

FACULDADE AGES DE LAGARTO
Bacharelado em Enfermagem

MARIA BEATRIZ DE JESUS SANTOS

SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES

Lagarto
2022

MARIA BEATRIZ DE JESUS SANTOS

SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES

Monografia apresentada no curso de graduação da Faculdade AGES de Lagarto como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.º Me. Wellington Pereira

Lagarto
2022

MARIA BEATRIZ DE JESUS SANTOS

SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, à Comissão Julgadora designada pelo colegiado do curso de graduação da Faculdade AGES de Lagarto.

Lagarto, 23 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.º ME. Welligton Pereira
AGES LAGARTO

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me deu o dom da vida e forças para que fosse possível superar todos os obstáculos e chegar até aqui.

Aos meus queridos pais, Charlene e Alain que são minha base e minha fortaleza, minha certeza de que viver, sonhar e realizar valem a pena.

Aos meus irmãos Douglas Henrique e Michael Wendel, por serem os melhores irmãos que alguém possa ter e por estarem sempre me protegendo e cuidando de mim.

Aos meus avós, Olivete e Antônio e minha bisavó Josefa Maria (in memoriam), que sempre me apoiaram e se dedicaram a mim durante toda esta jornada, tendo a certeza que onde estiverem, acompanharão todos os meus passos e as barreiras para a conquista desse sonho.

A vocês, dedico meu esforço e agradeço pelo apoio e amor incondicional e sustentação na busca desta conquista.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SECJ	Secretaria de Estado da Criança e Juventude
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
TP	Transtorno do Pânico
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
WHO	World Health Organization

RESUMO

O suicídio trata-se de um problema de saúde pública em todo o mundo. E em alguns países, o suicídio se põe no ranking dentre as três principais causas de morte entre pessoas de 10 a 24 anos de idade. Durante as últimas décadas os índices de adolescentes que cometem suicídios estão crescendo veemente, tornando-o assim um problema de saúde pública o qual afeta toda estrutura física, econômica de um país. No Brasil os dados quanto ao suicídio torna-se, alarmante, aumentando a cada minuto. Diante desta situação, este trabalho tem o objetivo de esclarecer os fatos que ainda se é visto como um tabu, sistematizando as variáveis epidemiológicas e sociais, identificando as idades mais atingidas, os riscos, e também os meios mais utilizados para o ápice do problema, a posição e o papel da família e como prevenir, dando ênfase ao público jovem adolescente. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritiva e exploratória. Tem como estudo a população adolescente entre 15 e 24 anos no Brasil. Utilizou-se dados secundários do sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de ano de 2016-2019 em específico os casos que teve como causa de obtido o suicídio. O programa TabWin do DATASUS/Ministério da Saúde foi utilizado para a tabular os dados e para a análise das variáveis. As variáveis a serem consideradas neste estudo foram o gênero, idade, estado civil, nível de escolaridade, local do suicídio e os métodos utilizados. Além de analisar o quantitativo de casos por regiões brasileiras. Analisando os dados obtidos constatou-se que nos últimos anos os números de adolescentes que cometem o suicídio só faz crescer, tendo o sexo masculino os que mais consumaram este ato, sugerindo que os homens possuam maiores êxito por terem maior intenção de morrer, utilizando os métodos mais letais, embora as mulheres idealizem e tentam o suicídio sem êxito. Enquanto a raça, o pardo se destacou nos números e em seu crescimento. O local mais escolhido por estes foi a própria residência, tendo em vista que se sentiam mais à vontade e pela facilidade em adquirir meios e materiais para tentar o suicídio. Quanto ao meio mais utilizado foi o enforcamento, estrangulamento e envenenamento. A maioria dos adolescentes que tiraram sua própria vida estava cursando o ensino fundamental II. Quanto as regiões do Brasil os resultados apontaram que o maior número de suicídios está na região sudeste, em seguida do Nordeste, sul, norte e centro-oeste.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Adolescentes;

ABSTRACT

Registration constitutes a public health problem worldwide. And in some countries, suicide ranks as the top three causes of death among 10-24 year olds. During the last decades, the rates of adolescents who commit suicide are growing, thus becoming a public health problem which affects the entire physical and economic structure of a country. In Brazil, the data on suicide becomes alarming. This situation, this work aims to also identify the facts that are still seen as a taboo, identifying the most affected epidemiological and social variables, identifying the risks, and the most used means for the problem, the position and the role. of the family and how to prevent, emphasizing the young adolescent public. This is a descriptive and exploratory research. Its study is the adolescent population between 15 and 24 years old in Brazil. Secondary data from the Mortality Information system (SIM) was used for the 2016-2019 year in specific cases that had suicide as the cause of collection. The DATASUS/Ministry of Health's TabWin program was used to tabulate the data and to analyze the variables. The forces to be initiated in this study were gender, age, marital status, level of methods, place of suicide and those used. In addition to Brazilian cases. Analyzing the data of older men, it was found that their last years were the ones that committed the male sex, the ones that most adolescents grew up having this act, suggesting that the older ones were successful because they intended the most lethal methods, although women idealize and try suicide without suicide. As for the race, the pardo stood out in terms of numbers and growth. The place most chosen by them was their own residence, considering that they feel more comfortable and because of the ease in acquiring means and materials to attempt an attempt. The most used means were enforcement, strangulation and poisoning. Most of the teenagers who took their own lives were attending elementary school II. As for the regions of Brazil, the results indicate that the highest number of suicides is in the Southeast region, followed by the Northeast, South, North and Midwest.

KEYWORDS: Suicide; Teenagers;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 Metodologia	11
1.2 Tipo de Estudo	11
1.3 População do Estudo	11
1.4 Coleta de Dados	12
1.5 Análise de Dados	12
2. DESENVOLVIMENTO	13
2.1 Suicídio e sua definição	13
2.2 Contexto histórico	14
2.3 Desencadear do suicídio	16
2.4 Sinais e comportamentos	17
2.5 O suicídio na adolescência	19
3. FATORES DE RISCOS	21
3.1 Fatores psicológicos	22
3.2 Fatores psicossociais	23
3.3 Fatores psicopatológicos	24
3.3.1 Depressão	24
3.3.2 Transtorno do pânico e ansiedade	25
3.3.3 Transtorno afetivo bipolar	26
3.3.4 Álcool e Drogas	26
4. RESULTADOS	27
5. DISCUSSÃO	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7. REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

O suicídio atualmente tem sido um tema bastante discutido, constituindo em um problema de saúde pública mundial. Em alguns países, o suicídio se encontra no ranking entre as três principais causas de mortalidade entre os sujeitos de 15 a 44 anos e a segunda principal causa entre sujeitos de 10 a 24 anos (WHO, 2010).

Entende-se o significado de suicídio como sendo a morte de si mesmo. Sendo todo o ato pelo qual a pessoa se auto mutila, podendo ser qualquer nível de intenção letal e de conhecimento do motivo do ato (CASSORLA, 1985; BOTEGA, 2000).

Sabe-se que a morte é temida pela maioria das pessoas, porém para outros é visto como um alívio ou a única solução para resolubilidade dos seus problemas, buscando assim, acabar com a própria vida (MOREIRA; BASTOS, 2015).

Partindo desse ponto, um grupo em específico da população causa preocupações maiores nos últimos anos dentro da sociedade, tornando assim um problema na saúde pública afetando toda a forma estrutural física e econômica do país.

No Brasil os dados vem se tornando bastante alarmante. Durante a década de 90 no Brasil, 26% a 30% dos casos de suicídio foram ocasionados por jovens entre 15 e 29 anos (CASSORLA, 1991). Além disso, o número total de suicídios entre os anos de 98 e 2008 passou de 6.985 para 9.328, representando um aumento de 33%. Esse aumento foi superior ao número de homicídios e acidentes de carro no país. (WASELFISZ, 2011). Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no ano de 2017, o número de pessoas que cometeram suicídio durante um ano é de 11 mil, sendo em sua maioria na faixa de idade entre 15 e 29 anos. O SIM (2017) ainda acrescenta, que o suicídio se caracteriza como sendo a terceira causa de morte no público masculino e a oitava entre as mulheres.

Com o aumento dessa prática entre os adolescentes, surgiu a seguinte questão: Quais os fatores associados para a ocorrência do suicídio em adolescentes no Brasil?

Sabe-se que o suicídio não é uma ação com mecanismos esclarecidos, são diversos fatores de risco que demanda uma compreensão de paradigma comportamental e social. O comportamento suicida é o resultado de um transtorno psiquiátrico com causas que inclui apenas razões biológicas, descartando o seu

contexto de vida, familiar e suas circunstâncias (SOUZA, MINAYO, MALAQUIAS, 2002).

Assim, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) inclui nos fatores de riscos, os transtornos mentais, bipolaridade, esquizofrenia e depressão. As relações sociais, familiares e espirituais. Os quais se relacionam: a sobrecarga do trabalho, relações amorosas, uso de drogas, insatisfação com o trabalho e perda familiar.

Quanto ao público adolescente, o isolamento social, exposição à violência, abandono, histórico de abuso físico ou sexual, doença mental, transtornos de humor, estresse, uso de álcool e outras drogas, sentimentos de solidão, falta de suporte social, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, decepção amorosa, homossexualismo, bullying, relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente, dificuldade de aprendizagem, entre outros (AVANCI et al., 2005; BAPTISTA, 2004; BORGES; WERLANG, 2006; CASSORLA, 1991; DUTRA, 2002; ESPINOZA-GOMEZ et al., 2010; KOKKEVI et al., 2010; MENEGHEL et al., 2004; PRIETO; TAVARES, 2005; TORO et al., 2009; WERLANG et al., 2005).

Portanto é relevante uma construção de análise tanto teórica e epidemiológica do assunto. Tendo o objetivo de esclarecer os fatos que ainda se encontram como um tabu e sistematizar as variáveis epidemiológicas e sociais, identificando assim as faixas etárias mais atingidas, tanto os riscos mais relevantes, como também os meios mais utilizados para o suicídio, a posição na sociedade e a família e como prevenir, dando ênfase ao público adolescente.

2. METODOLOGIA

Método é o conjunto de procedimentos realizados de forma sistemática, garantindo uma segurança e economia para o alcançar seus objetivos, traçando o caminho a ser seguido, pois assim é possível detectar erros e auxiliar em outras pesquisas (LAKATOS e MARCONI, 2001). Sendo assim, buscou-se uma metodologia que alcançassem os objetivos propostos para o tema em questão.

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritiva e exploratória. A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo o emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados, utilizando desde as mais simples técnicas como de percentual, como coeficiente de correlação, análise de regressão, dentre outros. (RISHARDSON, 1999). Como é de caráter descritiva e exploratória, esta tem por objetivo descrever as características de uma parte da população. E quando se é de caráter exploratório, é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, aprofundando-se na temática para realizar maiores informações sobre o assunto, neste caso o suicídio (GIL, 2002).

2.2 População de estudo

Segundo Lakatos e Marconi (2001), população é o conjunto de seres que apresentem ao menos uma característica comum entre si. O universo desse estudo é a população jovem adolescente de idades entre 15 a 24 anos do Brasil.

2.3 Coletas de dados

Utilizou-se de dados secundários do sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de ano de 2010- 2019 em específico os casos que teve como causa o suicídio.

2.4 Análise dos dados

Essas informações foram codificadas como CID-10 de acordo com a décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As taxas de suicídio foram calculadas dividindo-se o número de mortes por suicídio pela população brasileira do respectivo ano. Para as séries históricas (2010-2019) calcula-se a mediana de cada taxa de suicídio trienal. Essa abordagem visava à redução que poderia ter estado presente se tivessem sido utilizados em períodos mais longos como a mediana das taxas quinquenais. As taxas de mortalidade por suicídio foram classificados de acordo com a norma de Diekstra e Gulbinat: taxas menores que 5 mortes/100.000 habitantes foram consideradas baixas, entre 5 e 15 mortes/100.000 habitantes foram consideradas médias, entre 15 e 30 mortes/100.000 habitantes foram consideradas altas e 30 ou mais/ mortes/100.000 habitantes foram consideradas muito altas. O programa TabWin do DATASUS/Ministério da Saúde foi utilizado para a tabulação dos dados e para a análise das variáveis. As taxas de suicídio foram coletadas para cada região brasileira de acordo com idade e sexo. As idades foram estratificadas na faixa etária de 15 a 24 anos.

As proporções foram utilizadas para apresentar as características socio-demográficas e epidemiológicas. Elas foram calculadas levando em consideração o número absoluto de suicídios entre 2010 e 2019. As seguintes variáveis foram consideradas neste estudo: gênero, idade, estado civil, escolaridade, local do suicídio e os métodos utilizados.

3.CAPÍTULO 2 – ASPECTOS GERAIS DO SUÍCIDIO

3.1 O suicídio e sua definição

Como nos diz Durkheim (2000), mesmo considerando que o suicídio trate de algo mundialmente conhecido, ainda que pareça banal, estudar tal fenômeno não é umas das tarefas mais fáceis.

O termo suicídio em latim é descrito como “matar a si mesmo”, tendo como descrição da palavra em latim *suicoedere* (*sui* - a si mesmo, e *coedere* – matar). Este foi utilizado pela primeira vez no século 18 pelo Abade Desfontaines. Em tempos seguidos autores com suas próprias versões e interpretações sobre o assunto, concretizaram suas próprias conceituações.

Para Janet “O suicídio é uma forma mórbida de reação ao fracasso” (PINHEIRO, 1996, p.23).

Spencer afirma que “o suicídio é contrário ao direito natural e à ordem moral” (Ibid, p.23).

Segundo Proudhon “ o suicídio é uma bancarrota fraudulenta” (Ibid, p.23).

Kant, “ O suicídio é a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal” (Ibid, p.23).

Edwin Schneidman definiu o suicídio como “o ato consciente de aniquilação auto induzida, entendido como uma enfermidade multidimensional em um sujeito que define uma questão para a qual o ato é percebido como a melhor solução” (KAPLAN, SADOCK, 1993, p.586).

O suicídio não deve ser entendido como um ato sem finalidade, pelo contrário, é um ato que representa uma “solução” devido a algum problema que está lhe causando uma dor, um sofrimento de grande intensidade. O mesmo é um evento que está relacionado a vários fatores, trata-se de uma questão que não só possui um único sentido, pois varia ao longo da história, e em termos de cultura e desenvolvimento de cada ser.

Como relatado anteriormente, o sentido do termo suicídio “morte de si mesmo”, acaba sendo uma descrição, já que pode abranger várias atitudes, sem pensarmos

que se trate do ato suicídio e que normalmente não seriam rotulados. Sigamos como exemplo um alcoólatra, o drogado, o fumante, que mesmo tendo noção do prejuízo que lhes causa, permanece na realização da prática.

Dessa forma adota-se a melhor definição o do socialista Durkheim, ao qual o mesmo chama de suicídio todos os casos de morte que se decorre, direta ou indiretamente, executado pela vítima que sabia produzir esse resultado (DURKHEIM, 2000).

Assim, compreende que o suicídio é uma produção humana, que se acomete a cerca da falta de harmonia, de ligação entre pessoas e grupos, não havendo uma conexão, o sujeito coloca-se em uma posição de que se tirar sua vida seria a melhor decisão a ser tomada no momento, pois, o ato suicida pode ser considerada um gesto de comunicação do indivíduo com a sociedade (FONTENELLE, 2008).

O suicídio é um ato que requer muita coragem e determinada destreza. O sujeito tenta explicitar os sentimentos vividos, vingança, fuga, sacrifício, através de um ato considerado radical (KAPLAN; SADOCKI, 1993).

Em geral entende-se que o suicídio pode ser o produto de um estado melancólico do sujeito. Freud (1920), a partir da teoria da psicanálise esclarece o conflito humano, no qual o mesmo diz que cada um de nós possui duas pulsões, denominados Eros x Thanatos, no qual Eros é a pulsão de vida e Thanatos a pulsão que conduz até a morte. Para o psicanalista, é necessário haver um equilíbrio entre as duas, no suicídio acontece que a pulsão de morte sobrepõe a pulsão de vida, a ação produzida diante do enfrentamento de tal angústia, leva o indivíduo ao ato. (PRATA; VILAMEZ, 2016).

3.2 Contexto histórico

Não se tem como escrever muito sobre a história desta causa, pois pouco foi registrado sobre o mesmo e apenas alguns pontos e aspectos podem ser evidenciados. A história do suicídio é tão antiga quanto o próprio mundo.

Para se ter uma base de ideia do quanto o suicídio é antigo, na bíblia é abordado em seu antigo testamento alguns casos de suicídios. Tal livro sagrado não menciona a palavra SUICÍDIO, mas sim que apenas se mataram ou colocaram um fim

à sua vida. Dentre os exemplos deste ato, é citado o caso de Sansão.

Sansão havia se dedicado a Deus antes mesmo do seu nascimento, o mesmo foi concebido por uma força física maior e invejável. Odiava os filisteus e arquitetava diversas armadilhas para derrotar seus inimigos com o objetivo de livrar os israelitas de seu poder, atuou como juiz durante um período de 20 anos e durante esse tempo nunca necessitou reunir um exército para ir combater contra os filisteus. O mesmo arruinou a sua vida a partir do momento que se deixou levar-se pelo o excesso do amor e do desejo material, apaixonou-se por uma mulher que colaborava com os seus inimigos e assim foi pego de surpresa e revelou-lhe o segredo de suas forças. Mediante esta atitude, perdeu-se completamente a aliança que possuía com Deus. Foi humilhado por seus inimigos, exposto em um templo para servir de chacota diante da multidão alegre e feliz dos filisteus. E no ato de sua dor, decidiu tirar sua própria vida e de todos que estavam ali presentes (PINHEIRO, et al., 1996).

O suicídio se fez presente em cada época e em determinados momentos vividos pela humanidade até os dias atuais. Sócrates, na Grécia antiga, o Imperador Nero, na Roma antiga, no Egito temos como exemplo Marco Antônio, e a rainha Cleópatra tivemos também Adolf Hitler, e Getúlio Vargas. Todos com uma história de vida parecidas, onde viveram sua vida e após um choque depressivo, seja ele por causa de sua potência que foi desfeita, o abandono dos amigos, uma amante que os deixa ou a solidão. (PINHEIRO, et al., 1996).

Em cada história tem uma visão sobre o suicídio, por exemplo na Grécia e Roma antiga, a atitude de tirar sua própria vida variava da sua condenação ou da admiração. Alguns filósofos dessa época viam no suicídio a maneira ideal do indivíduo liberta-se de tal sofrimento. Em contra partida alguns rejeitavam tal ideia. Nesta mesma época surgiram os “professores da morte”, que pregavam a morte, o suicídio, como ideal e não se matavam porque faziam o sacrifício de viver para ensinar a outras o benefício, as aventuras da morte (ARIES, 2012).

A igreja católica, na idade média, possuía uma visão de suicídio como uma forma de homicídio, desrespeito ao privilegio divino da dádiva da vida. Em consequência, o corpo do suicida não possuía o direito a sepultamento cristão e nem ao menos a uma missa de corpo presente. Neste período, a família do indivíduo que tirou sua própria vida era castigada em sua honra. Apesar das ameaças de castigo

eterno, nem a recusa de sepultura cristã fez o homem parar de tirar sua própria vida. (PINHEIRO, et al., 1996).

3.3 Desencadear do suicídio

O suicídio é um incidente que se situa em um contexto sociocultural o qual não se pode ser ignorado. Os fatores psiquiátricos é um dos pontos mais consideráveis para o risco de ocorrência (SCHMITT ET AL, 2008). Para Cassorla (1998) não existe uma causa específica para tremendo ato. Trata-se de um evento que ocorre como ápice de uma série de causas, em que entram em questão os fatores, biológicos, culturais, constitucionais, psicológicos, etc.

De certa maneira, o suicídio se caracteriza por uma manifestação na qual o ser humano tenta fugir de um determinado sofrimento, que é intenso, sendo este sofrimento algo inexplicável, apesar de uso das falas como medo da loucura, da desintegração, ligado a manifestação de uma imensa angústia, grande tristeza, desesperança, em que nada na vida vale a pena (CASSORLA, 1991).

Algumas pessoas apresentam dificuldade para elaborar, expressar emoções, assim, sofrem por conta da confusão mental, e quando esta se instala, o sujeito tenta fugir desse estado, recorrendo ao suicídio (SILVA, 2009).

O suicídio na sociedade contemporânea, tornou-se de uma certa forma, a maneira mais buscada para resolver os problemas. Isso ocorre devido ao ritmo que a sociedade se caracteriza, o acúmulo de problemas que se dá no dia-a-dia e a busca pela sobrevivência. Por conta disso é exigido aos sujeitos, que se propende a tornar-se mais frustrados, surgindo algumas doenças psicológicas, como a depressão, que servirá como um pontapé inicial para o ato do suicídio (ARIES, 2012).

Uma causa pode ser considerado como a gota da água de uma tentativa, mas se deve levar em consideração que um conjunto de fatores influenciam na tomada da decisão, como a falta de expectativas de bons momentos, os atos da vida, alguns problemas psíquicos, entre outros. Vale salientar, que o suicídio se contextua como um ato de desespero, a qual o indivíduo está vivendo um sofrimento intenso. Entendendo assim que o sujeito, não quer morrer, ele somente quer parar de sofrer. Dando a entender, que quem morreria não seria o sujeito, mais sim a dor que ele

sente. A vista disso, este ato pode ser considerado com um pedido de socorro, precisamente manifestado. (CASSORLA, 1985).

3.4 Sinais e comportamento suicida

O comportamento suicida está elencado como qualquer outro tipo de comportamento humano, isto é, nas omissões de socorro, nos movimentos e ações que este faz. (LABAKI, 2001). Para o Ministério da Saúde (2006), as pessoas que pensam, na idealização de suicídio, em geral, falam sobre o assunto. Porém, para Cassorla (1986) o que o indivíduo se permite é muito pouco, tendo em vista, os seus conflitos existenciais..

Assim o conflito que ocorre no ser humano acaba refletindo em seu comportamento e nas suas ações, sendo estas manifestações e comportamentos que aparecem de forma mascarada. Dentre os comportamentos suicidas mascarados podem-se citar: a direção alcoolizada, exposições a riscos, práticas sexuais inseguras, isolamento, falta de perspectiva e mudança de hábitos alimentares (SCHMITT et al, 2008).

Para Martins (2008), a pessoa que se expõe a situações como estas citadas anteriormente, colocando-se no caminho da morte, também pode estar procurando acabar com a sua própria vida.

Os suicidas padecem frequentemente com maiores problemas ambientais do que os seus colegas não suicidas, incluindo problemas familiares, dificuldades de relações interpessoais, abuso, exposição a estresse extremo, conciliando com o humor depressivo, tende a aumentar a expectativa de suicídio. A desesperança decorrente das circunstâncias difíceis presenciado na vida, constitui um indicador ainda mais potente do que a depressão (OMS, 2006).

Para Schimitt e colaboradores (2008) o comportamento suicida inclui inúmeras atitudes com relação a conduta, que são diferentes entre si, como demonstrado no quadro 1.

SUICIDIO	Morte provocada, com indícios de que o sujeito tem a intenção de morrer.
-----------------	--

IDEAÇÃO SUICIDA:	Pensamento refletido em ser o agente da própria morte.
TENTATIVA DE SUICÍDIO	Ação auto com consequências não fatais, evidenciado de que o sujeito buscava a morte.
TENTATIVA DE SUICÍDIO ABORTADA	Comportamento com indícios de que o indivíduo tinha plano de morrer, mas suspendeu a tentativa antes da ocorrência.
INTENÇÃO SUICIDA	A vontade com expectativa subjetiva de que um ato tenha como consequência sua morte.
DANOS AUTOPROVOCADOS DELIBERADOS	Atos propositais dolorosos, destrutivos a si mesmo, mas sem nenhuma intenção de morrer.
LETALIDADE DO COMPORTAMENTO SUICIDA	Ameaça à própria vida, associada à ação de suicídio.

QUADRO 01 – Aspectos avaliados no comportamento suicida.

FONTE: Elaboração própria, 2022.

O comportamento desse público se difere de pessoa por pessoa. Suas características pessoais vão se somando a fatores, ocasionando influência em suas decisões, estes fatores, pessoais, exercem influência de forma inegável ao indivíduo, porém nunca deixando de lado os de aspectos sociais que com ele está presente e influenciam diariamente. (MOREIRA; BASTOS, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), existem sinais visíveis que podem ajudar na identificação de um suicida, através de seu comportamento. Esses sinais apontam o nível de risco que este indivíduo possui para a tentativa de suicídio. Dentre os sinais, é importante ficar atento para os quais apresentam as seguintes características:

- Doenças psiquiátrica;
- Ansiedade;
- Alcoolismo;
- Mudança no hábito alimentar e de sono;
- Sentimento de culpa;
- História familiar de suicídio;
- Uma perda recente importante;
- Doenças física crônica, limitante ou dolorosa;

- Cartas de despedida;
- Sentimentos de solidão, desesperança;
- Declínio geral nas notas escolares;
- Falta de interesse nas atividades habituais;
- Consumo excessivo de cigarros, bebidas alcoólicas, ou uso de drogas;

Todos esses sinais auxiliam na identificação do indivíduo que está propício a risco de suicídio e que está em sofrimento, vale ressaltar, que qualquer mudança que afete o desempenho, a capacidade deve ser levado em consideração (SILVA, 2009).

Os sinais variam de indivíduo para indivíduo, apresentando-se de formas diversas de um caso para o outro. Em algumas situações verifica-se com clareza, que o sujeito está exposto a cometer o suicídio, já em outras situações aparece de forma indefesa, dificultando a identificação de algum risco. Por isso a importância de detectar os fatores de risco, possibilitando o caminho para a prevenção (FONTENELLE, 2008).

CAPÍTULO 2 – SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Adolescência é a passagem entre a infância e sua fase adulta, é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por diversas transformações. Inicia-se as mudanças corporais da puberdade e finaliza quando o indivíduo estabiliza sua personalidade, adquirindo sua independência, além da inclusão em seu meio social (CARA; GAUTO, 2007).

Quanto aos limites cronológicos são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critério este utilizado especialmente para fins políticos. Nesta fase o indivíduo não se encaixa nas características de ainda assim uma criança, mas também não chega a ser um adulto. A adolescência é um momento de transição que pode ser difícil porque o adulto que virá ainda "não nasceu" e a criança que existia ainda "não morreu" (FREGUGLIA et al; s/d, p. 2).

Segundo Ferreira et al. (2006), na atualidade acredita-se que a adolescência seja um período, que após momentos de maturação se constrói sua identidade, escolhendo assim o seu projeto de vida. De acordo com o UNICEF (2011), por diversas razões é difícil definir a adolescência, levando em conta que cada sujeito vivencia esta fase de modo diferente, dependendo da sua maturação emocional,

física, entre outros fatores.

Quando se tem diversas formas de visualização, o adolescente acaba provocando um grau de confusão, pois cria algumas possibilidades através da visão diversificada, que fica constantemente exposta a sociedade. Conforme Ferreira et al (2006), é importante ressaltar que a adolescência é uma fase de vida que merece atenção por conta do período de transição da infância para a idade adulta, podendo resultar ou não em problemas futuros.

Por conta de tamanhas transformações, muitas vezes os adolescentes acabam apresentando dificuldades para se encontrar, na construção da sua identidade, por não ser mais criança e ao mesmo tempo por não ser ainda adulto. O seus pensamentos e o seu corpo então em processo de evolução, assim como se posicionar diante os fatos ocorridos ao seu redor. Podendo este, ser uma etapa muito vulnerável, sendo que vivem no caminho de novas conquistas e descobertas. Os impulsos aparecem durante este trajeto, já que tudo é vivido a “flor da pele”, possibilitando um risco maior para a ocorrência de suicídio ou de tentativas do mesmo. (CORREA; BARRERO, 2006).

O suicídio na adolescência manifesta-se de forma expressiva nesta fase do desenvolvimento humano. Este movimento poderá levar este grupo de pessoas a buscar suas próprias respostas, responsabilidade de seus atos, desta forma, eles necessitam mostrar para si e para os demais que podem ter ideias próprias e que podem decidir os caminhos que irá tomar (ABASSE et al; 2009).

O fenômeno suicídio é complexo, sendo considerado um grave e preocupante problema de saúde pública, principalmente no que corresponde a população jovem (BORGES, et al, 2008). O suicídio é a terceira causa de morte na adolescência (SOUZA; BARBOSA; MORENO, 2015). Para a secretaria municipal da Saúde do estado de São Paulo (2016) a maioria dos adolescentes que tentam suicídio, apresentam problemas como psicoativos e depressão. Em contra partida SECJ (2010) deixa claro que o suicídio não tem apenas um fator, devendo levar em consideração a história pregressa deste sujeito e seus problemas, podendo assim tratar de uma junção de problemas os quais levou até a culminação do ato.

A ideia de morte durante o período da adolescência, se dispõe da tentativa de encontrar algum sentido para a vida. Entendendo que não seja necessariamente um possível desfecho fatal. Mas, quando as ideias estão interligadas da intensidade de

depressão, poderá ser um indicativo de sofrimento psíquico, possibilitando a tentativa do suicídio como resolução do sofrimento intenso que está o acercando (BORGES et al; 2008 a).

Deve sempre ser levado em conta o contexto ambiental no qual o jovem esteja inserido. Segundo Correa e Barrero (2006) de forma geral, a biografia dos adolescentes com atitude suicida é composta em três etapas, podendo ser vista no quadro 2:

ETAPA 1	Infância problemática.
ETAPA 2	Problemas prévios, com a incorporação dos problemas próprios da idade.
ETAPA 3	Etapa previa à tentativa do suicídio, que se caracteriza pela ruptura das relações interpessoais.

QUADRO 2: Etapas da biografia dos adolescentes com atitude suicida

FONTE: Elaboração própria, 2022.

Isso só ressalta a relevância do desenvolvimento e traumas infantis para toda a vida, ou seja, a sua história, não excluindo o fator de resiliência que alguns sujeitos possuem mais do que os outros. Correa e Barrero (2006) explica os três pontos anteriores da seguinte forma: o primeiro seria o que compreende os fatores de predisposição; o segundo retrata os reforços e o terceiro seria o ponto extremo, culminando no fim.

CAPÍTULO 3 – FATORES DE RISCOS

Fatores de risco entende-se como um conceito estatístico, sendo descrito como a relação entre características de um grupo, indivíduo, referente as possíveis probabilidade de ocorrência da condição (SCHMITT et al, 2008).

Para a OMS (2006) os principais fatores de riscos estão relacionados a história de tentativa de suicídio e do transtorno mental. No Manual para Atendimento às Vítimas de Violência (2008) destacam-se entre os fatores de risco de maior incidência, o alcoolismo, desemprego, perdas recentes, solidão, impulsividade, agressividade,

apatia. Estudos em diferentes localidades do mundo, observou-se que, na maioria dos casos de suicídio, os indivíduos apresentavam algum transtorno mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Diversos são os fatores que podem levar até a culminância do suicídio. Estes serviram como indicadores tanto para profissionais da área da saúde, assim como para qualquer pessoa que encontre um indivíduo que esteja apresentando um quadro semelhante ao abordado.

3.1 Fatores psicológicos

Os fatores psicológicos incluem-se entre os fatores de riscos para ocorrência do suicídio, os quais são inclusos as perdas de parentes na infância, perdas recentes, humor, agressividade, personalidade, relação familiar conturbada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Cassorla deixa claro em sua obra: o que é suicídio (1986), que fatores como o de datas comemorativas, perdas recentes, relações familiar conturbada, podem influenciar de maneira direta e indireta.

A Organização Mundial da Saúde (2000a) descreve alguns traços de personalidade presente nos jovens que demonstram risco para o suicídio. Sendo eles:

- Raiva e comportamento agressivo;
- Humor instável
- Comportamento anti-social
- Irritabilidade;
- Incertezas em relação à identidade ou orientação sexual;
- Perfeccionismo;
- Sentimentos de inferioridade;

Os fatores psicológicos desempenham grande influência, podendo ser propício ao lado bom como para o ruim, quando estes se prendem aos fatores positivos, pode ser utilizado como fatores de proteção. O fator psicológico nesta situação pode ser visto, como um fator de proteção e não de risco, já o fator de risco

foca na dificuldade que o indivíduo apresenta, sendo que esta dificuldade resulte num sofrimento imenso que o único meio que o mesmo consegue encontrar é tirar a própria vida (BRAGA; AGLIO, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) existem três aspectos próprios da maioria dos indivíduos que se encontram em risco de suicídio, estas três características são: impulsividade, ambivalência e rigidez. Para a OMS (2000 d), a impulsividade destaca-se como algo momentâneo. Dessa forma entende-se que o suicídio pode ser um ato impulsivo podendo durar alguns minutos ou horas, desencadeado por situações negativas que estejam relacionadas ao seu próprio dia-a-dia.

Quanto à ambivalência, está se caracteriza por uma grande batalha entre o desejo de morrer e o de viver (OMS, 2000 d). O Ministério da Saúde (2006) traz como conceito de ambivalência como sendo uma atitude intensa, dessa forma pessoas em riscos de suicídio que estão com dificuldades, apresentando problemas em suas vidas, ficam neste conflito interno entre o dilema de acabar com a dor psíquica ou com a dor de viver.

Já a rigidez faz parte das características vista em pessoas que idealiza ou tenta o suicídio, esse tipo de característica torna a pessoa restrita de afeto, ações e pensamentos, seu raciocínio é dicotomizado. A pessoa passa a funcionar de forma intensa: tudo ou nada, viver ou morrer. (OMS, 2000 d; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3.2 Fatores psicossociais

A maioria dos sujeitos que cometeram tal ato, estiveram expostos a algum tipo de fator estressor nos últimos três meses antes da prática (OMS, 2000 c). É importante salientar que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006), estas pessoas sofrem frequentemente com problemas ambientais em comparação aos demais que não são suicidas.

Moreira e Bastos (2015) complementam apresentando outros fatores estressores, conforme pode ser visto no quadro 03.

Problemas interpessoais	Ex: discussões familiares;
Rejeição	Ex: separação por parte da família e amigos;
Eventos de perda	Ex: perda financeira;
Problemas financeiros e no trabalho	Ex: Desemprego;
Mudanças na sociedade	Ex: mudanças política e econômica;

Quadro 03: Fatores estressores do suicídio.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

No que se refere a adolescentes o Manual para Professores e Educadores, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (2000 a) cita como fatores estressores os seguintes pontos:

- Problemas familiares;
- Morte de pessoa amada;
- Término de relacionamento amoroso;
- Demandas altas na escola ;
- Desemprego e dificuldades financeiras;
- Gravidez indesejada, aborto;
- Doença física grave;

O suicídio não deve ser entendido a partir de fundamentos vindos de ações isoladas, pois ninguém se suicida por um único fator, como a perda do emprego ou o fim de um relacionamento. (CASSORLA, 1986).

De acordo com DURKHEIM (2000), os vários acontecimentos da vida podem servir igualmente de desculpa para o suicídio. Portanto, nenhum deles é a causa específica.

3.3 Fatores psicopatológicos

3.3.1 Depressão

A depressão atingi aproximadamente 300 milhões de pessoas em todo mundo,

podendo ser classificada em níveis como, leve, moderada e grave. Nos casos graves a pessoa tende a sofrer dificuldade no convívio social até mesmo com familiares e amigos, no cotidiano escolar ou até no trabalho. Se não tratada corretamente a depressão podem vir a se tornar crônica (OMS, 2016).

Ainda de acordo com a OMS (2016), existem subtipos que envolvem a depressão, o transtorno depressivo recorrente é um deles, em que o indivíduo apresenta episódios depressivos repetitivos. Levando este indivíduo a perder o interesse, apresentando um humor mais deprimido que o normal e a energia reduzida de tal maneira, que não consegue nem ao menos realizar atividades. Podendo apresentar episódios de ansiedade, insônia, perda de apetite, baixa concentração e sentimento de culpa, esse tipo de situação torna-se um fator de risco nato para o suicídio.

A depressão sempre foi considerada uma psicopatologia específica da fase adulta. A partir de 1960 que somente sua ocorrência foi relacionada à fase da infância e adolescência. Embora já existissem estudos que abordavam a ocorrência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes (MONTEIRO; LAGE, 2007). Dessa forma os profissionais da saúde devem se atentar mais para essa população, promovendo uma atenção necessária, reduzindo a possibilidade de um ato suicida.

3.3.2 Transtorno do pânico e ansiedade

O transtorno do pânico faz parte dos problemas mais constante na área dos transtornos de ansiedade. É caracterizado pela presença de ataques de pânicos que consistem em uma sensação de mal-estar e medo acompanhada de sintomas cognitivos e que se iniciam de forma brusca. (DIB, 2006).

O transtorno de ansiedade generalizada é evidenciado por uma preocupação ou ansiedade, em que na maioria dos casos, o quadro persiste por cerca de seis meses sendo difícil o autocontrole. Além do fato de ser difícil o controle associa-se a este três dos seguintes sintomas, insônia, dificuldade na concentração, irritabilidade e inquietação, podendo manifestar-se em todas as faixas etárias mas com uma grande incidência na adolescência e na fase jovem da vida (KAPCZINSKI; QUEVEDO;

IZQUIERDO (2000)

3.3.3 Transtorno afetivo bipolar

O transtorno afetivo bipolar é uma síndrome crônica, que causa mudanças no humor, nas atividades, energia, e na habilidade de realizar as tarefas do dia-a-dia. Suas primeiras manifestações ocorrem, geralmente nas idades entre os 18 e 22 anos (SOUZA, 2005).

O Transtorno Bipolar é difícil de ser reconhecido em sua fase inicial. Os sintomas muitas vezes parecem problemas distintos, podendo ser visto em outros problemas. Algumas pessoas sofrem por anos antes de serem corretamente diagnosticadas (SOUZA, 2005).

3.3.4 Álcool e Drogas

O seu consumo está muitas vezes relacionado às questões sociais do tipo: acidentes de trânsito, violência doméstica, gravidez indesejada, comportamento sexual de risco, e entre outros. Além de promover um aumento da impulsividade do sujeito, aumentando o risco de tentativa de suicídio (BRAGA, 2011).

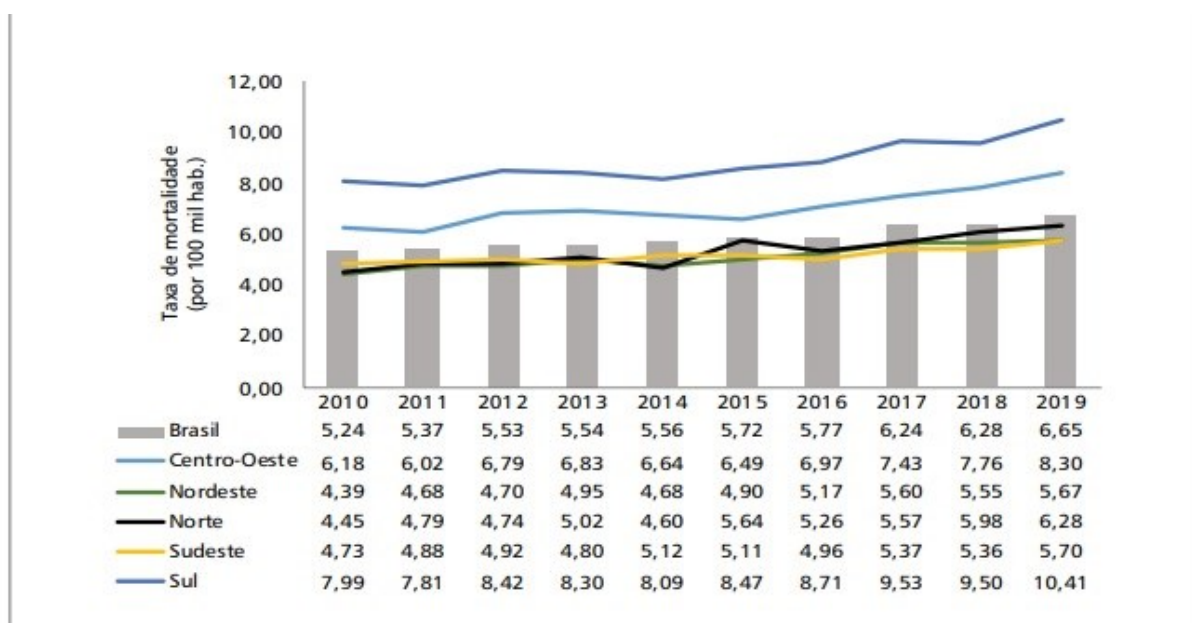
Segundo Pilon e Luis (2004), o alcoolismo é responsável por cerca de 50% das internações psiquiátricas masculinas e 90% em internações psiquiátricas referentes à dependência de drogas. Os autores trazem como possíveis soluções para a redução do consumo de álcool e drogas a realização de programas em unidades primárias e em escolas que instruísem a população sobre o seu uso abusivo, orientando sobre meios de tratamentos para pessoas já dependentes.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados

Analisando as prevalências de suicídios entre os anos de 2016-2019 no público adolescente de idades entre 15 a 24 anos no Brasil, como demonstra o gráfico 1. Verificou-se um total de 112.230 casos durante esse período, apresentando o número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para um aumento de 13.523 em 2019. Em análise do número total por ano é visível um aumento gradual de suicídios durante os anos de 2010 a 2019. A taxa brasileira em 2019 foi de 6,6% a cada 100 mil habitantes. Destacam-se as Regiões Sul e Centro-Oeste, que têm as maiores taxas de suicídio entre as regiões.

Gráfico 01: Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo região. Brasil, 2010 a 2019



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

O suicídio é a segunda causa principal de morte entre jovens de 15 a 24 anos de idade (WHO, 2014).

O Brasil segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2015), se encontra atualmente dentre os dez países onde as pessoas mais cometem suicídio, sendo uma taxa maior que 30% nos casos entre adolescentes e jovens nos últimos 30 anos. O aumento está relacionado ao crescimento dos casos de jovens com depressão e pode estar vinculado ao processo de crescimento populacional em que o país está

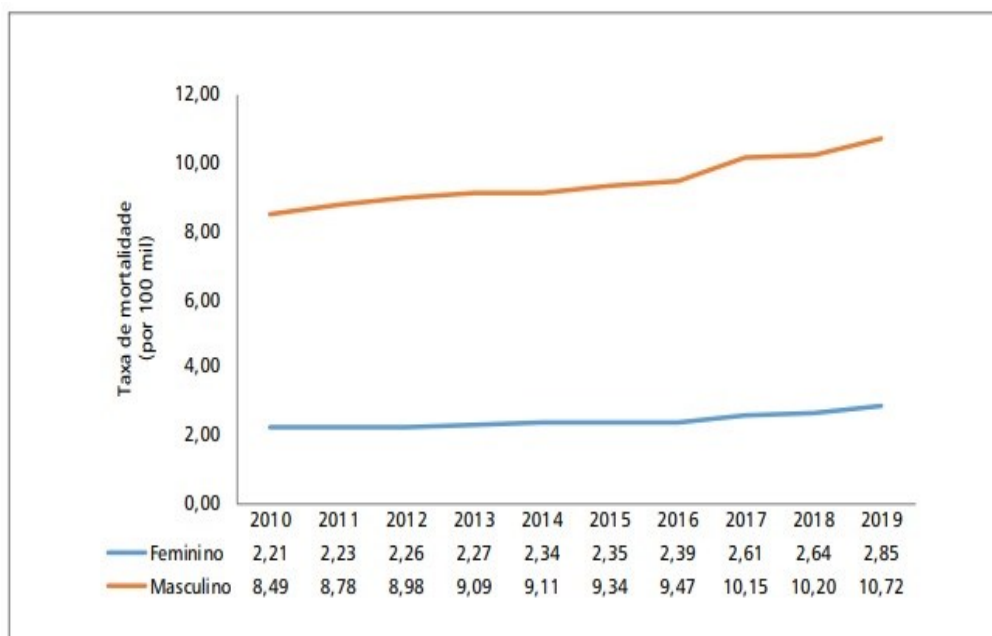
atentando para a precária situação de vida da população dos grandes centros urbanos, com relação a violência (LOLIO et al, 1990).

A violência física e verbal costumam se fazer presentes dentre as motivações do suicídio entre os jovens. O bullying é uma realidade, sendo definido por KUCZYNSKI (2014), como o uso da força para atingir negativamente uma pessoa, envolvendo seu desequilíbrio do poder físico, social e emocional.

No contexto mundial, avalia-se que, anualmente, em média 700.000 adolescentes realizam o suicídio, os transtornos psiquiátricos começam antes dos 14 anos e abrangem a metade dos casos. nas últimas três décadas houve um aumento do número de casos de transtornos mentais em adolescentes, os altos índices de desemprego, a falta de estrutura familiar, são considerados outros fatores que contribuem para o aumento dos transtornos mentais (MACHADO; SANTOS, 2015).

Os homens apresentaram um risco 3,8% maior de morte acometido pelo suicídio do que em mulheres. Entre homens, a taxa de mortalidade por suicídio em 2019 foi de 10,7% por 100 mil habitantes masculinos, enquanto entre mulheres esse valor foi de 2,9%. Ao realizar uma comparação, os anos de 2010 e 2019, verifica-se um aumento de 29% nas taxas de suicídios de mulheres, e 26% das taxas entre homens.

Gráfico 02: Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2019.

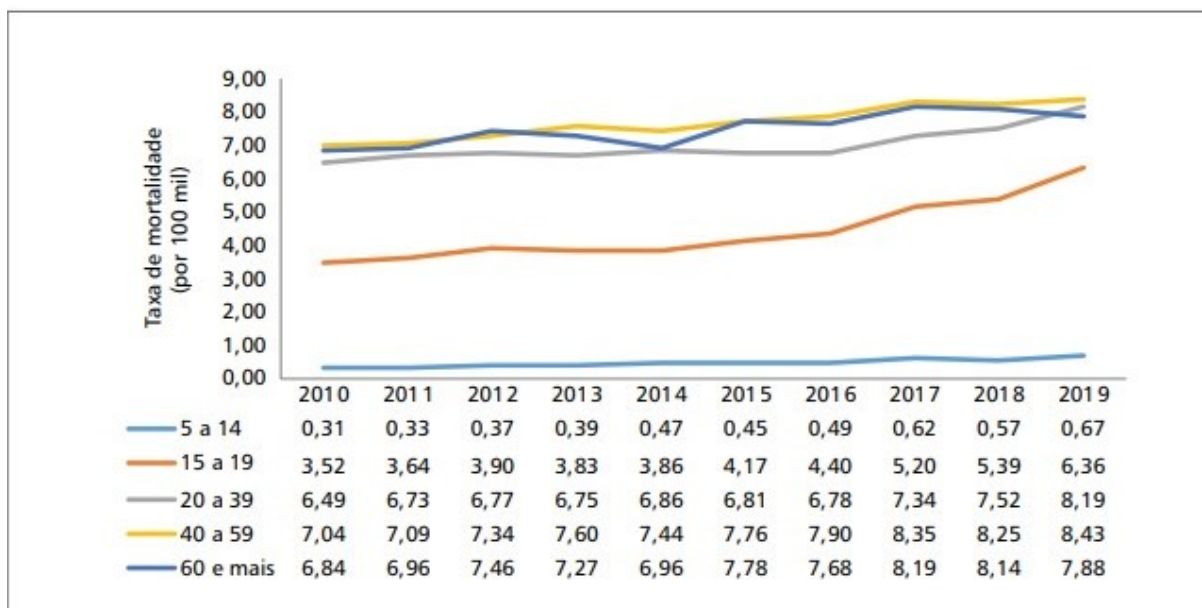


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

A análise da evolução das taxas apresentadas conforme a faixa etária demonstra um aumento da incidência de suicídios em todos os grupos e faixas etárias. Destaca-se, nesse aspecto, um aumento nas taxas de mortalidade de adolescentes, que sofreram de 81%, passando de 606 óbitos e de uma taxa de 3,5% mortes por 100 mil habitantes, para 1.022 óbitos, e uma taxa de 6,4% de suicídios para cada 100 mil adolescentes.

Não sendo a menor expressividade das taxas em relação as demais faixas etárias, destaca-se o aumento das mortes por suicídio em adolescentes menores de 14 anos. Entre 2010 e 2013 houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios nessa faixa de idade, passando de 104 óbitos e uma taxa de 0,3% por 100 mil, para 191 óbitos, e uma taxa de 0,7%.

Gráfico 03: Evolução das taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária.
Brasil, 2010 a 2019



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Resultados encontrados em outra pesquisa no período entre 1980 a 2006 indicam que a incidência por parte do suicídio de gênero masculino chegou a 77,7% (MACENTE; ZANDONADE, 2011). Apesar de que, mulheres estejam mais propícias a praticar o suicídio e possuam maior prevalência nos casos de tentativas sem nenhum êxito (LOVISI, et al, 2009; BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010).

O gênero masculino estatisticamente tem o maior êxito na realização do ato, sugerindo assim que o homem possua uma maior intenção de morrer e utiliza-se de métodos mais letais (LOVISI et al, 2009).

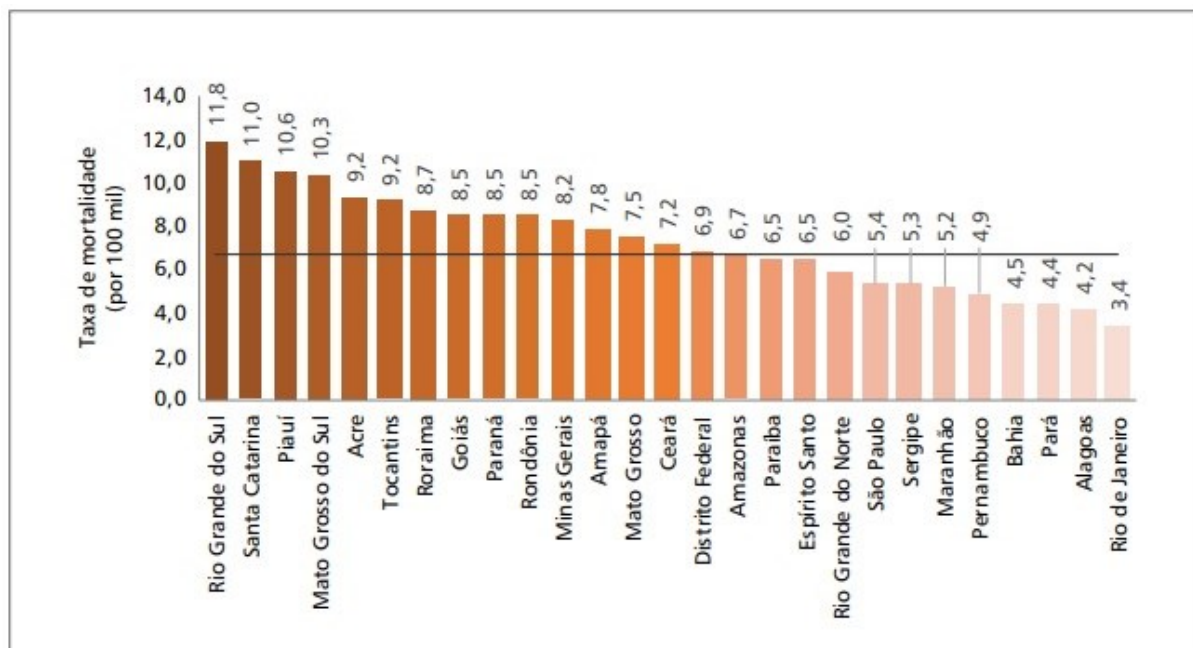
Em relação ao sexo masculino, a ocorrência de tentativa de suicídio está muito das vezes relacionado a questões culturais, o homem possui maior resistência do que a mulher em procurar ajuda e na aceitação de tratamentos, aumentando assim os riscos para o suicídio (PIRES, 2014).

Segundo a OMS (2014) Cunha; Baptista; Carvalho (2016), algumas interpretações recomendam que o estudo sobre suicídio seja realizado pelo gênero, concluindo que os homens cometem mais suicídio que a mulher.

Numa visão mundial o gênero masculino também se encontra predominantemente em relação as mulheres. Entre 1950 e 1995 as taxas de suicídios dos homens subiram 35%, já a taxa das mulheres o percentual foi de em torno 10%. Na faixa etária de idade entre 15 a 19 anos os garotos se suicidam cinco vezes mais que as garotas (BAHLS; BOTEGA, 2007).

Analisando a mortalidade por suicídio entre os estados brasileiros, observa-se que todos os estados da Região Sul apresentaram taxas de suicídio superiores as taxas de média nacional, destacando-se os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Gráfico 03: Taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo UF. Brasil, 2019.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Há um estudo que avaliou o crescimento de suicídio entre jovens durante o ano 2000 a 2012, observando-se um crescimento de mortalidade por suicídio em pardos, 3,3% em 2000 para 5,9% em 2012, enquanto nos autodeclarados amarelos tiveram uma diminuição de 64,7% (MACHADO; SANTOS, 2015).

Partindo desses pressupostos, deixa-se claro que a raça/cor parda é o grupo mais propenso ao suicídio, ficando claro uma maior atenção da sociedade para esse grupo, aprimorando e buscando estudos que esclareça os motivos reais e o porquê dos altos índices ao longo dos anos.

Gráfico 04: Distribuição das lesões autoprovocadas segundo características sociodemográficas. Brasil, 2019

Raça/Cor		
Branca	59.031	47,3
Negra	52.917	42,4
Amarela	927	0,7
Indígena	665	0,5
Ignorado	11.169	9,0

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)

5. DISCUSSÃO

Os resultados demonstram um aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio dentre os últimos 10 anos, tendo um destaque para o maior risco de morte em homens e para o aumento nas taxas de suicídio de jovens e adolescentes. O perfil das notificações de lesões autoprovocadas foi de pessoas brancas e pardas, do sexo masculino, com baixo grau de instrução e com idade entre 15 e 29 anos, sendo a residência o principal local de ocorrência, e o envenenamento o meio mais empregado para a tentativa de suicídio por achar um meio mais fácil de acabar com a dor intensa em que o indivíduo se encontra. É importante pontuar o suicídio como um fenômeno complexo, a amplitude dos fatores envolvidos no comportamento de um suicida envolve desde os fatores distais, como experiências no início da vida, como traumas e características genéticas ou culturais, quanto fatores proximais, como experiências traumáticas e o abuso de substâncias como álcool e drogas. Além disso, é necessário compreender que o suicídio é uma experiência individual, marcada pela busca eminente da morte, como um mecanismo de acabar com o sofrimento, e o desejo por socorro. É importante destacar a associação que tem a presença do transtorno mental com o comportamento suicida, o que ocorre em 80% dos casos. O transtorno mais comum é a depressão, também sendo associada com risco importante o abuso e dependência de substâncias psicoativas. (BACHMANN 2018)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante visto em toda a discussão e abordagem teórica sobre o determinado assunto, compreendeu-se que o suicídio é um fenômeno bastante complexo, tornando-se um problema sério que afeta a saúde pública. Onde nas últimas décadas o público adolescente foi o que mais se destacaram em crescimentos.

O suicídio é algo tão amplo, tanto no que equivale a sua intenção, como em suas consequências. Este ato deixa claro a fragilidade em que o sujeito se encontra momentaneamente, sendo o reflexo do quanto a sua vida está pesada, ao ponto que este da preferência em renunciar sua vida, cedendo de todas as possibilidades que o futuro pode a vir o proporcionar, em vista do pro de por um fim em seu sofrimento. Vale ressaltar, que o suicídio se dá através de uma construção de soma de fatores existentes, podendo ser considerado como um pedido de socorro, manifestados através da determinada ação, deixando claro que a sua dor é tão insuportável que a melhor e única solução é tirar a própria vida. Os sinais aparecem como um sinal de alerta, para que aqueles que convivem e faz parte de seu convívio sendo estes diversificados conforme foi citado durante este trabalho.

Analizando os dados obtidos por meio do sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) dentre o período de 2016 a 2019 quanto aos óbitos tido por suicídio em adolescentes, constatou-se que nos últimos anos os números de adolescentes que cometem tal ato só aumentam, tendo o sexo masculino os que mais consumaram este ato, sugerindo que os homens possuam maiores êxito, utilizando assim de métodos mais letais, embora as mulheres idealizem e tentem o suicídio mas sendo este sem êxito. Enquanto a raça e cor, o pardo se destacou nos números e em seu crescimento. O local mais escolhido pelos jovens foi a própria residência, provavelmente por se sentir mais à vontade e pela facilidade de encontrar materiais para tentar e evoluir o suicídio. Quanto ao meio mais utilizado foi o enforcamento, estrangulamento e sufocação. A maioria dos adolescentes que tiraram sua própria vida possuía ou estava cursando o fundamental II ou ensino médio. O estado civil em 90% dos casos constou-se como solteiro.

Quanto as regiões do Brasil os resultados apontaram que o maior número de suicídios está presente na região sudeste, em seguida da região Nordeste, sul, norte

e centro-oeste respectivamente, porém o centro-oeste segue com um percentual alto e crescente de números de óbitos em adolescentes por suicídio a cada 100 mil habitantes. A região nordeste em seu percentual por caso a cada 100 mil habitantes vem mostrando uma diminuição nos últimos anos, mesmo mantendo um número de casos elevado em comparação as demais regiões.

Uma das principais limitações de estudar dados secundários sobre suicídios, é a notificações de dados. Acreditando-se que há uma subnotificação dos casos consumados de suicídio, o que dificulta obter uma taxa bem mais precisa da realidade desse tipo de morte.

A partir deste estudo, deixa-se claro que o suicídio em adolescentes é um problema que diz respeito não apenas à família, mas também aos profissionais da área da saúde e à sociedade como um todo, tornando necessário abrir espaço para novos estudos que investiguem este fenômeno de uma forma específica, buscando uma maior compreensão de sua dinâmica e que possibilitem a proposição de estratégias de prevenção e intervenção junto a essa população. A questão do suicídio na adolescência deve ser combatida, evitando assim que mais adolescentes recorram à morte por suicídio como forma de enfrentamento de dificuldades encontradas ao longo de sua vida. Como diz Augusto Cury, em seu livro *O Futuro da Humanidade*, o sujeito que comete suicídio não está buscando a morte, mas sim acabar com um sofrimento insuportável que o aflige em determinado momento.

7. REFERÊNCIAS

ABASSE, M. L. F. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 407-417, 2009.

ABREU, K. P et, al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enfer.** Goiás, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2018.

CURY, A.J. O futuro da humanidade: a saga de Marco Polo. Rio de Janeiro : Sextante, 2005.

AVANCI, R.C.; PEDRÃO, L.J.; COSTA JÚNIOR, M.L. Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(5):535-539. 2005.

BACHMANN S. **Epidemiologia do Suicídio e a Perspectiva Psiquiátrica**. Int J Environ Res Saúde Pública 2018; 15: 1425.

BAHLS, S.C.; BOTEGA, N.J. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007.

BAPTISTA, M.N. Suicídio: Aspectos teóricos e pesquisas internacionais. In: M.N. BAPTISTA (Ed.), **Suicídio e depressão - atualizações**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 3-22. 2004.

BORGES, V; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estud. psicol.** Natal , v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.

BRAGA, L.L.; AGLIO, D.D. **Suicídio na adolescência**: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clin. 6(1):2-14. 2013

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

Correa, H., & Barrero, S. P. **Suicídio** uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

CUNHA, F. A.; BAPTISTA, M. N.; CARVALHO, L. F. Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiá entre 2004 e 2014. **Salud&Sociedad**, Curiliba Guaira. v. 7, n. 2, p. 212 – 222, 2016.

DIB, P. O. Vínculos afetivos e Transtorno do Pânico: um estudo psicanalítico. **Psic. Rev.** São Paulo, n. 15(1): 21-43, 2006.

DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins fontes, 2000.

DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: C.S. HUTZ (Ed.), **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência**: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto Alegre, Casa do Psicólogo, p. 53-87. 2002.

ESPINOZA-GOMEZ, F. et al. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. **Salud Publica Mexico**, 52(1):213-219. 2010.

FERREIRA, M. et al. Adolescências... adolescentes. *Rev. Millenium Journal*. Portugal, v 32, n 18, 2006.

FONTENELLE, P. **Suicídio - O Futuro Interrompido**: Guia para Sobreviventes. São Paulo: Geração, 2008.

FREGUGLIA, Junia et al. Mudanças na Adolescência. Disponível em: http://crv.educacao.mg.gov.br/sistema_crv/banco_objetos_crv/Mudancas_na_Adolescencia.pdf . Acessado em: 20/08/2012.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In: Edição **Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1927.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KAPCZINSKI, F; QUEVEDO, J; IZQUIERDO, I. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KOKKEVI, A. et al. **Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece** from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 8(2):1-5. 2010.

KUCZYNSKI, E. Suicídio. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco Baptista. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2014, p. 569 – 575.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicol. USP**. São Paulo , v. 25, n. 3, p. 246-252, 2014.

LABAKI, M.E.P. **Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOLIO, C. A. et al . Mortalidade de adolescentes no Brasil, 1977, 1980 e 1985. Magnitude e tendências. **Saúde Pública**, v.24, n. 4, 481-489, 1990.

LOVISI, G.M. Et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatr**. V. 39, n. 5, 2009.

MACENTE, L.B.; SANTOS, E.G.; ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **J Bras Psiquiatr**. Rio de janeiro, v.58, n.4, 2009.

MACHADO, D.B.; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J Bras Psiquiatr**. 64(1):45-54. 2015.

-----, **Manual de atendimento a vítima de violência**. Brasília: 2009.

MENEGHEL, S.N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, 38 (6):804-810. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. 2016.

MONTEIRO, K. C. LAGE, A. M. V. A depressão na adolescência. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 2, n. 2, 257-265, 2007.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS. P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicol. Esc. Educ.** Maringá, vol.19, n. 3, Set./Dec. 2015.

OMS. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social**. Brasil, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: um Manual para Médicos Clínicos Gerais. Geneva, 2000 d.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: Manual para professores e educadores. Transtornos Mentais E Comportamentais. Departamento De Saúde Mental. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: Manual para Professores e Educadores. Geneva, 2000 a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: Um Manual Para Profissionais Da Saúde em Atenção Primária. Geneva, 2000 c.

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio**: Um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Genebra, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenir o Suicídio um Guia para Profissionais dos Mídia**. Geneva, 2000 b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do Suicídio um Recurso para Conselheiros**. Geneva, 2006.

PILLON, S. C; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v. 12, n. 4, p. 676 -682, 2004.

PIRES, M.C.C. Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo de caso-controle. **J Bras Psiquiatr**. Rio de janeiro, v.78, n.8, 2014.

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

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCHMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev Psiquiatr**, Rio Gd Sul, v. 30, n.2, 2008.

SCHMITT, R. et al. Risco de Suicídio. In: QUEVEDO, João. **Emergências Psiquiátricas**. Porto Alegre: Artemed, 2008, p. 181 – 196.

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.

SECJ. **Internação e Suicídio: Protocolo de Atenção aos Sinais**. Curitiba, 2010.

SILVA, D. NUERNBERG, D. Incidência de suicídios registrados no IML de Criciúma - SC. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2010.

SIM/DATASUS. **O Sistema de Informações sobre Mortalidade**. S/I, 2017.

SOUSA, A.S.B.; SILVA, S.C.; CAVALCANTE, M.F.A. Mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI no período de 2001- 2011. *Rev Interd*. 9(1):57-65. 2017.

SOUZA, A.C.G.; BARBOSA, G.C.; MORENO, V. Suicídio na adolescência: revisão de literatura. **Rev Uninga**. 43:95-8. 2015.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M.C.; MALAQUIAS, J.V. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 18 (3), 673–683. 2002.

SOUZA, F. G. M. Tratamento do transtorno bipolar – eutímia. **Rev. psiquiatr**. Clín., São Paulo – SP, v. 32, n. 1, p. 63-70, 2005.

SOUZA, L. D. M. et al. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: Prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Brasília, v.32, n.1, 37-41, 2010.

TORO, D.C. et al. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. **Revista da Facultad Nacional de Salud Pública**, 27(3):302-308. 2009.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2011**: Adolescência Uma fase de oportunidades. New York, 2011.

VASQUEZ, R.; PIÑEROS, S. Psicopatologia en madres adolescentes. **Pediatría**. Bogotá, 1997.

VIEIRA, L. P.; SANTANA, V. T. P.; SUCHARA, E. A. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cad. saúde colet.* vol.23, n.2, pp.118-123, 2015.

Waiselfisz JJ **Os Jovens do Brasil**: Mapa da Violência 2011. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

WANZINACK, C.; TEMOTEO, A.; OLIVEIRA, A. L. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. **Revista eletrônica interdisciplinar**. Parana, v.10, n.2, 2017.

WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, 39(2):259-266. 2005.

WHO. **Preventing suicide**: how to start a survivors' group. Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Participant manual - IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV** Geneva. 2010.