

OS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM RORAIMA (2006-2015): A JUVENTUDE E A ETNIA COMO FATORES DE RISCO?

DEATH BY SUICIDE IN RORAIMA (2006-2015): YOUTH AND ETHNICITY AS RISK FACTORS?

MUERTE POR SUICIDIO EN RORAIMA (2006-2015): ¿JUVENTUD Y ETNICIDAD COMO FACTORES DE RIESGO?

Pâmola Andreia Lemke Walter

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFRR.
pamolaandrea@gmail.com

Rafaela keroleen Silva Maia

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFRR.
rafaela_keroleen13@hotmail.com

Wilson Saraiva da Silva de Souza

Graduado em Geografia pela Universidade Federal de Roraima
tinhowilson@gmail.com

Elton Carlos Oliveira-Borges

Professor Adjunto I no Instituto de Geociências da Universidade Federal de Roraima.
elton.borges@ufr.br

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo geral analisar a distribuição da mortalidade por causas suicidas, ocorrida entre os anos de 2006 a 2015, nos municípios de Roraima, destacando alguns dos seus fatores de risco, entre os quais, a juventude e a etnia. De forma mais específica objetiva distinguir os principais tipos suicidas e seus respectivos percentuais de óbito, além de identificar o perfil demográfico dos óbitos ocorridos no Estado e nos municípios com maior e menor mortalidade suicida, além de analisar fatores marcantes para a análise em questão. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e analítica, desenvolvida a partir da construção de indicadores baseados nos dados extraídos do Censo Demográfico de 2010 e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-TABNET). Como resultado foi verificado em Bonfim, município na divisa com a Guiana, e população inferior a 11 mil habitantes (IBGE, 2010), o maior Coeficiente Bruto de Mortalidade Suicida (27 ób./10.000 habitantes), além de um expressivo indicador de óbitos indígenas, muito superior à proporção das demais raças/cores da população residente.

Palavras-chave: Suicídio; Juventude; Etnia; Roraima.

ABSTRACT

The objective of this article is to analyze the distribution of suicide mortality in the municipalities of Roraima between 2006 and 2015, highlighting some of its risk factors, among which youth and ethnicity. More specifically, it aims to distinguish the main suicide types and their respective death rates, as well as to identify the demographic profile of the deaths occurring in the State and in municipalities with higher and lower suicidal mortality, enumerating their geographic elements and the most important socioenvironmental determinants for the analysis in question. It is a quantitative, descriptive and analytical research, developed from the construction of indicators based on the data extracted from the

2010 Demographic Census and the Mortality Information System (SIM-TABNET). As a result, the highest Gross Coefficient of Suicide Mortality (27 ob / 10,000 inhabitants) was recorded in Bonfim, a municipality on the border with Guyana, and a population of less than 11 thousand inhabitants (IBGE, 2010) indigenous peoples, much higher than the proportion of other races / colors of the resident population.

Keywords: Suicide; Youth; Ethnicity; Roraima.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo general analizar la distribución de la mortalidad por causas suicidas, ocurrida entre los años de 2006 a 2015, en los municipios de Roraima, destacando algunos de sus factores de riesgo, entre ellos, la juventud y la etnia. De forma más específica objetiva distinguir los principales tipos suicidas y sus respectivos porcentajes de defunción, además de identificar el perfil demográfico de los óbitos ocurridos en el Estado y en los municipios con mayor y menor mortalidad suicida, además de analizar factores marcantes para el análisis en cuestión. Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva y analítica, desarrollada a partir de la construcción de indicadores basados en los datos extraídos del Censo Demográfico de 2010 y del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM-TABNET). Como resultado fue verificado en Bonfim, municipio en la frontera con Guyana, y población inferior a 11 mil habitantes (IBGE, 2010), el mayor Coeficiente Bruto de Mortalidad Suicida (27 ó 10.000 habitantes), además de un expresivo indicador de muertes indígenas, muy superior a la proporción de las demás razas / colores de la población residente.

Palabras clave: Suicidio; Juventud; Étnico; Roraima.

1. INTRODUÇÃO

O suicídio, termo derivado de dois vocábulos latinos, sui (“de si mesmo”) e caedĕre (“matar”), se refere à tentativa ou ato de tirar voluntariamente a própria vida, devendo ser assinalado como uma consequência de um amplo conjunto de situações de risco classificados como comportamentos suicidas (DURKHEIN, 1982).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), o agravo constitui um grave problema de Saúde Pública, responsável por 24 mortes/dia no Brasil e por três mil no mundo, além de 60 mil tentativas. Meneghel e col., (2004) observaram, em Roraima, um grande número de suicídios entre os povos indígenas e os jovens não índios, o que acabou por inspirar a presente pesquisa e motivar a verificação da distribuição espacial municipal dos seus casos por faixas etárias e etnias. Pois, segundo o Centro de Qualidade de Vida da Secretaria Estadual de Segurança Pública de Roraima (2018), o número de suicídios subiu 40% durante os dez primeiros meses de 2015 frente ao mesmo período no ano anterior, encontrando-se o Estado em segundo lugar no ranking de mortalidade por tal causa no país, atrás somente do Rio Grande do Sul, no qual foram encontrados três dos piores indicadores municipais do país em 2017: Forquetinha (7,87 casos por 10 mil habitantes), Travesseiro (5,58 por 10 mil) e André da Rocha (5,24 por 10 mil) (SAÚDE, 2017).

Apesar de reconhecido como um fenômeno mundial em várias culturas e classes sociais, o suicídio é bastante notificado em diferentes populações indígenas que percebem a morte de forma diferenciada, assim como entre aquelas com sob perda de sua identidade cultural e desorganização social, afetadas mormente por culpa do progressivo e agressivo contato com a sociedade não indígena (LEWIS, 1975).

Então, como objetivo geral foi promovida uma análise da distribuição da mortalidade por causas suicidas, entre os anos de 2006 a 2015, nos municípios de Roraima, avaliando a sua relação com a juventude e a etnia. De forma mais específica, foi buscada a identificação dos principais tipos e

respectivos percentuais de mortalidade, além da descrição do perfil demográfico dos óbitos ocorridos no Estado e nos municípios com maior e menor coeficiente suicida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e analítica desenvolvida a partir de dados secundários ocorridos entre 2006 e 2015, obtidos no sítio eletrônico do DATA-SUS-SIM (Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a qual foi apoiada por uma revisão de artigos científicos. A área de estudo foi formada pelos 15 municípios do estado de Roraima, cujos dados levaram ao cálculo dos seguintes indicadores:

1. Coeficiente Bruto da Mortalidade por Causas Suicidas a cada dez mil habitantes: (Óbitos por Causas Suicidas entre 2006 e 2015) / (População residente em 2010 nos municípios de Roraima x 10.000 habitantes);
2. Percentual de Óbitos por Faixas Etárias (5-14 anos; 15-29; 30-49; 50-69; >70);
3. Percentual de Óbitos por Sexo (masculino e feminino);
4. Percentual de Óbitos por Cor/Raça (branca, preta, parda, indígena e não informado);
5. Percentual de Óbitos por Escolaridade (Não Informado, Sem Escolaridade, Fundamental 6. Fundamental II, Médio, Superior Incompleto e Superior Completo);
7. Percentual de Óbitos por Estado Civil (Ignorado, Solteiro, Casado, Viúvo, União Estável e Não Informado).
8. Razão de Mortalidade Suicida (RMS) segundo o tipo enforcamento/sufocamento, arma de fogo, produtos químicos, e afogamento).

Analisada a distribuição municipal dos coeficientes de mortalidade, por meio do software Microsoft Excel, foram identificados os municípios mais e menos atingidos pelo agravo em tela, assim como o perfil demográfico dos seus óbitos e de sua população residente, cuja representação cartográfica foi obtida pela utilização do software livre Qgis.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Oliveira-Borges (2016), a Geografia da Saúde serve à descrição e à análise espaço-temporal do estado de saúde de grupos populacionais como forma de alerta, denúncia, educação e instrumentalização do planejamento da saúde para uma melhor utilização dos seus recursos e o desenvolvimento adequado de programas curativos e preventivos. Munido por tamanha habilidade, pode-se dedicar aos estudos da variação espacial das doenças para compreender as razões que a determinam, de zoonoses ou demais doenças de notificação compulsória, passando por ocorrências crônico-degenerativas-neoplásicas, aos transtornos psiquiátricos aqui focalizados sob a forma de comportamentos suicídios.

Para Émile Durkheim (1977), os suicídios não podem ser vistos, apenas, como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros, devendo ser considerado o conjunto dos suicídios cometidos em uma sociedade, durante uma unidade de tempo, para que, assim, possam ser estabelecidas, efetivamente, políticas públicas coletivas.

Para Dutra (2001), o suicídio é um fenômeno multifacetado que envolve fatores biológicos, sociais e emocionais. E ressalta que o fenômeno é uma realidade mundial, com incidência sobre todas as faixas etárias, etnias e níveis socioeconômicos, sendo encontradas taxas, nos Estados Unidos, da ordem de 2,41 casos por 10.000 habitantes, no Canadá de 2,52 óbitos por 10.000 habitantes, no Sri-Lanka, de 6,1 óbitos por 10.000 hab.; e na Hungria, de 7,1 óbitos por 10.000 habitantes, alertando para o aumento do suicídio entre jovens de 15 a 19 anos em todo o mundo.

Cassorla (1987), por sua vez, advertiu que os coeficientes de mortalidade por suicídio estão associados a grandes falhas de subnotificação, especialmente, pela negação familiar por seus sentimentos de culpa ou vergonha. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (2010) afirmou que as tentativas de suicídio podem constituir um agravo vinte vezes maior do que o suicídio consumado, assumindo para cada tentativa registrada, a ocorrência de pelo menos quatro tentativas não registradas (WHO, 2010).

Já Botega (2014) destacou o tabu em torno do suicídio evidenciado pelo pedido familiar de ocultar a causa da morte, com a consequente perda de dados e o prejuízo para definição de estratégias contra suicidas.

No Brasil, o Ministério da Saúde, também, assumiu como expressiva a subnotificação de óbitos por causas suicidas, especialmente, nas regiões Norte e Nordeste, bem como imprecisões na declaração da causa da morte, as quais condicionam o aumento da proporção de causas externas de tipo ignorado, e comprometem a qualidade dos indicadores, haja vista a causa descrita na declaração de óbito se referir, com frequência, à natureza da lesão, ao invés da sua causa básica. E realçou, também, que as variações em tais taxas podem estar associadas à má qualidade da assistência médica disponível. Taxas essas fundamentais para a análise das variações geográficas e temporais da mortalidade suicida, com a devida identificação de situações de alarme, e a necessária produção de estratégias de enfrentamento. As taxas em questão foram reconhecidas como ainda mais altas na população de adultos jovens, principalmente, do sexo masculino, e assumidas como a terceira maior causa de morte na faixa etária dos 15 aos 24 anos, depois dos acidentes e dos homicídios (BRASIL, 2014).

De outra forma, Sadock e col. (2017, p.763) afirmaram que “em todos os grupos populacionais, o suicídio é ocorrência rara antes da puberdade”, mas progressivo com a chegada da meia-idade. Entre os homens, o suicídio atinge o auge após os 45 anos e entre as mulheres, após os 55 anos. Sublinharam que as pessoas mais velhas cometem menos tentativas de suicídio se comparados aos jovens, mas obtêm mais sucesso, apresentando a população masculina a partir dos 65 anos o índice de mortalidade de 2,9 por 10 mil habitantes.

Os fatores de risco suicídio estão associados, por seu tempo, a um amplo leque de problemas familiares e/ou sociais, além de transtornos orgânicos como o câncer, a epilepsia, a AIDS, a depressão, a esquizofrenia e o alcoolismo, servindo como fatores protetivos a restrição de acesso a armas, pesticidas e medicamentos, bem como a melhoria dos serviços de Saúde Mental e de educação religiosa, além de campanhas promovidas por escolas e mídias, sendo os serviços oferecidos pela ONG Centro de Valorização da Vida (CVV) pelo número de telefone 141 um grande exemplo (BRASIL, 2017).

O Código Penal brasileiro citado pelo Brasil (2017), em seu artigo 122, criminaliza a ação de induzir, instigar e auxiliar o suicídio, penalizando-a se o suicídio for consumado, com dois a seis anos de detenção; e se não houver morte, mas lesão corporal de natureza grave, com um a três anos de reclusão. Do mesmo modo, poderá ser duplicada a pena se tal crime for praticado por motivo egoístico (com proveito para o agente) ou a vítima for menor ou tiver diminuída, por qualquer causa, sua capacidade de resistência, destacando-se, assim, que no Brasil não são permitidos eutanásia ou suicídio assistido. De outro modo, em 2001, a Holanda foi o primeiro país a legalizar e a regulamentar a prática da eutanásia sob assistência médica, respeitadas determinadas condições, tais quais doenças incuráveis e dores insuportáveis (BRASIL 2017, p. 534).

Diante do quadro destacado, não se tem dúvida de que a lida com o suicídio exige um olhar atento para os fatores de risco e aspectos relacionados à morte e ao desespero humano. Hass (1999) afirmou que uma relação terapêutica que prime pelo cuidado e não pela cura pode fazer com que o paciente ressignifique o seu desespero existencial e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos. Nesse sentido, Botega (2014) ressaltou o fato de pacientes depressivos apoiados por intervenção psicossocial, com entrevistas motivacionais e telefonemas frequentes, apresentarem um número 10 vezes menor de suicídios do que entre aqueles tratados, apenas, com medicamentos, destacando as deficiências na prevenção do suicídio.

O Setembro Amarelo é outra iniciativa de destaque, um movimento de prevenção ao suicídio, promovido no mencionado mês por obra do 10 de setembro, dia mundial de combate ao suicídio. Trata-se

de uma campanha de conscientização por meio de eventos e debates sobre o tema, a qual tem gerado efeitos bastante positivos e levado muitos pacientes a buscar apoio nos Centros de Atenção Psicossocial.

3.1 A juventude e a etnia como fatores de risco?

O conceito de risco se refere à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável enquanto que os fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou se associar ao desencadeamento do evento indesejado, não sendo necessariamente um fator causal. De outro modo, fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (SILVEIRA; SILVARES; MARTON, 2003).

Assim, em relação à autodestruição, Dutra (2002) assinalou a solidão como um sentimento, frequentemente, relatado por adolescentes suicidas, especialmente, aqueles que se dizem sozinhos, sem amigos e sem nenhuma pessoa para repartir suas tristezas e problemas emocionais. Prieto e Tavares (2005) constataram que a falta de convivência com os pares durante a infância ou a adolescência pode constituir um fator de risco suicida, pois as trocas afetivas, em tal fase do desenvolvimento, reduzem o impacto das experiências adversas. Nesse sentido, Rivers e Noret (2010) investigaram as implicações da exposição ao *bullying* nos comportamentos suicidas de cerca de 2000 adolescentes ingleses em diferentes papéis sociais (agressores, vítimas ou testemunhas), indicando a ocorrência de suicídios impulsivos e outros planejados. Para Lima (2013), o suicídio entre os jovens está ligado ao seu imediatismo, baixo limiar de frustração e pouco amadurecimento psíquico, o que deve ser prevenido pelo diálogo, acolhimento familiar, assistência médica e psicológica. O autor ressaltou, todavia, que tão difícil quanto o tratamento é o diagnóstico prévio, uma vez que 70% dos pacientes com tentativa suicida não tiveram o seu transtorno mental apropriadamente diagnosticado.

Como fatores de proteção na adolescência, Melo et al. (2005) identificaram a liberdade para expressar os próprios sentimentos e o estabelecimento de pelo menos um vínculo social adequado. Wagner et al. (2002) sublinharam a importância da comunicação familiar, sugerindo a necessidade de intervenções nas famílias e nas escolas por serem contextos tanto promotores de risco quanto de proteção.

Já em relação ao maior risco apresentado pelas etnias indígenas ao suicídio, Souza e Orellana (2013) afirmam que tais populações, em diferentes países, apresentam taxas de mortalidade mais elevadas do que as não indígenas. Nonato e Cristina (2014) em pesquisa realizada com índios da etnia Guajajara em Barra do Corda, Maranhão, mostraram que o contato com a sociedade nacional tem intensificado em muito o seu perfil de morbidade e mortalidade no que se refere a doenças como diabetes, hipertensão e patologias comportamentais, dentre as quais, a depressão, o alcoolismo, a drogadição e o suicídio. A leitura dessa realidade mostra que, à medida que os indígenas intensificam seus contatos com a sociedade não indígena, estabelece-se grande desequilíbrio em seus comportamentos, percepções e atitudes, o que foi adiantado por Dal (2000) ao correlacionar a migração indígena para as cidades com o *bullying* cometido por índios e não índios, a não habituação e a não integração à nova realidade social como uma profunda ameaça ao seu equilíbrio mental.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 16.840 óbitos por todas as causas ocorridos, em Roraima, entre os anos de 2006 a 2015, o suicídio foi responsável por 2%, com 355 ocorrências. O Coeficiente Bruto de Mortalidade Suicida (CBMS) indicou, por sua vez, para o Estado todo 8 óbitos por 10 mil hab., sendo encontrado no município de Bonfim 27 óbitos por 10 mil hab. e em Amajari 26 óbitos por 10 mil habitantes. O menor CBS foi encontrado nos municípios de Caroebe e Uiramutã com 2 óbitos por 10 mil hab. conforme a Tabela 1 e a Figura 1.

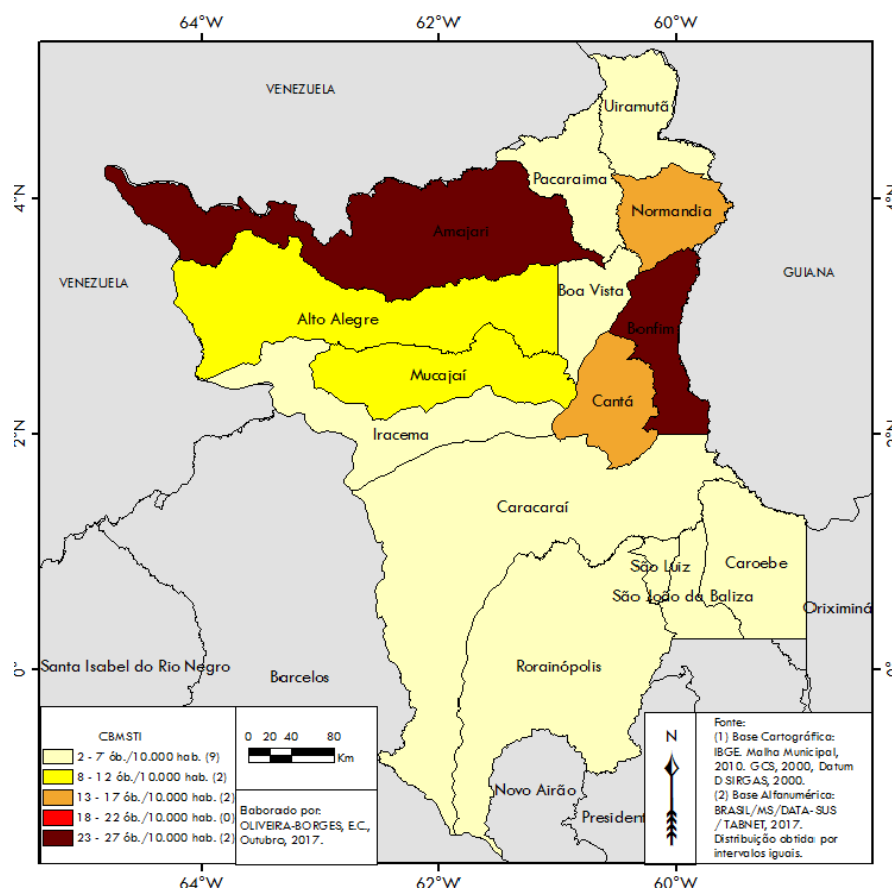
Tabela 1: O Coeficiente Bruto de Mortalidade Suicida em Roraima e Razão de Mortalidade Suicida (2006 – 2015)

Municípios	CBMS	RMS
Caroebe	02 ób./10 ³ hab.	2,6%
Uiramutã	02 ób./10 ³ hab.	6%
São João da Baliza	03 ób./10 ³ hab.	4,6%
São Luiz	03 ób./10 ³ hab.	6,9%
Rorainópolis	04 ób./10 ³ hab.	4%
Caracarái	05 ób./10 ³ hab.	4%
Iracema	05 ób./10 ³ hab.	5,3%
Pacaraima	06 ób./10 ³ hab.	9,7%
Boa Vista	07 ób./10 ³ hab.	8,7%
Mucajai	08 ób./10 ³ hab.	7,4%
Alto Alegre	11 ób./10 ³ hab.	6,9%
Normandia	13 ób./10 ³ hab.	22%
Cantá	15 ób./10 ³ hab.	15%
Amajari	26 ób./10 ³ hab.	26%
Bonfim	27 ób./10 ³ hab.	25,2%
Roraima	08 ób./10 ³ hab.	

Fonte: TABNET-DATASUS (2017). Elaborado pelos autores.

Figura 1: Coeficiente Bruto de Suicídio (CBS) em Roraima (2006 - 2015)

Fonte: Oliveira-Borges, 2017.



A evolução anual por números absolutos iniciada, em 2006, apontou 44 suicídios, passou por 2014 com 15 e chegou a 2015 com 50 óbitos, revelando uma média de 35 óbitos/ano no período.

Em relação ao peso dos suicídios sobre o total geral de óbitos ocorridos em cada município, a maior Razão de Mortalidade Suicida (RMS) foi encontrada em Amajari (26%) seguido por Bonfim (25,2%), e as menores taxas nos municípios de Rorainópolis e Caracaraí com (4%) respectivamente e por fim Caroebe com a menor taxa do Estado (2,6%).

No tocante aos meios utilizados, 84% foram associados ao enforcamento/sufocamento, 5% à arma de fogo, 4% aos produtos químicos nocivos, 2% aos afogamentos, e 5% a outros tipos.

Em relação ao perfil demográfico dos óbitos, especialmente, à sua cor, foram identificados 2% junto aos pretos, 10% aos brancos, 22% aos indígenas e 62% aos pardos revelando percentuais bastante coerentes com a composição da população residente formada por 61% de autodeclarados como pardos (IBGE, 2010). A faixa etária com maior percentual de óbitos foi a dos 15 aos 29 anos (54%) seguida pelos 30 aos 49 anos (28%), 50 aos 69 anos (10%), 5 aos 14 anos (6%) e superior aos 70 anos (2%). A maior parte foi cometida por homens (78%). O estado civil mais frequente foi o solteiro (725) e o casado (11%). E a escolaridade não foi informada em 57% dos casos, sendo em 15% declarada como Ensino Fundamental II (6º a 9º ano), 12% como Ensino Médio, 10% como Ensino Superior e 8 % como Ensino Fundamental I (1º a 5º ano).

4.2 O pronunciado CBMS (2006-2015) no município de Bonfim

O município roraimense com maior CBMS foi Bonfim, localizado à margem esquerda do rio Tacutú, na porção leste do estado de Roraima, na fronteira com a Guiana. Sua população apresentou, em 2010, 10.943 habitantes, 5.879 homens e 5.064 mulheres, 40% em idades inferiores aos 39 anos e 61% autodeclarados como pardos, 25% como brancos, 9%, apenas, como indígenas e 5% como pretos (IBGE, 2010), apesar de guardar em seus limites grandes terras indígenas Macuxi e Wapixana, tendo sido o terceiro município brasileiro a adotar línguas indígenas como cooficiais (Lei nº 21/2014). Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2010), Bonfim foi classificado como Médio (IDH = 0.626) e o seu rendimento domiciliar per capita foi de, apenas, ½ salário mínimo (IBGE, 2010). O perfil demográfico dos seus óbitos suicidas, contudo, apontou os indígenas (56%), com idade entre os 20 – 29 anos (33%), do sexo masculino (76%) e do estado civil solteiro (73%) como as maiores vítimas.

Em relação a Bonfim também merece destaque o pronunciado número de imigrantes oriundos da Guiana, país fronteiriço sob grande influência religiosa que, em 1979, registrou em um assentamento próximo à capital Georgetown o maior evento suicida coletivo / assassinato da história, tendo sido cometido por 918 pessoas das mais diferentes idades sob a influência do líder religioso Jim Jones, um pastor norte-americano, fundador do Templo Popular, uma seita pentecostal cristã, que induziu / obrigou seus fiéis a ingerirem cianureto dissolvido em suco de frutas, sendo as crianças as primeiras e, depois, os adultos e, finalmente, Jim Jones. O ato foi reconhecido como um suicídio revolucionário ou protesto político de cunho socialista no auge da Guerra Fria, mas há quem conteste tal versão (BBC NEWS BRASIL, 2015).

Os serviços de saúde bonfinenses, por seu tempo, estão compostos por um hospital, Hospital Estadual Pedro Álvares Rodrigues, por duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), este exclusivamente dedicado ao tratamento ambulatorial de pessoas com transtornos mentais, e todos financiados pelo SUS.

4.2 A assistência à Saúde Mental em Roraima

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de Saúde Mental, gerenciados pelos municípios com recursos federais, cuja estrutura apresenta posto de enfermagem e consultórios, além de salas de repouso e convivência para atividades individuais e grupais. Os CAPS atendem pacientes com transtornos leves, enquanto que os CAPS II, pacientes com transtornos médios e os CAPS III, tratamento

por 24h a transtornos graves com necessidade de internação, sendo os casos ainda mais graves, como as tentativas de suicídio, encaminhados ao Hospital Geral de Roraima, de gestão estadual.

Em Roraima, há CAPS nível I nos municípios de Alto Alegre, Bonfim, Caracarái, Cantá, Rorainópolis, Mucajaí e Pacaraima, é na capital Boa Vista que estão instaladas unidades de CAPS II e CAPS III além do CAPS-AD (Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Um paciente pode dar entrada no CAPS III (24 hrs) por encaminhamento de uma UBS ou de forma espontânea. No entanto, a sua capacidade de tratamento está restrita a 4 leitos femininos e a 3 masculinos, número muito aquém da demanda de Roraima, cuja população supera os 500 mil habitantes. (IBGE, 2010).

O Hospital Coronel Mota, a Faculdade Cathedral e a Universidade Federal de Roraima, também, prestam atendimentos psicológicos ao público carente, mas com profissionais em número igualmente aquém da demanda. Outro exemplo de assistência tem sido prestado pelo Centro de Psiquiatria de Roraima a duas escolas por ano, tamanho o número de casos de automutilação observado em seus adolescentes, os quais usam jaquetas para esconder as lesões dos familiares.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descrito e avaliado o importante agravo dos suicídios à Saúde Pública de Roraima, e às suas maiores vítimas, os indígenas, os jovens, os homens e os solteiros, maior entendimento foi lançado à projeção de Roraima como o 2º estado em suicídio, o que, para além de qualquer retórica, só poderá ser reduzido por um amplo trabalho social, multidisciplinar e familiar.

A identificação de Bonfim como o município de maior CBMS (27 óbitos por 10.000 hab.) no Estado, é um grave alerta para os seus agentes políticos, haja vista seu valor se encontrar muito acima da média brasileira de 6 óbitos por 10.000 habitantes. Assim, os resultados desta pesquisa, apesar de constituírem uma investigação exploratória do problema, já servem para exigir um rápido aprofundamento da análise e a devida tomada de providências, incluídas aí medidas mais assistenciais e terapêuticas com a ampliação do acesso aos serviços psicológicos e psiquiátricos, além da promoção de mais eventos e campanhas para a divulgação e discussão do agravo, especialmente, em escolas, universidades e comunidades indígenas por sua grande concentração de adolescentes e jovens, maiores vítimas da ineficiência e indiferença da assistência à Saúde Mental no Estado.

O conhecimento sobre as circunstâncias sugestivas de intenção suicida, como a comunicação prévia, a carta de despedida, o planejamento detalhado, a precaução de encobrir o planejamento, a ausência de busca de ajuda após tentativa, e o arrependimento por ter sobrevivido devem ser divulgados, assim, como elementos de grande alarme, ao lado de medidas protetivas, como os recursos psicoterápicos, o enfrentamento do *bullying*, o estímulo à autoestima, o fortalecimento dos laços familiares e sociais, a religiosidade e o efetivo tratamento dos transtornos mentais, além de melhores condições de emprego e renda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BBC NEWS BRASIL. **Por que mais de 900 pessoas se mataram por causa deste homem?** 18 nov. 2015. Disponível em <
https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/11/151118_jim_jones_massacre_fd > Acesso em: 21 jul. 2018.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Vade Mecum. Salvador: JusPODIVM, 2017.

BOTEGA, N.J. **Comportamento suicida:** epidemiologia. Psicol. USP, vol. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

CASSORLA, R.M.S. 1991. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 244 p., 1991.

DAL, J. P. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. **Revista de Antropologia**, v. 43, n.1, São Paulo, 2000.

DURKHEIM, E. **O suicídio. Estudo de Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar. 340 p., 1982.

DUTRA, E.M.S. **Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. Mudanças**, p.27-35. 2001.

HASS, C. When a client commits suicide. Counseling Today. **American Counseling Association**, v. 42, n. 8, 100-116, 1999.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**. Senso demográfico 2010. 2010

NONATO, R. C. O; CRISTINA, L. S. R. SAÚDE INDÍGENA EM TEMPOS DE BARBÁRIE: política pública, cenários e perspectivas. **Revista de Política Pública**. São Luís, v. 18, n. 2, p. 481-496, jul./dez. 2014.

MELO, E M.; FARIA, H.P. MELO, M.A.M.; CHAVES, A.B. MACHADO, P. Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p.39-48, 2005.

MENEGHEL, S.N.; VICTORA, C.G.; FARIA, N.M.X.; CARVALHO, L.A.; FALK, J.W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações de Mortalidade**. Suicídio, 2017. Disponível em: <<https://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/o>>. Acesso em: 02 out. 2017.

OLIVEIRA-BORGES, E.C. **Com os hábitos, ofícios e lugares: as intermitências geográficas da morte por neoplasias em dois grupos de municípios de Minas Gerais (2000-2010)**, Tese (Doutorado em Geografia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2016, 216 p.

_____ **Coefficiente Bruto de Suicídio em todas as idades (CBSTI) nos municípios de Roraima (2006 - 2015)**. Boa Vista, 2017. Mapa. Cor.

PRIETO, D.; TAVARES, M.. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 2, p. 146-154, 2005.

RIVERS, I.; NORET, N. 2010. Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. **Crisis**, v. 31, n. 3, p. 143-148. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000020>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria**. 11ª ed., São Paulo: ARTMED, 2017.

SILVEIRA, J.M.; SILVARES, E.F.M. & MARTON, S.A. **Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: dificuldades na pesquisa e na implementação**. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 20, n. 3, p. 59-67, 2003.

SOUZA, M. L. P. de; ORELLANA, J. D. Y. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n.



4, p.245-252. 2013.

WAGNER, A.; FALCKE, D.; SILVEIRA, L.M.B.O. e MOSMANN, C.P. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 1, p. 75-80. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Participant manual – IMAI One day Orientation on Adolescents Living with HIV**. Geneva, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf Acesso em: 10 mai., 2010.