

Priscilla Maria Rego dos Santos

A PRÁTICA DO SUICÍDIO EM JOVENS NO MUNÍCIPIO DE PALMAS - TO

Palmas – TO

2016

Priscilla Maria Rego dos  
Santos

A PRÁTICA DO SUICÍDIO EM JOVENS NO MUNÍCIPIO DE PALMAS - TO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Profa. M.e Cristina D'Ornellas Filipakis.

Palmas – TO

2016

Dados internacionais da catalogação na  
publicação

Santos, Priscilla Maria Rego dos

S586r A prática do suicídio em jovens no município de Palmas - TO

/ Priscilla Maria Rego dos Santos / Palmas, 2016

62 fls.29 cm.

Orientação: Profa. Me. Cristina D'Ornellas Filipakis

TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) Psicologia - Centro

Universitário Luterano de Palmas. 2016

1.Adolescência. 2. Suicídio. 3. Datasus. I. Filipakis, Cristina  
D'Ornellas II. Psicologia.

CDU: 159.9.07

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo –  
CRB-8/298

Priscilla Maria Rego dos  
Santos

## A PRÁTICA DO SUICÍDIO EM JOVENS NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.a M.e Cristina D'Ornellas Filipakis.

Aprovado em:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.a M.e. Cristina D'Ornellas Filipakis Centro  
Universitário Luterano de Palmas - CEULP/ULBRA

Prof.a Dra. Ana Beatriz Dupré  
Silva

Centro Universitário Luterano de Palmas –  
CEULP/ULBRA

Hudson Eygo Soares Mota Centro Universitário Luterano  
de Palmas – CEULP/ULBRA

Palmas – TO

2016

À minha família dedico toda esta caminhada e em especial as pessoas mais importante  
na

minha vida, aos meus pais toda a trajetória e esta vitória que se não fosse por vocês  
nada seria

possível.

### **AGRADECIMENTOS**

Deus me permitiu sonhar e de acordo com nossa caminhada, nossas ações e  
perseverança faz com que realizamos estes sonhos, somente ele em sua infinita  
sabedoria

nos dá a vida e com ela o livre arbítrio para que possamos diante de nossas escolhas  
nos

realizarmos como pessoa e ser humano que somos. Agradeço a ti senhor por a força dada,

pela dor vencida, pela esperança de que sempre tudo acabaria de acordo com os teus planos

e pela imensa fé que me proporcionou ter sempre como guia.

Aos meus dedico toda essa caminhada hoje vencida e concretizada, em especial aos

meus pais, razão da minha vida e de toda força, pessoas que são minha base e meu tudo que

nenhuma palavra no mundo fará decifrar todo esse sentimento, aos meus irmãos Tulio e

Guilherme, pois só em me lembrar das suas existências tinha força para sempre continuar,

aos meus primos que residem comigo me dando a mão sempre que precisei e por toda a

dedicação deles me dada , Susana, Samara, Saiara, Ruan, Fabim e Bonieck. A minha família

em geral que me presentearam com palavras de impulso e dedicação e meus amigos no qual

pude ter o privilegio de conhecer e sempre estiverem por perto quando precisei são eles,

Elba, Ernandes, Irmã Manuela, Ana Maria, Miranda, Wedson, Hudson e em especial minha

companheira e amiga de sempre Elisangela.

Aos mestres por todo o conhecido transferido, paciência e dedicação em especial a

minha orientadora Cristina, a professora Nara Wanda e o Wayne, todos tiveram sua importância mas sem duvida vocês foram que mais marcaram essa

trajetória.

Durante todo este percurso muitos foram essenciais, uns se foram outros permaneceram até hoje, mas todos com sua singularidade se instalaram de alguma forma no

meu coração e a estes e aos demais que não foram citados, mas que sabem de sua importância

nesse término de faculdade os dedico meus sinceros

Obrigado

"O homem é o único animal que sabe que deve morrer. Triste conhecimento, mas necessário, pois ele tem ideias".

(VOLTAIRE)

## RESUMO

SANTOS, Priscilla Maria Rego. **A prática do suicídio em jovens na cidade de Palmas - TO**. 2016, 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de

Psicologia, pelo Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2016.

A adolescência é um período de grandes transformações que podem resultar em frustrações

e conflitos vivenciados nos mais diversos contextos sociais e políticos nos quais estes sujeitos se inserem. Nesta fase da vida, várias conflitivas são experienciadas com alto grau

de complexidade, por vezes, resultando em um intenso sofrimento psíquico, para o qual o

adolescente não enxerga outra saída, se não, a prática do suicídio. Percebendo essa problemática, o presente trabalho apresenta o crescimento exponencial deste fenômeno em

adolescentes no município de Palmas – TO, com dados comparativos a nível estadual,

regional e nacional, entre os anos

2005 e 2010, buscados na Plataforma de domínio público DATASUS. Tais dados

demonstram que o suicídio, como causa de óbito precoce em adolescentes, tornou-se uma

questão de saúde pública neste município. A pesquisa elenca, como critérios de análise, a

prevalência e alguns dos principais fatores sócio demográficos, ambientais e

psicológicos

envolvidos na causa do suicídio em adolescentes, analisados à luz de embasamento teórico

preciso diante do tema em questão.

Palavras-chave: Adolescência. Suicídio.

Datasus

### **ABSTRACT**

SANTOS, Priscilla Maria Rego. **The practice of suicide in young people in the city of Palmas - TO. 2016**, 62 f. Work Completion of course (Graduation) - Course of Psychology at University Lutheran Center Palmas, Palmas / TO, 2016.

Adolescence is a period of great change that may result in frustrations and conflicts experienced in various social and political contexts in which these subjects fall. At this stage of life, several conflictive are experienced with a high degree of complexity, sometimes resulting in an intense psychological distress, for which the adolescent does not

see another way out, if not, the practice of suicide. Thus, this study shows the exponential

growth of this phenomenon among adolescents in the city of Palmas - TO, with comparative

data at the state, regional and national levels, between 2005 and 2010, sought in the public

domain platform DATASUS. These data demonstrate that suicide as a cause of early death

in adolescents, has become a matter of public health in this municipality. The survey

lists, as criteria for analyzing the prevalence and some of the main factors sociodemographic, environmental and psychological involved in the cause of suicide in adolescents, analyzed in the light of necessary theoretical background on the subject in question.

Keywords: Adolescence. Suicide. datasus.

### **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1 - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa (BRASIL) nos anos de

2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos  
..... 25

Gráfico 2 - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos.  
..... 27

Gráfico 3 - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos.  
..... 30

Gráfico 4- Óbitos por suicídio no município de Palmas -TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos.  
..... 32

Gráfico 5 - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010

em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.  
..... 34

Gráfico 6 - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em

jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.

..... 35

Gráfico 7 - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.

..... 37

Gráfico 8 - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino

..... 39

Gráfico 9 - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010

em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

..... 40

Gráfico 10 - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

..... 41

Gráfico 11 - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

..... 44

Gráfico 12 - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

..... 45

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Óbitos por suicídio de acordo com a Unidade Federativa (BRASIL) nos anos de

2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos.  
..... 25

Tabela 2 - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens  
com faixa etária entre 15 a 24 anos  
..... 28

Tabela 3 - Óbitos por suicídio no estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens  
com faixa etária entre 15 a 24 anos  
..... 30

Tabela 4 - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos.  
..... 32

Tabela 5 - Óbitos por suicídio de acordo com a Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010  
em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.  
..... 34

Tabela 6 - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens  
com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino  
..... 36

Tabela 7 - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens  
com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino  
..... 38

Tabela 8 - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino  
..... 39

Tabela 9 - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino  
..... 40

Tabela 10 - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em  
jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino  
..... 42

Tabela 11 - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em  
jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino  
..... 44

Tabela 12 - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010  
em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino  
..... 46

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEULP Centro Universitário Luterano de Palmas.

CFP Conselho Federal de Psicologia

CRP-SP Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo

OMS Organização Mundial de Saúde.

MS Ministério da Saúde.

NES Núcleo de Estudos do Suicídio

SIM Sistema de Informações sobre Mortalidade.

TO Tocantins.

## **SUMÁRIO**

### **1 INTRODUÇÃO**

..... 4

|  |          |
|--|----------|
| 1.1 PERCURSO METODOLÓGICO  | 5        |
| 1.2 PROCEDIMENTO   | 6        |
| <b>2 PERCURSO TEÓRICO</b>  | <b>7</b> |
| 2.1 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA   | 7        |
| 2.2 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E AMBIENTAIS OBSERVADOS NO SUICÍDIO                            | 9        |
| 2.2.1 Influência da exposição a produtos agrotóxicos no suicídio                             | 11       |
| 2.2.2 Prevalência do suicídio em países onde não há obrigatoriedade do porte de arma de fogo | 12       |
| 2.2.3 Tentativa de suicídios por ingestão de fármacos  | 12       |
| 2.3 SUICÍDIO EM ADOLESCENTES   | 13       |
| 2.3.1 Fatores de risco   | 17       |
| 2.3.2 Principais métodos utilizados na prática do suicídio                                   | 18       |
| 2.3.3 A depressão como causa do suicídio   | 20       |
| 2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO SUICÍDIO  | 21       |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.4.1 Suicídio e esquizofrenia.....                 | 22        |
| 2.4.2 Suicídio e depressão.....                     | 22        |
| 2.4.3 Suicídio e o Transtorno Afetivo Bipolar.....  | 23        |
| 2.4.4 Suicídio e o Transtorno de Personalidade..... | 23        |
| 2.4.4 Suicídio e a dependência de álcool.....       | 23        |
| <b>3 ANÁLISES E RESULTADOS</b> .....                | <b>25</b> |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                 | <b>48</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                            | <b>50</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Existem várias definições para o termo suicídio, variando conforme cada cultura. De modo geral, os autores que se debruçam sobre o tema percebem esta ocorrência como uma ação que se manifesta no ato de ceifar-se a própria vida, predominante em sujeitos da raça humana, não tendo uma única razão ou causa, resultando de uma complexa interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociais (WERLANG, 2013; SOLOMON, 2014;

DURKHEIM 2014; BRASIL, 2013).

Sabe-se que existem diversas definições para esta ação, sendo o suicídio, para Werlang (2000 apud SHNEIDMAN, s/d, p. 18), "o ato humano de cessação da vida auto-infligida, intencional". Para o autor, este é um fenômeno multidimensional, autodirigido por sujeitos que vivenciam um quadro de extremo sofrimento de ordem psíquica e/ou emocional, empregado na busca por libertar-se da situação vivenciada.

Durkheim (2014, p. 167), em sua análise social, compreende o fenômeno do suicídio como "todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, ciente de que devia produzir esse resultado". Para o autor, a tentativa de suicídio pode ser descrita como é o ato interrompido antes de resultar no óbito do sujeito.

Já o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2013-2017, p. 3) caracteriza o suicídio como sendo resultado de um processo complexo e multifacetado, produto "da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social". O documento trata o fenômeno do suicídio como um problema de saúde que atravessa todas as camadas sociais, com dados alarmantes sobre seu crescimento no Brasil e no mundo.

Ferreira (2008), em estudo realizado pela Universidade de Coimbra – Portugal, aponta o suicídio como uma das dez principais causas de morte no mundo. Quando voltado

para o público adolescentes e adultos jovens, o suicídio aparece como a segunda ou terceira maior das causas de morte neste grupo citado a nível mundial.

A intenção suicida difere-se do suicídio como ato por tratar-se da fase em que o sujeito começa a ter pensamento de morte, mas sem planos concretos. A ideação se constitui

a partir do aumento dessas intenções, na qual o sujeito começa a criar e imaginar estratégias

personais para a consumir o ato (SEMINOTTI; PARANHOS; THIERS, 2006).

Para melhor compreensão das motivações em torno do fenômeno suicídio em um

determinado contexto, Solomon (2014) esclarece que é preciso evidenciar as sutis diferenças entre o “querer estar morto”, o “querer morrer” e o “querer se matar”. Os

5

termos, culturalmente difundidos e muito frequentes em nosso cotidiano, apresentam diferenças sutis.

Para este autor, o desejo pela morte é um sentimento presente em muitas pessoas no

decorrer de suas vidas, sendo assim “querer estar morto”, é um estado de anulação do

ser, para além da dor. O “querer morrer” ocorre quando o sujeito, principalmente aqueles

em quadros depressivos, buscam uma passagem concreta do estado de aflição no qual se

encontram. Já o “querer se matar” tem a necessidade extra de um sentimento de paixão e

uma determinada violência

direcionada.

A adolescência e a juventude são fases da vida caracterizadas pela transição de um estágio anterior do desenvolvimento humano para um novo, na qual predominam as características de um grupo distinto, dotado de linguagem própria, hábitos, cultura e ideais.

Acontece nesta fase uma busca pela profissão e identidade próprias; inquietações sobre o

futuro; processos atravessados por frustrações, geralmente ligadas à falta de autonomia, o

que acarreta problemas na relação com as pessoas com quem o sujeito convive (WERLANG,2013).

Percebendo a ocorrência de suicídios na adolescência como uma problemática social, o presente estudo apresenta dados com objetivo de expressar a recorrência dessa

prática em jovens e adolescentes, colocando em evidência a preocupante situação deste ato

para a saúde pública. Para tanto, foi realizado um levantamento dos dados sobre os jovens

que cometeram o ato suicida entre os anos de 2005 e 2010, apresentando em tabelas e

gráficos o índice epidêmico do suicídio a nível municipal, estadual e nacional. A pesquisa

realizou ainda uma aproximação teórica das principais estratégias de prevenção ao suicídio, elencadas com base no referencial teórico utilizado, além de definir de estratégias

de manejo para este tipo de demanda na atenção primária, elencando seus possíveis fatores

de riscos.

## 1.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A referente pesquisa se acentua por ser uma pesquisa pura ou básica, de natureza

documental de cunho descritiva- explicativa. Como afirma Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado e publicado, constituído principalmente de livros, revistas e artigos científicos.

Quanto a sua abordagem quantitativa, sendo descritiva, descrevendo características

de determinadas populações ou fenômenos, além também de ser explicativa, já identifica

fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2008).

6

## 1.2 PROCEDIMENTO

A priori foi realizado um levantamento sistematizado do material coletado com o objetivo de fundamentar teoricamente o trabalho e subsidiar a análise e discussões do então

estudo. Por se tratar de uma pesquisa por meio do sítio Datasus de responsabilidade do

Ministério da Saúde foi assim realizado uma coleta de dados recorrentes ao numero de suicídios em jovens na cidade de Palmas- TO no período de 2005 à 2010.

Realizou-se também através da pesquisa bibliográfica, sendo analisados artigos e

publicações de diversos autores com intuito de um melhor entendimento para as análises

dos resultados obtidos, foram feitas através da integração dos principais subsídios teóricos

disponíveis sobre o tema estudado, e por revisão metódica de literatura, sendo que a apresentação dos dados da pesquisa dar-se-á através da elaboração de textos reflexivos.

A integração dos dados referentes a esta pesquisa foi feita manualmente, coletada em fontes tais como: sítio DATASUS, livros, revistas, monografias e artigos científicos com o intuito de encontrar respostas para o problema de pesquisa e seus objetivos. Assim, a produção dos resultados está organizada em formato de textos reflexivos e explicativos.

O estudo está organizado da seguinte forma: a seção 1 introduz o trabalho de modo geral, apresentando seu problema de pesquisa e os objetivos; a seção 2 desenvolve o referencial teórico que o embasa, ou seja, um resumo sobre o suicídio na história, em sequência aspectos sociodemográficos e ambientais (influência a produtos agrotóxicos, países sem necessidade de porte de arma, ingestão de fármacos), em seguida a prática do suicídio em adolescentes, fazendo a inclusão de fatores também psicológicos (depressão, esquizofrenia, transtornos de personalidade, bipolaridade e dependência alcoólica). A seção 3 apresenta as análises e discussões, e a seção 4 as considerações, seguidas das referências.

7

## **2 PERCURSO TEÓRICO**

### **2.1 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA**

Historicamente o suicídio aparece como ação típica do repertório humano. É identificado em todas as formas de organização social, desde os primórdios, porém,

possuindo diferenciação entre as atitudes e na frequência em que cada sociedade os comete

nas diversas épocas da história da humanidade (CARNEIRO, 2013). Para o autor, o suicídio

na Europa antiga mais especificamente durante o Império Romano, era visto como um ato

aprovado e honroso. Os filósofos romanos como Sêneca consideravam tal fenômeno como

o último ato de um homem como um ser livre.

O termo é apontado como utilizado primeiramente, em língua francesa, pelo Abade

Desfontaines em 1734 ou 1737, para significar *o assassinato ou morte de si mesmo*, com o

seguinte significado etimológico, Sui = *si mesmo*; Caedes = *ação de matar* (RIBEIRO, 2004).

Agostinho de Hipona (Séc. V), também chamado por alguns de Santo

Agostinho, falava que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Mais à frente,

ainda na Idade Média, o ato do suicídio começa a ser compreendido como crime, porque

lesava os interesses da Coroa (CARNEIRO, 2013). Segundo o autor, aqueles que tiravam a sua própria vida tinham seus bens confiscados em detrimento de suas famílias, e

os cadáveres eram penalizados, não sendo enterrados em cemitérios – solo sagrado - isto é,

não abençoados pela igreja, além de não terem direitos de passar pelos ritos fúnebres.

Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico

passou a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de

então, foi a medicina quem definiu a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando como loucura (NETTO, 2013).

Após a Idade Média, houve uma transformação na postura da Igreja Católica em reação ao suicídio, que passou a ser encarado o ato como uma decorrência de problemas

psicológicos, extinguindo uma responsabilidade moralista do suicida. Os códigos penais das

nações deixam de considerar o suicídio como uma figura delitiva. Ribeiro (2004) aponta que

a Inglaterra foi o último país ocidental a abolir a criminalização da conduta, em 1961.

O suicídio vem sendo sinônimo de aflição há um determinado tempo para a sociedade

ocidental. Em 1991, os escritos de Freud elucidam que os detrimientos causados em si próprios, de maneira casual, estão referidos à sintomas patológicos, sendo estes, casos

mais graves de psiconeuroses. Freud teorizou sobre o suicídio tentando relacionar suas

formas com as diferenças de gênero, afirmando que estas eram simbolismos primitivos

8

revelados (RODRIGUES et. al., 2012). Nessa perspectiva, em uma intervenção clínica, a

postura do analista era a de não extinguir o suicídio como um provável desfecho do conflito

psíquico. Na sociedade ocidental, utiliza-se o termo suicídio como uma forma de

expressar as

mais diversas maneiras de se tirar a própria vida, independente da forma e dos meios utilizados, da motivação e da conjuntura em que o fenômeno ocorre (NETTO, 2013).

Para Durkheim (2014, p. 167) denomina-se suicídio “todo caso de morte que resulte

direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. Shneidman vai um pouco mais além desse

conceito, e considera o suicídio como um ato humano de cessação auto-infligida e intencional da própria vida, resultando em morte. Para ele, trata-se de “um fenômeno multidimensional, num sujeito possivelmente carente, que define uma questão, para a qual o

suicídio é percebido como a melhor solução” (RIBEIRO, 2004, p. 8).

Para ambos os autores, o fenômeno é autoconsciente, uma vez que o sujeito tem ciência do resultado pretendido, contudo, não há como afirmar se o mesmo tem uma

compreensão global de todas as variáveis que envolvem a situação. O sujeito, em estado de

anulação, busca de forma intencional, a brevidade da morte. Werlang (2013) destaca ainda que este sujeito pode estar vulnerável, apostando no suicídio como uma saída intencional para fugir da situação vivenciada.

A análise sociocultural do suicídio, realizada pelo sociólogo Durkheim (2014), encontrou três correntes doutrinárias para a compreensão do fenômeno em nossa sociedade.

A primeira delas, a doutrina psiquiátrica, correlaciona o suicídio com patologias ou

doenças

psiquiátricas. Esquirol descrevia que uma pessoa que está sã não é capaz de cometer tal ato e

que sendo assim seria o suicídio uma enfermidade mental. Na doutrina sociológica o suicídio é visto como algo social, sendo as forças externas responsáveis por estes atos em

uma determinada sociedade e que a oscilação desta taxa de suicídio é pelo fato de que há

acontecimentos sociais conturbados (guerras, crises econômicas e transformações sociais).

Durkheim (2014) se mostra contraditório a doutrina psiquiátrica, descarta que a taxa

de suicídio não tem relação definida com a tendência à loucura, sendo assim, essa taxa

um reflexo dos padrões social dentro da comunidade. Já a doutrina psicológica possui uma

argumentação de que as enfermidades mentais ou forças sociais não são suficientes para que

ocorra o ato e sim fatores pessoais e motivações de cunho particular são consideradas indutoras deste mal (RIBEIRO,2004).

9

Ao longo da história da humanidade, o suicídio já desempenhou vários papéis, tendo

sido compreendido de diferentes formas por determinadas esferas de nossa sociedade, como

pecado, crime, doença e até mesmo traço de loucura. Na atualidade, ele passa a ser percebido

como um fenômeno multicausal, resultado de uma complexa interação de fatores

biológicos,

psicológicos e socioculturais. Fica claro que ainda que se fale do mesmo fenômeno, ele sempre terá um significado diferente para cada cultura.

## 2.2 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E AMBIENTAIS OBSERVADOS NO SUICÍDIO

Em relação ao gênero, a Organização Mundial da Saúde – OMS (2000) verificou que

homens cometem mais suicídio que mulheres, porém, é válido mencionar que mais mulheres

tentam suicídio, logo os sujeitos do sexo masculino têm mais objetivação na tentativa.

Ainda de acordo com a OMS (2000), em relação à faixa etária, a taxa de suicídio tem

dois picos, em jovens com idades entre 15 e 35 anos, e em idosos acima de 75 anos. Outro

fator a ser considerado é que o risco de suicídio aumenta em doenças crônicas e dolorosas.

No que concerne ao estado civil, verificou-se que pessoas divorciadas, viúvas e solteiras

têm maior risco do que pessoas casadas, e as que vivem sozinhas ou são separadas estão em

uma situação de mais vulnerabilidade. Quanto à profissão, notou-se que médicos,

veterinários, farmacêuticos, químicos e agricultores têm taxas de suicídio maiores que a

média.

A perda do emprego, mais do que o fato de estar desempregado, também é associado ao ato do suicídio. Também, pessoas que se mudaram de uma área rural para

urbana, ou diferentes regiões, ou países, são mais susceptíveis ao comportamento suicida

(SOLOMON,2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), no que diz respeito aos fatores

ambientais, os estressores da vida, a maioria dos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio, tais como:

- Problemas interpessoais: ex. discussões com esposas, família, amigos, namorados;
- Rejeição – ex.: separação da família e amigos;
- Eventos de perda – ex.: perda financeira, luto;
- Problemas financeiros e no trabalho – ex.: perda do emprego, aposentadoria, dificuldades financeiras;
- Mudanças na sociedade – ex.: rápidas mudanças políticas e econômicas;
- Vários outros estressores, como vergonha e ameaça de serem considerados culpados (OMS, 2000, p.11 ). Vale citar que o acesso imediato a um método para cometer suicídio é um importante

fator determinante para um sujeito cometer ou não o ato.

10

Reduzir o acesso a métodos de cometer suicídio é uma estratégia efetiva de prevenção

(OMS, 2000). Uma pequena parcela dos suicídios consiste em adolescentes vulneráveis que

são expostos ao suicídio na vida real, ou através dos meios de comunicação, e podem ser

influenciados a se envolver em comportamento suicida.

Devido ao número elevado de incidências, principalmente em adolescentes, o

suicídio

pode ser considerado um problema de saúde pública. Ferreira (2008) enfatiza tal informação

citando que o suicídio na faixa etária dos jovens se transformou num problema social preocupante, não só pelos efeitos sobre a pessoa que o comete, mas também pelas consequências psicológicas que pode provocar nos familiares e pessoas próximas ao suicida.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) enfatiza que os fatores que contribuem para o suicídio variam entre grupos democráticos e populações específicas,

porém os mais vulneráveis são os jovens, os mais idosos e os socialmente isolados, tais como

as comunidades indígenas.

Segundo a OMS (2000), a taxa mundial de suicídio é estimada em torno de 16 por

100 mil habitantes, com variações conforme sexo, idade e país. Araújo, Vieira e Coutinho

(2010) citam que, em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos

45 anos e neste período, os maiores coeficientes mudaram de faixa etária – da mais idosa

para a mais jovem, sendo este considerado o grupo de maior risco em 30 países.

Em sua totalidade, o suicídio está entre as cinco maiores causas de mortalidade na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo que em vários países ele fica como primeira ou segunda causa de morte em ambos os gêneros. Estes dados são mais evidentes em países em

que há predomínio da agroindústria, em decorrência do excesso de uso de produtos

agrotóxicos, que tem sido estudado como agente depressor do sistema nervoso. Além deste fator, a OMS (2000), alega a intoxicação com medicamentos e gases liberados por

carros e o uso de armas de fogo, como outras causas aliadas à prevalência de suicídios nas

faixas-etárias acima mencionadas (MEYER; RESENDE; ABREU, 2007).

Logo, é necessário que se busquem políticas públicas que venham a intervir nessas

questões, diante do aumento destas mortes por suicídio. Assim, fatores sócio demográficos e

ambientais citados nesse tópico pode ser levado em consideração, já que descrevem as

possíveis vulnerabilidades de pessoas em situações que podem recorrer a este ato suicida.

11

### **2.2.1 Influência da exposição a produtos agrotóxicos no suicídio**

Os agrotóxicos têm sido motivos de estudo correlacionando à prática do suicídio em

populações agrícola (MEYER; RESENDE; ABREU, 2007). Para os autores, com o crescimento constante da população mundial, aumenta a necessidade de produção de alimentos, acarretando em mudanças no tipo de agricultura desenvolvido, o que requer um

sistema complexo de cultivo, transporte, estocagem e processamento de produtos agrícolas.

O Brasil é o terceiro mercado e o oitavo maior consumidor de agrotóxicos por hectare do mundo, tendo herbicidas e inseticidas como produtos mais

comercializados,

cerca de 60% (PIRES; CALDAS; RECENA, 2005). Em um estudo apontado pelas autoras,

sobre o uso de inseticidas em agriculturas fora do Brasil, foi comprovado que pessoas expostas a agrotóxicos apresentam, em sua maioria, sintomas depressivos. Logo, este pode

ser considerado um fator de risco, já que os sintomas depressivos são reconhecidos como

fator prevalente em tentativas de suicídios.

Meyer, Resende e Abreu (2007) descrevem que, em países em desenvolvimento, o

crescimento do uso de agrotóxico é bastante significativo, uma vez que não há dispositivos

eficazes para controle da venda e uso destes produtos, muito menos sobre a utilização de

Equipamentos de Proteção Individual por quem os manuseia diariamente.

Em uma pesquisa na cidade brasileira Luz – MG, no período de 2000-2004, a grande

incidência de suicídios em trabalhadores rurais estava relacionada há autoadministração de

agrotóxicos, nos casos de intoxicação por estes agentes, o suicídio em trabalhadores agrícolas teve um índice de quase 95% das mortes no recorte temporal selecionado. Destes,

em 57,9% dos casos o método utilizado para o ato suicida foi por ingestão de agrotóxicos

(MEYER; RESENDE; ABREU, 2007).

Os autores apontam estudos que comprovam a influência destes produtos no desenvolvimento de sintomas e patologias, tais como: distúrbios visuais; cefaleia;

vômitos;

boca seca; náuseas; dispneia; tristeza e sibilos. Embora não tenha um consenso confirmando

para tal afirmação, acredita-se que o uso frequente de produtos agrotóxicos possa desencadear sintomas depressivos, uma das principais causas de óbito por suicídio no

mundo, segundo dados da OMS (2000).

12

## **2.2.2 Prevalência do suicídio em países onde não há obrigatoriedade do porte de arma de**

### **fogo**

Em países onde a campanha de desarmamento não é acentuada ou é extinta, os

sujeitos possuem posse de armas de forma facilitada, mesmo que não seja com fins trabalhistas. Esse sistema é apontado como um facilitador para o ato suicida por quem tem a intenção de cometê-lo (OMS, 2000).

Sem mecanismos de controle para porte de arma de fogo, e com acesso facilitado,

torna-se ainda mais complicado trabalhar medidas de prevenção, uma vez que armas de fogo

configuram uma das causas mais eficazes para a prevalência do autoextermínio (OMS, 2000).

Netto (2013) problematiza a questão ao afirmar que o suicídio pode não ser totalmente intencional, pois, se considerarmos o desejo de morrer como um sentimento humano, podemos inferir que ele já percorreu o imaginário de todos os sujeitos. Em alguns

casos, o sujeito pode utilizar a tentativa de suicídio como forma de chamar atenção

para uma questão pessoal, mas por não controlar todas as variáveis do processo, sobretudo de porte de uma arma de fogo, ele pode de fato concretizar o ato, sem tempo hábil para um arrependimento.

### **2.2.3 Tentativa de suicídios por ingestão de fármacos**

Alvarez (1998, apud SOLOMON, 2014), categoriza o ato suicida em quatro tipos distintos. O primeiro se enquadra na impulsividade, sendo mais propensas a cometer o suicídio por um evento externo específico, são como o ensaísta. O segundo grupo trata-se de pessoas que possuem uma paixão pela morte consoladora, cometendo suicídio como vingança, como se o ato não fosse irreversível. O terceiro comete suicídio por uma lógica falha, em que a morte é vista como uma fuga para determinada questão ou estado. Já o último grupo trata de sujeitos que cometem suicídio com uma lógica racional, devido a uma patologia física, instabilidade mental ou mudanças abruptas nas circunstâncias de vida.

Em todos os grupos apresentados, a ingestão de medicamentos pode ser um dos métodos mais recorrentes para concretude do ato, pelo seu fácil acesso (OMS, 2000), tornando-se um método culturalmente difundido nas sociedades. Um dado preocupante é o uso crescente de fármacos pela população mundial, bem como o fácil acesso e popularização de drogas cada vez mais pesadas, com poder de causar danos quase que

imediatos a seus usuários, por todas as camadas da sociedade.

13

Solomon (2014) aponta que o crescimento e uso de fármacos de forma acessível

como é fator alarmante, sobretudo voltando-se para o público adolescente, que tende a agir

de forma impulsiva, tornando-se mais propenso a cometer o ato suicida.

### 2.3 SUICÍDIO EM ADOLESCENTES

Alguns países como Canadá, Áustria, Finlândia e Suíça tem a morte por suicídio em

adolescentes e adultos jovens entrando em uma configuração de quadro epidêmico, sendo

assim a adolescência passa a ser considerada como um período de vida vulnerável ao comportamento suicida. Sendo essa vulnerabilidade nesses jovens, de acordo com alguns estudos, os fatores de riscos vão de isolamento social, abandono, exposição a violência

intrafamiliar, transtornos de humor, bullying, relacionamentos sexuais, decepção amorosa,

homossexualismo, suicídio de um membro da família dentre outros.

Welang (2013) justifica os altos índices para o suicídio na adolescência descrevendo

que:

A adolescência e a juventude são fases em que o indivíduo define sua ocupação, sua profissão, escolhe seu parceiro para viver. É, assim, um assunto impactante, por influenciar tanto em termos emocionais quanto em termos econômicos. São pessoas que não estão de bem com a vida, portanto, não têm uma boa qualidade de vida e isso interfere na relação com as pessoas

com quem o indivíduo convive (CFP, 2013, p. 26). É neste período da vida que o sujeito, diante de tantos acontecimentos e turbulências, experimenta o desejo de livrar-se de determinadas questões, buscando um ideal de liberdade e autonomia, para exercer seu protagonismo social. Assim, tanto as ideações quanto às tentativas de suicídio ganham uma nova dimensão, embora – claro - essa situação não se restrinja somente à fase da adolescência (ARAUJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

Borges e Werlang (2006) ainda enfatizam que o período da adolescência pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos e mudanças e assim, na busca de uma solução para seus dilemas, estes sujeitos podem, por exemplo, recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos e/ou suicidas. Com base neste autor, não podemos desconsiderar a Ideação Suicida como o primeiro passo para um eventual suicídio.

Durkheim (2014) distingue o suicídio em três tipos, diferenciados de acordo com as perturbações na relação Homem-Sociedade. São eles:

Suicídio Altruísta: que diz respeito às sociedades que praticam um nível de integração do indivíduo em demasia, justificando o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior. Suicídio Anômico: tem relação com as sociedades em que impera a anomia, o que não permite que se assegure a satisfação das necessidades mais elementares do indivíduo, pelo o que o suicídio se torna mais frequente. Suicídio Egoísta: é quando o indivíduo possui um efeito de desleixo em relação à Sociedade, deixando o mais vulnerável à inclinação coletiva para o suicídio (DURKHEIM, 2014, p.302 ).

Solomon (2014) cita um estudo de George Howe Colt (2002), em que há uma proposta de explicação para as possíveis causas de epidemias de intento e/ou ideação suicida

na fase da adolescência, alguma delas são: problemas familiares; pressão escolar; pressão de

parceiros; pressão dos pais; ausência de controle por parte dos pais; abuso sexual infantil;

uso intenso de álcool e/ou outras drogas; influências culturais de programas de televisão;

promiscuidade; aumento da violência; impacto da mídia televisiva no comportamento adolescente; questões econômicas; cinema; e, até mesmo, debates sejam de menos ou

demais falando sobre o suicídio.

Estudos de revisão bibliográfica sobre suicídio na adolescência, em proporções globais, apontam esta como a segunda ou terceira causa de morte para a faixa etária entre 15 e 25 anos, em quase todos os países (AVANCI; PEDRÃO; COSTA, 2005). No que diz respeito à incidência, os estudos mostraram que as taxas de suicídio são maiores entre pessoas do sexo masculino em todos os países da América Latina.

Entre os anos de 1980 a 2000 foi realizado um estudo por Santos; Bertolote; Wang

(2005), no qual foi transcrito que os homens têm maior prevalência suicida que mulheres,

mesmo sendo elas as quem cometem mais tentativas. Segundo dados da pesquisa, o sexo

masculino, ao decorrer dos anos, teve uma taxa crescente, apresentando uma pequena queda

apenas no ano 2000.

Em 2004 houve um crescimento no número de suicídios no Brasil. No ano em questão, o país apresentou uma semelhança à média de suicídios mundial, no que diz respeito

a gênero. A mortalidade por suicídio no sexo masculino mostrou-se mais elevada, mantendo-

se proporcional apenas quando comparado com o dado obtido em mulheres, tendo por volta de 25% e em homens um pouco mais que 16% (BRASIL/MS, 2006).

Assim, de acordo com o exposto, verificou-se que a morte por suicídio passou a ocupar uma posição preocupante entre as causas mais frequentes de falecimento, na população considerada jovem, em alguns países, sobretudo no Brasil (OMS, 2000).

15

No Brasil, os índices de suicídio nas diversas faixas etárias não são tão alarmantes

como em países da Europa oriental (Estônia, Letônia, Lituânia, Finlândia, Hungria, Rússia) e

da Ásia (China e Japão), mas, em relação à adolescência, como ocorre na maioria dos países

mencionados, as taxas de suicídio vêm, também, aumentando (OMS, 2000; DE LEO, 2004).

Um estudo publicado demonstrou que Porto Alegre e Curitiba são consideradas as

capitais com os maiores índices de suicídio registrados em jovens com idades entre 15 e 24

anos, comparadas com outras nove capitais (Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, Belo

Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo). Este dado torna-se alarmante principalmente

porque as estatísticas sobre suicídio são falhas e subestimadas, ainda mais no que se refere a

adolescentes, sendo que seus atos autodestrutivos são, muitas vezes, negados e escondidos pela família (BORGES; WERLANG, 2006).

Os mesmos autores descrevem ainda que a adolescência é um período de mudanças

tanto físicas como psicológicas na vida dos jovens, assim é colocado como um período intenso e com imensos conflitos. Logo, quando perpassam por dificuldades nessa fase, estes

adolescentes podem recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas.

De acordo com dados do setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, evidencia-se que entre 1988 a 1993, 23% dos

atendimentos de tentativas de suicídio foram de adolescentes, com mais frequência em mulheres do que em homens, sendo cerca de 77% em mulheres e 23% em homens, possuindo

faixa etária de 15 a 19 anos, tendo como meio de tentativa de suicídio a ingestão de medicamentos como procedimento mais exercido.

Em outro estudo realizado em um Hospital Geral do Rio de Janeiro, no período de abril de 2001 a março de 2002, observou-se que a maioria também era do sexo feminino

com (68%) e 42% homens, tendo em média menos de 25 anos de idade, sendo mais utilizados os usos de agrotóxicos e de medicamentos em mulheres e em homens

sendo dois

terços o uso de ingestão de pesticidas como método de tentamento (FICHER; VANSAN, 2008).

Estudos epidemiológicos de prevalência descreveram grandes variações interculturais e por faixa etária. Logo, a prevalência de mortes por suicídio tem sua elevação em países da Europa Ocidental, mais baixas em países das Américas Central e do Sul (CHACHAMOVICH et al., 2009).

A adolescência é um período no qual existem muitas exigências sejam elas no âmbito pessoal ou acadêmico, requerendo dos mesmos grandes desempenhos, o que pode acabar por gerar frustrações, quando não respondem as suas expectativas ou a de seus familiares. O

16

suicídio é mais comum entre aqueles com alto desempenho em suas atividades do que entre

os com menor desempenho, isso porque estes possuem uma maior entrega e responsabilidade

e quando começam a perpassar por dificuldades nessas atividades, apresentam sofrimentos psíquicos acentuados. Outro forte determinante para o suicídio são os distúrbios

hormonais da puberdade e os anos seguintes, isso porque eles acabam por colocarem muita

intensidade em suas possíveis vivências e o que os esperam (SOLOMON, 2014).

Jatobá e Bastos (2007) descrevem que nesta fase da vida há intensas

modificações no desenvolvimento humano, possuindo marcas por alterações biológicas da puberdade além da maturidade biopsicossocial do sujeito. Assim, este espaço de tempo denota-se uma crise por experiência de relevantes transformações mentais e orgânicas que tem uma capacidade de possibilitar manifestações peculiares relacionadas ao comportamento tido como normal para idade, podendo ser confundidas com doenças mentais ou manifestações comportamentais inadequadas.

Chachamovich e colaboradores (2009) falam ainda que o Brasil tem registro que cerca de 24 pessoas morrem por dia através da prática do suicídio, sendo que essa informação é omitida e não é exposta, tendo seu impacto ofuscado pelos homicídios e acidentes de trânsito, excedendo em média cerca de seis e quatro vezes o número de suicídios. Sobre crescente número de falecimentos por suicídio, levanta-se a questão acerca das tentativas que são mais prevalentes, estimando que frequentemente seja por volta de 20 vezes mais prevalente na população geral.

Estudos revelaram que a maior parte dos adolescentes com ideação suicida são mulheres, indicam ainda que as mulheres estão mais propensas, sendo que as principais variáveis mais presentes nestes adolescentes foram o fato de conhecerem alguém que já tentou

ou cometeu suicídio e a depressão (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Em Minas Gerais foi realizado um estudo entre o ano de 1988 e 2003 em adolescentes,

ocorreram mais internações com mulheres por tentativa de suicídio, nestes casos, o método

mais utilizado por estes jovens foram por autointoxicação, sendo que as meninas optaram por

este método três vezes mais (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013). Porém, para a efetivação do

ato, o mais utilizado foi o enforcamento seguido do uso de armas de fogo pelos meninos e

autointoxicação para as meninas. O estudo descreve ainda que adolescentes com idade de 15

a 19 anos do sexo masculino apresentaram maior risco de morte.

17

### **2.3.1 Fatores de risco**

O suicídio possui riscos diversos, vão desde o pensamento, planejamento até a tentativa em si, podendo manifestar-se de inúmeras formas. Para uma ação interventiva, torna-

se necessário um aprofundamento em torno destas variáveis. É válido ressaltar ainda que, em

casos que existam riscos, deve-se estar atento à questão da comorbidade com transtornos

psicológicos específicos, que tendem a agravar ainda mais a ideação suicida. Como exemplo,

Rodrigues et al., (2012) apresentam o Transtorno de Ansiedade, um quadro clínico, que exige

uma intervenção psicológica, em alguns casos até mesmo psiquiátrica, para reduzir a chance

de sujeitos recorrerem ao suicídio quando estiverem no ápice de um estado ansioso.

Em outro exemplo, o autor apresenta que entre adolescentes de escolas públicas e

privadas na cidade de Recife/PE, 19% tinham indicativo de ansiedade, destes 34,3% tenderam

à ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, havendo assim associação significativa de ideação

suicida com grau moderado de ansiedade, assim como da tentativa de suicídio com sintomas

de ansiedade.

Na cidade de Pelotas/RS foi realizado um estudo em jovens de 18 a 24 anos residentes

da zona urbana durante o período de novembro de 2007 e junho de 2009 em um universo de

39.667 jovens, tendo a finalidade de obter-se uma amostragem de riscos de suicídio,

estimando assim sua prevalência de 15%, evidenciando que mulheres de pele branca, de

relacionamento instável, filhas de pais divorciados e com a condição socioeconômica em

nível mediano cometiam mais suicídios (RODRIGUES, et al., 2012).

Como resultados, o estudo considerou que o risco de suicídio se mostrou presente de

forma significativa nos sujeitos que relataram consumo de tabaco e drogas ilícitas. Da mesma

forma, possuir alguma doença importante, ter feito ou fazer algum tratamento psicológico

e/ou psiquiátrico, relatar histórico familiar de transtornos mentais e tomar algum “remédio

para os nervos” nos últimos trinta dias se apresentaram como fatores associados a maior

proporção de risco de suicídio (RODRIGUES, et al., 2012).

Segundo Netto (2013), mais de um milhão de pessoas tiram a própria vida todos os

anos no mundo. Trata-se de um problema social de grande relevância para a saúde pública, e

que pode ser evitado. Os países de baixa e média renda são os que tem a maior parte da carga

suicida global, isso inclui o Brasil, com índice anual ultrapassando 9.000 habitantes em 2011.

Estas localidades estão relativamente menos equipadas para impedir o suicídio, pois estão

pouco capacitados para acompanhar a demanda crescente que - em geral - vai desde a Assistência à Saúde até a Assistência Especializada em Saúde Mental.

18

### **2.3.2 Principais métodos utilizados na prática do suicídio**

Segundo Ferreira (2008, p.4), os métodos de que o sujeito dispõe para consumir o

suicídio são poucos, sendo que a escolha pelo método ocorrerá de acordo com a disponibilidade no eventual momento. Alguns deles são:

Afogamento ou submersão; Tiro com armas de fogo; Deglutição de

corpos estranhos; Precipitação;  
Despedaçamento; Eletrocussão;  
Enforcamento ou estrangulamento;  
Intoxicação por gases; Instrumentos  
perfurantes e cortantes;

Incineração; Envenenamento; Não se pode prever o suicídio de fato, mas existem indicadores de risco que se podem

detectar numa pessoa que o pretenda cometer. De acordo com Ferreira (2008, p.5):

- Depressão, melancolia, grande tristeza, desesperança e pessimismo (falar muito na morte, tudo parece negativo, perdido);
- Insucesso escolar, especialmente se acompanhado de angústia e tentativas de melhoria de resultados, mas sem sucesso;
  - Apatia pouco usual, letargia, falta de apetite;
  - Insônia persistente, ansiedade, grande impulsividade e agressividade;
  - Abuso de álcool, droga ou fármacos;
  - Dificuldades de relacionamento e integração na família ou no grupo;
  - Afastamento ou isolamento social;
  - Dizer adeus, como se não o(a) voltássemos a ver;
  - Oferecer objetos ou bens pessoais valiosos sem razão aparente;
  - Luto pela perda de alguém próximo;
  - História de suicídios na família;

• Outros agentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) ressalta ainda que sujeitos que se

encontram sob algum tipo de tratamento psiquiátrico têm riscos acentuados, sobretudo aqueles que receberam alta recente em hospital e tem um histórico de tentativas anteriores.

Outro fator relevante em pessoas que cometem suicídio é a presença de transtornos comórbidos que se apresentam em conjunto, como alcoolismo, transtornos de humor, transtornos de personalidades, dentre outros transtornos psiquiátricos.

Ferreira (2008) ressalta que existem alguns agravos em saúde reconhecidos por

gerar

um comportamento suicida pós diagnóstico. É o caso das doenças físicas como o câncer, a

epilepsia ou a AIDS; ou doenças mentais como alcoolismo, dependência química e esquizofrenia. O autor ainda elenca situações sociais como agravantes para o quadro, tendo

como exemplo: o insucesso no matrimônio ou não ser casado; não ter filhos; não ser religioso;

o isolamento social ou fracasso financeiro; além da depressão.

Quando está no auge das crises depressivas, o sujeito fica em estado vulnerável a tais

tentativas, já que a depressão é caracterizada principalmente pela desmotivação, falta de

19

interesse e letargia do raciocínio (FERREIRA, 2008). É importante citar que do ponto de vista

do sujeito, o suicídio pode não ser visto como o fim para tudo, mas sim como a única opção

possível para uma determinada situação, considerada insuportável.

Em um estudo levado a cabo pelo Núcleo de Estudos do Suicídio- NES criado no ano de 1987 no Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria-Lisboa, com uma amostra de

822 jovens, foi possível concluir-se que não é possível entender de fato os inúmeros

fatores da causa do suicídio, sejam eles internos ou externos, além dos vários contextos, sendo

eles familiares, culturais, psicossociais que podem levar o sujeito ao suicídio. Quando

um

jovem pratica o suicídio é porque não conseguiu encontrar razão para viver, não suportou as

suas preocupações, não sendo capaz de perceber a vida, ou não encontrou quem o auxiliasse a

equilibrar-se (FERREIRA, 2008).

Através do Plano de Prevenção do Suicídio (PPS, 2013/2017) do Plano Nacional de

Saúde Mental, tem-se direcionamento aos jovens às campanhas de prevenção nas escolas

(incluindo alunos, assistentes operacionais, professores e familiares), através do combate ao

estigma em saúde mental, identificação de fatores de risco e protetores da sintomatologia

depressiva, ideação suicida, comportamentos auto lesivos e atos suicidas, em particular do

recurso a substâncias psicoativas.

Há ainda um movimento trabalhando por restrição ao consumo de bebidas alcoólicas e

de outras substâncias psicoativas, bem como pelo aumento da cobertura de respostas de saúde

mental da infância e adolescência como medidas preventivas. É válido citar que não são

somente os fatores psicológicos que são importantes para explicar o número crescente de

suicídios na juventude, há também fatores externos que contribuem de forma relevante para

este fenômeno, especialmente o que diz respeito aos meios de comunicação de massas quanto

ao tema, influenciando o aumento das taxas de suicídio em jovens. Este fator é natural, visto

que a mídia tem grande influência nesse público, sendo algo que deve ser debatido entre os

jovens para que haja uma prevenção para o eventual suicídio (FERREIRA, 2008).

Durkheim (2014, p. 178) levanta uma questão em relação ao suicídio de alienados,

sendo em quatro tipos vindos de uma linha teórica obtida de Jousset e de Moreau de Tours:

- Suicídio maníaco; este se deve a alucinações ou concepções delirantes, neste caso o doente mata-se como forma de fugir de algo perigoso ou a uma vergonha imaginária, ou até mesmo para obedecer a uma ordem misteriosa, este suicídio é derivado da doença de que ele deriva, sendo assim a mania.
- Suicídio melancólico; tem ligação a um estado depressivo e de tristeza exagerada, fazendo com que o indivíduo não tenha apreciação saudável as relações pessoais e que o cercam, não tendo ainda nenhum interesse por prazeres, além de pessimista o que leva a ideias suicidas.

20

- Suicídio obsessivo; neste o suicídio não tem motivos reais e nem imaginários, mas somente pela ideia fixa da morte, apossando-se de um desejo obcecado pelo desejo se matar mesmo que não tenha um motivo racional para este ato.

•Suicídio impulsivo ou automático; sem razão, nem na realidade e nem na imaginação do doente, tem referência ao anterior, porém não é produzido em cima de uma ideia fixa que persegue por um determinado período de tempo, mas sim resultado de um impulso brusco e imediatamente irreversível. Verifica-se que diante do enunciado, que ter como conhecido os métodos utilizados

para a consumação do ato suicida são de grande valia, já que proporciona um estudo decorrente para aqueles que se encontram vulneráveis á essa questão, sendo assim necessário

um aumento de atenção no que diz respeito a este quadro, como já foi citado no plano de

prevenção ao suicídio que visa o alvo na saúde mental dos jovens em escolas, como meio de

prevenção para possíveis atos suicidas.

### **2.3.3 A depressão como causa do suicídio**

A depressão é outro fator que deve ser levado em consideração no que diz respeito

ao suicídio, tendo em vista que ela e a desesperança são fatores importantes para a predição de

ideação suicida em adolescentes. Outro fator alarmante é o fato de o diagnóstico de depressão

ser muito maior durante a fase da adolescência, o que aumenta o risco de ideação suicida

neste público (BORGES; WERLANG, 2006).

Em contraponto, Solomon (2014) afirma que muito dos depressivos nunca se tornam

suicidas, assim como muitos dos suicídios praticados são realizados por pessoas que não

possuem diagnósticos de depressão. O autor não nega a possibilidade de uma ocasionar a outra,

bem como, influenciar-se de uma forma mútua. A tendência ao suicídio tem sido tratada como

um sintoma de depressão quando na verdade pode ser visto como um problema que coexiste

com a depressão (SOLOMON, 2014).

Em relação aos fatores que levam ao suicídio, em uma entrevista ao Jornal do

Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP-SP), no ano de 2003, o responsável pelas questões de saúde mental da Secretaria de Saúde do Município de São

Paulo, Leon de Souza Lobo Garcia fala que: “[...] os fatores determinantes do suicídio são

múltiplos e de interação complexa” (CRP-SP, 2003 p. 17). Ele relata que estes elementos são

comumente encontrados em todas as cartilhas de prevenção ao suicídio da Organização

Mundial da Saúde (OMS) e afins. Em sequência ele continua dizendo que “cerca de 90% dos

casos e 40% das tentativas de suicídio estão associados a transtornos de ansiedade e

depressão, além também de abusos de substâncias psicoativas” (CRP-SP, 2003 p. 17).

21

Neury Botega (2003, apud, NETTO, 2013) descreve que o suicídio e sua prevenção se

norteiam através de vários levantamentos internacionais. Em 97% dos casos o suicídio é

um marcador de sofrimento psíquico ou de transtornos psiquiátricos. Logo, estes dois

fenômenos são associados ou até mesmo derivados um do outro, mas não necessariamente

estão associados. O autor ressalta ainda que o sofrimento psíquico é algo legitimado da

vivência, da existência e que todos nós estamos sujeitos a esses sofrimentos em questão com

menor ou maior intensidade.

À prevenção do suicídio se interligam as mortes efetivas, isso porque estas trazem

consigo denúncias ou manifestações que se dão no âmbito da vida e da saúde de uma determinada sociedade. Essas mortes específicas, intencionalmente provocadas, irão explicitar

essas questões, tendo embasamento na exploração e profundamente marcada pela opressão,

desigualdade, competitividade e pelo individualismo. São elementos presentes nas análises

das ideações e tentativas e o suicídio consumadas, uma vez que estão diretamente associados

ao sucesso ou fracasso dos sujeitos.

#### 2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO SUICÍDIO

O estado psíquico dos seres humanos comunga de muitos dos fatores que caracterizam

o ato suicida. Segundo a OMS (2000, p.12) estes fatores são proferidos a partir de três características específicas do estado mental em mentes suicidas:

Ambivalência: a maioria das pessoas já teve sentimentos confusos de cometer suicídio. O desejo de viver e o desejo de morrer batalham numa gangorra nos indivíduos suicidas. Há uma urgência de sair da dor de viver e um desejo de viver. Muitas pessoas suicidas não pretendem realmente morrer, é somente porque elas estão infelizes com a vida. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminui. Impulsividade: suicídio é também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos ou horas. É usualmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o desejo suicida. Rigidez: quando pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, quer dizer: elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Elas pensam rígida e drasticamente. O suicídio, para a psicologia, pode ser compreendido como algo resultante de uma dor

psíquica intensa e como uma prática presente no campo da psicopatologia. Para Toro et al.

(2013), a tentativa de cometer tal ato pode acabar por ser experienciada com um misto de

sentimento ambivalentes, tais como a paixão e a passividade. Torna-se fundamental considerar a singularidade do ato suicida e seus efeitos psíquicos. Em uma análise psicopatológica, o suicídio pode ser visto como uma saída desesperada de um estado de

intenso sofrimento e desamparo.

22

#### **2.4.1 Suicídio e esquizofrenia**

Estudos em outras regiões do mundo identificaram que pessoas que cometeram suicídio em sua grande maioria estavam com a presença de algum transtorno mental. Segundo

o Ministério de Saúde (BRASIL/MS,2006), a primeira a ser pontuada é a esquizofrenia. A

nível global, cerca de 1% da população suicida possui o diagnóstico deste transtorno. No

Brasil, estima-se que 10% dos óbitos por suicídio possuem diagnóstico com o transtorno.

Nestes casos, a estratégia de prevenção mais indicada seria o tratamento preciso e

assertivo deste transtorno (OMS, 2000). Para isso, torna-se importante que se tenha conhecimento do diagnóstico, em cujo quadro estão presentes os delírios, as alucinações, os

discursos desorganizados e os sintomas negativos (embotamento afetivo, diminuição da

vontade, alogia, hipoedonia), comportamento desorganizado e perda da capacidade laboral/acadêmica/social.

O risco da prática suicida para sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia se dá

quando o paciente está no período de intercrise, não elaborando toda sua limitação e o prejuízo que a doença acarretou à sua vida. Os riscos podem ser agravados em situações de

crise psicótica, pois o indivíduo pode estar passando por um delírio auditivo e/ou visual que o

comande a tirar sua própria vida. Outro fator preocupante é o índice de reincidência em sujeitos que acabaram de receber alta de uma internação psiquiátrica (BRASIL/MS, 2006).

#### **2.4.2 Suicídio e depressão**

A depressão é outro fator citado como comórbido em casos de intento suicida, acometendo principalmente as mulheres - entre 10% e 25% da população mundial – em sujeitos que possuem tal diagnóstico. Em pessoas gravemente deprimidas, a prevalência do

suicídio é de 15% dentre os óbitos confirmados (OMS, 2000).

Alguns sintomas depressivos, se não tratados, podem colaborar com a incidência de

comportamentos suicidas, tais como: anedonia; irritabilidade; desesperança; queda da libido;

perda ou ganho de peso; dormir muito ou muito pouco; sentir-se cansado e fraco o tempo

todo; sentir-se inútil ou culpado; ansiedade; dificuldade de memória; dificuldade em concentrar-se; além de ter pensamentos frequentes de morte e suicídio.

O grande risco da depressão é o aumento da mortalidade em especial por suicídio,

sendo que nas primeiras semanas, em alguns pacientes, pode ocorrer uma

intensificação da

ideação suicida, isso independentemente de fármaco associado ao tratamento (MS, 2006).

Nestes casos, a medida preventiva mais indicada é a de informar aos familiares a situação na

qual o paciente se encontra para que esta seja um suporte ao tratamento.

23

### **2.4.3 Suicídio e o Transtorno Afetivo Bipolar**

No Transtorno Afetivo Bipolar, a prevalência do suicídio na população mundial é em

torno de 1,5% para ambos os gêneros. Os indivíduos que fazem o uso tratamento, que em

geral associa psicoterapia à terapia medicamentosa, conseguem estabilizar o humor, permitindo uma vida estável. Evidencia-se um maior risco de cometer suicídio em sujeitos

com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, quando se encontram especialmente nas fases

maníacas, e no período de ciclagem rápida (OMS, 2000).

### **2.4.4 Suicídio e o Transtorno de Personalidade**

No que diz respeito aos Transtornos de Personalidades, o sujeito possui como características básicas o autossufrimento, o causar sofrimento à sociedade, e o não aprendizado com experiências. Estes se mantêm estáveis ao longo da vida. Há um risco maior

de comportamento suicida em pessoas com as características de personalidade

Borderline,

Narcisista e Antissocial (MS, 2006).

Cumpra esclarecer que o adoecimento psíquico não está ligado somente a quem tenta

ou comete o suicídio, mas há um conjunto de fatores biopsicossociais, evidenciado a

importância de ações desempenhadas não só pela família, mas pelo estado e sociedade para

prevenir o intento suicida.

#### **2.4.4 Suicídio e a dependência de álcool**

O Ministério da Saúde (2006) alerta para o fato de que 11,2% da população brasileira

é dependente ou faz uso nocivo de bebidas alcoólicas, atingido sobretudo o público mais

jovem. Esta dependência pode estar associada à vários transtornos psiquiátricos. O álcool

também está associado ao risco suicida, isso porque ele é depressor do Sistema Nervoso

Central - SNC, além de aumentar a impulsividade, faz com que ocorram comportamentos

aversivos ao bem-estar dos sujeitos (OMS, 2000).

Há pessoa que cometem suicídio com o simples intuito de mudar o ambiente e/ou

pedir socorro. O manejo clínico nestes casos consiste em desenvolver outras estratégias que

façam com que estes sujeitos encontrem outro meio de sair de tal situação que não seja o

suicídio (NETTO, 2013).

Solomon (2014) alerta para o fato de que as pessoas com ideias e/ou intenções suicidas sempre demonstram sinais de que podem cometê-lo, e que estes fatores não podem ser ignorados. Estas pessoas possuem sentimentos de morte, e sem uma intervenção, podem

24

chegar a legitimar este ato. Profissionais da saúde e familiares devem sempre estar atentos aos

sinais mais típicos, tais como: sentimento de desamparo, desesperança, desespero e depressão.

É perceptível quão grande e preocupante é a crescente prática do suicídio, tanto a nível

mundial como no Brasil, sobretudo em jovens e adolescentes. Percebendo o fenômeno como

uma questão de saúde pública, tornam-se necessárias estratégias de enfrentamento e prevenção cada vez mais acessíveis para as populações em risco.

25

### **3 ANÁLISES E RESULTADOS**

O suicídio figura um fenômeno complexo humano, apresentando-se como um problema de saúde pública, visto o que é crescente o número de casos subnotificados.

De acordo com as pesquisas, notou-se que no Brasil, a mortalidade em jovens por meio de suicídio manteve-se dentro da média se considerarmos os anos de 2005 a 2010,

com uma proporção de pouco mais de 16% como média (Ver Gráfico 1), exceto no ano de

2008, onde houve um aumento significativo comparado ao demais anos.

**Gráfico 1** - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa (BRASIL) nos anos de 2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

**Tabela 1** - Óbitos por suicídio de acordo com a Unidade Federativa (BRASIL) nos anos de 2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos.

**UF/ ANO 2005 2006 2007 2008 2009 2010 TOTAL**

% % % % % % % 16,5 16,8

**Brasil**

n n n n n n n 1652 1680

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação em Saúde sobre Mortalidade e Suicídios (SIMS)  
taxa de suicídio aumentou para 17,8%, s

Acredita-se que esse crescimento dos óbitos por suicídios deve-se a crise econômica

internacional com a quebra do banco Lehman Brothers, a qual foi considerada devastadora

26

pelos economistas naquela época. Para o economista Paulo Roberto Almeida<sup>1</sup> (2009), no

Brasil a crise influenciou a vida da família brasileira negativamente, visto que houve a exaustão

dos créditos para o comércio exterior, seguida da retração dos mercados externos e dos

investimentos estrangeiros, paralelamente à queda brusca nos preços dos principais produtos

de exportação, o que gerou desemprego setorial no Brasil e revisão completa dos planos de

investimentos na base produtiva nacional. O momento mais dramático foi à queda brutal da

produção industrial no último trimestre de 2008, com o aumento concomitante do desemprego

no setor, fazendo com que as estimativas dos analistas quanto aos indicadores de crescimento

passassem do pessimismo ao catastrófico<sup>2</sup>.

Braga e Dell'Aglio (2013) aprestam que no Brasil, no ano de 2005, foram registrados

oficialmente 8550 suicídios, o que representa uma morte a cada hora diariamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É importante citar, que tais dados discordam com os dados fornecidos na pesquisa, e

podem ser justificados porque o DATASUS pode apresentar margem de erro, segundo os

especialistas, já que não são notificados todos os suicídios. A subnotificação dos casos de

suicídio pode ser omitida por vários motivos, dentre eles: religiosos, sociais, culturais, políticos, econômicos etc.

Macente e Zandonade (2010) citam que no Brasil, assim como no resto do mundo,

tanto a disponibilidade quanto a qualidade dos dados referentes aos óbitos são fatores que

limitam as pesquisas sobre a mortalidade. Logo, os mesmos autores, ainda citam que não se

disponha de uma medida precisa que indique o grau dessa distorção, a qual deve variar no

espaço e no tempo.

Ferreira (2013) menciona que mesmo o Brasil apresentando coeficiente baixo de

mortalidade por suicídios, por ser um país de dimensões continentais, representando 47% do

território da América do Sul (PAIM et al, 2011) e possuir uma vasta população, está entre os

nove países com maiores números absolutos de suicídios (ABP, 2009).

<sup>1</sup> Paulo Roberto Almeida é diplomata, mestre em planejamento econômico pelo Colégio dos Países em Desenvolvimento da Universidade de Estado de Antuérpia e doutor em ciências sociais pela Universidade de Bruxelas. Trabalhou como assessor especial no Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. É autor dos livros: "O Mercosul no contexto regional e internacional" (Aduaneiras, 1993), " O Brasil e o multilateralismo econômico" (Livreria do Advogado, 1999), " Relações internacionais e política externa do Brasil: história e sociologia da diplomacia brasileira (UFRGS, 1998)", "O moderno príncipe – Maquiavel revisitado" (2007), "Relações internacionais e política externa do Brasil" (LTC, 2012) e "Nunca antes na diplomacia... - A política externa brasileira em tempos não convencionais" (APPRIS, 2014). <sup>2</sup>

Texto retirado do artigo: " A crise econômica internacional e seu impacto no Brasil". Disponível em:

Também se analisou os óbitos por suicídio de acordo com as regiões no Brasil. De acordo com os resultados verificou-se que a região Sudeste teve os maiores índices de suicídio no período estudado, seguido da região Nordeste, como pode ser visto no Gráfico 2 e Tabela 2.

Nota-se que as mortes por suicídio por regiões evidenciam que os jovens da região Sudeste cometem mais suicídio, tendo como segunda colocada a região a nordeste. Na região sudeste o ano que se obteve mais suicídio foi em 2010 com cerca de quase 590 suicídios, na região nordeste o número de suicídios teve seu pico no ano de 2008 com 468 mortes. A terceira região que mais teve a prevalência de suicídio foi a sul, tendo 360 no ano de 2008.

**Gráfico 2** - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos. **n:** número/ %:

porcentagem

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

**Tabela 2** - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24  
anos

REGIÃO

**Norte Nordeste Sudeste Sul Centro-oeste Total**

ANO n n n n n n

n n n n n n

2005

210 468 543 360 202 1783

153 411 540 368 180 1652

11,8 26,2 30,5 20,2 11,3 100

9,3 24,9 32,7 22,3 10,8 100

2009

2006

n n n n n n

n n n n n n

202 411 523 305 172 1613

**140 434 588 340 178 1680**

12,5 25,5 32,4 18,9 10,7 100

8,3 25,9 35 20,2 10,6 100

2010

2007

n n n n n n

n n n n n n

187 428 589 291 160 1655

184 451 533 308 170 1646

11,3 25,9 35,6 17,6 9,6 100

11,2 27,4 31,4 18,8 10,3 100

TOTAL

2008

n n n n n n

1076 2603 3316 1972 1062 10029

10,7 25,9 33,1 19,7 10,6 100

**n:** número/ **%:** porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

29

De acordo com Souza et al.,(2011) a região Sudeste concentra 50% dos registros de

suicídio, porém, a região Sul possui os maiores coeficientes de suicídio e as regiões Norte e

Nordeste apresentam os menores índices. Macente e Zandonade (2010) concordam com a

ideia mencionada acima quando relataram que a distribuição dos óbitos por suicídio no país

demonstra que os coeficientes variam muito entre as várias regiões, pois, enquanto a região

Sudeste concentra 50% dos registros de suicídio, a região Sul possui os maiores coeficientes

de suicídio e a região Norte, os menores índices, não sendo possível afirmar precisamente

qual a relação entre esses dados e os problemas relacionados à qualidade do registro das

informações.

Já para Rodrigues e Morato (2014) nas regiões sul e sudeste há claramente uma fragilidade humana frente ao suicídio. O ano de 2012 foi o de maior incidência no país, nas

regiões sul e sudeste, com destaque para os estados Paraná e Minas Gerais.

Oliveira, Filho e Feitosa (2012) relatam em seu estudo que entre os anos de 1980 e

2006, o Nordeste brasileiro apresentou a taxa mais baixa relacionada a algumas outras regiões,

com uma média de 2,7 mortes por 100 mil habitantes, o que discorda da pesquisa do DATASUS. A pesquisa atribui-se essa discordância as falhas de notificação no sistema.

É importante citar que as regiões com as maiores taxas de suicídio são as mais populosas do país, o que nos remete há uma análise de que por tais determinantes sejam os

que mais têm essa prevalência. É sabido ainda que por seres grandes cidades e por terem uma

população acentuada em números de habitantes, além de mercantilista a mesma possui um

nível de estressores grandes o que pode acabar por acarretar a presença de mais mortes por

suicídio nesses jovens principalmente, já que a concorrência laboral e acadêmica é maior.

Analisou-se ainda os óbitos por suicídio no estado do Tocantins. Verificou-se que os

óbitos por suicídio em jovens no Tocantins têm seu maior índice no ano de 2007 (Gráfico 3 e

Tabela 3) com quase 21% de mortes por suicídios, tendo assim 26 jovens cometendo o ato.

30

**Gráfico 3** - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos.

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

**Tabela 3** - Óbitos por suicídio no estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos

| UF/ANO           | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL                  |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------------------------|
|                  | 21   | 22   | 21   | 124  | %    | %    | % % % % 13,7 13,7 20,9 |
| <b>Tocantins</b> | 17   | 17,7 | 17   | 100  |      |      |                        |

n: número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No Brasil neste ano houve 1646 suicídios em jovens e, na região norte, 184 mortes

neste mesmo período. Nos anos seguintes a mortalidade por suicídios manteve-se uma média

de 17%, tendo assim cerca de 21 mortes por ano. Segundo Ferreira et al., (2014) na região

Norte os estados com maiores índices de mortes por suicídios são o Tocantins, Amapá

e Acre,

onde as taxas foram bastantes acentuadas no período de 1998 e 2008. Os autores ainda citam

que o estado do Tocantins em 1998 ocupava a 14a colocação nacional, e em 2008 já ocupava a

7a posição por óbitos de suicídios na população jovem.

Rodrigues e Morato (2014) relatam que a região norte mantém níveis baixos, porém o

Tocantins é a unidade da federação que apresenta um índice mais alto entre as outras unidades.

31

É válido citar que o Tocantins é um estado que apresenta uma população aproximada

de 6.000 índios. Vivem no estado os Xerente (povo Akwen), os Karajá, Javaé e Xambioá

(povo Iny), os Apinajé (povo Panhi) e os Krahô (povo Meri). Esses povos têm uma cultura

rica e uma história de luta pela sobrevivência e mantêm rituais e festas com uma forte ligação

com o seu passado (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2009), o suicídio de índios no Brasil chega a

ser seis vezes maior do que a taxa nacional, enquanto o índice geral no Brasil é de 5,3 suicídios por 100 mil habitantes, a incidência sobe para acima de 30 em alguns municípios

com população indígena.

Acredita-se que os altos índices de suicídio no estado estejam intimamente ligados

com os povos indígenas que residem no estado. Nos últimos anos, a preocupação com esses

povos aumentou devido ao crescimento das taxas de suicídios entre os índios Karajá da

Aldeia Santa Isabel do Morro, na Ilha do Bananal (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – DSEI ARAGUAIA, 2015).

O DSEI Araguaia (2015) contabiliza 39 mortes por suicídio de 2002 aos dias atuais,

sendo que, desses, 33 eram Karajá. O primeiro suicídio de um indígena Karajá foi em 2005, e,

nove dias depois, houve o segundo caso, sendo que ambos utilizaram arma de fogo. Entre

2007 e 2008 ocorreram três suicídios,. Os números foram crescendo e, em 2010, houve dois

óbitos e 33 tentativas de suicídio. A partir daquele ano, o método dos suicídios passou a ser

enforcamento.

Outro fator a ser considerado é que o Estado de Tocantins caracteriza-se por ter na

agricultura o setor que absorve a maior parte da população economicamente ativa segundo os

dados da Secretária de Desenvolvimento da Agricultura e Pecuária – SEAGRO (2015). Logo,

há uma grande incidência de uso de agrotóxicos, sendo que, como explanado, a exposição a

esses produtos pode causar transtornos mentais. Bombardi (2011) explica que se levarmos em

consideração a segunda hipótese, no que se refere ao aumento no número de

suicídios,

podemos relacionar à intoxicação por agrotóxico com os transtornos psíquicos causados pela

exposição a estes produtos, especialmente organofosforados, embora não apenas.

Também foi pesquisado o número de óbitos por suicídio na capital do Estado do Tocantins - Palmas. No município de Palmas - TO os óbitos por suicídio tiveram seu maior

índice no ano de 2007 com 31% sendo sete mortes, tendo no estado 26 suicídios. No ano de

2006 não foi registrado na cidade nenhuma morte em jovens por esse ato como pode ser visto

no Gráfico e Tabela 4.

32

**Gráfico 4-** Óbitos por suicídio no município de Palmas -TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos.

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

**Tabela 4** - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos.

| <b>UF/ANO</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>TOTAL</b> |                      |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|----------------------|
|               |             |             |             |             |             |             |              | <b>n n n n n n n</b> |
| <b>PALMAS</b> |             |             |             |             |             |             |              |                      |
|               |             | 2           | 0           | 7           | 4           | 4           | 5            | 22                   |
|               |             | <b>9</b>    | <b>0</b>    | <b>31,9</b> | <b>18,2</b> | <b>18,2</b> | <b>22,7</b>  | <b>100</b>           |

**n:** número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A capital do estado do Tocantins em 1998 ocupava a 8a posição em relação à morte de jovens por suicídio e em 2008 passou para a 5a colocação (FERREIRA et al., 2014).  
Pesquisas

apontaram que no primeiro semestre de 2007, as causas externas foram responsáveis pelo

maior número de óbitos na cidade de Palmas. E, dentre essas causas, o suicídio ocupou o

segundo lugar, sendo superado unicamente pelos acidentes de trânsito

(PALMAS/SMS/DVS/DANT, 2007).

Ferreira (2013) observou que no município de Palmas o coeficiente de mortalidade por

suicídio, no período, apresentou uma taxa média de 4,9 casos por 100 mil habitantes.

Entretanto, os anos 2007 e 2008 apresentaram elevações significativas nos coeficientes de 8,4

33

e 6,0 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Tal elevação nos coeficientes de mortalidade, por suicídio, justifica-se pela redução considerável no número estimado de habitantes da cidade, ocasionado pela contagem geral da população, realizada pelo IBGE no

ano de 2007, em que aponta uma redução de mais de 42.500 no número anteriormente estimado de habitantes da cidade.

No estudo do registro de óbitos por suicídio no IML de Palmas (Tocantins) realizado

por Oliveira (2004), entre 2001 a 2004, o autor discorre que a maior parte das vítimas que

cometeram suicídio são lavradores, com 33% de participação, o que nos remete a ideia de que

uso de agrotóxicos levam a tentativas e conseqüentemente ao ato de cessação da vida. Isso

pode ser justificado, de acordo com Pires, Caldas e Recena (2005), uma vez que a

exposição

aos agrotóxicos está fortemente associada à prevalência de transtornos psiquiátricos menores.

Logo, transtornos como a depressão e a ansiedade, além de mais frequentes, são reconhecidos

como um fator prevalente nas tentativas de suicídios.

Vale citar que esta relação entre suicídio e agrotóxico obteve resultados semelhantes

em demais estudos. Um estudo realizado por Faria e colaboradores (2000) revela que a taxa

de suicídios em áreas agrícolas é significativamente maior que em outras regiões geográficas

com características socioeconômicas e demográficas similares.

Durante a pesquisa, também se analisou o número de óbitos por suicídio no Brasil, de

acordo com o sexo. Nesse período se observou que em 2008 o sexo masculino obteve maior

número de casos com 17,9% de óbitos por suicídio (Gráfico 5). Em sequência o ano de 2006

registrou 1293 casos (Tabela 5), sendo o segundo ano com maior registro.

Como já citado anteriormente no ano de 2008 o mundo passava por uma crise econômica, que afetou vários países, inclusive o Brasil. A taxa de desempregados no país

aumentou, o que gerou um caos na economia. De acordo com Stuckler e Basu (2013) pessoas

sem emprego tem duas vezes mais chance de pôr fim às suas vidas do que aqueles empregados.

Ainda os mesmo autores explicam que nos EUA, a taxa de suicídio, que vinha crescendo lentamente desde o ano 2000, teve um salto após a recessão de 2007-2009, época

em que ocorreu a crise internacional na economia.

Visto que no Brasil, a crise afetou em sua maioria as indústrias automotivas, na qual, a

maioria dos funcionários são do sexo masculino, acredita-se que por esta razão o número de

suicídios do sexo masculino foi maior nesse período. Dessa forma, é válido lembrar que para

Durkheim (1982) a hierarquia de valores pessoais, colocando o trabalho ou não como o centro

34

das referências, também poderia estar na base da decisão de suicídio decorrente da desorganização de trabalho.

**Gráfico 5** - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010

em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Tabela 5** - Óbitos por suicídio de acordo com a Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010

em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.

|   | <b>BRASIL</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>TOTAL</b> |        |       |       |       |       |      |      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|---|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|------|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| n | n             | n           | n           | n           | n           | n           | n           | n            | 1247   | 1293  | 1267  | 1387  | 1270  | 1287 | 7751 | % | % | % | % | % | % | % | 16,10 |
|   |               |             |             |             |             |             |             |              | 16,70% | 16,30 | 17,89 | 16,40 | 16,60 | 100  |      |   |   |   |   |   |   |   |       |

n: número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em relação ao número de suicídios do sexo masculino por região, a região sudeste

apresentou maior número em todos os anos pesquisados, porém teve maior número em 2006

(Gráfico 6). Já a região Nordeste teve seu pico no ano de 2008 com 335 casos. A Região Sul

apresentou 18,9% dos casos em 2005, sendo maior o número de suicídios neste ano. Em

relação a região Norte, registrou em 2008, 173 casos, sendo o maior numero registrado

durante o período pesquisado (Tabela 6). E a região Centro-oeste apresentou em 2008, 19,9%

do número de suicídios, sendo as maiores taxas neste ano.

35

De acordo com a pesquisa, podemos observar que as taxas de suicídios foram significativamente maiores nas regiões que experimentaram as maiores perdas de postos de

trabalho no ano de 2008, como podemos destacar a região Sudeste e Nordeste.

Um fato que chama bastante atenção é que indivíduos tendem a ficar inevitavelmente

doentes ou morrerem por conta de crises econômicas. A política fiscal, ao que parece, pode

ser uma questão de vida ou morte.

**Gráfico 6** - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.





Considera-se que estas taxas são maiores no sexo masculino devido a uma questão

cultural. Peleja e Caixeta (2013) relatam que indígenas do sexo masculino em determinadas

aldeias são mais susceptíveis, uma vez que estes recebem uma maior sobrecarga de estresse

que podem levar a um transtorno psicológico. Assim, sabendo que a idade estipulada para a

pesquisa abrange uma fase da vida que representa um momento de transição da condição de

criança para adulto, lembrando que em algumas tribos indígenas não existe o conceito da

adolescência, essa maior sobrecarga de estresse não se dá apenas do ponto de vista psico-

socio-cultural, mas também do biológico, por se tratar de fase de intensa modificação hormonal, na qual o cérebro ainda está em processo de amadurecimento, talvez por isso se

tornam mais susceptível a doenças mentais mais graves e conseqüentemente ao suicídio.

**Gráfico 7** - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino.

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

38

**Tabela 7** - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Masculino

**ESTADO/ANO 2005 2006 2007 2008 2009 2010 TOTAL**

**n n n n n n n**

**TOCANTINS**

**12 14 19 19 17 16 97**

**12,3 14,4 19,6 19,6 17,5 16,6 100**

**n:** número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quando se pesquisou sobre o número do óbitos em Palmas -TO do sexo masculino,

verificou –se que em 2007 registraram-se 5 casos totalizando 26,3% dos casos neste ano.

Percebeu-se ainda que nos anos de 2008 a 2010 os dados permaneceram estáveis com 21,1%,

como pode ser visto na Tabela 8 e Gráfico 8.

Em um estudo realizado em 2014 com título: Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial,

observou-se maior concentração de casos masculinos nas faixas entre 20 a 25 e 26 a 30 anos

(36,8%) e entre 31 a 40 anos (31,5%). Ainda, três adolescentes (15/19 anos) e um idoso

(61/70 anos).

Também observou-se que os principais fatores associados aos casos foram agrupados

em categorias. Entre os homens, a maior frequência foi dos transtornos mentais, com 13 casos

(28,3%). Deste total, quatro eram usuários do CAPS, seis faziam acompanhamento ambulatorial e três casos sem diagnóstico. O segundo fator de risco identificado entre os

homens (15,2%), foi o uso do álcool e outras drogas, principalmente o crack e a maconha,

geralmente associado a outras comorbidades. Em seguida os desajustes causados pelos

relacionamentos familiares conturbados, pela violência intrafamiliar; as condições desfavoráveis de trabalho; história familiar de mortes por suicídio e mudança de cidade ou

estado com 6,5% cada uma, além da violência intrafamiliar, doenças físicas incapacitantes e

as dificuldades relacionadas ao trabalho ou à escola (FERREIRA, 2014).

**Gráfico 8** - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo  
Masculino

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Tabela 8** - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo  
Masculino

**CAPITAL/ANO 2005 2006 2007 2008 2009 2010 TOTAL**

**n n n n n n**

PALMAS

**2 0 5 4 4 4 19**

**10,4 0 26,3 21,1 21,1 21,1 100**

n: número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na análise dos óbitos por suicídio de jovens do sexo feminino, no Brasil, no ano de

2005, observou-se o maior número de registro com 17,7%, sendo o segundo maior pico em

2008 com 17,4%, porém é importante citar também, o ano de 2006 com 17%, como mostrada

no Gráfico 9.

40

**Gráfico 9** - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010

em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Tabela 9 - Óbitos por suicídio de acordo com Unidade Federativa nos anos de 2005 a 2010**

em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

|               | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|---------------|------|------|------|------|------|------|-------|
|               | n    | n    | n    | n    | n    | n    | n     |
| <b>BRASIL</b> | 17,7 | 17   | 16,7 | 17,4 | 15   | 16,2 | 100   |

n: número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM Segundo Ferreira Junior (2015) a taxa de suicídio no mundo é de 11,4 por 100 mil

habitantes, destes 15,0 são referentes a homens e 8,0 para mulheres, já em nosso país os

números são de 5,8 (2,5 para mulheres e 9,4 para homens).

O mesmo autor ainda arrisca citar que 75% dos casos de suicídio ocorrem em países

subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, crescendo principalmente entre os jovens (FERREIRA JUNIOR, 2015).

Analisando o resultado das pesquisas verifica-se que no Brasil mulheres se suicidam

bem menos que os homens, isso segue uma tendência mundial, com exceção da China, como

já citado anteriormente. Tal afirmação também é descrita pela a OMS (2014) que indica que o

suicídio é mais comum entre homens e a tentativa de suicídio entre as mulheres. Durkheim

(2014) também percebe essa tendência em seus estudos e afirma ser histórica.

Outro fator a ser considerado é que no Brasil ainda há uma cultura de discriminação,

principalmente no que refere a gênero e raça. E as mulheres estão no topo dessas desigualdades sociais, o que as torna mais vulneráveis a problemas psíquicos e conseqüentemente ao suicídio. Pinheiro e seus colaboradores (2006, p. 4) ressaltam que a

violação dos direitos humanos em volta das mulheres ainda é maior quando “constatamos a

magnitude da população brasileira que está sujeita, cotidianamente, a agressões, humilhações

e outros tipos de violências não expressas ou simbólicas não, baseadas em seu sexo ou em sua

cor ou raça”.

Outra questão que merece ser analisada é o fato de que mais mulheres estão se tornando as únicas responsáveis pela família, fato este que em 2004 correspondia 15,2% do

total de famílias brasileiras. Tais mulheres são encarregadas de realizar as tarefas domiciliares, além de serem a única fonte de renda da moradia, o que mais uma vez torna não

somente elas mas a toda a família mais vulnerável. visto que estas mulheres buscam certamente pela manutenção da economia da família e ainda estão sobrecarregadas com os

afazeres domésticos (PINHEIRO et al., 2006).

Quando se analisa os suicídios do sexo feminino por região, verifica-se que as regiões

Nordeste e Sudeste são as responsáveis pelo maior número de mortes em todos os anos

pesquisados, de acordo com Gráfico e Tabela 10.

**Gráfico 10** - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

**Gráfico 10** - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

42

**Tabela 10** - Óbitos por suicídio de acordo com a Região nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

REGIÃO

**Norte Nordeste Sudeste Sul Centro-oeste Total**

ANO n n n n n n

n n n n n n

2005

37 133 119 70 37 396

48 123 121 68 45 405

9,4 33,5 30 17,7 9,4 100

11,8 30,3 29,9 16,8 11,2 100

2009

2006

n n n n n n

n n n n n n

41 112 104 42 44 343

**32 120 116 77 42 387**

11,9 32,6 30,3 12,2 12,9 100

8,3 31 30 19,9 10,8 100

2010

2007

n n n n n n

n n n n n n

41 113 128 56 30 368

34 121 112 75 37 379

11,2 30,7 34,8 15,2 8,1 100

9 32 29,5 19,8 9,7 100

TOTAL

2008

n n n n n n

233 722 700 388 235 2278

10,2 31,7 30,7 17,1 10,3 100

Acredita-se que esses dados são maiores principalmente na região nordeste por ser

uma região brasileira que possui níveis alarmantes de pobreza. Caldas e Sampaio (2015)

ênfatizam que a pobreza é caracterizada pela pior forma de privação humana, as quais não

englobam apenas as privações das necessidades materiais, mas também a falta de oportunidade

de ter uma condição de vida tolerável.

Logo, Braga e Dell'Aglio (2013) consideram a vulnerabilidade gerada pelas situações

de pobreza como uma situação social que pode predispor ao suicídio. Isso acontece devido a

alguns fatores que incidem diretamente a prática do suicídio como o desemprego, o estresse

econômico e a instabilidade familiar, que aumentam os patamares de ansiedade dos indivíduos (MENEGHEL et al., 2004).

Outro fato que chama atenção é que o nordeste é a região brasileira com maior número

de casos de violência contra a mulher (IPEA, 2013). Violência doméstica contra mulheres e

os filhos é um fator que contribui para o comportamento suicida feminino (MINAYO; CAVALCANTE, 2013).

Nota-se também que de acordo com Machado e Santos (2015, p. 50) na região

Sudeste “cresceu 34,8% a mortalidade por suicídio, sendo maior o crescimento entre mulheres, 57,6%, comparado com 29,5% entre homens, entre jovens de 10 a 25 anos com

35,2% e no grupo de 25 a 59 anos com 31,6%”.

Em relação ao número de óbitos por suicídio do sexo feminino no estado do Tocantins, verificou-se que no período estudado, o estado apresentou 27 mortes, sendo

o maior número de casos registrados no ano de 2007 com 7 mortes, como pode ser visto

na Tabela e Gráfico 11.

44

**Gráfico 11** - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

SIM

**Tabela 11** - Óbitos por suicídio no Estado do Tocantins nos anos de 2005 a 2010 em jovens

com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo  
Feminino

**ANO** 2005 2006 2007 2008 2009 2010 **TOTAL**

TOCANTINS n n n n n n n

5 3 7 2 5 5 27

% % % % % % %

**18,5 11,1 26 7,4 18,5 18,5 100**

n: número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de  
Informações sobre Mortalidade – SIM

Viana e colaboradores (2008) apontam alguns fatores que veem a justificar o ato suicida, dentre elas podemos citar o isolamento social, a perda de um ente querido ou a ruptura de uma relação afetiva, que podem desencadear pensamentos e até o ato suicida, cuja incidência é maior nas mulheres sem filhos. Outro fator bastante predominante no sexo feminino é a violência contra elas.

Segundo a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher - DEAM (2016), o Tocantins, nos últimos anos ocupa o segundo lugar no ranking dos estados brasileiros de violência contra a mulher. Como já citado anteriormente a violência contra mulher, pode desencadear um série de transtornos psíquicos a vítima. Para Correia e coautores (2014) a

45

violência doméstica se torna um agravo à saúde, com sérias implicações para a saúde

mental

das mulheres, culminando em tentativas de suicídio.

É importante mencionar que a pesquisa engloba jovens, e neste período há intensas

modificações, os sentimentos se tornam bastantes aflorados e logo surgem emoções como o

desamor e rejeição por parte dos parceiros. Para Correia e seus colaboradores (2014) tais

elementos também sinalizam para os sentimentos negativos que diminuem a autoestima e, por

consequinte, favorecendo os elementos do quadro depressivo que acarreta em pensamentos

suicidas ou até mesmo no autoextermínio.

Quando analisado o número de óbitos por suicídio do sexo feminino no município de

Palmas, verificamos que no período que compreende a pesquisa houve 3 mortes, duas no ano

de 2007 e uma em 2010, de acordo com a Tabela 12 e Gráfico 12.

**Gráfico 12** - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

46

**Tabela 12** - Óbitos por suicídio no município de Palmas-TO nos anos de 2005 a 2010 em

jovens com faixa etária entre 15 a 24 anos do sexo Feminino

**ANO 2005 2006 2007 2008 2009 2010 TOTAL**

**n n n n n n n**

**PALMAS**

**0 0 2 0 0 1 3**

**0 0 66,7 0 0 33.3 100**

**n:** número/ %: porcentagem **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Um fato que chama atenção é que a capital do estado do Tocantins é citada como uma

das cidades que estão em destaque no ranking da violência contra a mulher, porém não apresenta números que justificam o favorecimento do aparecimento de doenças psíquicas que

levem ao ato de praticar o suicídio. Porém, é importante mencionar que causas como as

vivências carregadas de sentimentos de rejeição, histórias de abusos e perdas podem agir

como eventos adversos de vida e são possíveis motivadores para a decisão pelo suicídio

(CORREIA et al., 2014).

Segundo o estudo de Sena-Ferreira e seus coautores (2014), realizado em Palmas-TO

nos anos de 2006 a 2009, os fatores de riscos identificados para as taxas de mortes no período

estudado foram muitos, o principal fator de risco identificado foram os quadros depressivos,

associados ou não ao uso de substâncias psicoativas (30,7%). Em seguida os distúrbios no

relacionamento familiar, violências entre seus membros, tentativas e suicídios consumados

entre familiares, privações de bens básicos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e as

migrações, com 7,7% cada.

Fazendo um comparativo sobre a variável sexo, de maneira geral, é importante mencionar que se forem avaliadas as estatísticas mundiais, tais resultados apresentados estão

de acordo com os demais trabalhos pesquisados. Segundo a Organização Mundial de Saúde -

OMS (2000) na maioria dos países, mais indivíduos do sexo masculino cometem

suicídio, a

razão masculino/feminino, no entanto, varia de país para país.

Outro fator é que as taxas mais altas de suicídio são observadas em idosos do sexo

masculino em todo o mundo. No Brasil, as taxas de suicídio na população masculina são o

dobro daquelas observadas na população geral (MINAYO, CAVALCANTE, 2013).

Verifica-se também que aspectos culturais e sociais devem ser considerados nessas

diferenças de gênero, pois meninos e meninas são socializados de maneira diferente e a

sociedade é mais permissiva com meninos do que com meninas quanto à

47

expressão comportamentos mais agressivos. Das meninas, é socialmente esperado que sejam

mais delicadas, contidas e menos agressivas que os meninos. Assim, é possível pensar que a

diferença na forma com que meninos e meninas são educados e socializados influencia na

escolha de métodos suicidas mais agressivos (e por consequência mais efetivos) por parte dos

adolescentes do sexo masculino (BRAGA, DELL'AGLIO, 2013).

De acordo com Meneghel e colaboradores (2004), alguns fatores protetores têm sido

relacionados à menor ocorrência do suicídio consumado entre as mulheres, destacando-se a

baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade ou espiritualidade e atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Soma-se a isso o fato de

as mulheres, em geral, identificarem precocemente sinais de risco para depressão ou outras

doenças mentais, além de estarem mais propensas a buscar ajuda em momentos de crise e

terem uma rede de apoio social e afetivo mais amplo do que os homens.

Os mesmos autores, ainda enfatizam que por outro lado, os papéis atribuídos à masculinidade envolvem aspectos que podem predispor os homens a comportamentos suicidas. Tais aspectos podem incluir a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a

tecnologias letais e armas de fogo. Além disso, os homens são mais sensíveis a aspectos

relacionados ao trabalho, ao desemprego e ao empobrecimento (MENEGHEL et al., 2004).

48

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O suicídio vem se configurando como assunto de grande interesse público, pois este

ato permanece em estado crescente no mundo de uma forma geral. Este fenômeno é conceituado por vários autores que mesmo se diferenciando entre si acabam por entrarem em

comum acordo ao afirmarem que consiste no ato de tirar-se a própria vida presente somente

na raça humana, resultante de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e

sociais. Sendo o suicídio uma das dez principais causas de morte a nível mundial e duas ou

três causas de morte em adolescentes ou jovens adultos, neste grupo o crescimento se tornou

ainda mais preocupante o que levou aos governos a terem uma atenção mais acentuada

para esses principalmente os que se encontram em situação de vulnerabilidade.

O suicídio segundo essa faixa etária possui dois picos, sendo eles em jovens de 15 a 35

anos e em idosos acima dos 75 anos de idade. Outra questão a ser levada em consideração é

que pessoas que possuem algumas doenças crônicas e dolorosas estão propensas a cometer o

suicídio. Já fatores ambientais podem ser citados como estressores da vida, como problemas

interpessoais, perdas, rejeição, problemas financeiros, mudanças na sociedade. Além de

indivíduos que estão expostos a produtos agrotóxicos, países em que não possuem obrigatoriedade de porte de arma e ingestão de fármacos..

No que diz respeito ao suicídio em jovens verificou-se que neste grupo teve um aumento significativo e, dentre as possíveis causas, foi pontuado a priori ser esta fase de

extremas mudanças biológicas, o que concerne em o adolescente mostrar-se perturbado diante

das responsabilidades existentes e de um futuro que tem a ser escolhido. Em alguns países

como Suíça, Áustria e Canadá o suicídio em adolescentes começa a se configurar como

quadro epidêmico, passando a ser este período de vida uma fase vulnerável, no Brasil também

houve um acréscimo destes números, o que começa a se tornar algo preocupante ao governo.

Pode-se ponderar como fatores de riscos neste grupo o isolamento social, abandono, exposição a violência intrafamiliar, transtornos de humor, bullying, relacionamentos sexuais,

decepção amorosa, homossexualismo, suicídio de um membro da família, influências culturais de programas televisivos, abuso sexual, uso de drogas dentre outros.

Os riscos para este fenômeno mostram-se diversos, indo do pensamento perpassando

pelo planejamento até a tentativa em si. Assim, casos que possuam riscos devem a ser levados com cuidados. Alguns fatores, como pessoas que possuem transtornos de ansiedade

tem que ter uma atenção dobrada para que estes indivíduos não venham a chegar a procurar o

suicídio. Ainda, países de renda baixa e média estão mais propensos a ter uma carga maior de

49

eventos suicidas e acabam por ter, já que não estão capacitados de forma precisa para intervir nestes casos, o que faz com que não acompanhem a crescente, sendo o Brasil incluído neste grupo.

O suicídio tem por principais métodos utilizados na sua prática o uso de armas de fogo, afogamento ou submersão, deglutição de corpos estranhos, enforcamento ou estrangulamento, eletrocussão, precipitação, instrumentos perfurantes ou cortantes, intoxicação por gases, incineração e envenenamento. Este ato, mesmo que por muitas

vezes

não se consiga prever de fato, apresenta indicadores de riscos que podem ser detectados, sendo eles: se mostrar depressivos, insucesso escolar, falta de apetite, apatia, dificuldades em relacionamentos, abuso de drogas, insônia, afastamento ou isolamento social, lutos , além de indivíduos que possuem alguma doença física como AIDS, câncer, ou doenças mentais como dependências, alcoolismo, esquizofrenia.

Para a psicologia o suicídio pode ser o retrato de uma dor vista como intensa e como

uma prática presente no campo da psicopatologia, sendo considerado por este campo como

uma saída desesperada de um estado de intenso sofrimento e desamparo. Alguns estudos

mostram que indivíduos que cometeram o ato tinham algum transtorno mental sendo o

primeiro a ser pontuado a esquizofrenia, seguido da depressão, já que pessoas gravemente

deprimidas tem risco maior de cometer o suicídio. Indivíduos que apresentam transtorno

bipolar também podem chegar a cometer o ato quando estão na fase maníaca e no período

de ciclagem rápida. O transtorno de personalidade aparece também como fator de relevância

e a dependência de álcool já que é depressor do sistema nervoso.

Verifica-se que há discordâncias em relação aos estudos sobre suicídio, já que este

numero se encontra de forma crescente e no que diz respeito aos números notificados

se

encontram inferiores. Logo percebe-se uma deficiência nas notificações destes casos, sendo

possível por inúmeros fatores desde a falta de IML em determinados municípios, a ocultação de alguns casos por não serem bem vistos na sociedade, além de por algumas vezes

esta ocultação é mais viável para a família do que diz respeito a seguros, e também em casos

de acidentes que por muitas vezes não há como identificar suicídio ou homicídio.

50

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.** Psico-USF, 2010.

AVANCI, R.C.; PEDRÃO, L.J.; COSTA, JUNIOR, M.L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BOMBARDI, L. M. **Intoxicação e morte por agrotóxicos no Brasil: a nova versão do capitalismo oligopolizado.** Boletim DATALUTA, 2011.

BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos.** Estudos de Psicologia. Porto Alegre, 2006.

BOTEGA, N.J.; WERLANG, B.S.G.; CAIS, C.F.S.; MACEDO, M.M.K. Prevenção do Comportamento Suicida. **Revista Psico.** Porto Alegre, 2006.

BRASIL. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017.** Programa Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Prevenção de Suicídio 2006**. Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução no 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2012.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. **Suicídio na adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero**. Contextos Clínicos, 2013.

CALDAS, R. M.; SAMPAIO, Y. S.B. Pobreza no nordeste brasileiro: uma análise multidimensional. **Revista de Economia Contemporânea** , 2015.

CARNEIRO, A. B. F. Suicídio, Religião e Cultura: Reflexões a parti da obra Sunset Limited. **Reverso**, 2013, vol. 35.

CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEGAN, N.; TURECKI, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre a depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

CORREIA, C. M.; GOMES, N. P.; COUTO, T. M.; RODRIGUES, A. D.; ERDMANN, A. L. E.; DINIZ, N. M. F. **Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo**. Florianópolis, 2014.

<sup>51</sup> DELEGACIA ESPECIALIZADA NO ATENDIMENTO À MULHER – DEAM. **Violência contra a Mulher**. Palmas, 2016.

DE LEO, D. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – DSEI ARAGUAIA. **Saúde dos Indígenas**. I Seminário Municipal dos Povos Indígenas, 2015. Disponível em: [www.saudeindigena.spdm.org.br/...indigena](http://www.saudeindigena.spdm.org.br/...indigena). Acesso em 04/03/2016.

DURKHEIM, E.. **O suicídio**. Lisboa: Editorial Presença., 1982.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: EDIPRO, 2014.

FERREIRA, N. S. **Perfil epidemiológico e psicossocial de tentativas de suicídio e de suicídios em Palmas (TO) no período de 2000 a 2009**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FERREIRA, A. F. O comportamento suicida no Brasil e no Mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**. Salvador, 2015.

FERREIRA, A.; MAROCO, E.; YONAMINE, M.; OLIVEIRA, M. L. Intoxicação por inseticidas e organofosforados e carbamatos no noroeste do Paraná, Brasil, de 1994 a 2005: Aspectos Clínicos e epidemiológicos. **Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas**, 2008, vol 44.

FERREIRA JUNIOR, A. Dossiê “Suicídio: conhecendo o fenômeno, desmistificando o tabu”. **Revista Brasileira de Psicologia**. Salvador, Bahia, 2015.

FERREIRA, R.E.C. **O Suicídio**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2008.

FICHER, A.M.F.T.; VANSAN, G.A. **Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004**. Estudos de Psicologia. Campinas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

JATOBÁ, J.D.V.N.; BASTOS, O. **Depressão e ansiedade em adolescente de escolas públicas e privadas**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2007.

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**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2010.

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

**Saúde Pública**, 2004.

MEYER, T.N.; RESENDE, I.L.C.; ABREU, J.C. **Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG)**, Brasil, 2007.

<sup>52</sup> MINAYO M.C.S, CAVALCANTE F. G. **Estudo compreensível sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades Brasileira**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013.

NETTO, N. B. **Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica**. Brasília, 2013.

OLIVEIRA, D. **Frequência de suicídios registrados pelo Instituto Médico Legal de Palmas-Tocantins perfil das vítimas**. Universidade Federal do Tocantins. Palmas, 2004.

OLIVEIRA, M. I. V. ; BEZERRA FILHO, J. G. ; FEITOSA, R. F. G. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no Estado do Ceará, no período 1997-2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2012, vol. 36, no1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. DVS/DANT. **Violência Autoinfligida: Detecção dos Fatores de Riscos para Redução da Morbi-Mortalidade**. Palmas; 2007.

PELEJA, A. A. C.; CAIXETA, A. **Novos critérios diagnósticos e marcadores biológicos da suicídio**. Porto Alegre: Artmed; 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS. **Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa**, 2012. Disponível em [www.palmas.org/tocantinsindiossuicidio.htm](http://www.palmas.org/tocantinsindiossuicidio.htm). Acesso em 04/03/2016.

PINHEIRO, L.; FONTOURA, N.; PRATA, A. C.; SOARES, V. **Retrato das Desigualdades**, 2o Edição. Brasília, 2006.

PIRES, D. X.; CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. P. **Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, v. 21, 2005.

RIBEIRO, D. M. **Suicídio: critérios científicos e legais de análise**. Busca Legis, 2004. Disponível em [buscalegis.cj.ufsc.br](http://buscalegis.cj.ufsc.br). Acesso em 21/09/2015.

RODRIGUES, D. O.; MORATO, R. G. **Tentativa de suicídio: uma análise Geoepidemiológica**. VII Congresso Brasileiro de Geógrafos. Vitória, 2014.

RODRIGUES, M.E.S.; SILVEIRA, T. B.; JANSEN, K.; CRUZEIRO, A. L. S.; ORES, L.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; TOMASI, E.; SOUZA, L.D.M. **Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade estudo de base populacional**. Psico-USF. N.1, p. 53-62, jan./abr. 2012.

SANTOS, C.M.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y.P. Epidemiologia de suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2005.

SÁ-SILVA, J.R. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**. Ano I. n. 1. Julho, 2009.

**SECRETÁRIA DE DESENVOLVIMENTO DA AGRICULTURA E PECUÁRIA SEAGRO**, 2015. Disponível em: <http://seagro.to.gov.br/>. Acesso em 04/03/2015.

SEMINOTTI, E. P., PARANHOS, M. E., & THIERS, V. O. **Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados**. Psicologia PT, 2006.

SOLOMON, A. **O demônio do meio dia: uma anatomia da depressão**. São Paulo, 2014. editora Schwarcz.

SOUZA V.S.; ALVES, M. S.; SILVA, L. A.; LINO, D. C. S. F.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. **Tentativas e suicídios em um município da Bahia**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2011.

STUCKLER, D.; BASU, S.; MCDAID, D. **Depression amidst depression: Mental health effects of the ongoing recession. A background paper prepared for the WHO Regional Office for Europe publication**, 2009.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. ABEPRO, XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006.

TORO, G.V.R.; NUCCI, N.A.G.; TOLEDO, T.B; OLIVEIRA, A.E.G.; PREBIANCHI, H.B. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-421, dez. 2013.

VIANA, A.L.D.; IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. São Paulo em Perspectiva, 2008.

WERLANG B.G.; BOTEGA N.J. **Comportamento suicida**. Artmed, Porto Alegre, 2004.