

SUICÍDIO: CRIME, PECADO, ESTATÍSTICA, PUNIÇÃO

Emanuelle Silva Araújo¹
Pedro Paulo Gastalho de Bicalho²

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar algumas dimensões sobre o suicídio: fragmentos históricos, marcos legais, estatísticas e produção de perfis. Para tanto, utilizou-se de dados do Ministério da Saúde, no período entre 1996 e 2010, e pesquisa bibliográfica com vistas a traçar um panorama sobre o tema. Aborda, ainda, as formas com as quais a humanidade percebe e atua frente a esse fenômeno ao longo da história: de ato de liberdade na Grécia Antiga a crime e pecado com o nascimento do cristianismo, até se converter em problema de saúde pública atrelado a transtornos mentais na contemporaneidade. Como resultado, percebeu-se que, de modo geral, na literatura abordada os autores não buscam problematizar o suicídio, apresentando-o unicamente como a morte biológica do ser humano e, por conseguinte, um problema de saúde pública a ser identificado e prevenido.

Palavras-Chave: suicídio; estatística; saúde pública.

SUICIDE: CRIME, SIN, STATISTICS, PUNISHMENT

ABSTRACT

This article aims to present some dimensions of suicide: historical fragments, legal marks, statistics, and profile production. For this, we used data from the Ministry of Health, from 1996 to 2010, and literature in order to provide an overview on the topic. It also discusses the how mankind perceives and faces this phenomenon throughout history: the act of freedom in ancient Greece to the idea of crime and sin with the birth of Christianity, until becoming a public health problem linked to current mental disorders. As a result, it was found that, overall, in the literature addressed the authors seek to not discuss suicide, describing it only as biological death of the human being and, therefore, a public health problem to be identified and prevented.

Keywords: suicide; statistics; public health.

¹ Psicóloga, Mestre em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas.

² Psicólogo, Doutor em Psicologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

Esse artigo visa apresentar algumas dimensões sobre o fenômeno do suicídio na literatura, abordando questões históricas, sociais, culturais, demográficas, econômicas, jurídicas e epidemiológicas. A partir da reflexão a respeito dos temas escolhidos pelos autores podemos vislumbrar as percepções sobre o suicídio em cada época e país em que o estudo foi realizado.

Além do levantamento bibliográfico, fez-se uma análise dos dados sobre suicídio no Brasil no período entre 1996 e 2010, com base no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde, e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, com vistas a traçar um panorama das mortes por suicídio no Brasil. Fez-se um recorte dos dados sobre suicídio segundo as regiões do país, sexo e faixa etária.

Algumas dimensões sobre o suicídio

Émile Durkheim com sua obra: “*Le Suicide*”, de 1897 explora a dimensão social do ato suicida, até então analisado como uma questão individual pela psiquiatria. O autor, após analisar dossiês de aproximadamente 26.000 casos suicidas, separando-os por idade, sexo, estado civil, presença ou ausência de filhos, observou: 1) A permanência das taxas de suicídio ao longo dos anos para uma mesma sociedade; 2) A variação das taxas de suicídio se comparadas a diferentes sociedades; 3) A constância durante longos períodos de tempo das taxas de suicídio comparadas às taxas de mortalidade geral da população dos países estudados. Além disso, observou que as taxas de mortalidade variavam muito além dos demais fenômenos demográficos, o que considerou um indício de forte determinação social nas taxas de suicídio em uma sociedade. Sugere, a partir de sua pesquisa, uma tipologia dos casos de suicídio de acordo com suas causas: 1) Suicídio egoísta: em que o indivíduo não possui fortes laços de solidariedade com o seu grupo; 2) Suicídio altruísta: o extremo oposto do egoísta, quando o ser humano está exageradamente ligado ao seu grupo; 3) Suicídio anômico: classificando o indivíduo que não aceitou os limites impostos pela sociedade³. Nas três formas de suicídio propostas, o ato seria provocado pela relação que o indivíduo possui com as normas. Diz o autor sobre o tema: “Ora, o suicídio, na situação que se encontra hoje, é justamente uma das formas pelas quais se traduz a doença coletiva de que sofremos; por isso ele nos ajudará a compreendê-la” (Durkheim, 2004, p.4).

Percebe-se nas produções acadêmicas contemporâneas claras influências durkheimianas, tais como os estudos sobre padrões de sazonalidade atrelados ao suicídio. Pesquisas demonstram através de dados empíricos que picos de suicídio seriam consistentes durante determinadas estações do ano. Alguns autores afirmam que durante o verão e a primavera haveria uma alta nas taxas de suicídio, enquanto no outono haveria picos de internações psiquiátricas por episódios de depressão (Rihmer et al., 1998). Diversos autores ao redor do mundo correlacionam o suicídio a certos períodos do ano, exposição ao sol e temperaturas (Petridou et al., 2002); bem como a influência de determinados horários nos comportamentos suicidas, como as primeiras horas do dia (Petri & Miotto, 2001). A sazonalidade alteraria o ritmo circadiano do ser humano, tendo como consequências quadros depressivos e, por fim, o suicídio. Alguns estudos chegam a observar minuciosas variações entre a estação do ano em que a pessoa nasceu e alterações metabólicas relacionadas ao suicídio (Chotai et al., 1999).

³ O termo “anomia” deriva da ausência de normas. Na obra “*Le Suicide*” Durkheim usa pela primeira vez esse termo, considerado um dos conceitos centrais da ciência social contemporânea.

Anos antes do lançamento da obra de Durkheim, Karl Marx em 1846 comenta as estatísticas sobre casos de suicídio observados por Jacques Peuchet⁴ na França. Através de um ato considerado privado, o suicídio, Marx (2006) faz uma crítica à sociedade burguesa da época. O autor considera a vida em sociedade como forma de vida “antinatural”, ressaltando o isolamento dos homens: “cada um é estranho de si e todos são estranhos entre si” (2006, p.42). Para o autor, o suicídio seria sintoma de uma sociedade doente.

Marx faz ainda uma crítica feroz ao clero, considerando-o mais irreligioso do que a própria sociedade por recusar uma sepultura religiosa aos suicidas, “quando estende a mão a preconceitos tão covardes” (Marx, 2006, p. 29). Por fim, condena o patriarcado ao comentar as mortes de mulheres que sucumbiram à repressão da sociedade da época.

A seguir, serão apresentadas algumas dimensões sobre o suicídio: aspectos históricos, jurídicos, sociais, culturais e demográficos identificados na literatura.

Fragmentos históricos sobre o suicídio

Jamison (2002, p.8) comenta que “As atitudes da sociedade, como são captadas em sua literatura, leis e sanções religiosas, fornecem uma janela para as nossas reações coletivas ao auto-assassinato”. Entende-se, deste modo, que acontecimentos históricos relacionados ao suicídio possam nos dar pistas da percepção social desse ato como algo por vezes valorizado como uma prática social e cultural e, por vezes, execrado como pecado ou crime, assim como consequência de transtornos mentais.

Nota-se que na história da humanidade as atitudes em relação ao suicídio se acirraram após o cristianismo. Até então, nenhum preceito cultural ou religioso se relacionava ao suicídio no Antigo Testamento. As mortes dos gregos antigos trazidas por Homero eram percebidas como questão de honra, para defender algum princípio religioso ou filosófico. Sócrates é um exemplo clássico, que bebeu cicuta para não abrir mão de suas verdades. Na Grécia Antiga, estóicos e epicuristas acreditavam que todos tinham o direito de eleger os métodos e a hora de sua morte. Em Tebas e Atenas, somente o homicídio era contra a lei; os assassinos eram privados dos ritos fúnebres e tinham a mão decepada.

Por outro lado, Aristóteles e Pitágoras entendiam o suicídio como uma ação covarde e um ato contra o Estado. Em Roma o suicídio era reprimido, impedindo-se que os bens e as propriedades do suicida fossem deixados para os herdeiros. A Igreja Católica desde sempre foi veementemente contra o suicídio; durante os séculos VI e VII excomungou e negou ritos fúnebres aos suicidas. De acordo com a cultura judaica, era proibido que se professasse orações fúnebres para qualquer pessoa que cometesse o suicídio e o enterro era realizado em um setor isolado do cemitério. Na lei islâmica, o suicídio é considerado um crime mais grave que o homicídio.

Costumava-se isolar o corpo do suicida para que este não exercesse influência maligna sobre os vivos. Em muitos países, os corpos dos suicidas eram enterrados durante a noite e em encruzilhadas; montes de pedras eram descarregados na encruzilhada em que a pessoa que se matou foi enterrada. Além disso, costumava-se cravar uma estaca no coração do suicida. “Epiléticos, lunáticos e suicidas não eram lavados; pelo contrário, eram enterrados de bruços nas roupas que usavam quando morreram. Eram erguidos para o caixão com atizadores, nunca com as mãos nuas, já que se temia que doenças e maldição pudessem pegar na família” (Jamison, 2002, p.11). Conforme o autor, na França, o corpo de quem tirava a própria vida era arrastado pelas ruas e depois pendurado em forcas. Além disso, a lei francesa do século XVII exigia que se jogasse o corpo do suicida no esgoto ou na lixeira da cidade. Na Alemanha, os

⁴ Antigo diretor dos Arquivos da Polícia sob a Restauração.

corpos eram postos em barris, que deslizavam para o rio, de forma que não conseguissem voltar à sua cidade natal. Na Noruega, os cadáveres dos suicidas deveriam ser enterrados junto aos demais criminosos na floresta ou jogados na maré. No século XVII, houve mudanças nos padrões relativos ao ato suicida na Inglaterra e nos Estados Unidos: um em cada dez vereditos de suicídio foi classificado *non compos mentis*, ou seja, como decorrente de insanidade. Por volta de 1800, todos os casos de suicídio eram vistos da mesma forma: como ato insano. Porém, apesar de considerado como insanidade nos dois países, até 1961 na Inglaterra e no País de Gales o suicídio era considerado crime, e na Irlanda, até 1993.

Ribeiro (2004) observa que o suicídio suscitou ao longo da história uma combinação de fatores: “agressão contra o ambiente, necessidade de vingança e castigo”. O autor ressalta questões de ordem política e econômica, como no caso dos escravos que eram proibidos de matar-se pelo prejuízo que causariam aos seus senhores. Da mesma forma, os soldados eram proibidos de suicidar-se, pois este gesto enfraquecia o exército, já que o mesmo equivaleria à deserção.

Para a etnia indígena kaiowá-guarani, do tronco tupi-guarani e presente no Brasil majoritariamente no estado do Mato Grosso do Sul, o suicídio equivaleria a uma afronta ao Nhanderu [‘nosso pai’] e, como efeito, a ‘essência’ [aguri] não encontraria a ‘estrada sagrada’ [tape]⁵ (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Marco Legal

Segundo Ribeiro (2004), a Revolução Francesa foi responsável pela primeira ‘desincriminação’ do suicídio na Europa. O autor comenta que não há nenhuma referência desse ato no Código Penal Francês de 1791 ou no Código Napoleônico de 1810. Já durante a Revolução Industrial, com suas duras regras e proibições sociais, o suicídio passou a ser considerado um ato de vergonha, que causava resistência por ser considerado um vestígio de doença mental.

Em 1830, o Código Criminal do Império do Brasil punia o auxílio ao suicídio, com pena de prisão por dois a seis anos. Dizia o artigo 196: “Ajudar alguém a suicidar-se, ou fornecer-lhe meios para esse fim com conhecimento de causa”. Já nas primeiras décadas do século XIX, a legislação brasileira não incriminava o suicídio ou a tentativa deste (Roberti, s.d.).

No Código Penal de 1890, o artigo 299 determinava a execução da pena de prisão por dois a seis anos para a pessoa que auxiliasse moral ou materialmente alguém a matar-se. Contudo, se o ato suicida não culminasse em morte, não se determinava a penalização para o seu cúmplice.

Na legislação penal brasileira vigente, de 1940 (Artigo 122), o suicídio ou a tentativa de suicídio seguem não sendo considerados crimes, contudo, o induzimento ao suicídio pode conduzir à pena de reclusão de dois a seis anos se o suicídio se consuma ou reclusão de um a três anos se a tentativa de suicídio resultar em lesão corporal grave.

Roberti (s.d.) comenta que a legislação brasileira sempre se preocupou com o suicídio e não com a conduta da pessoa que o comete. Incrimina-se no Brasil quem de uma forma ou de outra induz outrem a tirar a própria vida. De acordo com a autora, a legislação do mundo todo aborda a hipótese da instigação, do induzimento e do auxílio ao suicídio.

Como a prática do suicídio não é considerada um crime em nosso país, após a averiguação, arquivam-se o inquérito policial, não se iniciando, portanto, o processo penal.

⁵ Dados colhidos nas aldeias Takuara, Passo Piraju, Gwyaroka e Laranjeira Nhanderu, durante a expedição Kaiowá-Guarani, em janeiro de 2012.

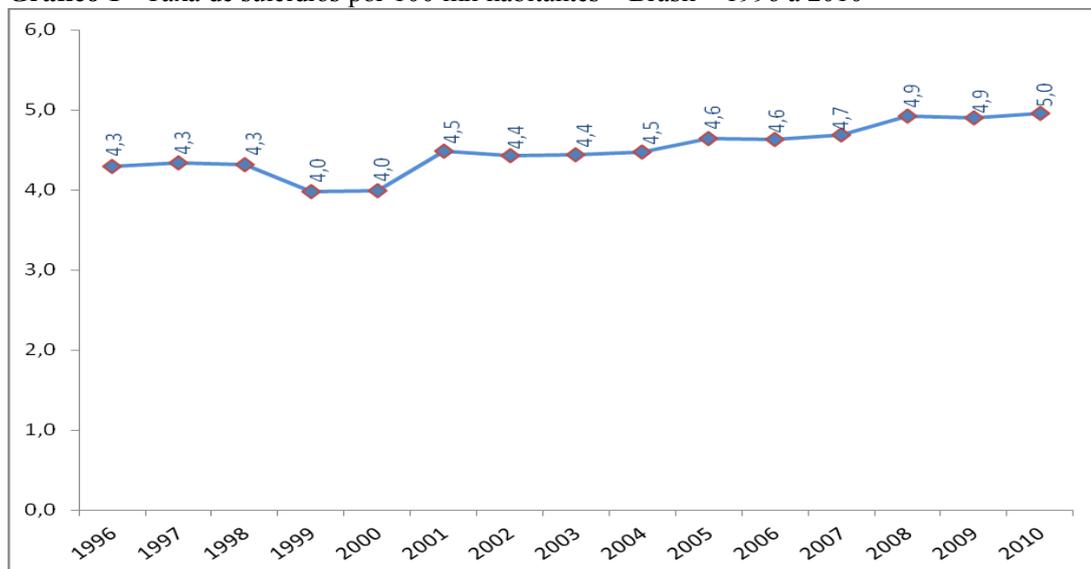
Estatísticas sobre suicídio

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente um milhão de pessoas cometem suicídio a cada ano. Isso representaria uma morte a cada minuto, quase três mil mortes a cada dia e uma tentativa de suicídio a cada três segundos. Há mais casos de mortes causados por suicídio do que por conflitos armados ou por acidentes de trânsito. Em muitos países, o suicídio é uma das três principais causas de mortes de adolescentes e de jovens adultos com idade entre 15 e 24 anos. Mundialmente, a taxa de suicídios aumentou em 60% na última metade do século XX. Para cada suicídio consumado, há 10 a 20 tentativas de suicídio (WHO, 2009).

O monitoramento estatístico das taxas mundiais de suicídio é consideravelmente recente; os países começaram a coletar dados sobre mortalidade a partir de 1950 com a criação da OMS. Contudo, as primeiras informações sobre as mortes no Brasil datam de 1980 (Mello-Santos et al., 2005). Entre 1996 e 2010, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) do Ministério da Saúde foram contabilizadas 119.514 mortes por suicídio no Brasil. Segundo Soares et al (2012), “Considerando as subnotificações significativas nos suicídios devido à perda de alguns seguros e de direitos, é provável que mais de duzentos mil cidadãos brasileiros se tenham suicidado desde que o país começou a coletar dados de maneira sistemática sobre as mortes violentas (1979/80) até hoje”.

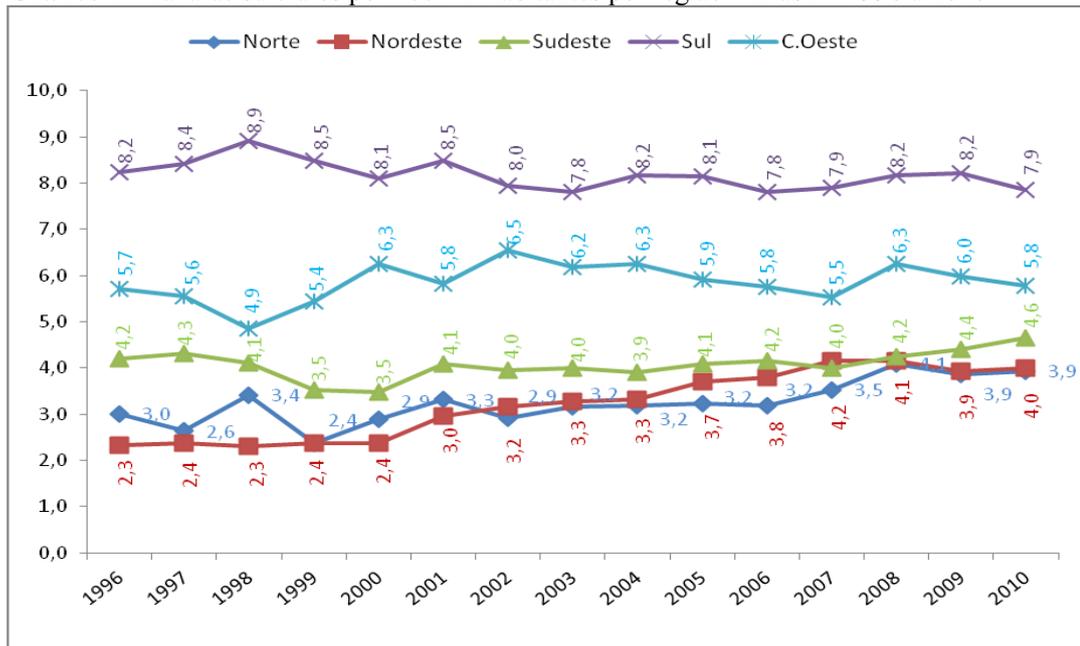
Em 2010, a taxa de suicídios era de 5,0 suicídios por 100 mil habitantes (Gráfico 1). Podemos verificar que nos 14 anos estudados, houve um aumento gradual do número de suicídios no Brasil, mesmo considerando o aumento da população.

Gráfico 1 - Taxa de suicídios por 100 mil habitantes – Brasil – 1996 a 2010



Fonte:MS /SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Instituto de Geografia e Estatística - IBGE.

Ao compararmos as mortes por suicídio por região, observamos que a Região Sul apresenta as maiores taxas, seguida da Região Centro-Oeste. As menores taxas são das regiões Norte e Nordeste. Contudo, a Região Sul com as maiores taxas apresenta uma tendência de queda ao longo dos anos, enquanto que as regiões com as menores taxas seguem em movimento ascendente.

Gráfico 2 - Taxa de suicídios por 100 mil habitantes por região – Brasil – 1996 a 2010

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Instituto de Geografia e Estatística - IBGE.

Nos Estados Unidos, Turvey (1995) afirma que a taxa de suicídios encontrava-se em uma média de 12 por 100 mil habitantes na década de 1990. O autor afirma que suicídios costumam acontecer frequentemente em todas as idades, raças e grupos econômicos; não estaria restrito a gênero ou sistema de crenças: cada seguimento da cultura norteamericana produz indivíduos que irão decidir dar cabo da própria vida. Contudo, certos grupos são mais propensos a cometer o suicídio, por exemplo: mulheres cometem mais tentativas de suicídio do que os homens, enquanto estes se matam com mais frequência. Os métodos utilizados pelos homens são mais mortais, como as armas de fogo, enquanto as mulheres tomam medicamentos, tendo, dessa forma, a oportunidade de resgate. Em 2010, segundo dados do Centers for Disease Control and Prevention⁶, a taxa no país era de 12,4 suicídios a cada 100 mil habitantes, um número muito próximo da década de 1990, mas ainda assim, a maior taxa dos últimos 15 anos.

Na contramão das estatísticas mundiais, nos países da Região do Mediterrâneo Oriental⁷ os suicídios são substancialmente mais altos entre as mulheres do que entre os homens. As taxas de suicídio são superiores entre as mulheres nos grupos de idade 5-14 e 15-29 e em homens acima de 60 anos. Mulheres dos países de alta renda bruta apresentam as menores taxas de suicídio, o mesmo se dá em relação aos homens que apresentam as menores taxas em se comparando a outros homens de países de pequena e média renda bruta. Em 2000, a taxa de suicídios nessa região era de 10.8 por 100 mil (Rezaeian, 2007).

Na Índia, o ritual de autoimolação foi longamente praticado ao longo de sua história. Antigamente esse ritual era associado ao ato de *sati*, em que as viúvas cometiam o suicídio queimando seus próprios corpos utilizando-se da pira do funeral do marido. Ainda hoje ocasionalmente alguns atos de *sati* são registrados. Contudo, o aumento da autoimolação não

⁶ Criado em 1992, em Atlanta, Estados Unidos. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/> >.

⁷ Em 2000, a Região do Mediterrâneo Oriental consistia em 22 países: Afeganistão, Bahrain, Chipre, Djibouti, Egito, Iraque, República Islâmica do Irã, Jordânia, Kuwait, Líbano, Jamairia Árabe Popular Socialista da Líbia, Marrocos, Oman, Paquistão, Catar, Arábia Saudita, Somália, Sudão, República Árabe da Síria, Tunísia, Emirados Árabes e Iêmen.

está mais relacionado a esse ritual, considerado honorável e respeitável, mas em razão da penosa disputa por dotes (apesar de o dote ser proibido na Índia desde 1961). Quando a expectativa do dote não é correspondida pela família da noiva, é possível que a jovem seja morta ou compelida ao suicídio, mais frequentemente por autocombustão (Kumar, 2003).

‘Perfis’ Suicidas

Durkheim no século XIX anuncia que “Cada sociedade está predisposta a fornecer um contingente determinado de mortes voluntárias” (2004, p.24), sendo que para cada nacionalidade haveria uma preferência por um tipo de morte e a ordem de preferência raramente mudava. Os russos elegiam o enforcamento; os ingleses e irlandeses a morte por envenenamento; os italianos, as armas de fogo; os americanos, as armas de fogo, envenenamento e gás de iluminação. Quanto aos emigrantes, estes, levavam os métodos comuns ao seu país de origem para onde quer que fossem, ao menos até assimilarem os costumes da nova cultura (Jamison, 2002).

Após dois séculos, a OMS recomenda como primeiro passo para a prevenção do suicídio o desenvolvimento de perfis suicidas, almejando grupos e situações de alto risco: “A first important step towards reducing inmate suicide is to develop suicide profiles that can be used to target high-risk groups and situations” (WHO, 2007, p. 5).

Jamison (2002) comenta que às vésperas do ano 2000, várias pessoas nos Estados Unidos eram assassinadas por instigar policiais a matá-las, prática esta conhecida como “*Suicide-by-cop*”. Esta ação, na época, era responsável por aproximadamente 10% dos tiros fatais disparados por policiais. Outros estudos revelam o suicídio entre os próprios policiais, descrevendo o profissional mais propenso a esse ato e os fatores de risco relacionados.

Bicalho (2005)⁸ identificou entre policiais militares que apresentaram sintomas de estresse na fase de alerta, 36% com desejo súbito de iniciar novos projetos. Entre os que se encontravam na fase de resistência, 16% com relatos de mal-estar generalizado e, na fase de exaustão, 24% com angústia ou ansiedade generalizada e 18% com vontade de fugir de tudo. Ao problematizar sobre o significado de tais sintomas, verificou-se em sua maioria questões relacionadas à ideação suicida.

Em relação ao suicídio ocupacional, estudos identificam os seguintes riscos que podem levar o profissional ao suicídio: 1) Exposição a substâncias químicas; 2) Conhecimento ou acesso a meios com os quais o suicídio possa ser realizado; 3) Exigências profissionais que propiciem a exposição a fatores de risco psicológicos, tais como *burnout*, isolamento ou exposição a eventos traumáticos (Mustard et al., 2010).

Outros autores relacionam o suicídio a fatores econômicos e ao desemprego. Pesquisas apontam uma forte relação existente entre desemprego, economia e suicídio, o que não causaria diretamente o ato, mas poderia contribuir para o suicídio. Uma cadeia de infortúnios pode começar com a perda do emprego ocasionando uma depressão decorrente de uma tensão financeira e perda do controle pessoal. O desemprego incitaria uma miríade financeira, social, de saúde física e mental. O mais preocupante seria a depressão que poderia precipitar o ato suicida, principalmente em indivíduos vulneráveis a perdas que resultariam em humilhações, vergonha ou desespero provocando tentativas de suicídio (SPRC, 2008).

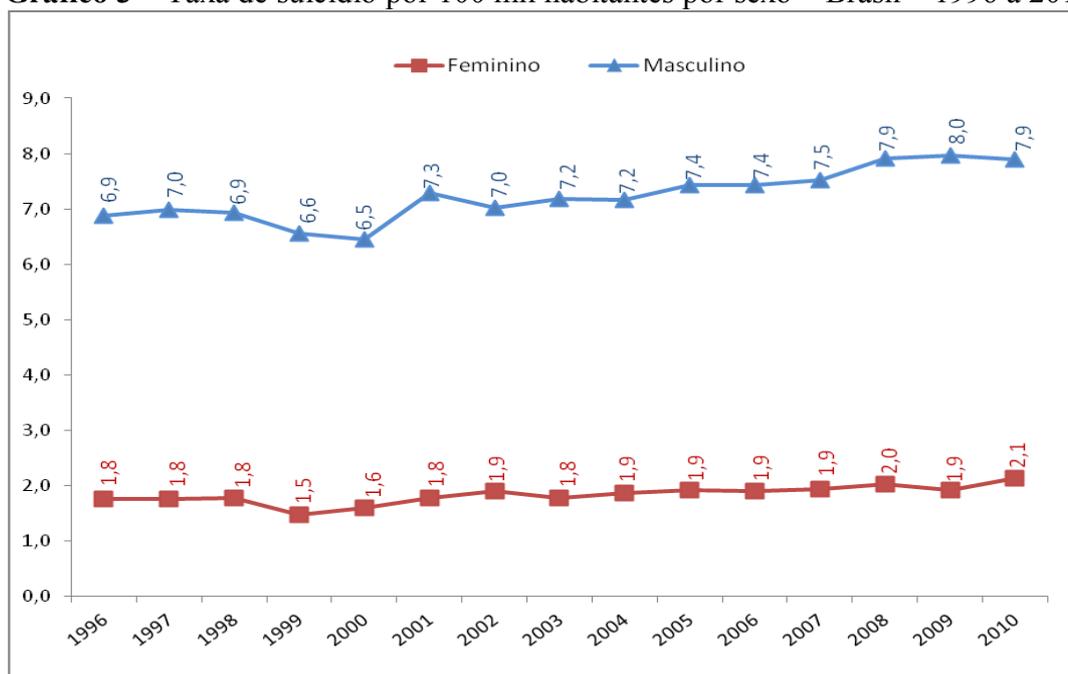
Brainerd (2001) em seu estudo percebeu que a taxa de suicídios na Rússia, Bielorrússia, Ucrânia e países Bálticos aumentou substancialmente no início da década de 1990, sendo as mais altas do mundo. A instabilidade macroeconômica desses países explicaria essa alta

⁸ Pesquisa realizada com 424 praças (soldados, cabos e sargentos) da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2004.

incidência. O efeito macroeconômico seria identificado entre os homens⁹, associados à perda da esposa ou de amigos e à diminuição da expectativa de vida nesses países. Contudo, entre as mulheres, o suicídio estaria mais relacionado ao consumo de álcool. O autor considera o suicídio como uma epidemia nos países da Europa Oriental que formavam a antiga União Soviética.

Nos Estados Unidos, em 2010, os homens suicidavam-se 4 vezes mais do que as mulheres, sendo que estas tentavam o suicídio 3 vezes mais do que os homens (Centers for Disease Control and Prevention). O Brasil segue o mesmo padrão em relação ao sexo do suicida (Gráfico 3), os homens cometem suicídio em média 4 vezes mais do que as mulheres.

Gráfico 3 – Taxa de suicídio por 100 mil habitantes por sexo – Brasil – 1996 a 2010

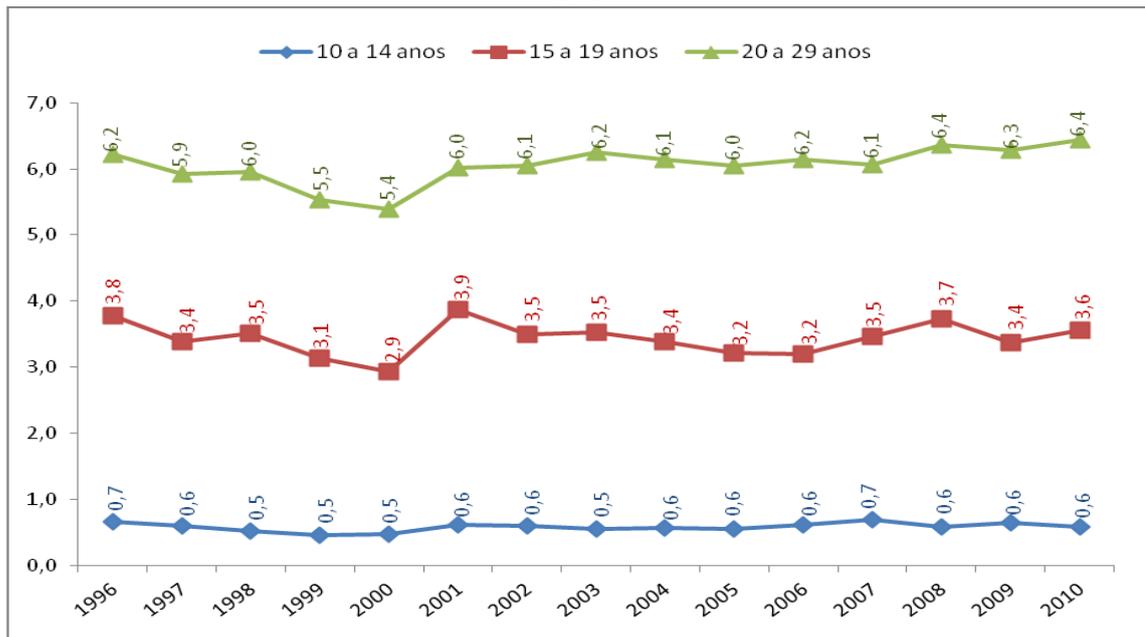


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

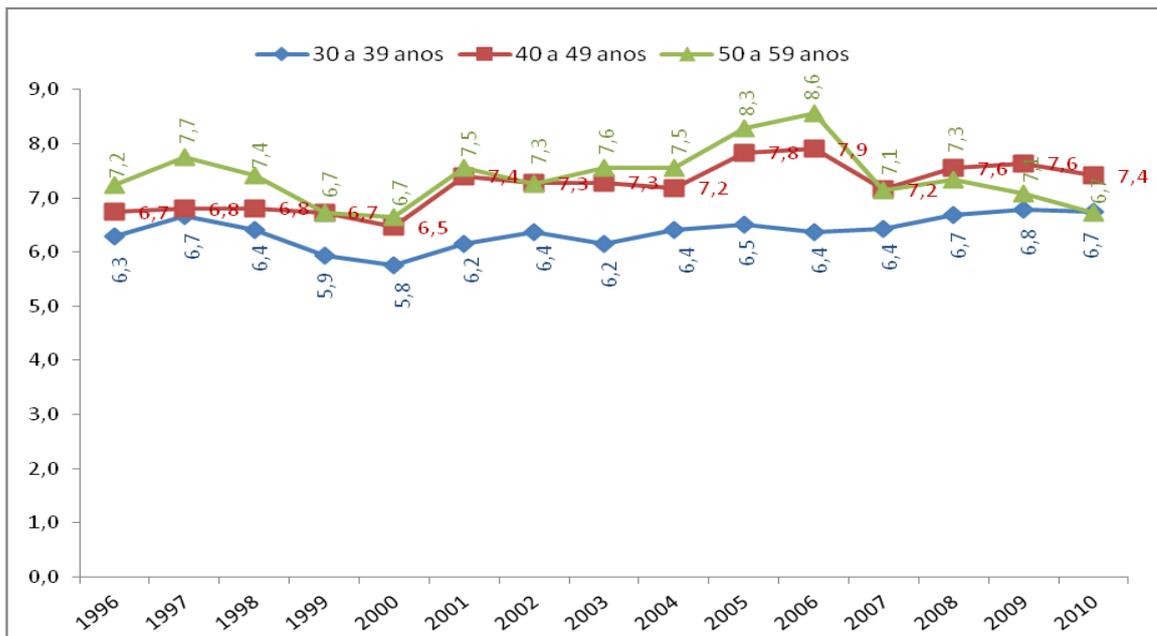
Em relação à faixa etária, nos Estados Unidos as maiores taxas se remetem às pessoas entre 40 e 50 anos (Centers for Disease Control and Prevention). No Brasil (Gráficos 4, 5 e 6), a tendência é que as mortes por suicídio sejam mais frequentes entre pessoas mais velhas, até a faixa etária entre 50 e 59 anos. Entre os 60 e 69 há uma queda nas mortes por suicídio, voltando a subir nas faixas posteriores.

⁹ Segundo o autor, as mulheres não seriam sensíveis ao efeito macroeconômico.

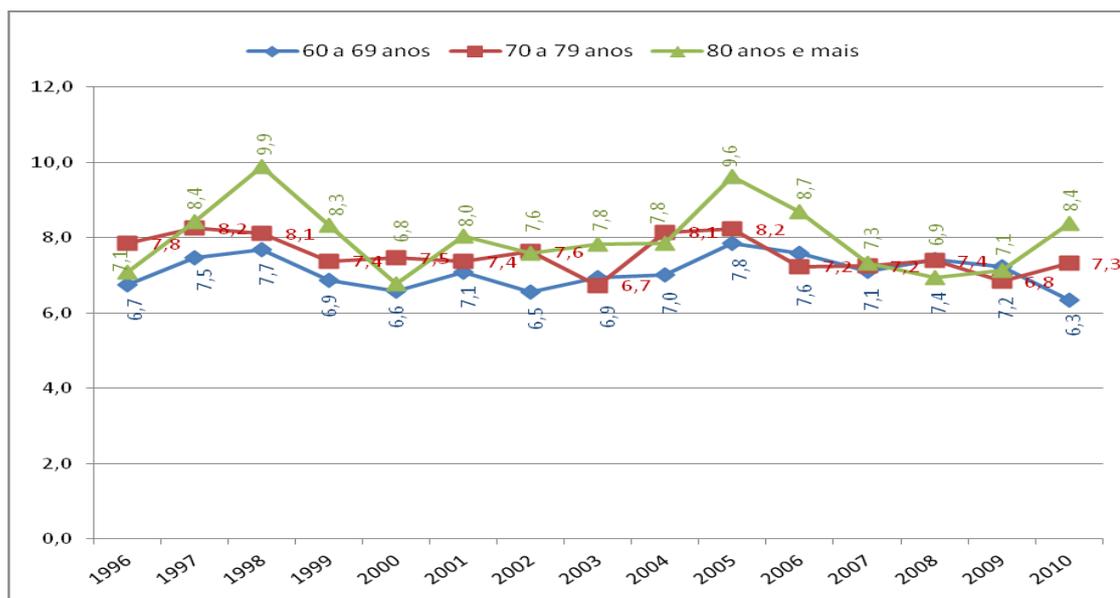
Gráficos 4, 5 e 6 – Taxa de suicídio por 100 mil habitantes por faixas etárias - Brasil – 1996 a 2010



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Considerações Finais

O suicídio tornou-se objeto de estudo de diversas áreas das ciências humanas e sociais ao longo do século XX e XXI, com destaque para a sociologia, psicologia, psiquiatria e epidemiologia. Além de estudos científicos, associações e sociedades de suicidologia foram criadas em todo o mundo, bem como uma infinidade de portais da internet de prevenção ao suicídio. No Brasil, a produção acadêmica sobre suicídio ainda apresenta-se em menor número se comparada aos estudos norte-americanos ou de países europeus. Conforme comentado ao longo do texto, as estatísticas brasileiras sobre suicídio tiveram início três décadas após o monitoramento estatístico dos demais países do mundo.

Finalmente, a revisão da literatura de suicidologia traz uma série de questões a serem problematizadas: 1) Em toda a literatura levantada o suicídio não é visto de outra forma pelos autores senão, como a morte biológica do ser humano, o que nos faz pensar se não haveria outras maneiras de interpretar essa ação na contemporaneidade; 2) Em grande parte dos trabalhos científicos é comum a naturalização do suicídio, i.e., a utilização do termo sem conceituá-lo; 3) As ciências sociais e as ciências humanas vêm produzindo um saber que classifica e cria tipologias acerca do suicídio/comportamento suicida, o que nos traz uma série de questões: De que forma esse saber produz uma prática discursiva que irá refletir sobre o campo das políticas públicas e de práticas relacionadas a áreas como, por exemplo, a medicina, a psicologia e o serviço social? De que forma podem influenciar na legislação dos países? Questões que não pretendem ser respondidas nesse momento, mas que funcionam como um bom ponto de partida para futuras reflexões.

Referências Bibliográficas

Bicalho, P.P.G. (2005). *Subjetividade e Abordagem Policial: por uma concepção de direitos humanos onde caibam mais humanos*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro.

- Brainerd, E. (2001). Economic reform and mortality in the former Soviet Union: A study of the suicide epidemic in the 1990s. *European Economic Review*.
- Chotai, J., Renberg, E.S., Jacobsson, L. (1999). Season of birth associated with the age and method of suicide. *Archives of Suicide Research* 5, 245–254.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *América Latina - Guaraní-Kaiowá sofre sem terras no Brasil*. Jornal do Federal, ano XXIII n.103.
- Durkheim, E. (2004). *O Suicídio, 1897*. Tradução Luz Cary, Margarida Garrido e J. Vasconcelos Esteves. São Paulo: Martins Fontes.
- Jamison, K.R. (2002). *Quando a noite cai: Entendendo o suicídio*. Rio de Janeiro: Gryphus.
- Kumar, V. (2003). Burnt wives: a study of suicides. *Burns* 29, 31–35.
- Marx, K. (2006). *Sobre o Suicídio, 1881-1883*. Tradução Rubens Enderle e Francisco Fontanella. 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J.M., Wang, Y.(2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): Characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 131-134.
- Mustard, C. A., Bielecky, A.; Etches, J., Wilkins, R., Tjepkema, M., Amick, B. C., Smith, P. M., Gnam, W. H., Aronson, K. J. (2010). *Suicide mortality by occupation in Canada, 1991-2001*. CARWH 2010 Conference Toronto, Ontario.
- Petridou, E., Papadopoulos, F.F., Constantine E., Skalkidou, A., Trochopoulos, D. (2002). A Role of Sunshine in the Triggering of Suicide. *Epidemiology*, 13 (1), 106-109.
- Rezaeian, M. (2007). Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimate for 2000. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13 (4), 953-960.
- Rihmer, Z., Rutz, W., Pihlgren, H., Pestaloty, P. (1998). Decreasing tendency of seasonality in suicide may indicate lowering rate of depressive suicides in the population. *Psychiatry Research*, 233-240.
- Ribeiro, D.M. (2004) Suicídio: critérios científicos e legais de análise. *Jus Navigandi*, Teresina, 9 (423).
- Roberti, M. Eutanásia e Direito Penal. *Instituto Brasileiro de Advocacia Pública*. Disponível em: <<http://www.ibap.org/defensoriapublica/penal/doutrina/mr-eutanasia.htm>>. Acesso em: 24 jul 2011.
- Soares, G.; Campagnac, V.; Guimarães, T. (2012). Gênero e Suicídio no Rio de Janeiro. In: *Cadernos de Segurança Pública, Ano IV* (03), 1-7.
- SPRC - Suicide Prevention Resource Center. (2008). *Relationship between the Economy, Unemployment and Suicide*.

Turvey, B. Police Officers: Control, Hopelessness, & Suicide. *Knowledge Solutions Library*, Electronic Publication. Disponível em: <<http://www.corpus-delicti.com/suicide.html>>.

WHO-World Health Organization. (2009). *Preventing suicide: A resource for police, firefighters and other first line responders*. Department of Mental Health and Substance Abuse.

WHO-World Health Organization. (2007). *Preventing suicide: In jails and prisons*. Department of Mental Health and Substance Abuse.

Endereço para correspondência:

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Av. Pasteur, 250 – Pavilhão Nilton Campos,
Campus Praia Vermelha, Urca
Rio de Janeiro, RJ - CEP 22290-340
E-mail: ppbicalho@ufrj.br

Recebido em: 15/06/2012.

Aceito para publicação em: 15/12/2012.