

SUICÍDIO E VIOLÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA E ANÁLISE DE DADOS

Lorena Caetano Oliveira Silva¹

Rebeca Neat Medeiros Lima²

Renata Silva Rosa Tomaz³

Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica

Nota do Autor

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

² Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

³ Professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

Resumo

O presente trabalho tem o objetivo de verificar se variados tipos de violência se relacionam com o suicídio. Para isso, realizou-se uma revisão sistemática, buscando na literatura artigos publicados nos últimos 5 anos no Brasil em dois bancos de dados: Scielo e Lilacs. Encontrou-se 14 artigos que encaixam-se nos critérios de inclusão e abordam o tema. Também foi feita uma busca em dois bancos de dados (Sinan Net e SIM) disponíveis no site do Ministério da Saúde, com o objetivo de comparar o número de suicídio e o número de violências perpetradas nas cinco regiões brasileiras no período de 2011 a 2017. De acordo com os dados analisados, concluiu-se que existe uma relação entre o suicídio e alguns tipos de violência, tais como violência física, psicológica, sexual, doméstica e outras violências, segundo o banco de dados do Sinan Net.

Palavras-Chave: suicídio, violência, saúde mental

Suicídio e violência: revisão sistemática e dados estatísticos

O suicídio – ou morte voluntária, como era chamado – é conhecido desde a Antiguidade e é descrito em mitos sobre a criação do mundo e em textos considerados sagrados para as mais diversas religiões, desde o judaísmo ao islamismo (Bertolote, 2012). Nem sempre condenado, mas sempre complexo, o suicídio era tolerado, na Grécia Antiga, desde que houvessem razões políticas ou éticas que justificassem o ato (Berenchtein Netto, 2007).

O suicídio foi, também, foco de discussão racional e equilibrada de filósofos clássicos, e “cada escola filosófica tinha sua própria opinião sobre a questão, que ia desde a oposição categórica dos pitagóricos à aprovação dos epicuristas” (Silva, 2009, p. 12).

Para os romanos, havia uma dissensão quanto ao suicídio, que ora era visto com admiração, ora, com hostilidade. A morte voluntária admitida e até admirada era aquela em que um político prefere cortar os pulsos a esperar pela condenação do imperador, ou aquela na qual um doente ou idoso prefere a própria morte a viver a vida com a indignidade da enfermidade (Silva, 2009; Veyne, 2009).

Foi somente a partir do século II que o suicídio começa a ser visto, com maior frequência, como um ato condenável. Isso se deu devido ao declínio do estoicismo e ao enrijecimento da legislação romana. E somente no século III que a morte voluntária passa a ser sancionada pelo Império Romano, desde que não houvesse uma razão aceitável para o ato (Silva, 2009).

Com o advento do Renascimento, séculos XIV a XVI, há uma retomada dos valores greco-romanos, e o suicídio passa a ser tema recorrente nos escritos da época que discordavam da ortodoxia medieval. Michel Montaigne e Erasmo de Roterdã defendem o suicídio quando se perde a razão de viver e a vida passa a ser insuportável. Thomas More descreve o suicídio como uma eutanásia voluntária em *A Utopia*. William Shakespeare dá cabo à vida de diversos de seus personagens por meio da morte voluntária (Silva, 2009; Alvarez, 1999).

Foi no Iluminismo, período entre os séculos XVII e XVIII, que a palavra “suicídio” apareceu pela primeira vez. O médico inglês Thomas Browne criou a palavra originalmente em grego – *autofonos* – e, depois, foi traduzida para o inglês, em 1645. Em seu livro, o médico apresentou duas formas de suicídio: suicídio heroico e suicídio patológico. Até o momento, o suicídio era tema principalmente teológico, jurídico e filosófico, mas a partir de Thomas Browne, o tema se torna um interesse também para a medicina, especialmente para a psiquiatria (Bertolote, 2012).

Foi no século XVIII que o termo foi consolidado, popularizado e adicionado aos dicionários. Os principais psiquiatras europeus, tais como Philippe Pinel, Jean-Étienne Esquirol e Claude Bourdin, começam a fazer conexões entre o suicídio e certos transtornos mentais, como a melancolia e a insanidade (termos utilizados naquela época) (Berenchtein Netto, 2007; Bertolote, 2012).

Em alguns momentos do século XX, o suicídio foi tema de discussões e artigos, enquetes, periódicos, ensaios e cartas foram publicados, ora defendendo, ora condenando o ato como um direito. A partir da década de 1970, associações foram criadas, em diversos países, no intuito de defender o direito do povo ao conhecimento necessário de formas eficazes e com menor risco de fracasso para o suicídio. (Berenchtein Netto, 2007).

Apesar destas associações pró-suicídio e eutanásia, no final do século XX e início do século XXI, a saúde pública vem enfatizando a prevenção do suicídio. Em 1999, a OMS (Organização Mundial da Saúde) deu início a uma campanha mundial de prevenção ao suicídio, devido ao crescimento das taxas de suicídio no mundo.

Segundo a OMS (2014), o comportamento suicida engloba ideações suicidas, tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito. Os dois primeiros podem ser vistos como estágios preliminares do suicídio, o que significa que existe uma evolução do comportamento suicida, caracterizada primeiramente por ideações, seguidas por tentativas até que o suicídio seja bem-sucedido.

O suicídio é um complexo e grave problema da saúde pública mundial, cujas causas são multifatoriais e é definido por um “ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional” (Conselho Federal de Medicina, 2014).

A tentativa de suicídio é designada como qualquer ato de autolesão que seja uma ameaça à vida do indivíduo. Quanto à intencionalidade da tentativa de suicídio, há uma discordância na literatura, uma vez que, a partir da década de 1950, estudos epidemiológicos mostraram que a maioria das pessoas que atentam contra à própria vida, muitas vezes, o faz sem que a motivação seja a morte. No entanto, uma tentativa de suicídio aumenta o risco de outras novas tentativas, portanto a tentativa de suicídio deve ser vista como um grito de socorro (Botega, Rapeli & Cais, 2012). Já a ideação suicida, primeiro estágio do comportamento suicida, é qualquer pensamento, desejo, ideia ou plano de autoextermínio (Borges & Werlang, 2006).

Segundo a OMS (2014), a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio. Cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio anualmente, enquanto que de 10 a 20 milhões tentam o ato. Em

2000, era a terceira maior causa de óbitos entre jovens de 15 a 29 anos, no entanto, hoje encontra-se entre a segunda maior causa.

No Brasil, entre 2011 a 2016, foram registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) 48.204 casos de tentativas de suicídio, dentre os quais 69% foram perpetrados por mulheres e 31%, por homens. Quanto aos de óbitos por suicídio no Brasil, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015, foram de 55.649, representando uma taxa de 5,5/100 mil habitantes. Os maiores índices se concentraram entre pessoas acima de 70 anos, representando a taxa de 8,9/100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2017). No ano de 2017, ocorreram 12.495 casos notificados de suicídio (SIM/Ministério da Saúde, 2018). Sabe-se, porém, que o número de óbitos advindos de lesões autoprovocadas no país são falhos e escassos, uma vez que são subnotificados (Laurenti, Jorge, Lebrão, Gotlieb & Almeida, 2005).

A análise dos dados de óbitos por suicídio no Brasil mostra que o risco de suicídio é quatro vezes maior em homens que em mulheres e que o meio mais utilizado, em ambos os sexos, é de enforcamento (61,9%), seguido por intoxicação exógena (17,7%). As maiores taxas de suicídio encontram-se nos estados do Rio Grande do Sul (10,3/100 mil hab.), de Santa Catarina (8,8/100 mil hab.) e de Mato Grosso do Sul (8,5/100 mil hab.). Quanto ao estado civil, ser solteiro representa maior risco, uma vez que corresponde a 60,4% dos casos. Quanto à raça, a população indígena concentra os maiores índices, representando a taxa de 15,2/100 mil habitantes. Percebe-se também que quanto menor a escolaridade ou anos de estudo, maior o índice de suicídio (6,8/100 mil hab.) (Ministério da Saúde, 2017).

Os fatores de risco que se relacionam com o suicídio “estão associados uma série de situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de status, no geral, para pior”. (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). Segundo Botega, Werlang, Cais e Macedo (2006, p. 216), são estes alguns fatores de risco:

“...certos transtornos mentais (como, por exemplo, depressão, alcoolismo), perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, certas situações clínicas (como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes), ter acesso fácil a meios letais”.

A literatura também aponta que transtornos mentais, baixo nível socioeconômico, o desemprego, falta de apoio social, restrição de lazer, eventos estressantes, condições de trabalhos insalubres, vivência em comunidades violentas e histórico de violência física, psicológica ou sexual também são fatores que se relacionam negativamente com o suicídio (Félix et. al. 2016; Pereira, Wilhelm, Koller & Almeida, 2018).

Apesar de não ser um problema da área da saúde, a violência afeta a saúde, uma vez que causa mortes, lesões, traumas físicos e psicológicos, e diminui a qualidade de vida das pessoas. Um estudo, realizado em Goiânia por Faria (2015), mostra que adolescentes vitimizados e revitimizados por crime convencional, maus-tratos, violência sexual, ou que presenciaram a violência de forma direta ou indireta apresentam sintomas internalizantes e externalizantes.

Segundo Faria (2015), sintomas internalizantes são aqueles voltados para o próprio indivíduo, isto é, sintomas que se relacionam com a ansiedade e a depressão. Os externalizantes dizem respeito ao comportamento da vítima na interação com outro indivíduo, como a agressividade, raiva e, até mesmo, transtornos de conduta.

Da mesma forma, outros estudos, realizados no Brasil (Sá, Curto, Bordin & Paula, 2009; Paula et. al., 2008; Bordin et. al., 2009), mostram que a exposição à violência afeta a saúde mental e aumenta o risco de desencadear sintomas internalizantes e externalizantes.

A violência, por ser um fenômeno complexo e multicausal, não possui uma definição única, porém a OMS (2002, p. 5) a define como

“...o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Esta definição exclui incidentes no trânsito e queimaduras acidentais, no entanto, em atenção a utilização da expressão “o uso da força física ou do poder”, este conceito abrange abuso físico, sexual e psicológico, e auto-abuso, como automutilação e suicídio. A violência é um fenômeno humano, social e histórica, de tal forma que não existe sociedade isenta de violência, e esta está sempre associado ao contexto (Minayo, 2009).

A violência pode ser classificada por sua tipologia, quais sejam: violência criminal; estrutural; institucional; interpessoal; intrafamiliar; autoinfligida; e cultural. A agressão e o atentado às pessoas e/ou a seus bens consiste na violência criminal. A violência estrutural consiste nas desigualdades que geram miséria, fome, submissão e exploração de uma pessoa. A violência institucional é aquela praticada dentro de instituições por meio de regras, normas e relações burocráticas e políticas. A interpessoal é caracterizada pelo autoritarismo interacional, os maus-tratos e ameaças. Caracterizada pela transformação dos conflitos entre membros de uma mesma família em abuso e intolerância, a violência intrafamiliar, geralmente, pressupõe a ideia de que mulheres, crianças e idosos estão abaixo da autoridade da figura masculina. A violência autoinfligida é voltada para si mesmo, caracterizando-se por comportamentos suicidas e de automutilação. Por fim, a violência cultural é sinônimo de preconceito, isto é, abuso e

intolerância de gênero, de raça e contra deficientes. A violência cultural está diretamente associada aos valores, crenças e práticas de uma determinada cultura (Minayo, 2009).

Quanto à natureza, a violência subdivide-se em: física; sexual (exceto a violência autoinfligida); psicológica; e envolvendo privação ou negligência. Vale ressaltar que, segundo a literatura, a tipologia apresentada acima não é tida como um consenso, no entanto, é útil para a compreensão das intrínsecas das categorias de violência (OMS, 2002).

Vale ressaltar, ainda, que, conforme esclarecido acima, o suicídio é um tipo de violência – violência autoinfligida – e, no entanto, o presente artigo busca relacioná-la com outros tipos de violência, tais como, violência física, sexual, doméstica, psicológica e outras.

Os dados das Figuras 1 a 5, a seguir, foram retirados de dois bancos de dados disponíveis no site do Ministério da Saúde (2019). Os índices de suicídio e de homicídio foram retirados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os índices de violência doméstica, sexual e/outras em crianças e adolescentes (0 a 19 anos), mulheres e idosos (acima de 60 anos) foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net). Os dados obtidos foram divididos por regiões brasileiras. Essa análise estatística não significa uma correlação entre os dados, apenas a representação da frequência dos índices, e como eles se apresentam nas diversas regiões do Brasil

A Figura 1 apresenta os índices de suicídio, homicídio e violência ocorridos entre o ano de 2011 e o ano de 2017 na região norte do Brasil.

Diante do exposto, faz-se iminente que um estudo mais aprofundado sobre a relação que alguns tipos de violências (física, sexual, psicológica, doméstica, entre outras) tem com o suicídio.

Método

Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, documental, através de uma revisão sistemática de estudos publicados em periódicos brasileiros disponíveis nos bancos de dados Scielo e Lilacs, e da análise dos dados de óbitos por suicídio por região brasileira e sua relação com os índices de algumas violências brasileiras.

A pesquisa documental é muito usada nas ciências sociais e humanas por ser uma técnica que busca, através da interpretação de dados e informações, compreender uma realidade ou fenômeno. O pesquisador, ao determinar um problema de pesquisa, isto é, uma pergunta que

pretende responder, irá utilizar-se de documentos para encontrar respostas (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009).

A pesquisa quantitativa se dá tanto na forma de coleta dos dados por meio de questionário, quanto na análise dos resultados e sua apresentação posterior. São usadas em situações nas quais você quer validar estatisticamente uma hipótese, sem precisar, especificamente, entender as motivações por trás das respostas (Günther, 2006).

Neste estudo, a parte quantitativa refere-se à relação que o suicídio tem com as violências, nas regiões brasileiras, entre os anos de 2011 a 2017. Os números de ocorrência de óbito por suicídio foram retirados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), por regiões brasileiras, e compreenderam o grupo de óbitos causados por “Lesões autoprovocadas intencionalmente”. Quanto à violência, foram selecionados: homicídios, violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres, crianças e adolescentes e idosos. Os dados de homicídios por região também foram retirados SIM e compreenderam os grupos de óbitos por “Agressões” e óbitos por “Intervenção legal”. Os dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan Net).

A pesquisa qualitativa inspeciona informações mais subjetivas e em profundidade. A pesquisa qualitativa leva consideração às particularidades dos entrevistados em uma maior análise e não-mensurável ou quantificável (Günther, 2006).

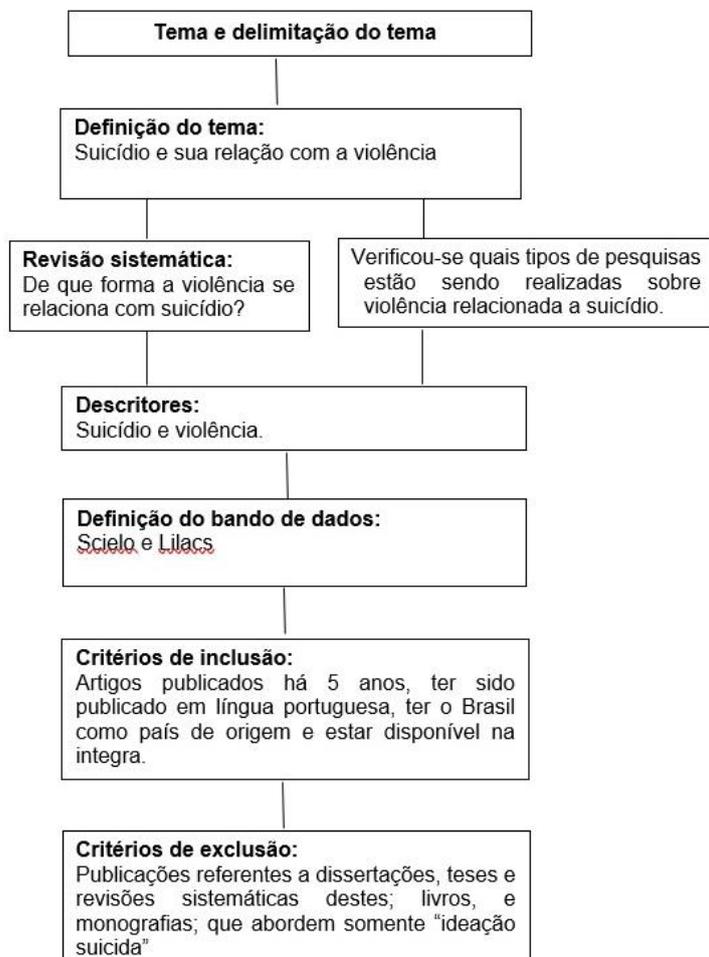
A “revisão sistemática” tem como objetivo fazer uma investigação científica. Essas revisões reúnem estudos relevantes sobre um tema elaborado com o objetivo de se realizar uma revisão crítica e ampla da literatura (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

A partir desta definição este estudo visou verificar que tipos de pesquisas estão sendo realizadas sobre violência relacionada ao suicídio. A coleta de dados da revisão sistemática ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2019 e foi norteada pela seguinte pergunta: “De que forma as violências física, psicológica, sexual, doméstica e outras se relacionam com o suicídio?”. Foi empregado o descritor “suicídio e violência”. Os critérios de inclusão adotados foram: ser artigo, publicado nos últimos 5 anos, no banco de dados Scielo e Lilacs; ter sido publicado em língua portuguesa; ter o Brasil como país de origem; estar disponível na íntegra.

Seguindo critérios de exclusão, foram desconsideradas publicações referentes a dissertações e teses de revisões bibliográficas e revisões sistemáticas, e que abordassem apenas a “ideação suicida”, livros que não tem o assunto de saúde mental. Para a busca dos estudos, foi utilizado o descritor “suicídio e violência”. A fim de verificar a adequação dos estudos aos critérios de inclusão e selecioná-los, foi feita uma leitura criteriosa do título e resumo dos

artigos. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. O desenho da revisão sistemática está demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1

Desenho da revisão sistemática**Resultados****Parte qualitativa**

Para a presente revisão sistemática, foram selecionados vinte e um estudos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. A Tabela 1 apresenta o resultado das buscas de acordo com o banco de dados.

Tabela 1

Distribuição dos estudos encontrados e selecionados por banco de dados

Banco de dados	Artigos encontrados	Artigos incluídos	Artigos excluídos
SciELO	5	3	2
Lilacs	32	7	25

Ambos	16	4	12
Total	53	14	39

Dentre os artigos analisados, 2 foram publicados no Cadernos de Saúde Pública, 2 na Revista Ciência e Saúde Coletiva; 2 na Revista Brasileira de Enfermagem; 2 na Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, um na SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas,; um na Revista Subjetividade; um no O mundo da Saúde; um na RECIIS, Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde; um na Revista Psicologia Escolar e Educacional; e um no Cadernos Pagu.

Nos estudos analisados, obteve-se uma compreensão dos indicadores que mais se associam com o suicídio e a violência. Os estudos se apresentaram na ordem cronológica e para cada estudo escolhido, apresentou-se o banco de dados no qual foi encontrado, o(s) autor(es), o objetivo, assim como os resultados obtidos.

Tabela 2
Artigos selecionados por ordem cronológica

Banco de dados	Autor(es)	Objetivo	Resultados e análise dos dados
Lilacs	Medeiros & Malfitano (2015)	Tem por finalidade discorrer sobre jovens que morreram por homicídios e suicídios, no interior de São Paulo.	A partir da coleta de dados no (CIS) de São Carlos sobre mortalidade, foi realizado um delineamento sobre mortes entre quinze e vinte e nove anos, categorizando: raça; classe social e gênero. A maior parte das ocorrências de mortalidade se deu em homicídios, e outras em suicídios, que são representados por “...homens jovens, negros...” (p.72) pertencentes a bairros de condições precárias da cidade. A correlação entre as características de pobreza; violência e a falta de acesso a uma cidadania digna, foram apontados como fatores que podem influenciar

			enormemente para que jovens tenham suas vidas cessadas.
Lilacs	Azevedo & Dutra (2015)	Entender o que significou a vivência de violência doméstica para mulheres que subsistiram diante da tentativa de homicídio seguido de suicídio por parte do parceiro.	Através do relato de experiência de 3 mulheres do Rio Grande do Norte, foi possível identificar que tais mulheres alicerçaram a razão da sua existência na família, onde o ser-no-mundo, depende fortemente do ser-para-o-marido. Relataram experiências de relacionamentos amorosos marcados por comportamentos de ciúme exacerbado e pensamentos fantasiosos de traição. O sentido de existir que essas relações traziam para essas mulheres, fazia com que estas continuassem no relacionamento.
Scielo; Lilacs	Meneghel, Moura, Hesler & Gutierrez (2015)	Busca avaliar de forma qualitativa a ocorrência de desigualdades de gêneros e violências em mulheres idosas que tentaram suicídio.	Foi possível identificar por meio de entrevistas semiestruturadas, a presença de desigualdades de gênero em todos os ciclos da vida das mulheres idosas; a infância, juventude, vida adulta e velhice. Se inicia na infância recebendo uma educação diferente do sexo oposto, em seguida na juventude com o primeiro contato sexual, posteriormente o casamento e logo depois, a maternidade. Na vida adulta sofrem violência pelo parceiro íntimo ou e pelos demais familiares, finalizando o ciclo para a velhice, onde se tem a perda do controle de suas próprias decisões, causando ruptura de laços, de referência e de bem, produzindo, através desses atos violentos,

			sentimentos de inutilidade, angústia e vazio, culminando para uma percepção onde muitas idosas visualizam a morte como resposta para esse dilema.
Lilacs	Moreira & Bastos (2015)	Analisar as causas principais que estão relacionados ao comportamento suicida e o porquê da sua permanência na faixa etária adolescente “não clínica”. (p. 446)	Através de uma revisão de literatura do comportamento suicida em adolescentes, foi identificada elevada taxa de ideação suicida, intimamente ligada a causas como: “depressão, uso de álcool, e drogas, violência física, problemas de relacionamento com os pais, tristeza e solidão” (p. 451). Um fator de risco que se destacou entre os demais foram os sintomas depressivos, principalmente porque os dados coletados pertencem a adolescentes sem histórico clínico. A pesquisa apontou que o sexo feminino tem maior ocorrência de ideação suicida do que o sexo oposto, visto que a mulher é mais suscetível a distúrbios de ansiedade e depressão.
Lilacs	Daemon (2016)	Analisar alguns casos de crimes de homicídio/suicídio praticado por jovens em instituições de ensino.	Neste artigo é feita uma análise com três casos de jovens que praticaram homicídio/suicídio em escolas e usaram as ferramentas midiáticas para propagarem o discurso pós morte. Tais jovens são frutos de uma sociedade que busca a sua identidade pelo olhar do outro, destacando o bullying como emergência desse cenário, no qual se introjeta no ambiente escolar através de um sistema de vigilância tecnológica: as câmeras,

situadas em cada sala de aula. Dessa forma cria-se uma cultura voltada para a exposição, onde se terá densa quantidade de estudantes que usará seus próprios dispositivos tecnológicos para expor violências que acontecem dentro da sala de aula, repetindo a cultura, ora introjetada. Observa-se a existência da discriminação no contexto contemporâneo nesse sentido de exposição, quando aqueles que não são populares na escola ou não se enquadram são alvos de bullying. Os perpetradores, jovens homicidas/suicidas sentem-se culpados ou envergonhados por não se “encaixarem”, suscitando um forte desejo de vingança aniquilando suas vítimas, antes possuidores de vida social evidente, para vítimas sem nenhuma existência. E os então perpetradores, alcançam a existência e visibilidade que almejavam deixando produtos, como vídeos, fotos e até mesmo a própria câmera da escola como testemunha, e “legado” para “inspirarem outros a fazerem o mesmo”.

Lilacs	Ormeno, Santini & Williams (2017)	Identificar o padrão de mães que estão presas, verificando fatores de perigo e proteção que sofreram durante o curso de suas vidas.	O estudo apresentou, por meio de entrevistas semiestruturadas em presídios e penitenciárias de São Paulo, que o padrão encontrado é de “...uma mãe jovem, solteira, com três filhos, afrodescendente, de baixa renda e escolaridade, e tendo cometido o crime de tráfico de drogas” (p.525). Alguns fatores
--------	-----------------------------------	---	---

			de risco foram identificados no percurso das fases da vida, como na infância: presenciar violência de casal pelos pais; ser vítima de maus tratos; familiar preso; na vida adulta: violência perpetrada pelo parceiro íntimo; uso de drogas e álcool excessivamente e tentativas de suicídio. Foi narrado somente um fator de proteção, sendo este, a presença de um cuidador na infância, que possibilitou para essas mulheres um sentimento de singularidade e valor.
Scielo; Lilacs	Delziovo, Bolsoni, Nazário & Coelho (2017)	Analisar a violência sexual contra mulheres e adolescentes e adultas descrevendo as características destes casos.	Foi utilizado o estudo ecológico, descritivo. Nas adolescentes os casos ocorreram em domicílio, à noite, por um único agressor, com penetração vaginal, concomitante com violência e resultando em gravidez. Nas mulheres adultas a violência sexual aconteceu em domicílio, em via pública, por um único agressor, com penetração vaginal, à noite e de madrugada, houve maior número de lesões físicas e tentativas de suicídio.
Scielo	Silva, Sousa, Vieira, Caldas & Minayo (2018)	Estudar sobre as experiências de vida de mulheres nordestinas com ideação e tentativa de suicídio	Foram entrevistadas catorze mulheres, onde usou-se os seguintes temas: (1) vivências de maus tratos ao longo da vida; (2) fraturas conjugais e (3) isolamento social; e (4) maternidade fragilizada. Verificou-se que essas mulheres nasceram e por grande parte de suas vidas viveram na zona rural, na pobreza e excluídas da sociedade. Externavam histórias de maus tratos, violência tanto

			<p>física como sexual cometida por familiares íntimos ou parceiros. Sofreram isolamento social; vínculos afetivos fragilizados, consequenciando sintomas depressivos, sentimentos de desesperança, a falta de planos para o futuro, tendo em vista o suicídio como meio para solucionar esses conflitos.</p>
Lilacs	Medeiros & Zanello (2018)	<p>Objetiva verificar como as políticas públicas pós Reforma Psiquiátrica e aquelas que foram desenvolvidas para as mulheres se correlacionam para a garantia da saúde mental das mulheres vítimas de violência de gênero.</p>	<p>A partir de uma análise sobre as consequências da violência de gênero na saúde psíquica das mulheres, como fobias, depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, suicídio e etc.; foi possível perceber que as políticas públicas feitas para auxiliar as mulheres nos seus direitos como a Lei Maria da Penha, entre outras e a correlação com a Lei da Reforma Psiquiátrica não tem sido exercida, deixando ao acaso a seriedade de se tratar a saúde mental das mulheres que sofreram violência ou que ainda estão sofrendo, demonstrando ainda não ser considerada como um fator de risco.</p>
Scielo	Santos & Dinis (2018)	<p>Analisar os fatores envolvidos na construção da masculinidade do adolescente que podem levar a violência e suicídio.</p>	<p>De acordo com a pesquisa observou-se uma necessidade de esclarecimento sobre identidade sexual e de gênero na adolescência masculina, pois verificou-se um discurso advindo da sociedade que encarcera e produz no adolescente uma resistência a outras escolhas de gênero e mesmo à aceitação do outro, podendo leva-los para o campo da violência, sendo este campo uma ponte para o suicídio e</p>

			com frequência tem acontecido entre os que não se adequam ao padrão ou que se manifestam contra ele.
SciELO; Lilacs	Ferreira & Deslandes (2018)	Através de uma revisão de literatura, buscou-se conhecer como o <i>cyberbullying</i> é entendido pelo meio científico, como também suas implicações e suas mais variadas formas de violência identificadas.	Nesta revisão foi utilizada a revisão do tipo “crítica”. Através desse tipo de estudo foi possível reconhecer que a juventude da atualidade é em grande maioria “nativa digital”, sendo esta quem experiencia o <i>cyberbullying</i> . Em relação a questão de gênero, observou-se um destaque no masculino, por um suposto domínio tecnológico. Foi visto que tanto os perpetradores e as vítimas que sofrem essa violência, tem a saúde psíquica e comportamental comprometidas, resultando em: (1) evasão escolar; (2) Isolamento social; (3) depressão; (4) ideação suicida; (5) suicídio.
Lilacs; SciELO	Correia, Diniz, Gomes, Andrade, Campos & Carneiro (2018)	Verificar probabilidades de ocorrências de suicídio em mulheres, cujo histórico de vida sofreram violência doméstica.	Através de entrevistas semiestruturadas fez-se capaz de identificar, que todas as mulheres entrevistadas tentaram suicídio de uma a quatro vezes, por meio de envenenamento, usando raticidas e/ou medicamentos, tendo, as mesmas contadas também sobre as ocorrências de violência doméstica evidenciadas nas áreas física, patrimonial, sexual, psicológica ou moral. O estudo observou que existem sinalizações relacionadas ao histórico de violência doméstica e um prejuízo na saúde psíquica, configurado por duas categorias: “comportamento depressivo e comportamento suicida” (p

			.222). Dentre a segunda categoria tem-se alguns sinais próprios da conduta suicida, sendo estas: “rigidez de pensamento, impulsividade e ambivalência” (p. 222-223).
SciELO; Lilacs	Rossi, Marcolino, Speranza & Cid (2019)	O propósito deste estudo foi apontar sob a ótica de adolescentes de que forma os mesmos passaram pelas dificuldades na saúde mental, e quais obstáculos enfrentaram pela procura de cuidados.	O instrumento utilizado foi o método da história oral de vida e a temática, aplicada em cinco adolescentes que frequentavam o CAPSij. Através desse estudo foi possível identificar que a relação familiar mais próxima e a relação entre pares são a causa para o estresse, por serem violentas em suas variadas configurações e colaborarem para a vivência do sofrimento psíquico como também para adesão ao tratamento.
SciELO	Correia, Gomes, Diniz, Andrade, Romano & Rodrigues (2019)	Busca apresentar de forma qualitativa, a partir do relato oral de um grupo de mulheres participantes, como as experiências de violência intrafamiliar resultaram num comportamento suicida posteriormente.	Através de entrevistas em profundidade feita com mulheres, de maioria negra e de baixa escolaridade, pôde-se observar cinco categorias de violência pressupostas às tentativas de suicídio, sendo elas: violência psicológica, rejeição, negligência, violência sexual e violência física, estas vivenciadas no ambiente intrafamiliar na infância e adolescência. As entrevistadas narraram algo em comum que foi o sentimento de desprezo e rejeição perpetrado pelos pais.

Nos estudos analisados, observou que um dos instrumentos mais utilizados para coletar dados foi a entrevista semiestruturada, mais precisamente sete, onde se possibilitou com mais fidedignidade os relatos de histórias reais contadas pelos próprios indivíduos, através das

perguntas direcionadas para o tema da entrevista, sem desconsiderar as percepções e espontaneidade do entrevistado, que trouxe para a pesquisa a resposta à indagação do problema, constatando a relação da violência com o suicídio. Cinco estudos se deram em pesquisas descritivas, que por meio de levantamentos de dados já existentes, tornou-se possível a também confirmação da vinculação que o suicídio tem com a violência.

Dentre os artigos selecionados, sete possuem a criança e o adolescente como vítimas de algum tipo de violência, sete possuem a mulher como vítima e dois, os idosos. Os dois artigos que têm como foco mulheres idosas, também entraram na classificação de “mulher como vítima”.

Diante do estudo dos artigos fez-se possível identificar os principais fatores condutores do comportamento suicida como: violência psicológica; violência sexual; violência física; presenciar violência intrafamiliar; ter histórico de suicídio na família; bullying; sendo que a maior suscetibilidade para ocorrência do comportamento suicida se dá no sexo feminino.

Parte quantitativa

Os dados das Figuras 1 a 5, a seguir, foram retirados de dois bancos de dados disponíveis no site do Ministério da Saúde (2019). Os índices de suicídio e de homicídio foram retirados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os índices de violência doméstica, sexual e/outras em crianças e adolescentes (0 a 19 anos), mulheres e idosos (acima de 60 anos) foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net). Os dados obtidos nesta parte da pesquisa foram divididos por regiões brasileiras. Essa análise estatística não significa uma correlação entre os dados, apenas a representação da frequência dos índices, e como eles se apresentam nas diversas regiões do Brasil

A Figura 1 apresenta os índices de suicídio, homicídio e violência ocorridos entre o ano de 2011 e o ano de 2017 na região norte do Brasil.



Figura 1. Índices de suicídio e violências na região norte brasileira entre 2011-2017.

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Na figura 1, nota-se um aumento anual das taxas de violências e de homicídios, excetuando-se as taxas de violência contra idosos que diminuiu de 764 casos, em 2016, para 651 casos, em 2017. As taxas de suicídio não acompanharam o aumento da violência, uma vez que houve uma diminuição de casos em 2014, em relação ao ano anterior, e em 2016, também em relação ao ano anterior. No entanto, de forma geral, também houve um aumento no índice de suicídio, já que foram registrados 692 casos em 2011 e 896, em 2017, resultando em uma diferença de 204 casos.

O Figura 2 apresenta os índices de suicídio, homicídio e violência ocorridos entre o ano de 2011 e o ano de 2017 na região nordeste brasileira.



Figura 2. Índices de suicídio e violências na região nordeste brasileira entre 2011-2017.

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Segundo os dados apresentados na Figura 2, nota-se que no ano de 2014 houve uma diminuição na quantidade de casos de violências contra mulheres, crianças e adolescentes e idosos, em relação ao ano anterior. Os números de suicídio, igualmente, diminuiram neste ano, em relação ao ano anterior. De forma geral, houve um aumento tanto do número de suicídios, homicídios e violências contra mulheres, crianças e adolescentes e idosos.

A Figura 3 apresenta os índices de suicídio, homicídio e violência ocorridos entre o ano de 2011 e o ano de 2017 na região centro-oeste brasileira.

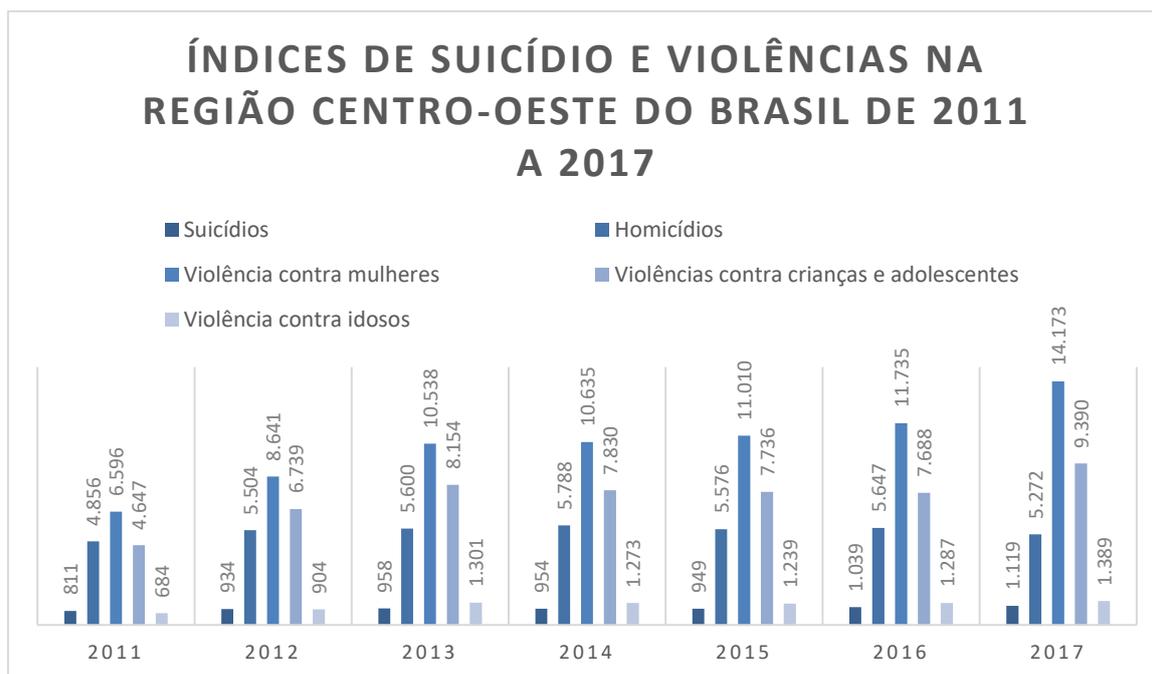


Figura 3. Índices de suicídio e violências na região centro-oeste brasileira entre 2011-2017.

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Na figura da região centro-oeste, houve um aumento significativo no índice de violências contra mulheres, registrando em 2011, 6.596 casos e, em 2017, 14.173 casos, o que corresponde a um aumento de 114,87%. Quanto ao suicídio, também houve um aumento de forma geral, registrando 811 casos em 2011 e 1.119, em 2017. No entanto, houve uma diminuição dos casos, relacionados ao ano anterior, em 2014 e 2015. As taxas de violências contra crianças e adolescentes, e idosos também diminuiram nesses anos. A violência contra idosos continuou diminuindo em 2016, porém aumentou novamente em 2017.

A figura 4 apresenta os índices de suicídio, homicídio e violência ocorridos entre o ano de 2011 e o ano de 2017 na região sudeste brasileira.



Figura 4. Índices de suicídio e violências na região sudeste brasileira entre 2011-2017.

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Na Figura 4, nota-se que os índices de violências contra mulheres, crianças e adolescentes, e idosos aumentaram em todos os anos, de 2011 a 2017. Em 2011, as violências contra mulheres registraram 36.911 casos e em 2017, 116.347 casos, o que representa um aumento de, aproximadamente, 215,2%. As violências contra crianças e adolescentes aumentaram em 2017, aproximadamente, 181,7% em relação a 2011, e contra idosos aumentaram, em 2017, aproximadamente, 319,9% em relação a 2011.

Quanto ao suicídio, houve um aumento nos anos de 2012, 2014 e 2016, em relação ao ano anterior, no entanto, de forma geral, ocorreu uma diminuição nestas taxas. Em 2011 foram registrados 16.112 casos de suicídios, enquanto que em 2017 foram registrados 15.960 casos, representando uma diminuição de, aproximadamente, 0,94%.

A Figura 5 apresenta os índices de suicídio, homicídio e violência ocorridos entre o ano de 2011 e o ano de 2017 na região sul brasileira.



Figura 5. Índices de suicídio e violências na região sul brasileira entre 2011-2017.

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Na região sul do Brasil, os índices de violências contra mulheres, crianças e adolescentes, e idosos aumentaram em todos os anos, de 2011 a 2017. Em 2011, as violências contra mulheres registraram 14.069 casos e em 2017, 44.614 casos, o que representa um aumento de, aproximadamente, 217,1%. As violências contra crianças e adolescentes aumentaram em 2017, aproximadamente, 205,12% em relação a 2011. As violências contra idosos aumentaram, em 2017, aproximadamente, 203,86% em relação a 2011.

Quanto ao suicídio, houve um aumento em todos os anos, excetuando-se o ano de 2014, em relação ao anterior. Em 2011 foram registrados 2.153 casos de suicídios, enquanto que em 2017 foram registrados 2.860 casos, representando um aumento de, aproximadamente, 32,83%. Os índices de suicídio acompanharam, em sua maioria, o aumento do número de violências perpetradas na região.

Discussão

O presente artigo foca na maneira em como a violência impacta a saúde mental da vítima, de tal forma que a leve a cometer suicídio. Segundo Minayo (2006, p. 45), a violência, em si mesma, não é um problema de saúde pública, no entanto afeta profundamente a saúde,

uma vez que: “1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;”.

Segundo o Relatório mundial sobre violência e saúde (2002), as consequências do abuso infantil – abuso físico, sexual, emocional e psicológico, e/ou negligência – incluem desde doenças como câncer, cardiopatia isquêmica, doença pulmonar crônica, fibromialgia, até distúrbios psiquiátricos, como ansiedade, depressão, abuso de substâncias, sentimento de vergonha, agressão, enfraquecimento cognitivo e comportamento suicida. O que corrobora com o objetivo deste estudo que busca compreender qual o impacto da violência sobre a saúde, o que pode acarretar em ideias e tentativas de suicídio, o próprio ato em si.

Conforme os estudos levantados neste artigo (Rossi, Marcolino, Speranza & Cid, 2019; Moreira & Bastos, 2015; Daemon, 2016; Ferreira & Deslandes, 2018; Correia *et al*, 2019; Santos & Dinis, 2018), crianças e adolescentes que vivenciam relacionamentos familiares e interpessoais violentos – violência física, sexual, psicológica, bullying, rejeição e negligência – têm maior probabilidade de desencadear sentimento de desvalor e abandono, que servem como fatores desencadeadores e até a causa de sofrimento psíquico, podendo levá-los a comportamentos suicidas.

Um estudo transversal sobre os impactos da violência infantil na saúde mental da vítima, realizado por Bordin, Paula, Nascimento e Duarte (2006), na cidade de Embu, São Paulo, com uma amostra final de 37 meninas e 52 meninos, entre crianças (0-10 anos) e adolescentes (11-17 anos), verificou que 34,3% das vítimas sofriam com problemas de saúde mental. Assim, a violência contra a criança e o adolescente gera estado de vulnerabilidade nos mesmos, o que pode repercutir em adoecimento mental. Faria (2014) descreve em suas pesquisas que adolescentes vítimas de violência tendem a apresentar ideia suicida.

Assis, Avanci, Pesce e Ximenes (2009) realizaram uma pesquisa que reunia diversos estudos envolvendo violência contra crianças e adolescentes brasileiros e suas consequências na saúde mental destes, com intuito de propor que as políticas públicas de saúde priorizem o problema. Nesta pesquisa, as autoras identificaram 13 estudos que relacionam a exposição à violência durante a infância e adolescência com o desenvolvimento de sintomas internalizantes e externalizantes. Dados que corroboram com os resultados da presente pesquisa, já que os números de suicídio acompanharam os índices de violências cometidas contra crianças e adolescentes nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul, em sua maioria. De acordo com Kjellstrand, Yu, Eddy e Clark (2020), crianças e adolescentes em que apresentam sintomas internalizantes e externalizantes, principalmente os internalizantes, são mais propensos a desenvolver pensamento e ideias suicidas, até mais que adultos.

A violência contra mulheres é considerada um problema de saúde pública desde 1990 e diz respeito a vários setores: de saúde, político, social e jurídico (OMS, 2005). A violência, como um evento traumático, tem o potencial de causar graves danos no bem-estar físico, sexual, emocional, mental, reprodutivo e social das vítimas (Delziovo, Bolsoni, Nazário & Coelho, 2017). Segundo Correia *et al.* (2018, p. 221), mulheres com histórico de violência podem apresentar, como consequência, “sequelas de natureza física e psicológica relacionadas às tentativas de suicídio”.

Ainda segundo Delziovo *et al* (2017), em uma pesquisa realizada com 2.010 mulheres que sofreram violência sexual, em Santa Catarina, mostrou que 1,4% destas tentaram suicídio como uma consequência da violência sofrida.

De acordo com os estudos selecionados para este estudo (Correia *et al*, 2018; Azevedo & Dutra, 2015; Meneghel, Moura, Hesler & Gutierrez, 2015; Medeiros & Zanello, 2018; Silva, Souza, Vieira, Caldas & Minayo, 2018), mulheres vítimas de violência doméstica, sexual, intrafamiliar, psicológica, maus-tratos têm maior probabilidade de apresentar comportamentos depressivo, tais como sentimento de inferioridade, apatia, baixa autoestima, entre outros. Nestes casos, a morte é vista como a melhor saída devido ao intenso sofrimento psíquico.

Um estudo internacional realizado pela OMS (2005) com 24.097 mulheres de 10 diferentes países, cujo objetivo foi investigar a prevalência de violência contra mulheres, verificou que mulheres que sofriam violência, tanto física quanto sexual, por parceiros íntimos apresentam maiores danos físicos e emocionais que mulheres que nunca foram vítimas de violência, tais como: dificuldade em manter atividades diárias, dor, perda de memória, tontura, corrimento vaginal, sofrimento emocional – choro, cansaço, insatisfação com a vida –, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio.

Neste mesmo estudo, 47% das mulheres brasileiras entrevistadas, residentes de São Paulo, SP, responderam já ter tido pensamentos suicidas e 40% destas, já haviam tentado suicídio. Entre as mulheres brasileiras entrevistadas, que vivem na Zona da Mata de Pernambuco, 35% já tiveram pensamentos suicidas e 40% destas já haviam tentado suicídio.

Os resultados acima demonstram que, em todas as regiões do país, a violência contra mulheres tem aumentado e o impacto deste aumento reflete, de forma direta ou indireta, nos índices de suicídio, o que corrobora com a literatura.

O abuso de idosos, segundo o Relatório mundial sobre violência e saúde (2002), trata-se de um fenômeno universal e tornou-se um problema tanto da saúde pública quanto da justiça criminal. O abuso de idosos, segundo a OMS, define-se como “um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja

uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa” (Krug *et. al.*, 2002, p. 126). O abuso de idosos subdivide-se em: abuso físico, abuso psicológico ou emocional, abuso financeiro ou material, abuso sexual e negligência.

As consequências do abuso de idosos são inúmeras, uma vez que são fisicamente mais debilitados e vulneráveis que indivíduos mais jovens, podendo também ser dependentes mentalmente, principalmente quando apresentam déficits cognitivos. Dentre estas, pode-se citar: alienação, desesperança, depressão, sentimento de culpa, desordem pós-traumática e negação da situação (Minayo & Souza, 2005).

Um estudo, cujo objetivo foi realizar autópsias psicológicas com as famílias de idosos que haviam cometido suicídio, a fim de investigar as variáveis que estavam associadas aos eventos, constatou que, aproximadamente, 41,17% dos idosos já haviam experienciado abusos (Cavalcante & Minayo, 2012).

Outra pesquisa que investigou os fenômenos relacionados à ideação ou à tentativa de suicídio de 63 idosos brasileiros, mostrou que a negligência e o abandono por parte da família, os maus-tratos, a violência sexual, física, financeira e psicológica foram fatores que influenciaram nos pensamentos ou tentativas do autoextermínio (Silva *et. al.*, 2015).

Corroborando com a literatura de que a violência contra idosos é um fator de risco para o suicídio, os dados mostram que o índice anual de suicídio acompanha também de forma geral, o índice de violências perpetradas contra idosos, como pode ser percebido nas regiões nordeste, centro-oeste e sul do Brasil.

Considerações Finais

Através deste estudo, pode-se concluir que o suicídio e a violência, em seus diversos tipos, estão relacionado, direta ou indiretamente. Tanto na literatura quanto nos dados estatísticos, a violência e o suicídio andam juntos. Fato alarmante, uma vez que a violência tem aumentado ao longo dos anos, assim como o suicídio.

Portanto, faz-se necessário maiores estudos empíricos que possam relacionar, mais profundamente, como a violência influencia o suicídio. Como problemas de saúde pública de abrangência global, tanto a violência quanto o suicídio precisam ser protagonistas de políticas públicas com a finalidade de prevenção.

Referências

- Alvarez, A. (1999). *O Deus Selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361.
- Azevedo, A. K. S., & Dutra, E. M. S. (2015). Não há você sem mim: histórias de mulheres sobreviventes de uma tentativa de homicídio. *Revista Subjetividades*, 15(2), 200-212.
- Barbosa, F. O., Macedo, P. C. M., & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e o suicídio. *Revista da SBPH*, 14(1), 233-243.
- Berenchtein Netto, N. (2007). *Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético* (Dissertação de Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Suppl. 2), pp. 87-95.
- Bordin, I. A. S., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento R., Curto, B. M., & Paula, C.S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ*, 87(5), 336-344.
- Bordin, I. A. S., Paula, C. S., Nascimento, R., & Duarte, C. S. (2006). Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(4), 290-296.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 195-209.
- Botega, N. J., Rapeli, C. B., & Cais, C. F. S. (2012). Comportamento Suicida. In Botega, N. J. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* (3ª ed., Cap. 23, pp. 335-355). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S. & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943-1954.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2014). *Suicídio: Informando para prevenir*. Brasília.

- Correia, C. M., Diniz, N. M. F., Gomes, N. P., Andrade, I. C. S., Campos, L. M., & Carneiro, J. B. (2018). Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica*. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(4), 219-225.
- Correia, C. M., Gomes, N. P., Diniz, N. M. F., Andrade, I. C. S., Romano, C. M. C., & Rodrigues, G. R. S. (2019). Violência na infância e adolescência: história oral de mulheres que tentaram suicídio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1450-1456.
- Daemon, F. (2016). “Morri para inspirar vocês”: uma análise das narrativas em disputa perpetradas por jovens homicidas/suicidas em ambientes escolares. *RECHS – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde*, 10(4), 1-15.
- Delzivo, C. R., Bolsoni, C. C., Nazário, N. O., & Coelho, E. B. S. (2017). Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6), e00002716.
- Faria, A. C. G. M. (2014). *Suicídio na adolescência* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Faria, M. R. G. V. (2015). *Polivitimização e revitimização em adolescentes: avaliação e consequências para a saúde mental* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Félix, T., Oliveira, E., Lopes, M. V., Parente, J. R., Dias, M. S., & Moreira, R. M. (2016). Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Revista Contexto & Saúde*, 16(31), 173-185.
- Ferreira, T. R. S. C., & Deslandes, S. F. (2018). Cyberbullying: conceituações, dinâmicas, personagens e implicações à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3369-3379.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-209.
- Kjellstrand, J., Yu, G., Eddy, J. M., & Clark, M. (2020) Children with incarcerated parents and developmental trajectories of internalizing problems across adolescence. *American Journal of Criminal Justice*, 45, 48-69.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (Eds.). (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M., Lebrão, M. L., Gotlieb, S. L. D., & Almeida, M. F. (2005). Editorial Especial - Estatísticas Vitais: contando os nascimentos e as mortes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 108-110.
- Medeiros, M. P., & Zanello, V. (2018). Relações entre a violência e a saúde mental das mulheres do Brasil: análise das políticas públicas. *Estud. Pesqui. Psicol.*, 18(1), 384-403.

- Medeiros, T. J., & Malfitano, A. P. S. (2015). Entre a violência e a cidadania: um olhar sobre a mortalidade juvenil. *Mundo Saúde*, 39(1), 62-73.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Meneghel, S. N., Moura, R., Hesler, L. Z., & Gutierrez, D. M. D. (2015). Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1721-1730.
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2009). Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In K. Njaine, S. G. Assis & P. Constantino, (Orgs.), *Impactos da violência na saúde*. (pp. 21-42, Vol. 2). Rio de Janeiro: Fiocruz-EAD/Ensp.
- Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (2005). Violência contra idosos: é possível prevenir?. In Ministério da Saúde, *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (pp. 141-165). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2017). Suicídio: saber, agir prevenir. *Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*, 48(30). Brasília.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*.
- Ormeno, G. R., Santini, P. M., & Williams, L. C. A. (2017). Fatores de risco e proteção vivenciados por mães encarceradas ao longo da vida. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(2), 514-534.
- Paula, C. S., Vedovato, M. S., Bordin, I. A. S., Barros, M. G. S. M., D'Antino, M. E. F., & Mercadante, M. T. (2008). Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528.
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3767-3777.
- Rossi, L. M., Marcolino, T. Q., Speranza, M., & Cid, M. F. B. (2019). Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), e00125018.

- Sá, D. G. F., Curto, B. M., Bordin, I. A. S., & Paula, C. S. (2009). Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia: teoria e prática*, *11*(1), 179-188
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, *1*(1), 1-15.
- Santos, W. B., & Dinis, N. F. (2018). Violência e risco de suicídio na construção das masculinidades adolescentes. *Cadernos Pagu*, (52), e185218.
- Silva, M. C. M. (2009). *Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Silva, R. M., Mangas, R. M. N., Figueiredo, A. E. B., Vieira, L. J. E. S., Sousa, G. S., Cavalcanti, A. M. T. S., & Apolinário, A. V. S. (2015). Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6), 1703-1710.
- Silva, R. M., Sousa, G. S., Vieira, L. J. E. S., Caldas, J. M. P., & Minayo, M. C. S. (2018). Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(Suppl. 2), 755-762.
- Veyne, P. (org.). (2009). *História da vida privada, 1: do Império Romano ao ano mil*. São Paulo: Companhia das Letras
- World Health Organization (WHO). (2014). *Prevenção do suicídio: um imperativo global*. Genebra.