

MORTALIDADE POR SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES/JOVENS BRASILEIROS: UM ESTUDO COM DADOS SECUNDÁRIOS ENTRE OS ANOS DE 2011 A 2015*

MORTALITY DUE TO SUICIDE AMONG BRAZILIAN ADOLESCENTS/YOUNG PEOPLE: A STUDY WITH SECONDARY DATA BETWEEN THE YEARS 2011 TO 2015

Clóvis Wanzinack¹
Andréia Temoteo²
Adriana Lucinda de Oliveira³

Resumo

O artigo tem como objetivo descrever sobre mortalidade por suicídio no Brasil entre adolescentes/jovens de 15 a 24 anos. Primeira etapa levantamento de referencial teórico através da base de dados da Biblioteca virtual sobre violência e saúde (BVS/VS), segunda etapa levantamento de dados secundários extraídos do IBGE população censo 2010 e taxa de mortalidade por suicídio extraído do SIM/DATASUS no período entre 2011 a 2015. A terceira etapa foi a confrontação dos referencias teóricos com os dados secundários pesquisados. A pesquisa constatou que a região com maior incidência de suicídio entre adolescentes/jovens entre 15 a 24 anos é o Centro-oeste com a taxa de 7,04 por 100 mil habitantes seguido do Norte com 6,96 e a região do Sul com 6,44. Médias acima do Brasil, com 5,04. O estado com maior incidência é Roraima com 13,91 seguido do Mato Grosso do Sul 13,27 e Amazonas 11,12. As lesões autoprovocadas intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocamento chegam a 70% dos casos registrados. As incidências de suicídio mostram diferenças significativas entre homens e mulheres, embora mulheres estejam mais propensas a tentar suicídio, as incidências entre homens chegam 77,7% de suicido.

Palavras-chave: Violência; Saúde Pública; Brasil.

Abstract

To describe suicide mortality in Brazil among adolescents aged 15 to 24 years. First step of a theoretical reference survey through the database of the Virtual Library on violence and health (VHL / VS), second stage survey of secondary data extracted from the IBGE 2010 census population and suicide mortality rate extracted from SIM / DATASUS in the period between 2011 and 2015. The survey found that the region with the highest incidence of suicide among adolescents between 15 and 24 years of age is the Center-west with a rate of 7.04 per 100,000 inhabitants followed by the North with 6.96 and the South with 6.44. Averages above Brazil, with 5.04. The state with the highest incidence is Roraima with 13.91 followed by Mato Grosso do Sul 13.27 and Amazonas 11.12. Injuries intentionally caused by hanging, strangulation and suffocation account for 70% of the cases recorded. Suicidal incidences show significant differences between men and women, although women are more likely to attempt suicide, incidences among men reach 77.7% of suicide.

Keywords: Violence; Public Health; Brazil.

Dossiê: Recebido em 31/08/2017 – Aprovado em 13/11/2017

¹ Docente do Curso de Administração Pública, Universidade Federal do Paraná (UFPR). e-mail: cloviswa@gmail.com (autor correspondente)

² Acadêmica do Curso de Serviço Social, UFPR. e-mail: andreiatemoteo16@gmail.com

³ Docente do Curso de Serviço Social, UFPR. e-mail: adriana_ufmt@yahoo.com.br

1 Introdução

O comportamento suicida pode envolver constantemente ou esporadicamente desejos e manifestações da intenção de querer morrer, chegando a planejar com detalhes o ato e pessoas envolvidas, constituindo em pensamentos e atitudes autodestrutivas em tentativas repetitivas de suicídio (ORES et al., 2012).

Em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos (BEZERRA FILHO et al., 2012). A Organização Mundial de Saúde estima que a cada 40 segundos, uma pessoa atenta contra sua própria vida, ocorrendo cerca de um milhão de mortes no mundo decorrente de suicídio. Os dados revelam que entre pessoas de 15 a 29 anos de idade, o suicídio é a segunda principal causa geral de morte. Uma estatística preocupante tanto para população jovem quanto para saúde pública (SOUZA; ORELLANA, 2013; SIMÕES; CANTÃO; BOTTI, 2016).

No Brasil entre 2011 a 2015, ocorreram 52537 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, sendo que 8637 ou seja, 16,44% decorreram entre adolescente/jovensⁱ de 15 a 24 anos (BRASIL, 2017). As taxa e características de mortalidade por suicídio no Brasil, podem apresentar diversas desigualdades regionais devido sua geografia, idade, gênero e origem étnica (ORELLANA; BASTA; SOUZA, 2013).

O risco de uma pessoa suicidar pode aumentar com os números de tentativas e intervalos reduzidos entre as tentativas. Dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por autoextermínio. Estima-se que entre 30% a 60% tiveram tentativas prévias e que de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano, e ainda que de 1% a 5% das pessoas poderão tentar suicídio em algum momento de sua vida. Entre os adolescentes esse percentual pode chegar a 20%, (VIDAL et al., 2013).

Viana et al., (2008), comenta que o suicídio na percepção de quem comete, é a maneira encontrada para o alívio do sofrimento, do sentimento de desesperança, dos conflitos pessoais e interpessoais e do stress, sendo o suicídio associado a necessidades frustradas.

Minayo et al., (2012), aponta que os principais fatores de risco para suicídio são relacionados a

doenças e transtornos mentais, uso de determinados medicamentos, uso de drogas, álcool e intoxicações, relacionados a doenças terminais e degenerativas, problemas socioambientais, sociais e influência da mídia.

De acordo com Baggio et al., (2009), em um estudo com 2.282 alunos matriculados na 7ª série, aponta a maior frequência de adolescentes que planejam acabar com própria vida, estão aqueles que alegam em algum momento terem sido agredidos por colegas. Entre as ocorrências estão: injúrias, brigas com colegas, bullying, discriminação gerando medo de ir para escola por falta de segurança. Essas situações são potencializadas com problemas de relações familiares e ausência de amigos, assim aumentando a prevalência de planejamento suicida (CASTRO; CUNHA; SOUZA, 2011).

Reitera-se que estamos diante de um dado alarmante de saúde pública, expresso na sociabilidade de adolescente/jovens. Desvelar as motivações e causas sociais relacionais, emocionais, psíquicas, culturais, econômicas e políticas é condição *sine qua non* para o enfrentamento e prevenção.

O artigo apresenta dados preliminares da pesquisa sobre suicídio no Brasil, tendo como caminho metodológico a pesquisa bibliográfica e a sistematização de dados extraídos do censo IBGE (IBGE, 2017) e SIM/DATASUS (BRASIL, 2017). Com o objetivo de descrever sobre mortalidade por suicídio no Brasil entre adolescentes/jovens de 15 a 24 anos fazendo uma comparação de taxas de suicídio entre os estados do Brasil, visualizando a principal forma de suicídio, idade, escolaridade, situação conjugal, raça/cor e local de ocorrência. Na sequência abordamos os principais resultados e as primeiras considerações.

2 Material e métodos

A pesquisa bibliográfica teve como critério de busca nas bases de dados online três descritores: suicídio, adolescente/jovem e Brasil, selecionados diretamente na base de dados do site de Descritores em Ciências da Saúde criado pela BIREME (Biblioteca Regional de Medicina (BIREME, 2017)). A partir dessa definição, foi realizada pesquisa por artigos científicos sobre a temática na base de dados

da Biblioteca Virtual sobre Violência e Saúde (BVS/VS) nos meses de julho e agosto de 2017 (BVS, 2017).

Nesta primeira etapa foram mapeados 202 resultados. Para refinamento dos dados foi se utilizando ferramentas para filtrar melhor os resultados como: texto completo disponível (161); País como assunto Brasil (138); idioma português (79); linha temporal entre 2007 a 2017 (50); eliminando resultados repetidos e assuntos que não contemplavam a pesquisa, resultou em 26 artigos.

Na segunda etapa realizamos um estudo descritivo com os dados secundários sobre taxas de mortalidades por suicídio encontradas nas regiões e estados brasileiros durante o período de 2011 a 2015.

Os dados utilizados foram extraídos Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde/Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), para o período entre 2011 a 2015 (BRASIL, 2017). Foi utilizada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2008), incluindo as categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) (OMS, 2008). As faixas etárias utilizadas, foram descritas conforme a padronização da Organização Pan-Americana de Saúde 15 a 24 anos. Os dados foram analisados através do programa TABWIN do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Dados relativos às faixas etárias populacionais foram obtidas através

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA (IBGE, 2017).

As variáveis analisadas foram: (a) Mortalidade por Suicídio e sua distribuição por região, gênero, faixa etária no padrão da Organização Pan-Americana de Saúde, estado civil, nível de escolaridade, etnia, óbitos por residência, ano, local de ocorrência, categoria do CID 10.

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade por suicídio para o período selecionado, utilizou-se a seguinte formula: Média do número de suicídio entre (2011 a 2015) /população) x 100.000.

A terceira etapa será a confrontação dos referencias teóricos com os dados secundários pesquisados, assim consolidando com maior precisão a pesquisa e os resultados aqui apresentados.

3 Resultados e discussão

A importância de um referencial teórico e sólido na produção de novos conhecimentos é essencial na construção do objeto da pesquisa.

Nesta primeira etapa da revisão teórica, pode contextualizar o panorama sobre temática adolescente/jovem e suicídio no território brasileiro, procedimentos teóricos e instrumentos de pesquisas já aplicados que demonstraram eficientes na formulação de referencial teórico (Quadro 1).

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES SEGUNDO FONTE, ARTIGO, OBJETIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO

Continua

Fonte/Ano	Artigo	Objetivo	Metodologia
Abassed et al., 2009	Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil	Realizar análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio na faixa etária de 10-19 anos de residentes em Minas Gerais	Análise epidemiológica descritiva dos dados referentes à mortalidade por suicídio e às internações hospitalares por tentativas de suicídio de residentes em Minas Gerais, na faixa etária de 10 a 19 anos, de ambos os sexos
Baggio et al., 2009	Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados	Avaliar a prevalência do planejamento suicida e fatores associados em uma amostra representativa de estudantes de 12 a 18 anos em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul	Aplicação de questionários auto administrados foram utilizados para coletar dados: um questionário, padronizado pela OMS, sobre o uso de álcool e drogas, violência, sentimentos de solidão e tristeza, relações familiares, planejamento suicida, comportamento na escola e relacionamentos com amigos

Continuação

Fonte/Ano	Artigo	Objetivo	Metodologia
Bernardes, Turini, Matsuo e 2010	Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil	Contribuir para a análise das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos, uma vez que esse é o método utilizado em mais da metade desses eventos	Estudo retrospectivo descritivo das tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa entre os anos de 1997 e 2007, registradas pelo Centro de Controle de Intoxicações (CCI) da cidade de Londrina, Paraná
Bezerra Filho et al., 2012	Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002	Analisar a associação entre fatores suicidas e sócios demográficos	Técnica de análise espacial, realizada no período de 1998 a 2002, tomando-se como unidades de análise os 91 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Utilizou o referencial teórico de inspiração durkheimiana
Botega et al., 2009	Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, SP	Estimar as taxas de prevalência ao longo da vida para ideação suicida, planos de suicídio e tentativa de suicídio, com base em uma amostra em cluster de 515 residentes de Campinas, Estado de São Paulo	Quinhentos e quinze indivíduos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil, foram selecionados utilizando-se amostragem estratificada por conglomerados e avaliados por entrevista do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida
Carvalho et al., 2011	Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco, Brasil	Identificar a prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes	Aplicação de questionário previamente validado para coletar dados de 4.207 adolescentes (14-19 anos) estudantes do ensino médio, selecionados através de amostragem por conglomerados em dois estágios
Castro, Cunha e Souza, 2011	Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Graça, MT	Estimar a prevalência de violência entre adolescentes e jovens adultos e identificar fatores associados	Estudo transversal com amostragem aleatória sistemática de 699 estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública urbana de Barra do Graças, MT, em 2008
Chachamovich et al., 2009	Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?	Revisar sucintamente as contribuições recentes acerca das características clínicas da depressão que se encontram vinculadas a casos de suicídio	Busca de referências com o intuito de ilustrar as principais contribuições acerca da interface entre depressão e suicídio
Lovisi et al., 2009	Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006	Realizar uma análise epidemiológica dos índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 nas regiões e capitais estaduais	Dados referentes à taxa de mortalidade devido ao suicídio foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Macente, Santos e Zandonade, 2009	Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo	Descrever o perfil das tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio no município de Santa Maria de Jetibá, interior do Espírito Santo, no período de 2001 a 2007	Estudo descritivo, observacional e de abordagem quantitativa. A identificação dos casos de tentativas de suicídio e suicídios ocorreu por meio dos Boletins de Ocorrência Policial da Polícia Militar do Município, onde foram selecionados todos os casos
Macente e Zandonade, 2010	Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007	Analisar a completude dos dados do SIM sobre os óbitos por suicídio no ES, Sudeste e Brasil (1996 a 2007), referentes às variáveis demográficas	Estudo descritivo analítico baseado em dados secundários. Foram incluídos os óbitos registrados no SIM por suicídio do Espírito Santo, Sudeste e Brasil

Fonte/Ano	Artigo	Objetivo	Metodologia
Macente e Zandonade, 2011	Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (1980-2006)	Estudar a série histórica de suicídio no Estado do Espírito Santo (1980 a 2006) e suas estratificações	Estudo descritivo, retrospectivo, de série histórica. Foram construídas as séries históricas e calculados os coeficientes de mortalidade por suicídio para o período. Procedeu-se à padronização das taxas de mortalidade pelo método direto, em que a população do censo IBGE-2000 foi considerada padrão
Minayo et al., 2012	Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006	Descrever a mortalidade por suicídio no Brasil, com destaque para a população idosa	Análise temporal e estudo de tendência por regressão polinomial de suicídios na população acima de dez anos no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro de 1980 a 2006
Orellana, Basta e Souza, 2013	Mortalidade por suicídio: Um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil	Analisar as taxas de mortalidade e descrever as características demográficas e epidemiológicas dos suicídios registrados no Estado do Amazonas	Estudo descritivo e retrospectivo com ênfase nos municípios que apresentaram taxas de mortalidade e elevadas proporções de população autodeclarada indígena, com base nos dados de 2005-2009
Ores et al., 2012	Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo	Avaliar o risco de suicídio e o comportamento de risco em jovens	Um estudo transversal na área urbana de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul. Foi realizado com amostragem sistemática com jovens de 18 a 24 anos.
Pordeus et al., 2009	Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil	Analisar a ocorrência de tentativas e óbitos por suicídio, ocorridos no município de Independência, Ceará, Brasil, em 2005	Estudo de casos incluindo as tentativas e óbitos por suicídios e constituíram fonte de coleta de dados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), referentes ao ano 2005, além de pesquisa documental em prontuários do hospital municipal
Santos et al., 2009	Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil	Estimar a prevalência de transtornos mentais em 96 tentativas de suicídio observadas em uma enfermaria de emergência no Rio de Janeiro, Brasil (2006-2007)	Admitir todos os casos de tentativas de suicídio atendidos no HMSA, no período de abril de 2006 a março de 2007. Um questionário foi construído com base na Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativas, da SMS-RJ, e complementado com variáveis importantes encontradas na literatura sobre tentativas de suicídio
Schmitt et al., 2008	Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil	Descrever as seguintes características epidemiológicas dos óbitos por suicídio no extremo oeste de SC entre os anos de 1980 e 2005	Estudo descritivo, calculando o coeficiente bruto de mortalidade por suicídio no extremo oeste catarinense, assim como os coeficientes padronizados por gênero e faixa etária no período entre 1980 e 2005
Schnitman et al., 2011	Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras	Avaliar o componente social nas mortes por suicídio, pela análise de indicadores socioeconômicos	Estudo do tipo ecológico exploratório que busca a associação entre dez indicadores socioeconômicos e a taxa de suicídio em todas as capitais do país
Silva et al., 2010	Intoxicação exógena por chumbinho como forma de autoextermínio no Estado de Goiás, 2003-2007	Estabelecer o perfil das vítimas com tentativas de autoextermínio no Estado de Goiás no período de 2003 a 2007	Estudo descritivo, retrospectivo documental com abordagem quantitativa
Silveira e Ferreira, 2012	Impacto da morbimortalidade e gastos com suicídios no Brasil de 1998-2007	Descrever os gastos com Suicídio na rede hospitalar do SUS no Brasil	Estudo descritivo, com dados secundários do Ministério da Saúde, entre 1998 e 2007

Fonte/Ano	Artigo	Objetivo	Metodologia	Conclusão
Simões, Cantão e Botti, 2016	Suicídio em cidades históricas de um estado brasileiro	Analisar a taxa de suicídio em regiões históricas de Minas Gerais, Brasil	Estudo epidemiológico realizado em 5 regiões históricas de um Estado brasileiro	
Souza et al., 2010	Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos: prevalência e fatores associados	Verificar a prevalência e fatores associados à ideação suicida entre adolescentes de 11 a 15 anos	Estudo transversal de base populacional. Os adolescentes responderam a um questionário auto-aplicável que continha o Children's Depression Inventory. A ideação suicida foi mensurada de acordo com o item 9 do Children's Depression Inventory. Foi utilizada a análise de regressão logística multivariada acompanhada de um modelo hierárquico	
Souza e Orellana, 2013	Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no Estado do Amazonas, Brasil	Analisar as taxas e algumas características da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no Amazonas	Estudo de corte retrospectiva, utilizados registros de suicídio do período de 2006-2010	
Viana et al., 2008	Prevalência de suicídio no Sul do Brasil 2001-2005	Descrever e avaliar a incidência de suicídio em indivíduos procedentes da Associação dos Municípios da Região de Laguna (Amurel), no período de 2001 a 2005	Estudo transversal com coleta de dados no Instituto Médico Legal de Tubarão, referentes a todos os óbitos ocorridos entre 2001 e 2005, que tiveram como causa de morte o suicídio. Para todos os casos incluídos no estudo, os dados foram retirados dos prontuários do IML por meio do preenchimento de uma ficha de dados	
Vidal et al., 2013	Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade	Analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio entre 2003 e 2009 na microrregião de Barbacena, MG	Análise de sobrevivência e empregada regressão múltipla de Cox	

Com base nos artigos acima coletados, a segunda etapa do processo foi a confrontação dos referenciais teóricos com os dados secundários pesquisados, assim consolidando com maior precisão a pesquisa e os resultados aqui apresentados.

Os resultados na tabela 1 apontam que a maior incidência de suicídio entre adolescente/jovens de 15 a 24 anos no período entre 2011 a 2015 se encontra na região Centro-Oeste com 7,04 casos de suicídios por 100 mil habitantes; seguido da Região Norte com 6,96; Região Sul 6,44, regiões essa acima da média nacional do Brasil com 5,04. A região Sudeste 4,33; e nordeste 4,25 apresentam incidências abaixo da média nacional de casos de suicídios.

Em relação a questão de Estados do Brasil, Roraima possui o indicador mais alarmante com 13,91 casos de suicídio por 100 mil habitantes, seguido Mato Grosso do Sul 13,27 casos; Amazonas 11,72 casos e Amapá 9,73 casos.

Comparando estatisticamente um adolescente que nasce no Estado de Mato Grosso do Sul tem 5,48 vezes maior probabilidade de cometer suicídio do que um adolescente que reside no Rio de Janeiro.

Na tabela 2 os CID foram agrupados em (X-60 a X-69) referente a autointoxicação por exposição intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas, autointoxicação voluntária por álcool, autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores, autointoxicação intencional por outros gases e vapores, autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas, autointoxicação por e

TABELA 1 - SUICÍDIO NO BRASIL POR REGIÃO E ESTADO ENTRE ADOLESCENTES/JOVENS DE 15 A 24 ANOS NO PERÍODO DE 2011 A 2015

REGIÃO	NÚMEROS DE SUICÍDIO POR ANO					POPULAÇÃO 15 A 24 ANOS (IBGE -2010)	INDICADOR (2011-2015) Por 100 mil /hab	ESTADO	NUMERO DE SUICÍDIO (2011 A 2015)	POPULAÇÃO 15 A 24 ANOS (IBGE -2010)	Nº SUICÍDIO (2011 A 2015) por 100mil/hab
	2011	2012	2013	2014	2015						
CENTRO- OESTE						2.570.596	7,04	DF	110	466.538	4,71
								GO	337	1.087.729	6,20
								MS	296	445.921	13,27
								MT	162	570.408	5,68
								MG	922	3.452.769	5,34
SUDESTE	643	594	542	552	610	13.592.158	4,33	RJ	312	2.573.065	2,42
								ES	97	624.728	3,10
								SP	1610	6.941.596	4,64
SUL	295	293	283	346	293	4.687.450	6,44	SC	336	1.110.844	6,05
								RS	633	1.746.643	7,25
								PR	541	1.829.963	5,91
NORDESTE	461	424	436	415	431	10.187.015	4,25	AL	134	603.049	4,44
								BA	332	2.631.643	2,52
								CE	541	1.669.678	6,48
								PE	291	1.631.180	3,57
								PB	159	699.479	4,55
								MA	260	1.339.016	3,88
								PI	218	603.317	7,23
								RN	120	606.843	3,95
								SE	112	402.810	5,56
NORTE	190	201	237	232	254	3.198.845	6,96	AM	413	704.426	11,72
								AC	57	147.318	7,74
								AP	69	141.823	9,73
								RR	63	90.603	13,91
								TO	104	271.184	7,67
								RO	91	307.307	5,92
								PA	317	1.536.184	4,13
BRASIL	1748	1697	1678	1729	1785	34.236.064	5,04		8637	34.236.064	

Fonte: IBGE (2017) e SIM/DATASUS (BRASIL, 2017), compilado pelos autores, 2017.

TABELA 2- INCIDÊNCIAS DE SUICÍDIO NO BRASIL ENTRE ADOLESCENTES/JOVENS DE 15 A 24 ANOS NO PERÍODO DE 2011 A 2015, SEGUNDO CATEGORIA DO CID 10 (X60-X84) LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE

CATEGORIA	ÓBITOS	%
X60-X69 Autointoxicação por exposição, intencional	1011	11,71
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	6047	70,01
X71 Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento submersão	78	0,90
X72-X75 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma fogo	722	8,36
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente por fumaça fogo e chamas	89	1,03
X77 Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	1	0,01
X78-X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objetos cortantes	137	1,59
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de lugar elevado	332	3,84
X81 Lesão autoprovocada por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	14	0,16
X82 Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	45	0,52
X83 Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	17	0,20
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	144	1,67
Total	8.637	100

Fonte: SIM/DATASUS (BRASIL, 2017), compilado pelos autores, 2017.

exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas; (X-70) Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação; (X-71) Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão; (X-72 – X-75) Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão, Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre, lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos; (X-76) Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas; (X-77) Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes; (X-78 – X-79) Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante, lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente; (X-80) Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado; (X-81) Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento; (X-82) Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor; (X-83) Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados; (X-84) Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação é o método mais utilizado de perpetração do suicídio com 70,01% dos casos, casos relacionados à autointoxicação por exposição intencional 11,71% e armas de fogo 8,36%.

Resultados encontrados no extremo oeste de Santa Catarina, cita que o método mais empregado para o suicídio em ambos os gêneros foi o de enforcamento com mais de 70% das mortes, seguido pelo uso de armas de fogo com 13% das mortes do gênero masculino e 9% do gênero feminino e o envenenamento apresentou taxas de 5% para homens e 11% entre mulheres, (SCHMITT et al., 2008).

Também corroborando com a afirmação acima, sobre o gênero feminino ter maior incidência por envenenamento, Silva et al (2010) relata a predominância de ocorrências de intoxicações no gênero feminino em cerca de 52,36% dos casos

através de “chumbinho” como forma de autoextermínio no Estado de Goiás, entre 2003 – 2007.

Outro estudo sobre Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas, na faixa etária de 10 a 19 em Minas Gerais, entre os anos de 1990 a 2002, aponta que o método de autointoxicação foi o mais utilizado para a tentativa de cometer suicídio em ambos os sexos, principalmente pelas mulheres que optaram três vezes mais por esse meio que os homens. No entanto o principal meio utilizado para a conclusão do ato suicida, tanto por homens quanto por mulheres, foi o enforcamento, seguido pelo estrangulamento ou sufocamento, lesões por arma de fogo em homens e autointoxicação em mulheres (ABASSE et al., 2009).

A tabela 3, mostra que incidências do gênero masculino entre idades de 15 a 24 anos chegam a ter 77,70% de incidências aos suicídios e o gênero feminino com 22,7%. Resultados encontrados em outra pesquisa no Estado do Espírito Santo no período entre (1980 a 2006) indicam que a incidência de suicídio masculina chegou a 77,7% no gênero masculino (MACENTE; ZANDONADE, 2011).

Embora mulheres estejam mais propensas a tentar suicídio como cita Lovisi et al. (2009) e Bernardes, Turini e Matsuo (2010), o gênero masculino estatisticamente tem maior êxito no acontecimento, sugerindo que os homens tem uma intenção de morte mais forte e assim utilizando de métodos mais letais. Em sua pesquisa, Lovisi et al., (2009), cita que a proporção entre taxa de suicídio por gênero, indica fortemente uma maior mortalidade entre os homens, com (77,3%) com idade entre 20 a 29 (34,2%) anos, na maioria dos casos solteiros (44,8%), e pouca educação formal (38,2%), chegando a um aumento de 52% durante o período estudado (1980 -2006).

A tabela 3 também apresenta taxas de mortalidade para o gênero masculino (30,56%) em relação a escolaridade mais precoce do que nas mulheres (26,30%).

Para Souza et al., (2010), a baixa escolaridade do adolescente/jovem, o sedentarismo, o uso de álcool e de outras substâncias e o comportamento agressivo mantêm uma associação estatisticamente significativa com ideação suicida. A pesquisa aponta

também que adolescente com mães com baixa escolaridade também são mais propensos de ideação suicidas.

TABELA 3 – INCIDÊNCIAS DE SUICÍDIO NO BRASIL ENTRE ADOLESCENTES/JOVENS DE 15 A 24 ANOS NO PERÍODO DE 2011 A 2015, SEGUNDO CATEGORIA DO CID 10 (X60-X84) LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE VARIÁVEIS POR IDADE, ESCOLARIDADE, SITUAÇÃO CONJUGAL, RAÇA/COR E LOCAL DE OCORRÊNCIA

VARIÁVEL	MASCULINO %	FEMININO %	IGNORADOS %	TOTAL
Idade (anos)				
15 a 24	77,70	22,27	0,03	8.635
Escolaridade				
Analfabeto	1,33	0,99		109
1-3 anos	9,94	7,28		807
4-7 anos	30,56	26,30		2.558
8-11 anos	28,46	35,08		2.585
12 e mais	5,47	8,73		535
Ign	24,24	21,62		2.043
Situação Conjugal				
Casado	2,76	4,52		272
Solteiro	86,99	83,06		7.438
Separado judicialmente	0,30	0,73		34
Viúvo	0,10	0,05		8
Outro	3,84	5,77		369
Ign	6,01	5,87		516
Raça/Cor				
Branca	38,55	39,76		3.353
Preta	5,60	4,52		463
Amarela	0,16	0,21		15
Parda	48,64	46,52		4.159
Indígena	3,17	4,05		292
Ign	3,87	4,94		355
Local de Ocorrência				
Hospital	13,17	29,31		1.448
Outro Estabelecimento da Saúde	1,16	1,98		116
Domicílio	59,53	54,57		5.047
Via Pública	7,38	4,68		585
Outros	18,15	9,10		1.393
Ign	0,61	0,36		48

Fonte: SIM/DATASUS (BRASIL, 2017), compilado pelos autores, 2017.

A situação conjugal também chama atenção na proporção entre homens com (86,99%) e mulheres (83,06%) solteiras. Em pesquisa Schnitman et al., (2010), também encontra maior porcentagem em solteiros (53%) seguido de casados (30%), relatando que fatores estressores que levam ao suicídio em mulheres estão mais relacionados a problemas de relacionamento familiar, enquanto nos homens esses fatores relacionam-se com maior frequência ao desemprego e a problemas econômicos.

Em relação a raça/cor (parda mais negra) masculina com (54,24%) e branca (38,55%) e entre mulheres (parda mais negra) (51,04%) e mulheres brancas (39,76%). O local de ocorrência entre gênero masculino (59,53%) e feminino (54,57%), ocorrem com maior frequência no próprio domicílio.

Uma das principais limitações de estudar dados secundários sobre suicídios, é a subnotificação de

dados, etapa essa que segundo Macente e Zandonade (2010), o preenchimento dos atestados de óbitos nem sempre chega a ser satisfatório. Zelar pela qualidade no preenchimento dos documentos é um fator imprescindível para a compreensão precisão, e prevenção do fenômeno (LOVISI et al., 2009).

No quesito raça/cor, o SIM utiliza classificação estabelecida através do médico legista, enquanto o IBGE adota o critério da autoclassificação, o que pode produzir diferenças de interpretações. Outra limitação foi a captação da escolaridade (em média 23,66% do campo não foi informado).

4 Conclusão

Este artigo focou em um levantamento teórico e dados secundários para maior conhecimento da

problemática de incidências de suicídio entre adolescentes/jovens de 15 a 24 anos de idade na região brasileira.

Os resultados apontam que a maior incidência de suicídio se encontra na região Centro-Oeste com 7,04 casos de suicídios por 100 mil habitantes; seguido da Região Norte com 6,96; Região Sul 6,44, regiões essas acima da média nacional do Brasil. Em relação a questão de Estados, Roraima possui o indicador mais alarmante com 13,91 casos de suicídio por 100 mil habitantes, seguido Mato Grosso do Sul 13,27 casos; Amazonas 11,72 casos e Amapá 9,73 casos.

Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação é o método mais utilizado de perpetração do suicídio com 70,01% dos casos, casos relacionados a autointoxicação por exposição intencional 11,71% e armas de fogo 8,36%.

Em relação a raça/cor (parda mais negra) masculina com (54,24%) e branca (38,55%) e entre mulheres (parda mais negra) (51,04%) e mulheres brancas (39,76%). O local de ocorrência entre gênero masculino (59,53%) e feminino (54,57%), ocorrem com maior frequência no próprio domicílio.

Embora mulheres estejam mais propensas a tentar suicídio como demonstrados nas pesquisas citadas, o gênero masculino estatisticamente tem maior êxito no acontecimento, sugerindo que os homens têm uma intenção de morte mais forte e assim utilizando de métodos mais letais.

Um ponto importante que merece ser explorado com mais atenção é a autointoxicação por medicamentos ou pesticidas. Os artigos relatados demonstram uma forte incidência de tentativas e suicídios devido a autointoxicação por uso abusivo de medicamentos. Esse dado trata-se de um problema de saúde pública que segundo a Organização Mundial de Saúde consumiu cerca de 500 milhões de doses de tranquilizantes no Brasil.

Segundo autores, que subsidiaram a revisão de literatura aqui sistematizada, quase um quinto da população residente em centro urbano pode apresentar ideação suicida ao longo da vida, o que nos remete a pensar em ações estratégicas e preventivas a toda comunidade. As novas pesquisas deveriam possibilitar um olhar mais intenso no

mundo de uma pessoa suicida, bem como a adoção de estratégias específicas de tratamento e de prevenção que pudessem ser mais eficientes para subgrupos populacionais, ou mesmo para um indivíduo, em particular.

O ambiente escolar é um lugar favorável e reconhecido a ações de promoção na área de saúde. As intervenções nos ambientes escolares tendem a ser mais eficientes e efetivas devido ao alto fluxo de adolescentes/jovens. Porém segundo os autores, esse contexto de intervenção continua pouco explorado nas políticas públicas de saúde.

Referências

ABASSE, M. L. F.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, T.; SOUZA, E. R. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 407-416, 2009.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; DE CASTRO AERTS, D. R. G. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicidio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um centro de controle de intoxicacoes do Parana, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.

BEZERRA FILHO, J. G.; WERNECK, G. L.; ALMEIDA, R. L. F.; OLIVEIRA, M. I. V.; MAGALHÃES, F. B. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 5, p. 833-844, 2012.

BIREME. **Descritores em Ciência da Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVS. **Biblioteca virtual em saúde**. 2017. Disponível em: <<http://www.bvsvs.icict.fiocruz.br/>>

BOTEGA, N. J.; MARIN-LEON, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B. A.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SIM/DATASUS**. 2017. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/>>

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **TABWIN**. 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>>
- CARVALHO, P. D. D.; BARROS, M. V. G.; SANTOS, C. M.; MELO, E. N.; OLIVEIRA, N. K. R.; ANTUNES, L. R. Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 11, n. 3, p. 227-232, 2011.
- CASTRO, M. D. L.; CUNHA, S. S. D.; SOUZA, D. P. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Rev Saude Publica**, p. 1054-1061, 2011.
- CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEAGA, N.; TURECKI, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. Disponível em <<https://sidra.ibge.gov.br/home/ipca/brasil>>
- LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. Rev Bras Psiquiatr**, v. 31, n. Supl II, p. S86-93, 2009.
- MACENTE, L. B.; SANTOS, E. G. D.; ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **J. bras. psiquiatr**, v. 58, n. 4, p. 238-244, 2009.
- MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **J. bras. psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 173-181, 2010.
- MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, p. 151-7, 2011.
- MINAYO, M. C. D. S.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G.; CAVALCANTE, F. G.; MANGAS, R. M. N. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980–2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.
- NOVAES, R. C. R.; CARA, D.; MOREIRA, D.; CARVALHO, F. **Política Nacional da Juventude: Diretrizes e perspectivas**. Conselho Nacional da Juventude, 2006. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05611.pdf>>
- ORELLANA, J. D. Y.; BASTA, P. C.; SOUZA, M. L. P. D. Mortalidade por suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no estado do Amazonas, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16(3): 658-69, p. 658 - 669, 2013.
- ORES, L. D. C.; QUEVEDO, L. A.; JANSEN, K.; CARVALHO, A. B.; CARDOSO, T. A.; SOUZA, L. D. M.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. Z. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>
- PORDEUS, A. M. J.; CAVALCANTI, L. P. G.; VIEIRA, L. J. E. S.; CORIOLANO, L. S.; OSÓRIO, M. M.; PONTE, M. S. R.; BARROSO, S. M. C. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.
- SANTOS, S. A. LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.
- SCHMITT, R.; LANG, M. G.; QUEVEDO, J.; COLOMBO, T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008.
- SCHNITMAN, G.; KITAOKA, E. G.; AROUCA, G. S. S.; LIRA, A. L. S.; NOGUEIRA, D.; DUARTE, M. B. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas Capitais brasileiras. **Rev. baiana saúde pública**, v. 34, n. 1, 2010.
- SILVA, A. C. S.; VILELA, F. P.; NASCIMENTO BRANDÃO, G. M. O. Intoxicação exógena por “chumbinho” como forma de autoextermínio no Estado de Goiás, 2003-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 686-91, 2010.
- SILVEIRA, R. E. D.; FERREIRA, L. A. Impacto da Morbi-mortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 4, n. 4, p. 3033-3042, 2012.
- SIMÕES, B. F.; CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicídio em cidades históricas de um estado

brasileiro. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 2, 2016.

SOUZA, L. D. D. M.; ORES, L.; OLIVEIRA, G. T.; CRUZEIRO, A. L. S.; SILVA, R. S.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B. L. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr**, p. 286-292, 2010.

SOUZA, M. L. P. D.; ORELLANA, J. D. Y. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v. 62, n. 4, p. 245-52, 2013.

VIANA, G. N.; ZENKNER, F. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, B. T. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. saúde pública**, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

ⁱ Segundo Novaes et al. (2006), o padrão internacional que passou a ser utilizado no Brasil, considerada jovem os jovens-adolescentes (cidadãos e cidadãs com idade entre os 15 e 17 anos), os jovens-jovens (com idade entre os 18 e 24 anos) e os jovens adultos (cidadãos e cidadãs que se encontram na faixa etária dos 25 aos 29 anos).