Moreira Trugilho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Membro Titular Interno

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Solange Rodrigues da Costa  
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito  
Santo – SESA  
Membro Titular Externo

“A morte é uma quimera: enquanto eu existo, não existe morte, e quando existe a morte, já não existo.”  
(Epicuro)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente a Deus pela oportunidade da vida e dom intelectual;

À querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho, pelo apoio e incentivo, estímulo e críticas construtivas desde a graduação;

À Emescam, sobretudo ao Diretor da instituição Prof. Dr. Cláudio Medina, ao Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz, demais professores e funcionários, pela ajuda em tudo que foi necessário para a realização deste estudo.

Aos alunos do curso enfermagem participantes do programa de iniciação científica, pela disponibilização em parte da busca dos dados;

À minha família, em especial aos meus pais, pelo incentivo aos estudos, tolerância e acreditação constante em meu potencial,

Aos amigos, pela compreensão, apoio e aprendizagem;

Ao Renan, pela força e amor incondicional.

## RESUMO

O estudo aborda o perfil sociodemográfico e as variáveis características das vítimas de suicídio por enforcamento no Estado do Espírito Santo. O objetivo da pesquisa foi apresentar o perfil sociodemográfico das vítimas de suicídio por enforcamento no estado do Espírito Santo no ano de 2016 e discutir aspectos relacionados a dimensão sociocultural e econômica do fenômeno. Estudo de abordagem quantitativa que teve como fonte o banco de dados do DATASUS referente ao ano 2016. Foi realizado também uma análise reflexiva sobre os dados encontrados, a partir da bibliografia referente ao tema. Os resultados apontam que Macrorregião Norte de Saúde tem a maior taxa de mortalidade de suicídio por enforcamento no ES (2,85). Esse tipo de ocorrência é predominante no sexo masculino (76%) em todas as Macrorregiões de Saúde do ES. Quanto à idade das vítimas, observa-se que 73% dos óbitos concentra-se na população com idade que varia de 20 a 59 anos de idade. A raça e cor predominante dos óbitos foi a raça parda, fato que se reproduziu em todas as Macrorregiões de Saúde. As vítimas de suicídio por enforcamento no ES, em sua grande maioria, apresentaram nível baixo e médio de escolaridade, ou seja, tinham entre 4 a 11 anos de escolaridade. Conclui-se que as vítimas de suicídio por enforcamento são: homens; de raça parda; baixo nível de escolaridade; ocorrência no domicílio e na faixa etária produtiva. Portanto é premente a necessita de investimentos por parte do ES para a redução das desigualdades sociais presentes, principalmente na Macrorregião Região Norte de saúde, uma vez que estudos confirmam que os fatores socioeconômicos e a precarização social estão correlacionados ao aumento do suicídio. É premente a necessidade de estudos para melhor compreender os fatores culturais, sociais e econômicos que podem estar envolvidos com o suicídio, bem como a proposição de políticas públicas efetivas de combate ao fenômeno.

**Palavras-chave:** Suicídio. Política de saúde. Indicadores de saúde. Política social.

## ABSTRACT

The study addresses the sociodemographic profile and the characteristic variables of the suicide victims by hanging in the State of Espírito Santo. The objective of this research was to present the sociodemographic profile of the suicide victims by hanging in the State of Espírito Santo in the year 2016 and to discuss aspects related to the sociocultural and economic dimension of the phenomenon. A quantitative approach study that had as its source the DATASUS database for the year 2016. A reflective analysis was also performed on the data found, based on the bibliography related to the topic. The results indicate that the Northern Region of Health has the highest death rate of suicide by hanging in the ES (2,85). This type of occurrence is predominant in males (76%) in all ES Health Macro-regions. As for the age of the victims it is observed that 73% of the deaths are concentrated in the population with ages ranging from 20 to 59 years of age. The predominant race and color of the deaths was the brown breed, a fact that was reproduced in all macro-regions of Health. The majority of the victims of suicide by hanging in the SS had a low and a medium level of schooling, that is, they had between 4 to 11 years of schooling. We conclude that the victims of suicide by hanging are men; of brown breed; low level of schooling; occurrence at home and in the productive age group. Therefore, it is urgent that the ES requires investments to reduce the social inequalities present, especially in the North Region of the North of health, since studies confirm that socioeconomic factors and social precarization are correlated with the increase of suicide. It is urgent the need for studies to better understand the cultural, social and economic factors that may be involved with suicide, as well as the proposal of effective public policies to combat the phenomenon.

**Keywords:** Suicide. Health policy. Health indicators. Social policy.



## LISTA DE SIGLAS

DANT's	Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
ES	Espírito Santo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUPRE	Suicide Prevention Program

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Óbitos por Categoria CID10, Tipo de Suicídio e Macrorregião de Saúde do ES (2016) .....	34
Tabela 2 - Categoria CID10: x70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento no ES em 2016 por macrorregião de Saúde (n-100) .....	36
Tabela 3 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião central (n-14) .....	36
Tabela 4 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião central (n-14)	37
Tabela 5 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e cor/raça na macrorregião central (n-14) .....	37
Tabela 6 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião central (n-14) .....	38
Tabela 7 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião central (n-14) .....	38
Tabela 8 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião central (n-14) .....	39
Tabela 9 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião metropolitana (n-54) .....	39
Tabela 10 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião metropolitana (n-54) .....	40
Tabela 11 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e cor/raça na macrorregião metropolitana (n-54) .....	41
Tabela 12 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião metropolitana (n-54) .....	41
Tabela 13 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e	

sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião metropolitana (n-54) .....	42
Tabela 14 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião metropolitana (n-54) .....	43
Tabela 15 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião norte (n-11) .....	44
Tabela 16 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião norte (n-11) .....	44
Tabela 17 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e cor/raça na macrorregião norte (n-11) .....	45
Tabela 18 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião norte (n-11) .....	45
Tabela 19 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião norte (n-11) .....	46
Tabela 20 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião norte (n-11) .....	46
Tabela 21 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião sul (n-21) .....	47
Tabela 22 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião sul (n-21) ..	48
Tabela 23 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e raça/cor na macrorregião sul (n-21)50 .....	48
Tabela 24 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião sul (n-21) .....	49
Tabela 25 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião sul (n-21) .....	49
Tabela 26 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e	

sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião sul (n-21) .....	50
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	17
3.2 FONTES DE PESQUISA.....	17
3.3 ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS.....	22
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO .....	23
4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO: SOB O OLHAR DE ÉMILE DURKHEIM.....	25
4.3 O SUICÍDIO ENQUANTO FENÔMENO SOCIAL ENTENDIDO POR DURKHEIM E MARX.....	26
4.4 O SUICÍDIO POR ENFORCAMENTO E SEUS ASPECTOS CARACTERÍSTICOS.....	30
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
5.1 SUICÍDIO NO ES POR TIPO DE OCORRÊNCIA E MACRORREGIÃO DE SAÚDE.....	34
5.2 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO CENTRAL DE SAÚDE .....	36
5.3 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO METROPOLITANA DE SAÚDE.....	39
5.4 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO NORTE DE SAÚDE.....	43
5.5 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO SUL DE SAÚDE.....	47
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo aborda a representação social e a dimensão sociocultural e econômica do suicídio por enforcamento no estado do Espírito Santo (ES). O estudo do suicídio, por si só, em função de ser um agravo com indicadores de mortalidade crescente em todo território nacional, portanto, um importante problema de saúde pública, adequado a Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Por pensar o suicídio por enforcamento como uma dimensão sociocultural e econômica no âmbito da política de saúde alinhado à linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, surgiu-se a necessidade de um estudo aprofundado da temática em questão, podendo assim contribuir com a política de prevenção ao agravo, trazendo considerações intelectuais para um programa efetivo de prevenção no estado do Espírito Santo.

Segundo Moron (1977), o termo suicídio vem da expressão latina *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar) e foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines. Na língua portuguesa, o significado literal da palavra *suicídio* corresponde ao “Ato ou efeito de suicidar-se e no sentido figurativo é a ruína procurada espontaneamente ou por falta de juízo” (SUICÍDIO, 2006, p. 48).

O suicídio pode ser caracterizado como um “Dano fatal feito a si mesmo, intencional e consciente, mesmo que de modo ambíguo e vago” (STENGEL, 1980 citado por WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 22). Trata-se de um ato em que a pessoa comunica a família e a sociedade a sua dor emocional suprema com a qual convive e que não consegue vislumbrar qualquer alternativa que a minimize. Em que pese todos os avanços tecnológicos do último século, os meios ainda são insuficientes para mudar o panorama atual.

Falar de suicídio é abordar um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e perturbadores, pois nos parece algo destrutivo e o termo por si só carrega um conjunto de sentimentos, como culpa e vergonha, perplexidade, medo e revolta, dentre outros.

O sentido que cada um dá para a vida é a pergunta que fazemos quando nos deparamos ou

vivenciamos o fenômeno, pois falar de suicídio nos remete, inexoravelmente, a uma questão filosófica sobre o sentido da vida. Portanto, buscar responder a essa pergunta é algo fundamental para a filosofia e um grande desafio para as diferentes áreas de conhecimento. Além do mais, o suicídio é um fenômeno complexo, envolto de tabus, mitos, dúvidas, polêmicas e conflitos (MORAIS; SOUSA, 2011).

Os números inquietantes documentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), revisados em janeiro de 2018, informam que globalmente a cada ano ocorrem aproximadamente 800.000 óbitos por suicídio, sendo esta a segunda causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos referentes ao ano de 2016, destacando ainda que 78%, aproximadamente, destes óbitos ocorreram nos países de baixa e média renda (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

No entanto, o suicídio no Brasil, é a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (BRASIL, 2017c). Conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde/DATASUS/MS (BRASIL, 2018), a taxa de óbitos por suicídio foi de 6,13 por 100.000 habitantes em 2016, destacando assim 11.433 mortes. O fenômeno apresentado, ainda que pouco discutido pela população e por profissionais de saúde, devido ao tabu ocasionado pelo ato de retirar a própria vida, notificada como uma forma de violência autoprovocada, necessita velozmente de ações que atribuam informações a respeito do assunto em torno de toda a sociedade, independente dos níveis sociais.

O suicídio visto como um fenômeno social, contribuinte relevante de um problema de saúde pública, que compreende autoagressão e tentativa de morte, a partir de 2011, de forma compulsória, a fim de implementar políticas públicas eficientes para o seu combate, através dos casos notificados, apresentam um crescimento importante a cada ano, uma vez que o serviço responsável vem causando uma repercussão comovente para as contribuições acerca desta problemática no Brasil (BRASIL, 2017d).

No Estado do Espírito Santo (ES), ocorreram 175 óbitos por suicídio em 2016, o que equivale a uma taxa de 4,2 óbitos por 100.000 habitantes. As lesões autoprovocadas são consideradas um problema social e de saúde pública que deve ter prioridade nas ações de prevenção (BRASIL, 2017c).

As causas externas são a segunda causa de mortalidade no ES, sendo a primeira causa na faixa etária de 01 a 49 anos (ESPÍRITO SANTO, ES, 2017). Dentre as causas externas no Brasil, apesar da subnotificação, o suicídio e as tentativas não consumadas vêm aumentando. A taxa de suicídio no Brasil em 2011 foi de 5,3 por 100.000 habitantes passando para 5,7 em 2017, último dado disponível no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2017a).

Quanto a subnotificação do suicídio no estado do ES, Macente e Zandonade (2010), ao analisarem a completude dos dados SIM sobre os óbitos por suicídio no ES no período de 1996 a 2007 identificaram que o ES se destacou como o estado que apresentou os piores índices de preenchimento das Declarações de Óbitos por suicídio. Vale ressaltar que os dados do DATASUS são alimentados através de informações descritas nas declarações de óbitos.

Quanto a sexo e idade observa-se que no Brasil e no ES, suicídio é mais letal em pessoas do sexo masculino, sobretudo entre os idosos, a partir dos 70 anos, apesar de o risco ser 6 vezes maior entre pessoas do sexo feminino, uma vez que as mulheres tentam 2,2 vezes mais que os homens (BRASIL, 2017b).

Diferentemente de muitas outras questões de saúde o suicídio é amplamente evitável desde que sejam reconhecidas e utilizadas ferramentas disponíveis para a sua prevenção, uma vez que esta, possui um grande reflexo na redução da maior perda trágica da vida. Portanto, reconhecendo que o suicídio é marcadamente evitável, torna-se imperativo que os governos e as sociedades organizadas invistam recursos humanos e financeiros em programas de prevenção.

A partir do ano de 2006 no Espírito Santo, a Secretária da Saúde do estado iniciou o registro dos suicídios no Boletim Epidemiológico de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT's), contudo observa-se pelo Boletim Epidemiológico, que os dados sobre os índices de óbitos por suicídio, de 2003 a 2016 no ES, mantém a média de 4,25 por 100.000 habitantes com variação de 3,9 a 4,8.

Em 2016, observados os dados do DATASUS, ocorreram 11.433 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil, destes, 68,33% foram suicídio por enforcamento/estrangulamento. Seguindo a tendência mundial e nacional, o suicídio por enforcamento/estrangulamento no ES correspondeu a 57,14%.



Apesar do indicador alarmante, os estudos sobre esse tipo de ocorrência – suicídio por estrangulamento e enforcamento – são superficiais e revelam, em sua maioria, números relacionados a sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil e local de ocorrência do agravo sem, portanto, questionarem e se aprofundarem sobre uma das formas mais primitivas de punição e autopunição do ser humano, o enforcamento é um fenômeno histórico muito utilizado como instrumento de pena de morte e, visto como uma opção de autopunição nos casos de suicídio.

Frente aos dados alarmantes sobre o suicídio por enforcamento/estrangulamento e entendendo o suicídio como um fenômeno evitável, porém complexo, o estudo teve como questões norteadoras:

- a) Qual o perfil demográfico das vítimas de suicídio por enforcamento/estrangulamento no ES?
- b) Que representação social e dimensão sociocultural e econômica pode estar envolvida no fenômeno do suicídio por enforcamento no estado do Espírito Santo?

A partir de tais questões buscou-se analisar o fenômeno suicídio no estado do Espírito Santo.

## **2 OBJETIVOS**

Frente a aproximação profissional com tema, as contribuições do estudo e a problematização do objeto de estudo foram levantadas como questões problemas: Como o idoso se percebe enquanto sujeito na promoção de sua saúde? Qual a percepção dos idosos em relação às políticas públicas voltadas para a pessoa idosa? Para responder estas indagações e percorrer por este universo foram construídos como objetivos:

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o fenômeno do suicídio por enforcamento/estrangulamento no estado do Espírito Santo no ano de 2016.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever sobre a representação social do suicídio por enforcamento/estrangulamento e considerações filosóficas sobre o fenômeno;

Delinear a dimensão sociocultural e econômica do suicídio por enforcamento;

Apresentar o perfil demográfico das vítimas de suicídio por enforcamento/estrangulamento no estado do Espírito Santo no ano de 2016.

### **3 METODOLOGIA**

De acordo com Minayo (2007), a abordagem real adotada para o caminho da compreensão da metodologia, compreende o delineamento da pesquisa abrangendo o caminho reflexivo e o instrumento utilizado na pesquisa com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

Portanto, o percurso metodológico do presente estudo, descreve uma linha investigativa na qual pretende-se desvendar o fenômeno de acordo com a demografia estadual, sem que haja interferência do investigador (VERGARA, 2007).

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo de abordagem quantitativa, apresenta as variáveis disponíveis no banco de dados do DATASUS que correlacionam o suicídio por enforcamento/estrangulamento com: sexo, faixa etária; nível de escolaridade; raça/cor e local da ocorrência.

#### **3.2 FONTES DE PESQUISA**

A principal fonte de pesquisa foram os dados demográficos extraídos do banco de dados do DATASUS referente ao ano de 2016, último ano disponível. Com objetivo de contribuir com outros estudos foi realizado um esquema que orienta sobre o passo a passo para a coleta dos dados demográficos no banco de dados DATASUS assim descritos:

1º Passo - entrar no site <http://datasus.saude.gov.br/>, clicar em informações de saúde (TABNET) e na sequência clicar em estatísticas vitais.



2º. Passo – clicar em mortalidade 1994 a 2016, pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10);



3º. Passo – na tela seguinte clicar em mortalidade por causas externas e selecione uma das opções conforme o que se deseja pesquisar: Brasil por região e Unidade Federativa ou Brasil por município. Neste estudo foi selecionado o ES enquanto unidade federativa.

The screenshot shows the 'portal da saúde' website interface. The top navigation bar includes the logo and search fields. The main content area is titled 'Estatísticas Vitais' and features a search filter for 'Mortalidade - 1991 a 2016, pela CID-10'. Below this, there are several radio button options for different categories of mortality, such as 'Mortalidade geral', 'Óbitos por causas evitáveis - 0 a 4 anos', and 'Óbitos por causas evitáveis - 5 a 74 anos'. On the right side, there is a 'Nota Técnica' section with a dropdown menu for 'Abrangência Geográfica' and a map of Brazil with colored regions.

4º. Passo – foi definido como linha na tabela, os municípios e na coluna a região de saúde e, o período selecionado foi o ano de 2016.

The screenshot displays a data selection interface with three main filter sections: 'Linha', 'Coluna', and 'Conteúdo'. The 'Linha' filter is set to 'Municípios', the 'Coluna' filter is set to 'Região de Saúde (RS)', and the 'Conteúdo' filter is set to 'Óbitos por Violência'. Below these filters, there is a 'Período' filter set to '2016'. The 'Seleções Disponíveis' list includes various categories such as 'Mortalidade', 'Região de Saúde (RS)', 'Municípios', and 'Óbitos por Violência'. At the bottom, there are buttons for 'Cancelar' and 'Ok'.

5º. Passo – foi selecionado na categoria CID10, no caso foi selecionado CID X70 que corresponde ao suicídio por enforcamento/estrangulamento.



6º. Passo - Ao clicar-se em tabela com bordas e em mostrar, é gerada uma tabela correspondendo a tabela 1 dos resultados que apresenta o número absoluto de suicídio por enforcamento nas Macrorregiões de saúde do ES (Norte – Central – Metropolitana - Sul).

Município	2010	2011	2012	2013	2014
Macrorregião Sul	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Sul	0	0	0	0	0
Macrorregião Nordeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudoeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Metropolitana	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Oeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Norte	0	0	0	0	0
Macrorregião Norte	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudoeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Metropolitana	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Oeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Norte	0	0	0	0	0
Macrorregião Norte	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudoeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Metropolitana	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Oeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Norte	0	0	0	0	0
Macrorregião Norte	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudoeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Sudeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Metropolitana	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Oeste	0	0	0	0	0
Macrorregião Centro-Norte	0	0	0	0	0
Macrorregião Norte	0	0	0	0	0

7º. Passo – define como linha a Macrorregião de Saúde ou um município e pesquisa nas colunas os dados demográficos – faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil e local da ocorrência e, selecione categoria CID10, no caso foi selecionado o CID X70. Estes dados demográficos por municípios ou por Macrorregião de Saúde são pesquisados um de cada vez conforme o exemplo abaixo onde foi pesquisado suicídio por enforcamento – categoria CID10 X70 no município de Vitória.



Outras fontes de pesquisa utilizadas foram: o Boletim Epidemiológico do ES, número 01 de 2017, que traz a situação do suicídio no ano de 2015. Os dados internacionais foram extraídos do site da OMS de 2015. As informações populacionais foram obtidas no site do IBGE, considerando as estimativas populacionais para 01 de julho de 2016.

Como fontes secundárias foram utilizadas prioritariamente duas obras sobre o suicídio. Ambas, cada uma a seu modo, analisam o suicídio como fenômeno social. Uma obra trata-se do livro *Sobre o Suicídio* de Karl Marx e outra sobre o livro *O Suicídio* de Émile Durkheim. Como forma complementar, para análise dos dados demográficos do suicídio no ES foram também utilizados artigos indexados na BVS.

### 3.3 ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados demográficos foram organizados em tabelas e receberam tratamento estatístico cujo objetivo foi observar o fenômeno do suicídio por enforcamento no ES no ano de 2016 em números absolutos e sua correspondência percentual por tipo de ocorrência, taxa de suicídio por Macrorregião de Saúde do ES e a representação percentual do suicídio por enforcamento no conjunto das demais ocorrências.

A bibliografia utilizada foi selecionada aleatoriamente cujo objetivo foi sustentar a análise reflexiva não só sobre os dados demográficos, mas também sobre a dimensão sociocultural e econômica do suicídio.



## 4 REVISÃO DE LITERATURA

A perspectiva dominante dos estudos sobre o suicídio é a de analisar os fatores de risco e os fatores de proteção a partir da investigação de variáveis demográficas - sexo, idade, nível de educação, religião - e, clínicas - depressão, ansiedade, abuso de substâncias psicoativas, acontecimentos traumáticos - comuns aos indivíduos em risco de suicídio para prever o seu comportamento, ou seja, estes estudos têm incidido na procura da definição de fatores de risco e de proteção.

Além da utilização dos dados demográficos, as reflexões a partir da revisão de literatura, se apoiam em questões de ordem social e econômica como possíveis fatores de risco, destacando-se os fatores individuais, socioculturais e situacionais. Segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, do Programa Nacional Para a Saúde Mental de Portugal, divididos nas três fundamentais categorias supracitadas (PORTUGAL, 2017).

### 4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO

Pensar o suicídio no bojo da teoria das representações sociais é uma tentativa de ampliar conhecimento sobre o mesmo e contribuir na produção de um saber social, ou seja, é uma forma de conhecer sobre o fenômeno, transformar o que é estranho em familiar, por meio de agregar novidade ao conhecimento existente. É também, entender o fenômeno como um conjunto de valores, ideias e práticas, elaboradas e partilhadas socialmente, que pode vir a contribuir para regular a relação do indivíduo com o mundo e orientar sua conduta.

Moscovici (2001), descreve duas principais funções das representações sociais, sendo elas: normativas e prescritivas, onde inserem os objetos em modelos sociais e servem de guia para as ações e relações sociais. Introduz a noção de representação social, que de forma geral permite dar sentido aos acontecimentos, construindo convenções e ao mesmo tempo prescrevendo condutas. Ou seja, as representações sociais são abordadas simultaneamente como produto e processo da atividade de apropriação da realidade exterior pelo pensamento e de elaboração psicológica e social da realidade.

O que sustenta o estudo das representações sociais é que as pessoas não respondem a fatores objetivos da realidade, mas sim à sua representação. Deste modo torna-se fundamental compreender de que forma se organizam as representações do suicídio e que fatores intervêm na realidade do mesmo (GRISEZ, 1975 citado por JODELET, 1989). Assim, torna-se possível compreender, não só os comportamentos e fatores mensuráveis do suicídio, mas também todo um processo de significado do fenômeno.

A ancoragem e a objetivação são os dois processos que estão na origem das representações sociais e mostram precisamente a interdependência entre a atividade psicológica e as condições sociais do seu exercício, ou seja, como o social se transforma em representação e como esta transforma o social. A ancoragem reflete “A intervenção da representação no social”, enquanto a objetivação consiste na “Intervenção do social na representação” (MONTEIRO NETO, 1998, p. 459).

A ancoragem no caso do suicídio por enforcamento é o processo de familiarização do fenômeno, ou seja, é o processo pelo qual este tipo de suicídio é trazido para o contexto social, torná-lo de certa forma mais conhecido ao público (MOSCOVICI, 2000). Portanto, a ancoragem consiste na integração da informação sobre esse tipo de suicídio, no bojo das outras ocorrências facilitando assim a nomeação deste objeto – suicídio por enforcamento - na medida em que lhe atribui determinada polaridade, contribuindo, deste modo, para a interpretação do fenômeno e, também em construção de opiniões relacionadas ao tema (MOSCOVICI, 2001).

Se por um lado ao trazermos os dados demográficos e o percentual do suicídio por enforcamento no ES, tem como sentido a objetivação do objeto, que permite a concretização desse tipo de suicídio e, lhe atribui características visíveis estamos apenas demonstrando a sua realidade (MONTEIRO NETO, 1998).

Por outro lado, quando analisamos o fenômeno deste tipo de suicídio a luz da dimensão sociocultural e econômica e das representações sociais, estamos buscando compreender que o indivíduo que comete este tipo de suicídio, não se rege tanto, no seu dia a dia, por uma realidade concreta, objetiva, quantificável, mas antes de tudo, por uma realidade que foi construída e que vai se modificando ao longo de sua história e de suas relações sociais (JODELET, 1989). Para tanto, a compreensão do suicídio como fenômeno social nos levou a

buscar sustentação nos estudos de autores que tratam o fenômeno a partir das relações do homem, no seu tempo inserido em uma determinada sociedade.

#### 4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO: SOB O OLHAR DE ÉMILE DURKHEIM

Nacionalmente o conceito pontual da expressão suicídio condiz a prática ou resultado de suicídio e no significado emblemático é a destruição buscada naturalmente em razão da ausência da prudência. As ações suicidas são estabelecidas conforme atitudes possivelmente danosas com indícios dos quais o indivíduo propõe-se a acabar com a própria vida.

Ao se falar em suicídio, fala-se em ocorrências nos quais a pessoa possui rejeições acerca de razões de subsistência, onde o abatimento e o arremesso de uma condição/transtorno mental, justifica na existência do indivíduo ocasionando, por sua vez o seu fim indireto. Apontado como um autoextermínio, o suicídio é avaliado como autoagressão do ser humano, sendo ela lúcida ou insensata.

Em tese, Durkheim (2000), reitera que o suicídio convoca a generalidade do evento do fim, que tem como consequência imediata e pontualmente de uma ação assertiva ou inversa, cometido pelo padecedor, ciente de qual resultado necessita a realização do ato, ou seja, por um fim na sua vida propositalmente.

O mesmo autor destaca também duas questões que contribuem para entender a ação autodestrutiva, habitualmente chamada de suicídio: a inserção e a estruturação. A inserção refere-se aos vínculos com que se conectam o indivíduo em uma comunidade e a estruturação refere-se as condições formais padronizadas impostas por esta comunidade que direciona os indivíduos. De acordo com o paradigma sociológico, a autodestruição advém do enfraquecimento do indivíduo com a coletividade, o impedindo de cumprir com os deveres e regras coletivas, ou melhor dizendo, a atitude suicida demonstraria uma inserção socialmente enfraquecida, em render-se às estruturações impostas socialmente.

A partir deste entendimento, medidas de proteção elencadas pela OMS, destacam em grande

valia fatores que vão de contra ao fenômeno como, a importância do apoio familiar dentro de seus padrões; valorização de suas conquistas e suas próprias limitações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Outras questões ainda são apontadas como: comprometimento comunitário, bem-estar social, inserção social por meio de trabalho, da construção do momento de diversão, aquisição dos sistemas de saúde, com livre acesso aos programas de políticas públicas, voltadas para grupos específicos de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa, não esquecendo da importância do acesso à esfera psicossocial, fator de grande relevância na prevenção aos riscos de suicídio. Embora estes fatores de proteção não eliminem o risco de suicídio, podem diminuir o peso imposto por circunstâncias difíceis da vida, contribuindo para uma redução do risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

#### 4.3 O SUICÍDIO ENQUANTO FENÔMENO SOCIAL ENTENDIDO POR DURKHEIM E MARX

Karl Marx e Émile Durkheim constituem um marco importante na delimitação da sociologia como disciplina rigorosamente positiva, apesar de os caminhos trilhados por eles serem completamente diferentes.

Ambos entendem o suicídio como um fenômeno social. Apesar das diferentes metodologias de análise do fenômeno, os estudos de ambos convergem para um resultado mais complementar do que antagônico (RODRIGUES, 2009).

Se *O suicídio* em Durkheim (2000) é uma obra rigorosamente científica, a de Marx (2006), é uma obra curiosa, pois aparentemente, nada tem a ver com a política e economia, porém que na medida em que ele enfatiza males de toda ordem, passa fazer a correlação entre o fenômeno com as questões políticas e econômicas, uma vez que ele aborda a correlação do suicídio com *males* presentes na sociedade: a miséria, o desemprego, os salários aviltantes, a prostituição e a injustiça social. Marx, assim como Durkheim, acreditavam que os valores sociais são determinados pela natureza particular das sociedades.

Segundo Durkheim (2000, p. 382-3), o tempo age sobre a tendência para o suicídio.

[...] o “*tempo age*” no homem e a força coletiva que leva o homem matar-se vai penetrando nele lentamente, é a medida que a idade avança, que o homem se torna mais acessível, sem dúvida porque necessita de experiências repetidas para sentir o vazio de uma existência egoísta ou a pobreza das ambições sem limites. Eis a razão por que os suicídios só cumprem o seu destino por camadas sucessivas de gerações.

Delimitar a fronteira da psicologia e psicanálise quanto ao campo sociológico em pleno século XIX não foi fácil, pois necessário seria que a sociologia utilizasse uma metodologia científica que a distinguisse das outras ciências. Durkheim (2000), então parte das estatísticas oficiais da época, e coloca o suicídio não como um fenômeno psicológico individual, mas como um fato social.

Com o objetivo de apresentar uma explicação eminentemente social (e não psicológica ou biológica) para o suicídio, Durkheim (2000), refere que é necessário agrupar, dentre os diversos tipos de mortes, aquelas cometidas pelas próprias vítimas, desde que estejam conscientes das consequências dos seus atos. Esta definição é o primeiro passo para o estabelecimento do suicídio como um fato socialmente pré-determinado.

Toda sociedade tem uma aptidão definida para o suicídio que parece invariável e constante ao longo dos tempos. Em suas obras, no intuito de entender porque existe na sociedade uma predisposição para oferecer um determinado contingente de mortos voluntários, Durkheim divide em três etapas, onde a primeira analisa-se as causas extras sociais no intuito de analisar sua influência; na segunda analisa as causas sociais, bem como seus efeitos e relações e pôr fim a terceira etapa que esclarece no que consiste esta tendência coletiva para o suicídio.

Assim, o suicídio segundo a etimologia de Durkheim (2000), acomete três tipos de pessoas. Os indivíduos quando tem uma postura demasiadamente individualizada possui uma relação muito superficial com a sociedade, ou seja, o *suicídio egoísta* acontece na ausência das relações sociais desses indivíduos que passam a não ver mais sentido em sua vida, não tendo mais razão para viver. Já o *suicídio altruísta* acomete os indivíduos que se sentem no dever de fazê-lo para se desembaraçar de uma vida insuportável. É aquele em que o ego não o pertence, confunde-se com outra coisa que se situa fora de si mesmo, isto é, em um dos grupos a que o indivíduo pertence. Temos como exemplo os kamikazes japoneses na segunda Guerra Mundial, os suicidas muçulmanos.

O *suicídio anônimo* é aquele que ocorre em uma situação de *anomia* social, ou seja, quando há ausência de regras na sociedade, gerando o caos, fazendo com que a normalidade social não seja mantida. Em uma situação de crise econômica, por exemplo, na qual há uma completa desregulação das regras normais da sociedade, certos indivíduos ficam em uma situação inferior à que ocupavam anteriormente. Assim, há uma perda brusca de riquezas e poder, fazendo com que, por isso mesmo, os índices desse tipo de suicídio aumentem. É importante ressaltar que as taxas de suicídios anônimos são maiores em países ricos, pois os pobres conseguem lidar melhor com as situações de anomia social.

Durkheim (2000), ao focalizar o suicídio como fator social, buscou descobrir as causas através das quais é possível agir, não sobre os indivíduos isolados, não focaliza, em seu trabalho, as dificuldades que os psicólogos enfrentam para detectar as razões/condições que levam o indivíduo isolado a pôr fim em sua vida, pois, mesmo que elas fossem descobertas, este fato não necessariamente resultaria numa indicação de que a sociedade mundial tenha uma propensão mais ou menos intensa para o suicídio.

Marx (2006), utilizando a metodologia de estudo de caso, na tentativa de compreender melhor a natureza de nossa sociedade, dirige seu olhar para as angústias da existência humana e, ao fazê-lo, nos apresenta suas reflexões sobre temas que ainda permanecem, na atualidade ao mencionar que os *males* econômicos do capitalismo explicam o suicídio: o desemprego, a miséria, baixos salários além de mencionar outras questões em voga na sociedade de nossos dias como: o direito ao aborto, a questão da mulher, a prostituição, a opressão familiar e a injustiça social.

Assim, ao contrário de Durkheim (2000), que partiu do exterior (das estatísticas) para atingir o interior (a sociedade), Marx (2006), realizou o caminho inverso, sua crítica social partiu do interior (estudo de caso), das relações da vida privada, acreditando que a crítica da vida privada surge como necessária, pois surgem como resultado das experiências políticas e sociais no seio da sociedade.

A classificação das causas do suicídio, em Marx (2006), é uma crítica ética e social dos *males* consolidados na sociedade burguesa moderna, que não pode ser suprimido sem que haja uma transformação radical da estrutura social e econômica, pois a natureza da sociedade capitalista fere os indivíduos das mais diversas classes sociais.

O suicídio, segundo o pensamento de Marx (2006), é o sintoma de uma sociedade doente. Ela, a sociedade, é um deserto habitado por selvagens e, o indivíduo que comete suicídio está isolado dentre milhões. Na sociedade moderna as pessoas agem entre si como estranhas em uma relação de hostilidade mútua onde a competição impiedosa leva a uma guerra de todos contra todos, assim somente resta ao indivíduo ser a vítima ou o carrasco no processo das relações sociais de seu meio.

Mas, Marx (2006), nas análises dos casos de suicídio não limita suas críticas a questão da exploração econômica, por mais importante que ela seja, ela (exploração economia) deve assumir um caráter ético e social, incluindo todos os seus múltiplos aspectos opressivos, como é o caso da opressão contra a mulher.

Marx (2006), ao analisar três casos de suicídio entre mulheres – duas de origem burguesa e uma de origem *popular*, filha de um alfaiate – refere que o destino delas (cometer suicídio) foi selado mais pelo gênero do que por sua classe social. O poder absoluto dos homens sobre as mulheres – questão muito presente em nossa sociedade – se estrutura no poder masculino que se perpetua nas estruturas familiares e sociais patriarcais nas diferentes sociedades.

Hoje o suicídio é encarado como um problema de saúde pública. Para o mundo, esta prática representa 1,5% do custo total das doenças sobre a sociedade. Por esse motivo, a OMS lançou, em 1999, o *Suicide Prevention Program* (SUPRE), um programa internacional que é composto por uma série de manuais destinados a profissionais de diversas áreas (médicos, jornalistas, professores e outros) para orientá-los na prevenção do suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Com exceção da China é tendência nos países de primeiro mundo que o maior número de suicídios seja cometido por homens, esse achado, que contradiz a impressão de Marx e dos estudos atuais, de que as mulheres tendem a se matar mais do que os homens, por sua vez, corroboram com a hipótese durkheiminiana de que a maneira como o tempo age sobre o indivíduo é um fator explicativo preponderante sobre a tendência do suicídio como fator social. Geralmente, maiores índices são registrados em épocas de crise.

A epidemiologia segundo alguns estudos, aponta que a taxa de morte se encontra quatro vezes a mais em pessoas na faixa etária de 55 anos. Identificar estes fatores, não resta dúvidas que

representa um elemento de real importância para a elucidação do fenômeno suicídio, contudo, demais autores surgem com estudos que aprofundam o tema em questão, alertando de certa forma uma necessidade para uma investigação eficiente dos casos ocorridos, alternando ao modelo dominante da medicina (FERREIRA, 2008).

Enquanto alguns países do leste europeu registram taxas alarmantes de suicídio, a América Latina é a região que apresenta a menor incidência de suicídios. Aqui, o problema social de maior preponderância se focaliza no fenômeno da violência urbana.

Para ilustrar esse ponto, chama-se atenção para um estudo de Adorno (2002), que revela que, no Brasil, ao longo da década de 1980, enquanto o número total de óbitos cresceu 20%, o de óbitos motivados por causas violentas cresceu 60%.

#### 4.4 O SUICÍDIO POR ENFORCAMENTO E SEUS ASPECTOS CARACTERÍSTICOS

Observa-se que o enforcamento, foco do presente estudo, correspondeu a 57,14% dos óbitos no ES. No Brasil, no ano de 2016, pelo banco de dados do DATASUS o suicídio por enforcamento/estrangulamento foi de 68,33% óbitos. Portanto, este tipo de ocorrência é uma tendência nacional e mundial que se reproduz no ES.

Apesar deste indicador alarmante, os estudos sobre este tipo de ocorrência – suicídio por estrangulamento e enforcamento - são superficiais e revelam, em sua grande maioria, números relacionados a sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil e local de ocorrência do agravo sem, portanto, questionar e aprofundar sobre uma das formas mais primitivas de punição e autopunição do ser humano. O enforcamento, é um fenômeno histórico muito utilizado como instrumento de pena de morte pelo Estado, na execução de escravos e, como uma opção de autopunição nos casos de suicídio.

No Brasil, os estudos sobre o suicídio por enforcamento se detêm aos dados demográficos, no entanto, partimos do entendimento de que exame etnográfico detalhado dos casos e das narrativas suicidas reunidos e analisados nos contextos cultural, político e econômico ilustraram as diferenças nas práticas suicidas entre as sociedades, pois embora as estatísticas



sejam fundamentais e, sem dúvida trazem importantes informações, a etnografia revela uma infinidade de questões que podem contribuir para compreender o fenômeno no contexto cultural.

No ES, a maior taxa de suicídio por enforcamento ocorreu em 2016, na Macrorregião Norte de Saúde (2,85), prevalece o sexo masculino com idade entre 20 a 39 anos, da raça/cor parda, solteiros com nível escolaridade entre 4 a 11 anos, sendo o domicílio o local predominante da ocorrência do agravo. A Macrorregião Norte de Saúde é caracterizada pelo baixo desenvolvimento econômico e social que necessita de grandes investimentos no estado, para a redução dessas desigualdades (ESPÍRITO SANTO (ES), 2011).

As estatísticas oficiais são insuficientes para afirmar, que a ocorrência do suicídio, por enforcamento na Macrorregião Norte de saúde do ES guarda relações com as desigualdades sociais, por si só, ali presentes. Outras características sociais devem ser investigadas, principalmente sobre o estado dos diferentes meios sociais – religião, família, grupos profissionais e política.

A influência de contextos macrossociais como renda, desigualdades e recessões econômicas sobre a taxa de mortalidade por suicídio, foi analisado no estudo de Hiyoshi, Kondo e Rostila (2018), durante a recessão econômica que atingiu a Suécia nos anos de 1990 e 1994. A conclusão do estudo apontou que as desigualdades de renda na mortalidade por suicídio foram substanciais entre homens e mulheres, mesmo que os sistemas de bem-estar universais suecos tenham, historicamente, produzido baixos níveis de desigualdade social.

Da mesma forma o colapso da União Soviética, após o declínio econômico, provocou na Rússia e alguns países da antiga União Soviética elevações dramáticas na mortalidade, em particular no suicídio de homens (BRAINERD, 1990), bem como após recessões econômicas, a taxa de suicídio aumentou nos Estados Unidos (HARPER et al., 2015) e no Japão (WADA et al, 2012; KONDO, et al., 2008).

No Brasil, alguns estudos como os de Merlo (2009), Barreto e Berenchtein Netto (2010); Venco e Barreto (2010), Calixto Filho e Zerbini, (2016), confirmam, que os fatores socioeconômicos e a precarização social estão correlacionados ao aumento do suicídio, indo ao encontro dos resultados da literatura internacional. Portanto, é premente a necessidade de

aprofundar estudos sobre uma melhor compreensão dos fatores culturais, sociais e econômicos envolvidos no suicídio, bem como, a proposição de políticas públicas direcionadas aos municípios que apresentem características socioeconômicas relacionadas ao fenômeno.

## 5 RESULTADOS

As tabelas apresentadas foram extraídas do banco de dados do DATASUS. Inicialmente apresentamos a mortalidade geral e taxa de mortalidade por suicídio por enforcamento nas 4 (quatro) macrorregiões de saúde do ES, conforme figura abaixo.

Figura 1 - Plano Diretor de Regionalização da saúde. ES, 2011



Fonte: Adaptado de Espírito Santo (ES) (2011, p. 52).

## 5.1 SUICÍDIO NO ES POR TIPO DE OCORRÊNCIA E MACRORREGIÃO DE SAÚDE

O Estado do ES, distribuído em 78 municípios, localizado na região sudeste do Brasil, com população estimada em 3514952 pessoas, segundo o último censo IBGE realizado em 2010. Mostra na tabela inicial abaixo, identificada de nº1, de forma geral e em números absolutos, os óbitos ocorridos por causas externas de acordo com as quatro macrorregiões do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Serão apresentadas ao longo da sessão, tabelas enumeradas com objetivo de demonstrar quais os tipos de lesões autoprovocadas intencionalmente que resultaram em óbitos. Apresenta de acordo com a categoria CID 10, de forma retrospectiva, óbitos ocorridos no ano de 2016, destacando na primeira linha o CID X70 relacionado a Lesão Autoprovocada Intencionalmente por Enforcamento, Estrangulamento e Sufocamento, justificando assim o objeto do estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Óbitos por Categoria CID10, Tipo de Suicídio e Macrorregião de Saúde do ES (2016)

(Continua)

CID	Tipo de Ocorrência	Norte	Central	Metropolitana	Sul	Total
X70	Lesão autoprov intenc enforcamento estrangulamento, sufocamento	11	14	54	21	100
X80	Lesão autoprov intenc precipício lugar elevado	-	-	13	1	14
X74	Lesão autoprovocada intenc disparo outra arma fogo e NE	1	1	5	3	10
X61	Auto intox int a-conv sed hip a-park psic NCOP	-	-	6	1	7
X68	Auto-intox intenc a pesticidas	-	1	5	1	7
X69	Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	1	-	2	2	5
X78	Lesão autoprov intenc objeto cortante penetrante	1	1	3	-	5
X84	Lesão autoprov intenc p/meios NE		2	1	2	5

Tabela 1 - Óbitos por Categoria CID10, Tipo de Suicídio e Macrorregião de Saúde do ES (2016)

						(Conclusão)
X72	Lesão autoprov intenc disparo arma fogo de mão	1	-	2	1	4
X76	Lesão autoprov intenc fumaça fogo e chamas	-	-	2	1	3
X79	Lesão autoprov intenc p/objeto contundente	-	-	1	2	3
X67	Auto-intox intenc p/outros gases e vapores	-	-	2	-	2
X83	Lesão autoprov intenc p/outros meios específicos	-	-	2	-	2
X71	Lesão autoprov intenc p/afogamento submersão	-	-	2	-	2
X60	Auto-int int analg antipir anti-reum n-opiac	-	-	1	-	1
X64	Auto-int intenc out droga med subst biolog NE	-	-	1	-	1
X65	Auto-intox voluntaria p/álcool	-	-	1	-	1
X66	Auto-int int solv org hidrocarb halog vapor	1	-	-	-	1
X82	Lesão autoprov intenc impacto veículo a motor	-	1	-	-	1
X77	Lesão autoprov int vapor água gás objeto quente	-	-	-	1	1
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>20</b>	<b>103</b>	<b>36</b>	<b>175</b>

Fonte: Brasil (2017).

Na Tabela 2, observa-se que 54% dos óbitos por enforcamento e estrangulamento ocorreram na macrorregião metropolitana, seguido da macrorregião Sul que representou 21%, porém a taxa de mortalidade por suicídio por enforcamento e estrangulamento é maior na macrorregião norte (2,85) seguida da macrorregião metropolitana (2,79).

Tabela 2 - Categoria CID10: X70 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por macrorregião de saúde (n-100)

Macrorregião de Saúde do ES	Nº.	%	População -2010	Taxa
Macrorregião Central	14	14%	571.302	2,45
Macrorregião Metropolitana	54	54%	1.935.393	2,79
Macrorregião Norte	11	11%	384.861	2,85
Macrorregião Sul	21	21%	623.396	2,36
Total	100	100%	3.514.952	

Fonte: Elaborada pela autora.

## 5.2 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO CENTRAL DE SAÚDE

As Tabelas de 2 (dois) a 7(sete) correspondem ao número absoluto de óbitos de suicídio por enforcamento e estrangulamento, por municípios da macrorregião central e as variáveis: faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil e local da ocorrência.

Quanto a idade das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 3 que do total destes óbitos (14) da macrorregião central 35,71% ocorreu entre as idades de 20 a 29 anos e 28,57% entre 30 a 39 anos. Chama a atenção que 21,42% dos suicídios por enforcamento e estrangulamento ocorreu em idosos acima de 60 anos.

Tabela 3 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião central (n-14)

Município	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos
Aracruz	3	-	1	-	-	1
Colatina	1	1	-	-	-	1
João Neiva	-	-	-	1	-	-
Linhares	-	2	-	-	-	-
São Domingos do Norte	-	-	-	-	1	-
Sooretama	1	1	-	-	-	-
Total	5	4	1	1	1	2

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao sexo das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 4 que do total destes óbitos (14) da macrorregião central 92,85% foram do sexo masculino e 7,14% foi do sexo feminino.

Tabela 4 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião central (n-14)

<b>Município</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Aracruz	5	-	5
Colatina	3	-	3
João Neiva	1	-	1
Linhares	2	-	2
São Domingos do Norte	-	1	1
Sooretama	2	-	2
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

64,28% das vítimas de suicídio por estrangulamento e enforcamento correspondeu a cor parda, seguido de 21,42% da cor branca, 7,14% da raça negra e amarela, conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e cor/raça na macrorregião central (n-14)

<b>Município</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Amarela</b>	<b>Parda</b>	<b>Total</b>
Aracruz	1	1	-	3	5
Colatina	1	-	1	1	3
João Neiva	1	-	-	-	1
Linhares	-	-	-	2	2
São Domingos do Norte	-	-	-	1	1
Sooretama	-	-	-	2	2
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto a escolaridade das vítimas, 35,71% tinham de 8 (oito) a 11 (onze) anos de estudo, 21,42% de 4 (quatro) a 7 (sete) anos de estudo. Chama a atenção na Tabela 6 que em 21,42% do total de óbitos a informação quanto a escolaridade foi ignorada.

Tabela 6 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião central (n-14)

Município	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais	Ignorado	Total
Aracruz	-	2	2	-	1	5
Colatina	-	-	1	-	2	3
João Neiva	-	-	1	-	-	1
Linhares	-	1	1	-	-	2
São Domingos do Norte	1	-	-	-	-	1
Sooretama	1	-	-	1	-	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 7 identifica-se que 50% dos suicídios por estrangulamento e enforcamento ocorreu entre as vítimas com estado civil solteira, 14,28% casadas e viúvas e, em 7,14% não foi identificado o estado civil das vítimas.

Tabela 7 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião central (n-14)

Município	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Outro	Ignorado	Total
Aracruz	3	-	1	-	1	-	5
Colatina	2	-	-	-	-	1	3
João Neiva	-	-	-	1	-	-	1
Linhares	1	1	-	-	-	-	2
São Domingos do Norte	-	-	1	-	-	-	1
Sooretama	1	1	-	-	-	-	2
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao local de ocorrência observa-se pela Tabela 8 que 78,57% dos suicídios por enforcamento e estrangulamento ocorreu no domicílio e 21,42% em outras localidades.



Tabela 8 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião central (n-14)

<b>Município</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Outros</b>	<b>Total</b>
Aracruz	3	2	5
Colatina	3	-	3
João Neiva	1	-	1
Linhares	1	1	2
São Domingos do Norte	1	-	1
Sooretama	2	-	2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

### 5.3 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO METROPOLITANA DE SAÚDE

As Tabelas de 9 (nove) a 14 (quatorze) correspondem ao número absoluto de óbitos por suicídio por enforcamento e estrangulamento, por municípios da macrorregião metropolitana e as variáveis: faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil e local da ocorrência.

Quanto a idade das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 9 que do total destes óbitos (54) da macrorregião metropolitana 29,62% ocorreu entre as idades de 40 a 49 anos e 24,07% entre 20 a 29 anos, 20,37% entre 30 a 39 anos, 14,81% entre 50 a 59 anos. Chama a atenção que 7,40% dos suicídios por enforcamento e estrangulamento ocorreu em idosos acima de 60 anos e 3,70 em jovens entre 15 e 19 anos.

Tabela 9 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião metropolitana (n – 54)

<b>Município</b>	<b>(Continua)</b>							<b>Total</b>
	<b>15 a 19 anos</b>	<b>20 a 29 anos</b>	<b>30 a 39 anos</b>	<b>40 a 49 anos</b>	<b>50 a 59 anos</b>	<b>60 a 69 anos</b>	<b>70 a 79 anos</b>	
Afonso Cláudio	-	1	-	1	-	-	-	2
Brejetuba	1	-	1	-	-	-	-	2
Cariacica	1	5	1	4	-	-	-	11
Domingos								
Martins	-	1	-	1	1	-	-	3
Guarapari	-	-	1	-	-	-	-	1

Tabela 9 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião metropolitana (n – 54)

(Conclusão)

Marechal								
Florianópolis	-	-	-	-	-	1	-	1
Santa Leopoldina	-	-	-	1	-	-	-	1
Santa Maria de								
Jetibá	-	1	1	1	2	-	-	5
Serra	-	2	2	4	2	-	-	10
Viana	-	-	-	1	-	-	-	1
Vila Velha	-	3	4	1	2	-	-	10
Vitória	-	-	1	2	1	2	1	7
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>54</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao sexo das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 10 que do total destes óbitos (54) da macrorregião metropolitana 75,92% foram do sexo masculino e 24,07% do sexo feminino.

Tabela 10 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião metropolitana (n-54)

<b>Município</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Afonso Cláudio	-	2	2
Brejetuba	2	-	2
Cariacica	7	4	11
Domingos Martins	2	1	3
Guarapari	1	-	1
Marechal Florianópolis	1	-	1
Santa Leopoldina	1	-	1
Santa Maria de Jetibá	4	1	5
Serra	9	1	10
Viana	-	1	1
Vitória	6	1	7
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>13</b>	<b>54</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

51,85% das vítimas de suicídio por estrangulamento e enforcamento correspondeu a cor parda, seguido de 29,62% da cor branca, 5,55% da raça negra e em 12,96% não se identificou

a cor, conforme demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e cor/raça na macrorregião metropolitana (n-54)

<b>Município</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Parda</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
Afonso Cláudio	1	-	1	-	2
Brejetuba	2	-	-	-	2
Cariacica	1	-	10	-	11
Domingos Martins	3	-	-	-	3
Guarapari	-	1	-	-	1
Marechal Floriano	-	-	-	1	1
Santa Leopoldina	1	-	-	-	1
Santa Maria de Jetibá	4	-	-	1	5
Serra	-	1	5	4	10
Viana	1	-	-	-	1
Vila Velha	1	-	8	1	10
Vitória	2	1	4	-	7
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>54</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 12 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião metropolitana (n. 54)

<b>Município</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Casado</b>	<b>Separado judicialmente</b>	<b>Outro</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
Afonso Cláudio	1	1	-	-	-	2
Brejetuba	-	-	-	1	1	2
Cariacica	8	2	-	-	1	11
Domingos Martins	-	1	-	1	1	3
Guarapari	-	1	-	-	-	1
Marechal Floriano	-	-	-	1	-	1
Santa Leopoldina	-	1	-	-	-	1
Santa M. de Jetibá	1	3	-	-	1	5
Serra	5	4	1	-	-	10
Viana	-	-	-	-	1	1
Vila Velha	7	2	-	-	1	10
Vitória	4	1	2	-	-	7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>54</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto a escolaridade das vítimas, 18,51% tinham de 1 (um) a 3 (três) anos de estudo, 18,51% tem escolaridade entre 4 (quatro) a 7 (sete) anos de estudo, 14,81% tinha escolaridade de 8 (oito) a 11 (onze) anos de estudo e 9,25% com escolaridade com 12 (doze) anos ou mais de estudo. Chama a atenção na tabela 12 que em 37,03%, do total dos óbitos, a informação quanto a escolaridade foi ignorada.

Na Tabela 13 identifica-se que 48,14% dos suicídios por estrangulamento e enforcamento ocorreu entre as vítimas com estado civil solteiro, 29,62% casados, 5,55% separados judicialmente e em 11,11% não foi identificado o estado civil da vítima de suicídio.

Tabela 13 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião metropolitana (n=54)

<b>Município</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Casado</b>	<b>Separado judicialmente</b>	<b>Outro</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
Afonso Cláudio	1	1	-	-	-	2
Brejetuba	-	-	-	1	1	2
Cariacica	8	2	-	-	1	11
Domingos Martins	-	1	-	1	1	3
Guarapari	-	1	-	-	-	1
Marechal Floriano	-	-	-	1	-	1
Santa Leopoldina	-	1	-	-	-	1
Santa M. de Jetibá	1	3	-	-	1	5
Serra	5	4	1	-	-	10
Viana	-	-	-	-	1	1
Vila Velha	7	2	-	-	1	10
Vitória	4	1	2	-	-	7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>54</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao local de ocorrência observa-se pela tabela 14 que 75,92% dos suicídios por enforcamento e estrangulamento ocorreu no domicílio e 5,55% em vias públicas. Chama a atenção nessa tabela a informação do enforcamento em hospitais e outros estabelecimentos de saúde que correspondeu a 5,55% do total de óbitos e em 12,96% dos óbitos não consta o local da ocorrência do óbito.

Tabela 14 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião metropolitana (n-54)

<b>Município</b>	<b>Hospital</b>	<b>Estab. Saúde</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Via pública</b>	<b>Outros</b>	<b>Total</b>
Afonso Cláudio	-	-	2	-	-	2
Brejetuba	-	-	1	-	1	2
Cariacica	-	-	9	-	2	11
Domingos Martins	-	-	2	-	1	3
Guarapari	-	-	1	-	-	1
Marechal Floriano	-	-	1	-	-	1
Santa Leopoldina	-	-	1	-	-	1
Stª Mª.de Jetibá	-	-	4	1	-	5
Serra	1	-	7	1	1	10
Viana	-	-	1	-	-	1
Vila Velha	-	1	7	1	1	10
Vitória	1	-	5	-	1	7
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>41</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>54</b>

Fonte: Elaborada pela autora

#### 5.4 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO NORTE DE SAÚDE

As Tabelas de 15 (quinze) a 20 (vinte) correspondem ao número absoluto de óbitos por suicídio por enforcamento e estrangulamento, por municípios da macrorregião norte e as variáveis: faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil e local da ocorrência.

Quanto à idade das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 15 que do total destes óbitos (11) da macrorregião norte foi de 36,36% entre as idades de 30 a 39 anos, 27,27% entre 20 a 29 anos, 18,18% em idosos acima de 60 anos e 9,09% entre 40 a 49 e 50 a 59 anos.

Tabela 15 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião norte (n – 11)

<b>Município</b>	<b>20 a 29 anos</b>	<b>30 a 39 anos</b>	<b>40 a 49 anos</b>	<b>50 a 59 anos</b>	<b>60 a 69 anos</b>	<b>70 a 79 anos</b>	<b>Total</b>
Água Doce do Norte	-	-	-	-	-	1	1
Ecoporanga	1	2	-	-	-	-	3
Jaguapé	1	1	-	-	-	-	2
Nova Venécia	1	-	1	1	1	-	4
São Mateus	-	1	-	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao sexo das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 16 que do total destes óbitos (11) da macrorregião norte 81,81% foram do sexo masculino e 18,18% do sexo feminino.

Tabela 16 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião norte (n-11)

<b>Município</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Água Doce do Norte	1	-	1
Ecoporanga	2	1	3
Jaguapé	1	1	2
Nova Venécia	4	-	4
São Mateus	1	-	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se na Tabela 17 que 54,54% das vítimas de suicídio por estrangulamento e enforcamento correspondeu a cor parda seguido de 36,36 % da cor branca, 9,09% da raça negra.

Tabela 17 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e cor/raça na macrorregião norte (n-11)

Município	Branca	Preta	Parda	Total
Água Doce do Norte	1	-	-	1
Jaguareé	-	-	2	2
Nova Venécia	2	1	1	4
São Mateus	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto a escolaridade das vítimas, 36,36 % tem de 4 (quatro) a 7 (sete) anos de estudo, 18,18% tem escolaridade entre 8 (oito) a 11 (onze) anos de estudo, 9,09% com escolaridade acima de 12 (doze) anos de estudo tinha escolaridade de 8 (oito) a 11 (onze) anos de estudo e 9,25% com escolaridade com 12 (doze) e em 18,18% a escolaridade foi ignorada.

Tabela 18 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião norte (n – 11)

Município	Nenhuma	1/3a	4/7a	8/11a	12+a	Ignorado	Total
Água Doce do Norte	1	-	-	-	-	-	1
Ecoporanga	-	-	-	1	-	2	3
Jaguareé	-	-	2	-	-	-	2
Nova Venécia	-	1	1	1	1	-	4
São Mateus	-	-	1	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 19 identifica-se que 54,54% dos suicídios por estrangulamento e enforcamento ocorreu entre as vítimas com estado civil solteiro, 27,27% casado, 9,09% separado

judicialmente e viúvo.

Tabela 19 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião norte (n-11)

Município	solteiro	casado	separado	viúvo	Total
Água Doce do Norte	-	1	-	-	1
Ecoporanga	1	1	-	1	3
Jaguaré	2	-	-	-	2
Nova Venécia	2	1	1	-	4
São Mateus	1	-	-	-	1
Total	6	3	1	1	11

Fonte: Elaborada pela autora.

Quando ao local de ocorrência observa-se pela Tabela 20 que 54,54% dos suicídios por enforcamento e estrangulamento ocorreu no domicílio e 27,27% foi identificado como outros e 9,09% o local da ocorrência foi em vias públicas e hospital.

Tabela 20 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião norte (n-11)

Município	Hospital	Domicílio	Via pública	Outros	Total
Água Doce do Norte	-	-	-	1	1
Ecoporanga	-	2	-	1	3
Jaguaré	-	1	-	1	2
Nova Venécia	1	2	1	-	4
São Mateus	-	1	-	-	1
Total	1	6	1	3	11

Fonte: Elaborada pela autora.



## 5.5 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ENFORCAMENTO DA MACRORREGIÃO SUL DE SAÚDE

As tabelas de 21 (vinte e um) a 26 (vinte e seis) correspondem ao número absoluto de óbitos por suicídio por enforcamento e estrangulamento, por municípios da macrorregião sul e as variáveis: faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil e local da ocorrência.

Quanto a idade das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 21 que do total destes óbitos (21) da macrorregião sul foi de 33,33% com idades entre 30 a 39 anos, 23,80% entre as idades de 40 a 49 anos, 19,04 entre 50 a 59 anos, 14,28% com idade acima de 60 anos e 9,52% com idade entre 20 a 29 anos.

Tabela 21 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e faixa etária na macrorregião sul (n – 21)

Município	20/29a	30 /39a	40 /49a	50/59a	60/69a	70 /79a	Total
Anchieta	-	1	-	-	1	-	2
C. Itapemirim	1	1	2	4	-	1	9
Iconha	-	-	-	-	-	1	1
Iúna	-	2	-	-	-	-	2
Muniz Freire	-	1	1	-	-	-	2
Piúma	-	-	1	-	-	-	1
Rio Novo do Sul	-	1	-	-	-	-	1
Vargem Alta	1	1	1	-	-	-	3
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>21</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao sexo das vítimas de suicídio por enforcamento e estrangulamento, observa-se na Tabela 22 que do total destes óbitos (21) da macrorregião sul 61,90% foram do sexo masculino e 38,09% do sexo feminino.

Tabela 22 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e sexo na macrorregião sul (n-21)

<b>Município</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Anchieta	2	-	2
Cachoeiro de Itapemirim	6	3	9
Iconha	1	-	1
Iúna	-	2	2
Muniz Freire	2	-	2
Piúma	1	-	1
Rio Novo do Sul	1	-	1
Vargem Alta	-	3	3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>21</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

42,85% das vítimas de suicídio por estrangulamento e enforcamento correspondeu a cor parda e o mesmo percentual da cor branca, 9,52% da cor preta e, em 4,76% a ocorrência foi ignorada, conforme demonstrado na Tabela 23.

Tabela 23 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e cor/raça na macrorregião sul (n-21)

<b>Município</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Parda</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
Anchieta	2	-	-	-	2
Cachoeiro de Itapemirim	4	-	5	-	9
Iconha	1	-	-	-	1
Iúna	-	1	1	-	2
Muniz Freire	-	-	1	1	2
Piúma	-	-	1	-	1
Rio Novo do Sul	-	-	1	-	1
Vargem Alta	2	1	-	-	3
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>21</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto a escolaridade das vítimas em 61,90% a escolaridade é ignorada, 19,04% tem de 1 (um) 3 (três) anos de escolaridade, 14,28% tem escolaridade entre 4 (quatro) a 7 (sete) anos

de estudo e 4,76% tem de 12 (dose) ou mais anos de escolaridade.

Tabela 24 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e escolaridade na macrorregião sul (n – 21)

Município	1/3a	4/7a	12+a	Ignorado	Total
Cachoeiro de Itapemirim	2	3	-	4	9
Iconha	-	-	-	1	1
Iúna	-	-	-	2	2
Muniz Freire	1	-	-	1	2
Piúma	1	-	-	-	1
Rio Novo do Sul	-	-	-	1	1
Vargem Alta	-	-	1	2	3
Total	4	3	1	13	21

Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 25 identifica-se que 42,85% dos suicídios por estrangulamento e enforcamento ocorreu entre as vítimas com estado civil casado, em 23,80% o estado civil das vítimas é ignorado, 14,28% conta como outro o estado civil e 4,76% viúvos e o mesmo percentual de separado.

Tabela 25 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e estado civil na macrorregião sul (n-21)

Município	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado	Outro	Ignorado	Total
Anchieta	-	-	-	-	1	1	2
Cachoeiro de Itapemirim	-	4	1	1	-	3	9
Iconha	-	1	-	-	-	-	1
Iúna	-	-	-	-	1	1	2
Muniz Freire	-	1	-	-	1	-	2
Piúma	1	-	-	-	-	-	1
Rio Novo do Sul	1	-	-	-	-	-	1
Vargem Alta	-	3	-	-	-	-	3
Total	2	9	1	1	3	5	21

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao local de ocorrência observa-se pela Tabela 26 que 61,90% dos suicídios por enforcamento e estrangulamento ocorreu no domicílio e em 23,80% consta como outro o local da ocorrência, 9,52% foi em vias públicas e 4,76 em hospital.

Tabela 26 - Lesão autoprovocada intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento no ES em 2016 por município e local de ocorrência na macrorregião sul (n-21)

Município	Hospital	Domicílio	Via pública	Outros	Total
Anchieta	-	2	-	-	2
Cachoeiro de Itapemirim	1	5	2	1	9
Iconha	-	1	-	-	1
Iúna	-	1	-	1	2
Muniz Freire	-	1	-	1	2
Piúma	-	-	-	1	1
Rio Novo do Sul	-	1	-	-	1
Vargem Alta	-	2	-	1	3
Total	1	13	2	5	21

Fonte: Elaborada pela autora.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados das variáveis disponíveis no banco de dados do DATASUS, referente ao ano de 2016, que trata do suicídio por enforcamento no ES nos oportunizou concluir que Macrorregião Norte de Saúde tem a maior taxa de mortalidade de suicídio por enforcamento no ES (2,85) seguindo da Macrorregião Metropolitana de Saúde (2,79).

A Macrorregião Norte de Saúde é caracterizada pelo baixo desenvolvimento econômico e social, apesar de não podermos afirmar a correlação desta taxa de mortalidade de suicídio com o desenvolvimento econômico desta Macrorregião (ESPÍRITO SANTO (ES), 2011). demais estudos confirmam que, os fatores socioeconômicos e a precarização social estão relacionados ao aumento do suicídio, indo de encontro aos resultados da literatura internacional. Concorda-se que há uma necessidade de investimentos do estado, uma vez que a redução dessa desigualdade contribui consideravelmente para a melhoria dos diversos indicadores de saúde (BARRETO; BERENCHTEIN NETTO, 2010; BARRETO; VENCO; BARRETO, 2010; CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016).

Portanto, é premente a necessidade de aprofundar estudos nesta Macrorregião para melhor compreender os fatores culturais, sociais e econômicos que podem estar envolvidos com o suicídio, bem como, proposição de políticas públicas direcionadas aos municípios dessa Macrorregião.

Quanto ao sexo, esse tipo de ocorrência é predominante no sexo masculino (76%) em todas as Macrorregiões de Saúde apresentadas. O suicídio conforme demonstra os dados, é mais letal em pessoas do sexo masculino, apesar de o risco ser 6 vezes maior entre pessoas do sexo feminino, mulheres tentam 2,2 vezes mais que os homens (BRASIL, 2017b). Os homens tendem a utilizar meios mais letais como arma de fogo e o enforcamento, enquanto as mulheres buscam meios menos letais como, por exemplo, a utilização de medicamentos.

No ES, no ano de 2016, 24% dos óbitos de suicídio por enforcamento foram cometidos por mulheres. Este dado nos remete a reflexão sobre a violência contra a mulher, uma vez que elas tentam 6 vezes mais suicídio do que os homens. Esta reflexão encontra suporte nas análises de Marx (2006), e autores contemporâneos quando refere que o destino dos casos,

estudados por ele, de mulheres que cometeram suicídio, foi selado mais pelo gênero do que por sua classe social, justificando que o poder absoluto dos homens sobre as mulheres se estrutura no poder masculino que se perpetua nas estruturas familiares e sociais patriarcais nas diferentes sociedades, o que reforça a necessidade de novos estudos que auxiliem a verificar em nossa realidade social esta questão.

Questão muito presente em nossa sociedade implicando nos diferentes tipos de violência contra a mulher, reflexão esta, sustentada tanto por estudos antigos quanto atuais, trazem compreensões de que a violência de gênero pode estar relacionada a suicídio, homicídio e mortalidade materna (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; MARTINI, 2017).

Quanto a idade das vítimas de suicídio por enforcamento no ES, no ano de 2016, observa-se que 73% dos óbitos concentra-se na população com idade que varia de 20 a 59 anos de idade. É nesta faixa etária que os indivíduos estão entrando ou em franca atividade produtiva de sua vida. Isto implica dizer que no ES, o suicídio por enforcamento foi responsável por mortes entre jovens e adultos de meia idade. O padrão etário de mortes por suicídio vem se modificando ao longo do tempo reduzindo a taxa dos idosos e dos jovens e, aumentou a dos adultos principalmente na faixa etária de 35-54 (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003).

Sobre a influência do tempo é elucidativo colocar a impressão de Durkheim (2000), quando refere que o tempo age sobre a tendência para o suicídio, na medida em que a idade avança, é que o homem se torna mais acessível ao fenômeno, pois necessita de experiências repetidas para sentir o vazio de uma existência egoísta ou a pobreza das ambições sem limites.

Contudo, a faixa etária é tida como um fator determinante em que os indivíduos tomam consciência dos problemas frente as crises econômicas, muito em função das perdas tanto de riquezas como de poder. É importante ressaltar que as taxas de suicídio são maiores em países ricos, pois a população de um país subdesenvolvido consegue lidar melhor com as situações de anomia social (DURKHEIM, 2000).

Em situações de crise econômica e desemprego, os fracassos no desempenho do homem como provedor poderiam levar a atritos familiares, exacerbação do consumo de álcool e drogas e, até dissolução familiar, que poderiam se associar ao suicídio. A raça e cor predominante dos

óbitos por suicídios por enforcamento no ES, no ano de 2016, foi a parda, que se reproduziu em todas as Macrorregiões de Saúde. A prevalência da raça/cor parda no ES se deu em função da miscigenação ocorrida nas últimas décadas que não foi no sentido do “branqueamento” da pele, pois o ES é um grande caldeirão racial composto por índios, negros e europeus de diversas origens, e, não apenas os imigrantes do século passado, embora estes tenham desempenhado um papel de importância fundamental na história capixaba e realizado uma notável ascensão social (CORREIA; OJIMA, 2017).

As vítimas de suicídio por enforcamento no ES, em sua grande maioria, apresentaram nível baixo e médio de escolaridade, ou seja, tinham entre 4 a 11 anos de escolaridade. Excetuando-se a Macrorregião Metropolitana de Saúde que apresentou um percentual mais elevado de suicídio por enforcamento, onde 14,81% tinha escolaridade de 8 (oito) a 11 (onze) anos de estudo e 9,25% com escolaridade de 12 (doze) anos ou mais de estudo.

Os resultados identificados neste estudo vão de encontro aos estudos realizados no Brasil (MACHADO; SANTOS, 2000) e na Malásia (RAHIMI et al., 2015) que apontam maior número de tentativas e de ocorrência de suicídio em grupos populacionais com menor escolaridade (até 7 anos de estudos). Excetuando conforme dito acima a Macrorregião Metropolitana de saúde

A correlação da classe social com o suicídio por enforcamento, pode ser refletido a partir da facilidade de acesso aos meios e, aos custos que envolvem a aquisição de objetos para a realização do ato de se matar, onde qualquer objeto, desde que tenha similaridade ou resistência de uma corda pode ser utilizado.

## 7 CONCLUSÃO

Estudar o suicídio por si só nos remete a um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e perturbadores, uma vez que o termo carrega um conjunto de sentimentos, como culpa e vergonha, perplexidade, medo e revolta, dentre outros. O sentido que cada um dá para a vida é a pergunta que fazemos quando nos deparamos ou vivenciamos o fenômeno. Portanto, buscar responder a essa pergunta é algo fundamental para a prevenção do agravo, mas também um grande desafio para as diferentes áreas de conhecimento.

O objetivo geral proposto foi de analisar o fenômeno do suicídio por enforcamento no estado do ES no ano de 2016. De certa maneira, foi alcançado através dos objetivos específicos onde fez a descrição sobre a representação social do suicídio por enforcamento e considerações filosóficas sobre o fenômeno, bem como buscou delinear sobre dimensão sociocultural e econômica do suicídio por enforcamento e por último apresentou o perfil demográfico das vítimas de suicídio por enforcamento no estado do ES.

A abordagem metodológica de cunho qualitativa nos pareceu suficiente para o alcance dos objetivos e foram utilizadas de forma complementar partindo do entendimento de que embora as estatísticas sejam fundamentais e, sem dúvida trazem importantes informações, as reflexões buscadas para a construção do estudo como a dimensão sociocultural e econômica do suicídio revelam uma infinidade de questões que podem contribuir para melhor compreensão do fenômeno.

A tentativa de pensar o suicídio no bojo da teoria das representações sociais neste estudo, apesar da superficialidade na abordagem, foi mais uma tentativa de ampliar conhecimento sobre o tema e contribuir na produção de um saber social, ou seja, uma maneira de tentar conhecer sobre o fenômeno e torná-lo mais familiar, com a finalidade de agregar novidade ao conhecimento existente.

Outra ousadia neste estudo foi a de abordar o suicídio na sua dimensão sociocultural e econômica. Para tanto apoiou-se no pensamento de Karl Marx e Émile Durkheim, que entendem o suicídio como um fenômeno social, que apesar das diferentes metodologias de análise do fenômeno, estudos de ambos convergem para um resultado mais complementar do



que antagônico, pois de certa forma fazem uma severa crítica a ética e ao social dos “males” consolidados na sociedade burguesa moderna, que não pode ser suprimido sem que haja uma transformação radical da estrutura social e econômica, pois a natureza da sociedade capitalista fere os indivíduos das mais diversas classes sociais.

Os dados do DATASUS, tanto no Brasil (68,33%) como ES (57,14%) nos revelam que o suicídio por enforcamento é de longe a primeira causa de morte por suicídio que ocorre entre homens, de raça parda, baixo nível de escolaridade, na faixa etária produtiva sendo o domicílio o local da maior ocorrência. Porém, o dado de que 24% de suicídios por enforcamento entre mulheres nos leva a refletir sobre a necessidade de estudos aprofundados sobre a série histórica para a verificação do comportamento desse indicador.

Uma importante limitação nesse estudo foi estudar a dimensão cultural no conjunto das dimensões sociais e econômicas. O social e o econômico, de certa forma são categorias dependentes, mas a dimensão cultural tem particularidades que se aproximam mais das dimensões religiosas e ideológicas das diversas sociedades.

Outra limitação do estudo, principalmente para as reflexões das dimensões sociais e econômicas foi a incompletude das informações no banco de dados de DATASUS que aparecem como “ignorado” em todas as tabelas apresentadas. Isso demonstra o que vários estudos no Brasil vêm apontando sobre a baixa qualidade das informações durante o preenchimento das declarações de óbitos no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 8, p. 84-135, jul.-dez. 2002.
- BARRETO, M.; BERENCHTEIN NETTO, N. **Suicídio e trabalho**: manual de promoção à vida para trabalhadores e trabalhadoras. São Paulo: SINDIQUIM, 2010.
- BRAINERD, E. Economic reform and mortality in the former Soviet Union: A study of the suicide epidemic in the 1990s. **Eur Econ Rev**, v. 45, n. 4-6, p. 1007-19, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações da saúde (TABNET)**. Brasília, DF: DATASUS, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ext10>. Acesso em: 20 set. 2018.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Óbitos por Categoria CID10, tipo de suicídio e macrorregião de saúde do ES (2016)**. Brasília, DF: DATASUS, 2017a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Setembro amarelo**: Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio: é importante ficar atento aos sinais de alerta. 2017b. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletiva-suic--dio.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Suicídio: saber agir e prevenir. **Boletim epidemiológico**, Brasília, DF, v. 48, n. 30, F 2017c.
- \_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação GM/MS nº 04, de 28 de setembro 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 03 out. 2017d. Seção Suplemento, p. 288.
- CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética Justiça**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016.
- CORREIA, I. A.; OJIMA, R. Migração e seletividade migratória no Estado do Espírito Santo e na Região Metropolitana de Vitória: considerações a partir dos Censos Demográficos. **Geografares**, Vitória, ES, n. 24, p. 40-57, jul./dez. 2017.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, ano. 2000.
- ESPÍRITO SANTO (ES). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico**: vigilância das doenças e agravos não transmissíveis-DANTS. Vitória, ES: SESA, 2017.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Vitória, ES, SESA 2011.
- HARPER, S. et al. Desacelerações econômicas e mortalidade por suicídio nos EUA, 1980-2010: estudo observacional. **Rev Int Epidemiol**, Oxford, v. 44, n. 3, p. 956-66, 2015.

FERREIRA, R. M. C. **O suicídio**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2008.

HIYOSHI, A.; KONDO, N.; ROSTILA, M. Increasing income-based inequality in suicide mortality among working-age women and men, Sweden, 1990-2007: is there a point of trend change? **J Epidemiol Community Health**, London, v. 72, n. 11, p. 1009-15, Nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Geografia do Brasil**. Brasília, DF: IBGE, 2018.

JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

KONDO, N. et al. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986–2001. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 62, n. 10, p. 869-75.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEI, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 151-7, 2011.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil de 2000 a 2012. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, jan./mar. 2015.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 357-63, 2003.

MARTINI, F. “**Violência contra a mulher é uma questão de saúde pública que diz respeito a todos**”, diz psicóloga. 2017. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/colunistas/rafael-martini/noticia/2017/04/violencia-contra-mulher-e-uma-questao-de-saude-publica-que-diz-respeito-a-todos-diz-psicologa-9782939.html>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. Tradução de Francisco Fontanella e Rubens Enderle, São Paulo: Boitempo, 2006.

MERLO, A. R. C. **Suicídios na France Telecom**: As consequências nefastas de um modelo de gestão sobre a saúde mental dos trabalhadores. Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas. 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/progesp/progesp-1/setores/dima/arquivos/estagio-probatorio/dossier%20suicidio%20na%20France%20Telecon%20Prof%20Alvaro.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO NETO, F. F. **Psicologia social**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

MORAIS, S. R. S.; SOUSA, G. M. C. Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes. **Psicol, Ciênc Prof**, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. 160-75, 2011.

MORON, P. **O suicídio**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1977.

MOSCOVICI, S. **Social representations**: explorations in social psychology. Cambridge, UK: Blackwell Publishers, 2000.

\_\_\_\_\_. Why a theory of social representations? In: K. DEAUX, K.; PHILOGÈNE, G. (Ed.). **Representations of the social**: Bridging theoretical tradition. Oxford: Blackwell, 2001. p. 18-61.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS**: prevenção do suicídio: manual para professores e educadores: transtornos mentais e comportamentais. Genebra: Departamento de Saúde Mental, 2000.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Suicídio**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839)>. Acesso em: 10 maio 2018.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de prevenção do suicídio**: 2013/2017. Ministério da Saúde. Portugal: Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017.

RAHIMI, R. et al. Suicide in the elderly in Malaysia. **Malaysian J Pathol**, Malaysia, v. 37, n. 3, p. 259-63, Dec. 2015.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciê n Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 9, p. 2821-34, 2018.

SUICÍDIO. In: Dicionário Enciclopédico Português. Lisboa: Verbo Editora, 2006. p. 48.

VENCO, S.; BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. **REA - Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 9, n. 108, p. 1-8, maio, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

WADA, K. et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. **BMJ**, n. 344, p. e1191, Mar. 2012.

WERLANG, B.; BOTE GA, N. (Ed.). **Comportamento suicida**. São Paulo: Artmed, 2004.