

Suicídio no Ceará na Década de 90

Suicide in Ceará in the 1990 Decade

Augediva Maria Jucá Pordeus¹
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga²
Querubina Bringel Olinda³

Resumo

Definido como a deliberada destruição de si mesmo, o suicídio é um fato habitual na sociedade, afeta os diferentes grupos etários e sociais, e não se explica por um úniconexo causal. Com o objetivo de conhecer o comportamento epidemiológico dos suicídios no Ceará, realizou-se o presente estudo descritivo, para tanto, levantamos as informações das Declarações de Óbito do período de 1990 a 1998, trabalhadas pela Secretaria de Saúde do Ceará (SESA-CE). Os suicídios contribuíram com cerca de 6,2% das mortes por causas externas registradas nesse espaço temporal. Seu coeficiente variou de 1,7 por 100 mil habitantes em 1990 para 4,3 em 1999, sendo os grupos etários de 20 a 49 anos e de 50 a 79 os mais atingidos. Houve predomínio do sexo masculino. Conclui-se que o Ceará vem acompanhando a tendência nacional no comportamento dos suicídios.

Palavras-chave: Epidemiologia; suicídio; violência.

Abstract

Defined as deliberate oneself destruction, suicide is a society's usual fact, affecting different age and social groups, as it is not explained by a single causal link. With the purpose of knowing the epidemiologic suicidal behavior in Ceará, the present descriptive study was performed. A survey was made from the informations of the Death Certificates elaborated by the SESA-Ce, for the 1990-1998 period. Suicides contributed to nearly 6.2% of the externally caused deaths registered in the considered period. Its coefficient changed from 1.7 for each 100,000 in habitants in 1990 to 4.3 in 1999, being the ages between 20-49 and 50-79 years the most affected groups. There was male predominance. It was concluded that Ceará accompanies the national trend in suicidal behavior.

Keywords: Epidemiology; suicide; violence.

Introdução

No ser humano, a violência no seu aspecto autodestrutivo implica que ele é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto deste fenômeno complexo. Ela envolve um interjogo de inúmeras variáveis no cotidiano e remete o indivíduo à idéia máxima da violência, o assassinato de si próprio (Cassorla e Smeke, 1994).

O suicídio não se explica por um úniconexo causal. Ele provém de complexas situações entrelaçadas. Há um mistério na sua ocorrência. A atitude suicida é contrária ao instinto de preservação da espécie, ao ordenamento jurídico e aos preceitos religiosos. Constitui, portanto, um ato ilícito, que se contrapõe ao direito à vida, que é um bem indisponível.

O tema suicídio é de difícil abordagem. Os métodos derivados da tradição positivista apenas oferecem pistas sobre o assunto. O seu estudo e compreensão não se deixam aprimorar por método quantitativo. Lida-se com variáveis que exigem métodos indiciários qualitativos e interpretativos. A deficiente informação acerca da tentativa de suicídio e das circunstâncias da vítima são alguns dos empecilhos encontrados no seu estudo. É um fato marcante sobre a pessoa, que é ao mesmo tempo sujeito ativo e passivo do ato podendo repercutir no futuro em detrimento de si próprio, muitas vezes levando à ocultação do ato pela família e conseqüentemente ao sub-registro das tentativas.

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Havana - Cuba. Professora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Técnica do Núcleo de Epidemiologia da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. augediva@unifor.br

² Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, mnofraga@ufc.br

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Sanitarista da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. querubina@unifor.br

Até mesmo a análise qualitativa dos casos notificados de suicídio apresenta limitações decorrentes da dificuldade que têm os familiares de romper o drama, bem como as atitudes preconceituosas e a dor para falarem de assunto tão traumático. Os obstáculos de um estudo analítico dos suicídios consumados também decorrem da absoluta impossibilidade de não ser o entrevistado a própria pessoa. A pesquisa ocorre com familiares que respondem por questões de fórum íntimo de outra pessoa, que envolve a subjetividade, as circunstâncias do fato e o comportamento da pessoa vitimada. Tudo isto acarreta um distanciamento da realidade e um limitado poder analítico da informação.

A OMS, citada por Cassorla (1998), alerta para o fato de que os fatores culturais e individuais poderão subestimar as estatísticas de suicídios, que podem ser duas a três vezes maior do que é registrado. Ao mesmo tempo em que refere não ser fácil diferenciar um suicídio de uma morte aparentemente acidental ou de um homicídio. Outro ponto a ser considerado diz respeito à vinculação entre os vários mecanismos de autodestruição. Difícil é, portanto, medir até que ponto o suicídio está associado a diferentes fatores tais como: predisposição maior aos acidentes, descompensação de doenças crônicas, condutas heteroagressivas, déficit da resposta imunológica.

Na atitude suicida há uma completa desvalorização da vida. A literatura, em geral, registra alguns comportamentos suicidas revelados nas circunstâncias e atitudes: impotência diante das crises (emocionais, financeiras, de afirmação profissional), chamar atenção da família para a resolução de seus problemas, dificuldade nas situações de perda, conflitos de identidade, depressão, busca de felicidade, doença mental e carência afetiva e falta de religiosidade e de sentido para a vida. A tentativa de suicídio em si traz à tona a crise e o pedido de socorro. Faz retroagir no tempo os familiares na busca do nexos causal, num exame preocupante e emocional da situação. Há pressa de correr atrás do prejuízo.

É um fato habitual na sociedade, o suicídio afeta os diferentes grupos sociais e etários e exibe uma multiplicidade de maneiras para a ocorrência do seu desfecho que se consuma com a cessação das funções vitais. O suicídio envolve as dimensões da saúde, afetividade, economia e política.

Almeida Filho (1992) diz que ainda que os números sejam provavelmente subregistrados ou que os registros sejam realizados de forma insatisfatória, estes apontam para algumas tendências: abuso e dependência de drogas, violência, especialmente no lar; mal estar existencial, entre outras.

Do ponto de vista de sua distribuição, as taxas oficiais de suicídio no Brasil apresentam uma tendência que não varia muito com o tempo, sendo que algumas dessas variações podem estar ligadas à qualidade dos registros. Ao contrário

de alguns países europeus e do Japão, Minayo (1998) cita que o Brasil não possui altas taxas de suicídio.

Foram registrados no Brasil, no último ano da década de 90, 4,0 óbitos por suicídio para cada 100 mil habitantes, sendo o Ceará e Pernambuco os estados da Região Nordeste que tiveram neste mesmo ano os maiores coeficientes de mortalidade por esta causa, 4,3 e 3,6, respectivamente, enquanto no Rio Grande do Sul este coeficiente foi o mais elevado do País, 11,0 (Brasil, 2001).

Os suicídios fazem parte do Grande Grupo das Causas Externas, Capítulo XX, da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que também são constituídas dos homicídios, acidentes de trânsito, demais acidentes e daquelas violências não esclarecidas quanto a terem sido acidentais ou intencionais.

Nos últimos anos, este grupo vem ocupando o segundo lugar no quadro do obituário do Ceará, quando excluídas as causas mal definidas de morte.

Embora de grande magnitude no Estado, as intervenções sobre os fatores contribuintes das causas externas têm sido tímidas, não surtindo o impacto desejado, o que é comprovado pelas altas taxas de morbidade e mortalidade, principalmente por homicídios e acidentes de trânsito, e pelo grande número de seqüelas e incapacidades geradas.

O coeficiente de mortalidade por causas externas do Ceará cresceu cerca de 40,0% entre os anos de 1990 e 1999, passando de 31,5 por 100 mil habitantes para 53,0.

Estas causas de morte representaram mais de 12% do total de óbitos no Ceará na década estudada. Os acidentes de trânsito e os homicídios, somados, perfizeram quase dois terços dos óbitos do grupo das causas externas, enquanto os suicídios, alvo do presente estudo, corresponderam, em média, a 6,2%.

Este trabalho teve como objetivo principal o estudo do comportamento epidemiológico do suicídio no Ceará, visando à análise de sua evolução no tempo, bem como sua distribuição geográfica, entre outras variáveis.

Metodologia

Realizou-se estudo descritivo de série histórica dos suicídios registrados em residentes no Ceará no período de 1990 a 1999.

Foram levantados os dados de 1.901 Declarações de Óbitos (D.O) do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponíveis no Núcleo de Epidemiologia da Secretaria da Saúde do Estado.

As variáveis estudadas foram aquelas referentes à pessoa, tempo e lugar contidas na D.O, ou seja: faixa etária, sexo, procedência, meio utilizado e profissão. O agrupamento dos dados foi feito através de tabelas e gráficos elaborados utilizando-se os programas HGW4 e Microsoft Word, com

base em distribuição percentual, razão de sexo e cálculo de coeficientes.

A análise foi realizada com o auxílio da literatura pertinente. Acrescentamos, no entanto, que para a realização do presente trabalho nenhuma avaliação prévia da qualidade da informação contida na DO foi realizada.

Resultados e Comentários

Pontes (1986) apud Frota Pinto, assim como outros autores, recomenda que diferentes formas de comportamento suicida sejam enfocadas no estudo deste, quais sejam: ameaças, tentativas, atos consumados e comportamentos movidos por princípios éticos, filosóficos ou morais, sacrifícios e martírios, e ainda aqueles patológicos. Nossa intenção não foi o conhecimento do comportamento ou fatores relacionados ao ato de suicidar-se, mas a descrição do fenômeno, considerando suas diferenciações e especificidades vinculadas às variáveis idade, sexo, distribuição geográfica e objeto utilizado para a consumação do ato.

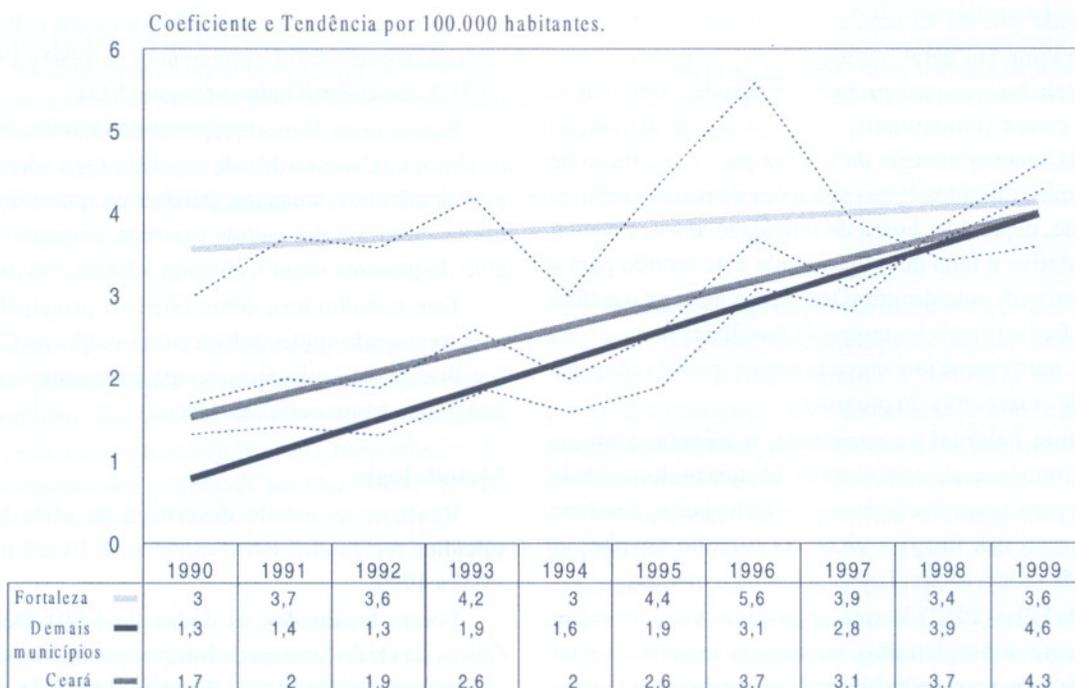
O coeficiente de mortalidade por suicídio no Ceará variou de 1,7 por 100 mil habitantes no ano de 1990, para 4,3 em 1999, sendo este o ano em que se registrou o maior deles. Já

na capital, o ano de 1996 foi aquele com maior coeficiente, visto que atingiu 5,6, superando, dessa forma, o valor máximo observado no território cearense (Figura 1). A tendência ascendente observada tanto em Fortaleza quanto no Ceará, acompanhou o comportamento das outras mortes por causas externas anteriormente citadas.

Na análise da comparação entre a capital e os demais municípios do Estado identificou-se predomínio do coeficiente de mortalidade da capital, sendo que, nos outros municípios, encontramos tendência maior de ascensão, quando o coeficiente de mortalidade por suicídio triplicou no período de 1990 a 1999, tendo superado a capital nos dois últimos anos do estudo (Figura 1).

A solidão, o estresse, a competitividade, o abandono, o uso de álcool e outras drogas nos grandes centros urbanos são fatores conhecidos como de risco ao suicídio (Pontes, 1986). Com as mudanças de valores culturais e costumes ocorridos nos últimos anos nas pequenas cidades do Ceará, perguntamos se a população dessas cidades não vem também, gradativamente, sofrendo a influência desses fatores como de riscos ao suicídio.

Figura 1 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídios no Ceará, 1990 a 1999.



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / Núcleo de Epidemiologia.

Leal (1998), debatendo em artigo a obra clássica de Durkheim sobre suicídio, cita que velhas questões permanecem, e novas se colocam quando observamos hoje um mapa epidemiológico do suicídio. Entre outras considerações, este autor questiona se, com a intensa globalização, o processo de anomia para o suicídio não é vivenciado antecipadamente pelas populações rurais mediante a massificação das informações, gerando deslocamento do espaço social da anomia e, conseqüentemente, do suicídio.

Além das frustrações derivadas da luta pela sobrevivência em situações de desigualdade e marginalidade, que são citadas pela Organização Panamericana de Saúde - OPS como fatores facilitadores de comportamento agressivo implicando em violência, este órgão internacional enfatiza também que o álcool e as outras drogas são responsáveis pela perpetração de 50,0% de todos os homicídios, mais de 30,0% dos suicídios e tentativas de suicídio e grande parte dos acidentes de trânsito (Minayo e Deslandes, 1998).

Faixa Etária

Existe um maior risco, ou não, de exposição a fatores que poderão determinar predomínio de doenças e agravos de acordo com a faixa etária a que o indivíduo pertence.

O saber consagrado de que o risco de suicídio aumenta com a idade do indivíduo é contestado por Levkovitz (1997),

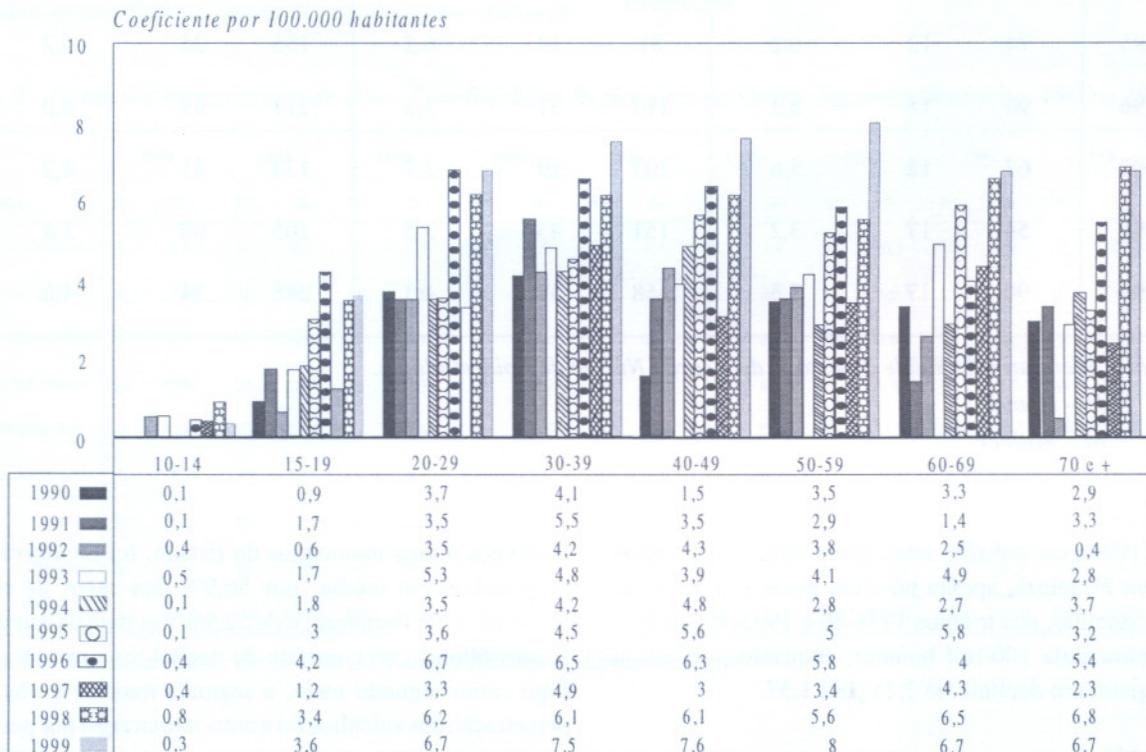
que demonstra a relatividade deste saber a partir da observação de que certas minorias sociais apresentam padrão etário das taxas de suicídio inversamente proporcional ao aumento da idade, afirmando, ainda, que quanto mais jovem, maior o risco de auto-agressões fatais. Cita que o padrão etário da curva de suicídio está particularmente relacionado à forma de estruturação social de um grupo.

A OMS, referida por Mello (2000), avalia o suicídio como um problema de saúde pública por figurar entre as dez principais causas de morte em todas as faixas etárias em muitos países, além de representar a segunda ou terceira causa de morte nos grupos etários de 15 a 34 anos.

No Ceará, as faixas etárias do adulto jovem e do adulto foram as que concentraram os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio, sendo o grupo de 30 a 39 anos o que manteve este coeficiente mais elevado na década estudada. No entanto, em todas as faixas etárias se observou aumento significativo dos coeficientes nos anos de 1996 e 1999. (Figura 2).

Mello (2000) chama a atenção para o crescimento dos suicídios registrados nos últimos 20 anos em vários países, principalmente entre os adolescentes, referindo que a relação entre idade e frequência destes varia de país para país, colaborando dessa forma com a idéia de Levkovitz (1997).

Figura 2 - Coeficiente de Mortalidade por Suicídio no Ceará segundo faixa Etária, 1990 a 1999



Fonte: Secretaria da Saúde/Núcleo de Epidemiologia

Sexo

Em todos os anos, o sexo masculino liderou as estatísticas de suicídios em cerca de 80% dos registros. Leal (1998) cita várias questões ainda obscuras para a sociologia do suicídio, entre elas, a predominância do sexo masculino nas ocorrências fatais, bem como os meios utilizados para a perpetração do ato.

Registros de atendimento de serviços de emergência de Fortaleza apontam para a mulher como aquela que mais tenta o suicídio. Dados do Instituto Dr. José Frota – IJF, hospital de emergência de grande porte de Fortaleza, mostraram que no ano de 1997, cerca de 65% das tentativas de suicídio por intoxicações foram praticadas por mulheres. A escolha de métodos menos mortais por parte das mulheres nas tentativas

de suicídio é referida por vários autores como o responsável pela menor letalidade neste sexo (Albuquerque et al., 2001).

Na década de 90, identificou-se que a razão de sexo nas ocorrências de suicídio registradas na capital e nos demais municípios sofreu um discreto aumento do homem a partir do ano de 1995. Este aumento repercutiu sobre a diferença entre os sexos nas estatísticas estaduais. A análise da razão de sexo por ano de ocorrência mostrou que esta foi maior no ano de 1995, tanto na capital como nos demais municípios. De cada 6,2 suicídios registrados, praticados por homem apenas um ocorreu com mulheres, enquanto o ano de 1994, à exceção da Capital, foi aquele em que a razão de sexo foi menor, 1,6:1 (Tabela 1).

Tabela 1 - Razão de Sexo de Óbitos por Suicídio no Ceará, Segundo Procedência, 1990 a 1999.

Ano	Capital			Demais Municípios			Ceará		
	H	M	Razão de sexo	H	M	Razão de sexo	H	M	Razão de sexo
1990	40	12	3,3	47	12	3,9	87	24	3,6
1991	49	17	2,9	50	16	3,1	99	33	3,0
1992	55	11	5,0	48	14	3,4	103	25	4,1
1993	61	18	3,4	72	19	3,8	133	37	3,6
1994	45	12	3,8	44	28	1,6	96	40	2,4
1995	74	12	6,2	81	13	6,2	155	25	6,2
1996	96	18	5,3	117	31	3,8	213	49	4,0
1997	67	12	5,6	107	29	3,7	174	41	4,2
1998	54	17	3,2	151	43	3,5	205	60	3,4
1999	90	17	5,3	158	37	4,3	248	54	4,6

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / Núcleo de Epidemiologia.

H – Homem

M – Mulher

Silva (1998), em trabalho sobre a mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza, aponta para um avanço no risco de morrer por suicídio, nos triênios 1978-80 e 1993-95, de 4,77 para 6,77 para cada 100 mil homens, enquanto que para a mulher, registra um declínio de 2,24 para 1,37.

Meio utilizado

O principal meio usado pelas vítimas, tanto na capital

como nos outros municípios do Estado, foi o enforcamento, responsável em média por 56,9% dos casos de suicídio registrados em Fortaleza, e de 52,9% nos demais municípios. Nestes últimos, ao contrário da capital, que teve a arma de fogo como segundo meio, a segunda maior escolha para a perpetração dos suicídios foi a auto-intoxicação por pesticidas, produtos químicos, medicamentos e substâncias biológicas. (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e Percentual de Óbitos por Suicídios no Ceará, Segundo Tipo e Procedência, 1990 a 1999.

A N O	Ceará								Fortaleza								Demais Municípios							
	Enforca- mento		Arma de Fogo		Outras Causas		Total		Enforca- mento		Arma de Fogo		Outras Causas		Total		Enforca- mento		Arma de Fogo		Outras Causas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1990	49	44,1	32	28,8	30	27,1	111	100	23	44,2	23	44,2	6	11,5	52	100	26	44,1	9	15,3	24	40,7	59	100%
1991	52	39,0	35	26,5	45	34,1	132	100	33	50,0	20	30,3	13	19,7	66	100	19	28,8	15	22,7	32	48,5	66	100%
1992	79	61,7	23	18,0	26	20,3	128	100	44	66,7	11	16,7	11	16,7	66	100	35	65,5	12	19,5	15	24,2	62	100%
1993	94	55,3	39	22,9	37	21,8	170	100	44	55,7	26	32,9	9	11,4	79	100	50	54,9	13	14,3	28	30,8	91	100%
1994	65	47,8	31	22,8	40	29,4	136	100	34	59,6	20	35,1	3	5,3	57	100	31	39,2	11	13,9	37	46,8	79	100%
1995	85	47,2	41	22,8	54	30,0	180	100	44	51,2	26	30,2	16	18,6	86	100	41	43,6	15	15,9	38	40,4	94	100%
1996	138	52,6	24	9,2	100	38,2	262	100	67	61,0	23	21,2	20	18,0	110	100	71	46,7	1	0,7	80	52,6	152	100%
1997	111	51,6	35	16,3	69	32,0	215	100	49	62,0	17	21,5	13	16,5	79	100	62	45,6	18	13,2	56	41,2	136	100%
1998	146	55,1	30	11,3	89	33,6	265	100	40	56,3	15	21,1	16	22,5	71	100	106	54,6	15	7,7	73	37,6	194	100%
1999	179	59,3	37	12,3	86	28,5	302	100	57	61,9	13	14,1	22	23,9	92	100	122	58,1	24	11,4	64	30,5	210	100%

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / Núcleo de Epidemiologia.

Cassorla (1998) afirma que a convivência com instrumentos mortíferos pode aumentar consideravelmente o risco de suicídio. Cita ainda que a inacessibilidade a armas de fogo, por exemplo, possivelmente, diminuiria as taxas de suicídio e de homicídios.

O menor uso da arma de fogo para a prática do suicídio em outros municípios, em relação à capital, em contraposição ao enforcamento e à utilização de produtos químicos e pesticidas, possivelmente encontra explicação na afirmação

de Cassorla citada anteriormente. Embora não constasse nas D.O analisadas, mas tomando por base ainda a afirmação de Cassorla, para as populações rurais ou mesmo para aquelas urbanas, cujos traços culturais rurais se fazem muito presentes, a corda costuma estar mais acessível para a prática do suicídio do que outros meios, pois para o homem nordestino, tanto no trabalho como no lazer, ela é um instrumento inseparável.

Ocupação

Tabela 3 - Número e Porcentagem de Óbitos por Suicídios Registrados no Ceará, Segundo Ocupação, 1990 a 1999

Ocupação	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Nº	%																		
Estudante	5	4,5	11	8,3	9	7,0	16	9,4	11	8,1	10	5,6	27	10,3	15	6,9	23	8,7	18	6,0
Aposentado/Pens.	8	7,5	11	8,3	10	7,8	9	5,3	21	15,4	15	8,3	13	5,0	15	6,9	27	10,2	19	6,3
Comerciante	9	8,1	6	4,5	8	6,3	10	5,9	4	3,0	11	6,1	10	3,8	9	4,2	8	3,0	12	4,0
Doméstica/Trab. Serviço	11	9,9	22	16,7	8	6,3	17	10,0	18	13,2	11	6,1	21	8,0	17	7,9	22	8,3	26	8,6
Prod. agrop. Esp.	14	12,6	22	16,7	11	8,6	25	14,7	30	22,0	41	22,8	59	22,5	58	27,0	66	24,9	100	33,1
Outros trab. Braçais	5	4,5	1	0,8	6	4,7	4	2,4	5	3,7	12	6,7	17	6,5	8	3,7	8	3,0	14	4,6
Outros	35	31,5	30	22,7	38	29,7	38	22,4	31	22,8	49	27,2	71	27,1	67	31,0	46	17,4	49	16,2
Ignorado	24	21,6	29	22,0	38	29,7	51	30,0	16	11,8	31	17,2	44	16,8	27	12,5	65	24,5	64	21,2
Total	111	100,0	132	100,0	128	100,0	170	100,0	136	100,0	180	100,0	262	100,0	216	100,0	265	100,0	302	100,0

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / Núcleo de Epidemiologia.

Constatou-se no elenco das ocupações dos casos de suicídio no Ceará que mais da metade ocorreram em produtores agropecuários especializados, estudantes, domésticas, serventes, comerciantes e outros trabalhadores braçais, sendo mais significativo o crescimento percentual para produtores agropecuários especializados. Possivelmente, contribuem para isso o crescente uso, na agricultura, de produtos químicos como os agrotóxicos. Entretanto, somente com base no presente estudo, não é possível fazer inferências mais consistentes sobre a relação entre ocupação e suicídio. Vale salientar que um dos limitantes para isso são as informações admitidas nas D.O., pois em torno de 21% delas não constava a ocupação (Tabela 3).

Considerações Finais

O coeficiente de mortalidade por suicídio no Ceará apresentou tendência crescente na década de noventa, sendo que Fortaleza contribuiu com maior coeficiente de mortalidade por suicídio em relação aos demais municípios.

Em todos os anos, os suicídios por enforcamento predominaram, o que parece estar relacionado aos hábitos do homem rural, que em situação de trabalho ou de lazer tem sempre a corda como companheira.

O homem liderou as estatísticas relativas a óbitos por suicídios, com uma razão de sexo de 3,8:1. Em relação à faixa etária, o adulto jovem e o adulto detiveram os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio. Um dos fatores que estão associados a essas taxas relaciona-se às armas mais mortais escolhidas pelos homens.

Referências

ALBUQUERQUE, Vera Lúcia Montenegro et al. O impacto da violência sobre os serviços de emergência de Fortaleza e seus custos socio-econômicos. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*, v. 14, p. 21-26, dez. 2001.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Morbidade psiquiátrica em regiões metropolitanas do Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 1, n. 2, p. 5-16, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília, 2001.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 28-30, jan./mar. 1998.

_____; SMEKE, Elizabeth. Autodestruição humana. *Caderno de Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 61-73, 1994. Suplemento.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Situação epidemiológica do Ceará: 1994 a 1997*. Fortaleza, 1998. Fascículo I: Doenças não transmissíveis e outros agravos.

LEAL, Ondina Fechel. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Caderno de Saúde Pública*. v. 14, n.1, p. 19-20, jan./mar. 1998.

LEVCOVITZ, Sérgio. Estrutura social e padrão etário do suicídio. *Cadernos do IPUB*, n. 10, p. 203-230, 1997.

MELLO, Marcelo Feijó de .O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Caderno de Saúde Pública*. v. 16, p. 163-170, jan./mar. 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, n.1, p. 26-27, jan./mar. 1998.

_____; DESLANDES, Suely. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14. p. 35-42, jan./mar. 1998.

PONTES, Cleto Brasileiro. Suicídio em Fortaleza. Fortaleza: Imprensa Universitária da UFC, 1986. p. 122.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. *Mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza*. Fortaleza: Expressão, 1998. 300 p. Apresentado como tese no concurso para professor titular da Escola de Saúde Pública da UECE.