

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE
ADY FARIA DA SILVA

**ESTUDO SOBRE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE
ADOLESCENTES EM CAMPO GRANDE/MS**

CAMPO GRANDE
2022

ADY FARIA DA SILVA

**ESTUDO SOBRE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE
ADOLESCENTES EM CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na região Centro-Oeste. Linha de Pesquisa: Avaliação de tecnologias, políticas e ações em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos

CAMPO GRANDE

2022

ADY FARIA DA SILVA

**ESTUDO SOBRE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE
ADOLESCENTES EM CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na região Centro-Oeste.

Linha de Pesquisa: Avaliação de tecnologias, políticas e ações em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos
Faculdade de Medicina – UFMS
Orientador

Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de
Oliveira Bastos
Faculdade de Medicina - UFMS

Dra. Heloisa Helena de Almeida Portugal
– Faculdade de Direito UFMS – CTPL

Prof.^a. Dra. Iandara Schertter Silva
Faculdade de Medicina - UFMS

Campo Grande, ____ de janeiro de 2022.

A minha avó Iria Ferreira de Souza
In memoriam

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter dado saúde a mim e a toda minha família durante o mestrado, força por persistir mesmo diante das adversidades.

Aos professores que passaram pelo meu caminho nessa jornada, gratidão pelos ensinamentos.

Ao professor Doutor Ricardo Dutra Aydos que aceitou o desafio de ser meu orientador, pela excelente mentoria.

À minha Co-orientadora Professora Doutora Iandara Schertter Silva, por todo o apoio no desenvolvimento da pesquisa, dedicação, paciência e mentoria.

Ao Professor Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos pelas orientações, mesmo antes de ingressar no mestrado.

Ao meu amigo Michel Canuto Sena, pela iniciativa de me levar a esse desafio no Programa de Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste, da Famed, bem como por me passar sua experiência e conhecimento para que eu pudesse trilhar este mestrado.

À minha amiga e colega de turma Graciele da Silva, pela ajuda mútua pela qual realizamos as apresentações e os trabalhos, bem como a elaboração de obras teóricas.

Ao Capelão Reis, pelo excelente material enviado para o aprimoramento dos conhecimentos sobre o tema em estudo e por toda a sua dedicação durante todos esses anos em prol do atendimento das pessoas que necessitam de ajuda para vencerem seus distúrbios.

Agradeço à SESAU - Secretária Municipal de Saúde pela parceria. À Maria Sueli Nogueira e ao Bruno Holsback Uesatoum, um agradecimento especial, pela orientação e suporte à pesquisa.

Aos amigos que me ajudaram e auxiliaram nesta jornada.

Aos meus pais que me proporcionaram a maior de todas as heranças, a educação, posto que, mesmo sem recursos financeiros, identificaram que a única forma de transformação de uma pessoa é o conhecimento.

Por fim, à minha família, Renata minha amada esposa, por me apoiar e suportar os momentos em que o estresse extrapola os limites, entendendo a dificuldade deste desafio e junto comigo concretizando este sonho Aos meus filhos Felipe e Sofia,

porque, mesmo não entendendo ainda este desafio, ficam felizes pela realização de seu pai, deste sonho que faço por mim e por vocês.

A todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, participaram e colaboraram para desenvolver este estudo, muito obrigado.

Clara, linda e perfumada, foi uma tarde serena, uma daquelas tardes em que o céu mostra todo o seu esplendor, em que a brisa e a flor nos falam com uma voz secreta, na qual o belo inspira, em que o poeta medita, naquilo que se esconde o infame, no qual o povo se recria.

Bartolomé Mitre

RESUMO

A busca pela identidade e a exposição à violência em suas diferentes apresentações ampliam a vulnerabilidade na adolescência e comprometem a saúde e o desenvolvimento da população jovem. O suicídio e a tentativa de suicídio se tornaram uma questão de saúde pública e visando reduzir o número de o Ministério da Saúde passou a instituir diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio. Desse modo, a pesquisa apresenta como tema o suicídio e tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS. É fundamental compreender a dinâmica desse fenômeno, a fim de subsidiar estratégias de enfrentamento, tendo em vista os fatores de risco. O objetivo deste estudo foi analisar o suicídio e a tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS. Para isso, foi realizado um estudo ecológico, transversal, retrospectivo com dados secundários. Os dados divulgados pelo DATASUS de 2015 a 2019 sobre a tentativa de suicídio apresentam um crescimento de 40,1%, enquanto as taxas de suicídio superaram 30%. A prevalência de suicídios em relação ao número de tentativas mostra tendência de diminuição a partir de 2017. As tentativas de suicídio apresentaram um crescimento e os suicídios se mantiveram estáveis, nos mesmos anos. Sobre o preenchimento das fichas por parte dos profissionais de saúde, há confusão no tipo de informação a ser inserida, já que existem informações de campos específicos repetidas. O mau preenchimento destas fichas não deixa clara a causa que leva o adolescente a cometer tal ato ou se esse adolescente faz acompanhamento psicológico ou não. Ainda, em casos de reincidência de tentativa de suicídio, conhecer quais medidas foram adotadas. Nesse contexto, a ficha SINAN utilizada para preenchimento de outras modalidades de violência traz uma lacuna quanto ao preenchimento da tentativa de suicídio. Assim, pode-se observar que os resultados encontrados podem contribuir para a geração de ações e políticas de assistência intersetorial, objetivando a redução dos fatores de risco para o agravo.

Descritores: Adolescente; Ideação Suicida; Suicídio; Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Exposure to violence in its different presentations and the search for identity increase vulnerability in adolescence and compromise the health and development of this population. In this case, the present study has as its theme suicide and attempted suicide among adolescents in Campo Grande/MS. Considering that it is essential to understand the dynamics of this phenomenon, to support coping strategies and considering risk factors, the objective was to analyze and describe suicide and attempted suicide among adolescents in Campo Grande/MS. For this, a retrospective, cross-sectional ecological study was carried out with secondary data. Data released by DATASUS from 2015 to 2019 on attempted suicide show a growth of 40.1%, while suicide rates exceeded 30%. The prevalence of suicides in relation to attempts shows a decreasing trend from 2017 onwards. Suicide attempts showed an increase and suicides remained stable over the same period. Regarding the filling out of the forms by health professionals, there is confusion in the type of information to be entered, as there is repeated information from specific fields. The poor completion of these forms does not make it clear the cause that leads the adolescent to commit such an act or whether this adolescent undergoes psychological counseling or not. Also, in cases of recurrence of a suicide attempt, which measures were adopted. In this context, the SINAN form used to fill in other types of violence has a gap in terms of filling in the suicide attempt. Thus, it can be observed that the results found can contribute to the generation of actions and intersectoral assistance policies, aiming to reduce risk factors for the disease.

Descriptors: Adolescent. Suicidal Ideation. Suicide. Health Information Systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

- Figura 1 - Tentativas de suicídios, por ano, em Campo Grande/MS de 2015 a 2017 e população estimada, 2021 p. 40
- Figura 2 - Evolução das tentativas de suicídios, de 2015 a 2019, em Campo Grande/MS, 2021 p. 41
- Figura 3 - Taxas de crescimento de tentativas de suicídios (linha azul) e população estimada (linha marrom), de 10 a 19 anos, entre 2015 e 2019 (linha cinza), em Campo Grande/MS, 2021 p. 42
- Figura 4 - Tentativa de suicídio por raça/ cor em Campo Grande/MS de 2015 a 2019, 2021 p. 43
- Figura 5 - Medicamentos por categoria farmacológica utilizados nas tentativas de suicídio, em Campo Grande/MS de 2015 a 2019, 2021 p. 46
- Figura 6 - Reincidência de tentativa de suicídio na ficha SINAN de 2015 a 2019, em Campo Grande/MS, 2021 p. 47
- Figura 7 - Suicídio em Campo Grande/MS segundo sexo e raça/cor de 2015 a 2019, 2021 p. 49
- Figura 8 - Prevalência de suicídios em Campo Grande/MS, na população de 12 a 18 anos, entre 2015 e 2019, 2021 p. 51
- Figura 9 - Prevalência dos suicídios em relação às tentativas de suicídios em Campo Grande/MS, na população entre 12 e 18 anos, entre 2015 e 2019, 2021 p. 51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tentativas de suicídios, por ano, em Campo Grande/MS de 2015 a 2017 e população estimada, 2021 p. 40

Tabela 2 - Dados Censo 2010 IBGE Campo Grande/MS, por sexo e idade e estimativa da população total de Campo Grande, 2021 p. 49

Tabela 3 - Número de suicídios total e por enforcamentos, em Campo Grand/MS e, entre 2015 e 2019, 2021 p. 50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informações retiradas das fichas SINAN de 2015 a 2019 em Campo Grande/MS p. 44

Quadro 2 - Motivação da violência. Meios e agressão e informações complementares e observações das fichas SINAN, de 2015 a 2019, Campo Grande/MS p. 45

Quadro 3 - Quadro de óbitos por suicídio em Campo Grande/MS, 2021 p. 48

Quadro 4 - Estimativas da população de Campo Grande/MS, com base nos dados do IBGE, 2010 p. 49

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IML | Instituto de Medicina Legal |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SESAU | Secretaria Municipal de Saúde |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravo de Notificação |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 2.1 Contextualização da adolescência | 19 |
| 2.2 Representação social da violência na adolescência | 21 |
| <i>2.2.1 Comportamento suicida</i> | 24 |
| <i>2.2.2 Ideação suicida</i> | 25 |
| <i>2.2.3 Suicídio e tentativa de suicídio</i> | 26 |
| 2.3 Sobre suicídio | 27 |
| 3 OBJETIVOS | 32 |
| 3.1 Objetivo geral | 32 |
| 3.2 Objetivos específicos | 32 |
| 4 METODOLOGIA | 33 |
| 4.1 Delineamento da pesquisa..... | 33 |
| 4.2 População e amostra | 34 |
| <i>4.2.1 Critério de inclusão</i> | 34 |
| <i>4.2.2 Critério de exclusão</i> | 34 |
| 4.3 Aspectos éticos..... | 34 |
| 4.4 Coleta e análise dos dados..... | 34 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 37 |
| 5.1 CONCLUSÕES | 52 |
| REFERÊNCIAS | 55 |
| APÊNDICES | 61 |
| Apêndice A – Artigo em formato da revista a ser encaminhado. A influência das mídias sociais no suicídio por enforcamento de 2015 a 2019 no Brasil .. | 61 |
| Apêndice B– Capítulo Publicado - Violência escolar e suicídio | 75 |
| Apêndice C - Tabela sobre tentativa de suicídio de 2015 em Campo Grande/ MS. Tabela sobre tentativa de suicídio de 2015 em Campo Grande/ MS | 86 |
| Apêndice D - Requerimento para desenvolver pesquisa SESAU | 110 |
| Apêndice E – Justificativa para dispensa do TCLE/ TALE | 112 |
| Apêndice F – Termo para utilização de informações de Banco de dados | 114 |
| ANEXO | 115 |
| Anexo A - Ofício da SESAU autorizado a pesquisa | 115 |
| Anexo B – Artigo submetido na Revista de Estudos Latinoamericanos | 116 |

INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizado por mudanças quanto ao desenvolvimento físico, mental e social. Neste momento, observa-se um esforço individual demasiado para atender objetivos e expectativas determinados pelas tessituras territoriais e isto é um elemento potencialmente estressor e gerador de conflitos intrínsecos. A fase da adolescência é importante para o desenvolvimento do indivíduo como ser humano, que enfrenta infortúnios de uma sociedade em rápido processo de transformação (ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010).

A adolescência é acompanhada pela busca da identidade, que constantemente provoca conflitos entre pais e filhos, visto que, nessa fase, ocorre a formação de valores, ideologias e estilo de vida. São esses aspectos que consolidarão a personalidade desses indivíduos (ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2009).

Diante de mudanças na própria identidade, a saúde do adolescente recebe influência também do ambiente. De tal modo, o adolescente quando exposto a um ambiente de violência, está susceptível ao desenvolvimento de pensamentos autodestrutivos, dentre eles a tentativa e suicídio (OMS, 2020).

Como fenômeno paradoxal, o suicídio desafia a filosofia, a psicologia, o direito, a psiquiatria, assim como religiões, passando pela bioética, sem deixar de lado o senso comum. É um tema considerado tabu na maioria dos grupos sociais (DAIOLO; SILVA, 2009).

Nesse contexto, rotinas e bons hábitos sociais são importantes para o bem-estar do adolescente. A adoção de hábitos considerados saudáveis pela OMS (melhor qualidade no sono; exercícios regulares; desenvolvimento de enfrentamento, resolução de problemas e habilidades interpessoais e aprender a administrar emoções) também contribuirão para a “boa forma” emocional do adolescente (OMS, 2020).

É importante, também, considerar os outros fatores predisponentes no processo de determinação de tentativas e de suicídio. São exemplos o uso abusivo de álcool e drogas, disponibilidade dos meios para o ato suicida, como arma de fogo em casa (DEYKIN; BUKA, 1994). Isso implica dizer que o risco de suicídio pode ser minimizado com o apoio da família, de amigos e de relacionamentos significativos,

crenças religiosas, culturais e étnicas, uso construtivo do tempo de lazer e acesso a serviços e cuidados de saúde mental (ARAÚJO et al, 2010).

As tentativas de suicídio são definidas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte, mais são considerados graves com necessidade de hospitalização (MACENTE; SANTOS; ZANDONADE, 2009). O desejo de morrer parece submissão, ato de punição contra si. O indivíduo se entrega como se a morte fosse alívio, descanso de sofrimento intenso (SILVA; COSTA, 2010).

No Brasil, presume-se que o número de tentativas de suicídio é superior ao de suicídios em pelo menos 10 vezes. Relata-se que de 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio, tentarão novamente no ano seguinte, e 10% conseguirão, efetivamente, matar-se nos próximos dez anos (TREVISAN; SANTOS; OLIVEIRA, 2013). Segundo a OMS, as lesões ou traumas decorrentes de tentativas são a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação física no mundo, transformando as tentativas de suicídio em um grave problema de saúde pública (SANTOS et al., 2009).

O suicídio pode ser entendido como uma ação na qual o indivíduo tira sua própria vida de maneira voluntária e intencional, iniciada e levada a cabo pela pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de resultado fatal. Na perspectiva dos comportamentos violentos, é possível defini-lo como ação do indivíduo que ocasiona a própria morte ou afeta sua integridade física, moral, mental ou espiritual (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Os mecanismos de avaliação que levam em consideração os óbitos por causas pouco definidas são falhos, as causas básicas não são ou não podem ser identificadas. Sendo assim, as causas de morte no Brasil são registradas de forma imprecisa. As mortes acarretadas por suicídio, que não são declaradas na certidão de óbito, representam boa parte dos óbitos registrados, comprometendo a consistência dos dados sobre suicídio (FRANÇA et al., 2019).

Dessa maneira, fazem-se necessários cuidados à análise de dados sobre suicídio, pois existem questões que interferem no real dimensionamento do problema, entre elas, tendência à subnotificação de dados, falhas de registros, taxas oficiais precárias, imprecisão na fonte de produção (Polícia, Institutos de Medicina Legal – IML).

Além disso, existe o estigma do tipo de morte, uso de conceitos e definições diversas do suicida e dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional.

Em se tratando de crianças e adolescentes, as barreiras de notificação são mais acentuadas, enquanto atos autodestrutivos são negados pela família, devido a sentimento de culpa ou vergonha (ABASSE et al., 2009).

Sobre tentativas de suicídio, não existem dados de um número exato no mundo, visto que a maioria dos países não tem sistemas de monitoramento. Segundo a proposta da Rede de Serviços Sentinela, como estratégia da vigilância de violências e acidentes, é preciso conhecer a magnitude e o perfil das causas que demandam serviços de emergência, bem como violências doméstica e sexual. Os indicadores de dados (por exemplo) são considerados eventos sentinelas, uma vez que sinalizam a possibilidade de que alguns elos, em adequada e hipotética cadeia da atenção integral à saúde, não funcionam bem, indicando que deve ser melhorada a qualidade da atenção (LOPES, 2017).

Para consubstanciar melhor a justificativa deste estudo, é importante ressaltar que o suicídio constitui uma questão de saúde pública em todo mundo. Por ser um problema de saúde pública que se alastra silenciosamente em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Diante desse contexto, faz-se necessário contribuir na formação de um diagnóstico para a adoção de medidas de prevenção, controle e assistência antes do ato.

Essa temática apresenta grande tabu entre as pessoas, por isso, compreendê-la, permite que ações a serem desenvolvidas sejam mais eficazes e eficientes. Os resultados possibilitaram o estabelecimento de novas políticas referentes a esse grave problema, aprofundar conhecimento sobre a temática, bem como alertar quanto aos fatores possíveis para a sua prática de prevenção e intervenção. Mesmo assim, o tema em questão necessita de mais estudos.

Com base nessas considerações, destaca-se a importância do tema desta pesquisa, a fim de motivar elaboração de estudos necessários na construção de estratégias de prevenção, com inclusão de alguns itens no formulário SINAN, tais como: condição socioeconômica (estudo, renda familiar, tamanho da família, problemas profissionais, financeiros e sociais diversos) lazer (tipo de atividade física, amigos) religião (pertence a alguma religião, participa de movimento religioso).

As tomadas de decisões para as políticas públicas de enfrentamento da problemática ora em análise não atenderam às novas demandas e, conseqüentemente, tais ações estão comprometidas, posto que há a necessidade de se acrescentar novos fatores de risco, pois a nossa sociedade é altamente volátil.

Percebe-se, portanto, a crescente demanda de novas informações e fatores de risco não abarcados ainda nas fichas de atendimento SINAN, as quais, não sendo compiladas nos Sistemas DATASUS e SINAN, não atuam como ferramentas efetivas nesta tomada de decisão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualização da adolescência

A adolescência é uma fase que se espera, a felicidade e o humor positivo mesmo diante das variáveis que não têm influência direta com a saúde. A felicidade é recorrente e decorrente do amor recebido, de ter amigos, participar em atividades de lazer se sentir-se reconhecido em certos aspectos da personalidade, tal como a extroversão (SOMÕES; MATOS; BATISTA-FOGUET, 2008).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, com crescimento e desenvolvimento marcado por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (BRÊTAS et al.; 2011).

Trata-se de um fenômeno inevitável por que todos devem passar (MEAD, 1928), com diferenças culturais dentro de cada sociedade, “é como uma “tarefa” psíquica que precisa incluir, em uma mesma equação, a escolha do objeto sexual e a separação da família, com o conseqüente encaminhamento do jovem em direção à sociedade mais ampla”. (VIOLA; VORCARO, 2018, p. 1).

Os adolescentes passam a ter novas preocupações e, dentre elas, estão a aparência visual, a necessidade de pertencimento a algum grupo, o que pode gerar comportamentos considerados anormais perante a sociedade. É um novo padrão de comportamentos que se tornam elementos constitutivos da nova identidade do adolescente (BRÊTAS et al.; 2011).

A sociedade tem passado por expressivas mudanças nas relações públicas, sociais e privadas, e dentre estas mudanças está a associação do adolescente à transgressão das normas sociais (VIOLA; VORCARO, 2018). Nessa sociedade em que as tecnologias da informação predominam, a interação virtual modificou o comportamento dos adolescentes e passou a influenciar na identidade que atualmente é caracterizada pela indústria da informação, lazer e consumo pautado, na velocidade com que essas informações são acessadas (SALLES, 2005).

Desse modo, a adolescência se configura como um período de experimentação de valores, papéis sociais e de identidades entre ser criança e ser adulto (SALLES, 2005), uma fase de reestruturação do eu, decorrentes das mudanças corporais, familiares e psíquicas. “Lutos e fragilidades psíquicas afloram neste período em que

o adolescente tende a buscar autonomia, liberdade, prazer e *status*, agindo de maneira compulsiva e agressiva” (BOCK, 2007, p. 65).

As percepções de que o indivíduo é gerado das interações com mundo exterior formam a autoestima e expressam um sentimento de aprovação ou desaprovação de si mesmo (ASSIS et al.; 2003), auto avaliando o seu autoconceito que é formado pelo conjunto de pensamentos e sentimentos de si (HUTZ; ZANON, 2011).

Adolescentes com a autoestima afetada podem desenvolver problemas que dificultam a integração social e podem se tornar vítimas de violências, tais como *bullying*, *cyberbullying*, violência doméstica dentre outras. Desse modo, a autoestima na adolescência é um fator importante e deve ser estudada, porque observa-se que nessa faixa etária, além da relação positiva da autoestima com saúde mental, há correlações significativas e elevadas entre ela, rendimento escolar e aprovação social em praticamente todos os grupos étnicos e culturais. (HUTZ; ZANON, 2011).

A adolescência envolve um processo de desenvolvimento biopsicossocial, no qual a puberdade se constitui como uma parte da adolescência caracterizada, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial da Saúde delimita a adolescência como período que compreende entre os 10 a 19 anos e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos, de 15 a 19 anos considera adolescente jovens e adultos jovens de 20 a 24 anos (BRASIL, 2007).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, a faixa etária estabelecida para a adolescência inclui as pessoas com idades de 12 a 18 anos (BRASIL, 1990). O Estatuto da Juventude considera jovens as pessoas com idade entre 15 aos 29 anos de idade (BRASIL, 2013), ou seja, as pessoas com 15, 16, 17 são simultaneamente consideradas adolescentes e jovens pela legislação brasileira.

Nesse contexto, existe uma diferença entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da Organização Mundial da Saúde que é adotada pelo Ministério da Saúde. O critério cronológico permite identificar requisitos que orientem a investigação epidemiológica, e estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública (BRASIL, 2007).

No Brasil, as legislações são estabelecidas com base nas categorias etárias definidas com relação ao trabalho, ao sistema eleitoral, à responsabilização penal, e

previdenciária. Essa institucionalização, informada pela cronologização, serve como controle dos indivíduos e se torna a base para legislações sociais, fundamentadas na ideia de que existem categorias etárias com maior fragilidade, maior necessidade de proteção que devem ser atendidas pela sociedade e Estado: infância, adolescência, juventude, velhice (FRANCISCO; GROppo, 2016).

A vulnerabilidade na adolescência está associada à noção de crise e irresponsabilidade e até como problema social a ser resolvido, por isso o poder público deve ter maior atenção. Vulnerabilidade significa que o indivíduo ou o grupo social tem incapacidade para tomar decisões sobre sua situação de risco que pode estar associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (BRASIL, 2007).

Em razão dessa vulnerabilidade, o artigo 3º do ECA dispõe que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, ou seja, reconhece como sujeitos de direito quando confere igualdade em direitos e deveres, individuais e coletivos (BRASIL, 1990).

2.2 Representação social da violência na adolescência

Representação social pode ser definida como conteúdo de pensamentos e ideias, com simetria nas crenças religiosas e políticas, criada espontaneamente para classificar pessoas e objetos, assim como comparar comportamentos dentro do contexto social (MOSCOVICI, 2003).

Nesse contexto, a representação social permite compreender o ato de representar um pensamento do sujeito ao se relacionar com outro, ou seja, é um modo de conhecimento elaborado e compartilhado socialmente com uma orientação prática que ajuda na construção de um conjunto social (JODELET, 1992).

Com relação à violência, ela se apresenta com múltiplas formas na sociedade e se manifesta por diversos ângulos como: saber, social e político, individual, moral e psicológico. Pode ser direta quando se caracteriza com agressividade e dolo físico e indireta que se configura como coerção psicológica, moral e emocional, e a violência simbólica está relacionada à relação de poder, dominação minando a consciência do indivíduo (BRASIL, 2018).

Os indivíduos que sofrem essa espécie de violência “ficam com sua consciência adormecida, subjugada por aqueles ditos mais poderosos, cerceando as

possibilidades de crescimento, de melhores condições de vida do indivíduo ou de grupos” (OLIVEIRA et al.; 2010, p. 264). Nesse contexto, a violência não se restringe somente ao espaço individual, pois se torna um fenômeno social que deve ser enfrentado com políticas públicas educacionais que promovam a consciência e a emancipação, respeitando as peculiaridades de cada ser humano como sujeito único. A representação social no Brasil é decorrente da construção histórica, como demonstrado em relatórios e pareceres oficiais que qualificaram pobres como:

[...] degenerados anormais, selvagens, ignorantes, incivilizados, feios, desordeiros, rudes grevistas, incapazes, preguiçosos, boêmios, anarquistas, brutos, irresponsáveis, desregrados, perniciosos, bêbados, farristas, decaídos, nocivos, arruaceiros, desocupados, marginais, deletérios, animalescos, simiescos, medíocres, sujos, libertinos, trapaceiros, parasitas, vadios, viciados, ladrões, criminosos. Rótulos pejorativos atingiam também as famílias das classes populares; baseados em *Le crime dans la famille*, da autoria de um juiz francês encarregado de processos de menores e estudioso das relações entre dissolução e desorganização familiar e delinquência infantil e juvenil, os nossos especialistas falavam em “pais imprestáveis” e classificavam-nos em três grupos: negligentes, incapazes e indignos. A ciência afirmava que os vícios, tal como as doenças do corpo, encontravam terreno mais propício em certas nacionalidades e em determinadas raças, tidas como biologicamente inferiores (PATTO, 1999, p. 184).

Em decorrência desse novo argumento, criou-se o Código de Menores do Brasil, em 1927, que, consolidado como lei de assistência e proteção a menores, passou a estabelecer que o menor de 18 anos abandonado ou delinquente seria submetido pela autoridade competente às medidas de assistências e de proteção estabelecidas pelo código (BRASIL, 1927).

Nos termos do código de menores, eram considerados abandonados os que não possuíam habitação certa nem possuíam meios de subsistência por terem os pais falecidos, desaparecidos ou desconhecidos e não possuíam tutor, ou os que não possuíam habitação certa, os que os pais ou responsáveis com atos contrários aos bons costumes. Ainda, os menores que não obedeciam aos pais ou responsáveis, não queriam trabalhar e viviam andando nas ruas eram taxados pela lei como vadios (BRASIL, 1927).

Como delinquente, o código determinava que o menor de 14 anos, autor ou cúmplice de fato qualificado como crime ou contravenção, não seria submetido a processo penal. Caberia à autoridade competente colher informações necessárias, que registrassem o fato punível e seus agentes, assim como o estado físico, mental e

moral do menor, situação social, moral e econômica dos pais ou tutores (BRASIL, 1927).

O código de menores de 1979 não fez modificações na diferenciação entre criança e adolescente abandonados ou delinquentes, ou seja, continuaram sendo vistos como vítimas de negligência e abusos, sem diferenciar menor abandonado e menor delinquente, consolidando a associação entre pobreza e criminalidade (BRASIL, 1979).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, foi elaborado um novo estatuto da criança e do adolescente, visando à melhor compreensão sobre a condição da criança e do adolescente. Contudo, o estigma do jovem pobre abandonado ser bandido ainda persiste até os dias atuais, sendo que o Estatuto da Criança e do Adolescente universalizou que adolescente é o indivíduo com idade entre 12 e 18 anos.

Ficou estabelecido, ainda, que as crianças e adolescentes têm todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, todas as oportunidades e facilidades, visando promover o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990). No mesmo sentido:

[...] Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem (BRASIL, 1990, p. 1).

A relação entre violência e pobreza, fenômenos que caminham lado a lado, e ainda persistem na atualidade, enquanto explicam os atos desviantes, buscam justificativa na causalidade pelo imaginário social. A violência como um fenômeno mais abrangente e complexo que pode ser vivenciado por indivíduos com extratos socioeconômicos mais elevados persiste, por fazer parte das mazelas sociais que unem a pobreza com violência (PAIXÃO et al.; 2012).

Todavia, mesmo com o rol de direitos e novos conceitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, a marginalização continua entre os jovens de comunidades carentes. “A representação do adolescente carente pelos jovens está amplamente compreendida pela ideia de falta”, ou seja, “a falta material e

emocional vivida por “adolescentes carentes” é decorrente da pobreza” (PAIXÃO et al.; 2012, p. 287). A precariedade na vida de um adolescente carente pode deixá-lo solitário, fazendo que perca alguns estereótipos típicos da adolescência, e isso pode provocar graves consequências na vida desse indivíduo. Do mesmo modo:

[...] suicídio entre adolescentes, em que os participantes moradores da região urbana indicaram que a ideia de solidão aproxima os adolescentes do suicídio, para estes a socialização entre os pares e o apoio familiar são imprescindíveis para que os adolescentes vivam bem. Seriam, portanto, fatores de risco relacionados ao suicídio os problemas familiares, como a separação dos pais, os maus tratos, a negligência parental, além de dificuldades de relacionamento advindos de um rebaixamento da autoestima e síndromes psiquiátricas (PAIXÃO, et al.; 2012, p. 287).

Assim sendo, as diferenças e desigualdades sociais, econômicas e políticas tendem a agravar as desigualdades, cuja consequência é a violência estrutural. A representação social refere-se à maneira do indivíduo pensar e interpretar o cotidiano e dar sentido à vida. O funcionamento de uma representação pode ser compreendido como processos de objetivação que compreendem a articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais das quais decorrem (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

2.2.1 Comportamento suicida

A adolescência é uma etapa da vida de reorganização psíquica, com incertezas e conflitos que geram o sentimento de dor psicológica, tristeza e, até mesmo, ideias de se matar. Os comportamentos autodestrutivos constituem-se como um problema de saúde pública que precisa de atenção (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

O comportamento suicida, segundo Werlang, Borges e Fensterseifer (2005), classifica-se em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. O comportamento suicida inclui ideação (pensar em se matar), planejar o suicídio, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Por isso, a necessidade de reconhecer diferenças no comportamento suicida entre adolescentes mais jovens e mais velhos decorre do paradoxo sexual, observado do comportamento suicida que se torna verdadeiro por volta dos 15 anos, e indica que a ideação, o planejamento e as tentativas de suicídio são maiores entre as mulheres e ‘completado’ suicídio é maior em homens (CAMPISI et al.; 2020).

2.2.2 Ideação suicida

Entende-se por ideação suicida o ato de pensar, considerar ou planejar colocar fim em sua própria vida, e isso engloba desejos, atitudes ou planos do indivíduo para acabar com a sua própria vida (PEREIRA; CARDOSO, 2015).

A ideação suicida são comportamentos no qual o indivíduo passa ter pensamentos de colocar fim em sua vida. “[...] A presença de ideação suicida é por si só, um importante sinal de sofrimento psíquico e exige atenção redobrada na avaliação clínica.” (AMARAL, et al.; 2020). Por isso é considerado para o adolescente um fator de risco para o suicídio.

A adolescência é uma fase caracterizada por mudanças, físicas, emocionais, fisiológicas e tais mudanças podem desencadear no adolescente o desejo de colocar fim na sua própria vida. Tendo em vista, que o adolescente pode ter pensamentos recorrentes sobre tentar suicídio, devido às transformações vividas. Outros fatores como discussão com os pais, problemas escolares, perda de entes queridos e mudanças significativas na família podem influenciar o adolescente a desenvolver ideação suicida (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

A ideação suicida é considerada um fator de risco, tendo em vista que é na adolescência que se desenvolvem estratégias, como formas de lidar com problemas existenciais como compreender o sentido da vida e da morte. (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

Nesse contexto, Chaudhury et al. (2017) apresentam, em estudo, que a ideação suicida em indivíduo que já tentou suicídio planejado decorre de uma maior intenção de morrer. Os indivíduos que passaram mais de três horas planejando suicídio tiveram consequências médicas mais graves em relação aos que agiram por impulso.

A ideação suicida, quando detectada, permite entender a intensidade, duração e contexto em que os pensamentos surgem, e como os indivíduos não conseguem se desligar de tais pensamentos, são fatores que permitem distinguir o indivíduo que se encontra à margem de uma crise suicida (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010). Outro fator que deve ser observado é o uso de substâncias, seja álcool, tabaco, *cannabis*, drogas ilícitas e medicação prescrita, podem influenciar a ideação suicida (BRETT et al.; 2018).

Dessa forma, a ideação suicida pode ser evitada por ações preventivas na família, escola, meios de comunicação e na comunidade, procurando, assim, promover o desenvolvimento saudável desses jovens (BORGES; WERLANG, 2006).

Quando se torna alvo de intervenção, a ideação suicida, identificada, torna o tratamento mais eficaz, levando menos tentativas e mortes por suicídio (JOBENZ; JOINER, 2019).

Nesse contexto, Fukumitsu (2014) descreve três fases de conduta do manejo terapêutico para indivíduos com ideação suicida: (I) perguntar e explorar: nessa fase os psicoterapeutas devem estar atentos aos sentimentos de culpa, vergonha, medo, raiva, frustrações dos indivíduos; (II) compreender, confirmar e acolher: o psicoterapeuta compreende o significado do ato suicida do indivíduo, explorando os sentimentos e pensamentos, em simultâneo, com postura acolhedora; (III) encaminhar e acompanhar: nessa fase os psicoterapeutas compartilham sua preocupação com indivíduo, buscando obter mais informações sobre o desespero de tentar se matar; encaminhar significa orientar e direcionar o sujeito, a família e outros profissionais para auxiliarem.

2.2.3 Suicídio e tentativa de suicídio

Segundo Braga e Dell’Aglío (2013), na década de 1990 no Brasil, os suicídios consumados eram de 26% a 30% de adolescentes e adultos com idade de 15 a 24 anos, e entre 1998 e 2008 houve um aumento de 33,5%, sendo então um número superior a mortes por homicídio. Essas estatísticas sobre o número de morte por suicídio entre adolescentes podem ser mais elevadas, pois podem ser as mortes registradas como acidentais. Desse modo:

[...] Uma pesquisa estadual com estudantes da 7^a à 12^a série descobriu que 28,1% dos meninos bissexuais e homossexuais e 20,5% das meninas bissexuais e homossexuais relataram tentativa de suicídio. A Pesquisa de Comportamento de Risco da Juventude de 2003 com alunos da 9^a à 12^a série nos Estados Unidos indicou que durante os 12 meses anteriores à pesquisa, 28,6% dos alunos se sentiam tristes ou desesperados quase todos os dias por pelo menos 2 semanas consecutivas, 16,5% tinham planejado uma tentativa de suicídio, 8,5% haviam tentado suicídio, e 2,9% já haviam feito tentativa de suicídio que exigiu atenção médica (SHAIN, 2007, p. 669, **tradução nossa**).

Dentre os fatores de risco que desencadeiam o suicídio estão: (a) o histórico familiar de suicídio ou tentativas de suicídio; (b) problemas de saúde mental dos pais; (c) orientação sexual, (d) histórico de abuso físico ou sexual e tentativa anterior de suicídio. No que concerne a fatores de risco socioambientais estão: (a) a presença de armas de fogo em casa; (b) relação prejudicada entre pais e filhos; (b) morar fora de casa; (d) dificuldades na escola; (e) não trabalhar nem frequentar a escola e (f) isolamento social dentre outros. Ainda influenciam na tentativa de suicídio os problemas pessoais de saúde mental que predispõem ao suicídio, os quais incluem depressão, transtorno bipolar, abuso ou dependência de substâncias, psicose, transtorno de estresse pós-traumático dentre outros (SHAIN, 2007).

2.3 Sobre suicídio

Segundo Santo Agostinho, ninguém que se suicida ou que deseja a morte tem o sentimento de que não será nada depois da morte. Isso parece ser racional, mas é decorrente de um erro ou verdade que é obtido pelo raciocínio ou pela fé. Existe uma contradição entre o parecer lógico e o sentimento íntimo. O sentimento íntimo vem do erro e do sentimento da natureza, esse é mais verdadeiro do que um parecer formalizado, quando existir erro para os dois lados. Habitualmente, um parecer certo corrige um mau hábito, e um mau parecer costuma corromper uma natureza correta (SANTO AGOSTINHO, 1995). No mesmo sentido:

[...] quando uma pessoa crê que após a morte não mais existirá, e que entretanto - levada por tristezas intoleráveis, inclina-se com todo seu desejo em direção à morte - resolve abraçá-la e com efeito suicida. Há em seu parecer a crença errônea de completo aniquilamento [...]. Desse modo, todo desejo daquele que quer morrer é dirigido, não para cessar de existir pela morte, mas para encontrar a tranquilidade. E assim, enquanto crê, por engano, obter o não-ser, sua natureza está a aspirar pela tranquilidade, isto é, deseja possuir uma realidade mais perfeita. Logo, assim como não pode absolutamente ser crível que alguém goste de não existir, não se pode de modo algum admitir que alguém seja ingrato para com a bondade de seu Criador, pelo ser do qual frui (SANTO AGOSTINHO, 1995, p. 175-176).

Por outro lado, Durkheim (2004) define o suicídio como um fenômeno a ser entendido, a vítima realiza para obter o resultado morte, decorrente de um ato direto ou indireto, está relacionado a problema social que resulta de “uma solidariedade *sui generis* que, nascida das semelhanças, vincula diretamente o indivíduo à sociedade”

e se torna harmônica aos movimentos e “cada vez que entram em jogo, as vontades se movem espontaneamente e em conjunto no mesmo sentido” (DURKHEIM, 2008, p. 79).

A necessidade de ajudar os outros permite que os indivíduos reconheçam em si a necessidade de uma convivência harmônica com laços entre seus membros. No entanto, para isso, faz-se necessário que a consciência coletiva deixe sem proteção a consciência individual, para que nela sejam estabelecidas funções especiais (DURKHEIM, 2008). Do mesmo modo:

[...] Quanto mais numerosas são as maneiras de agir e de pensar, marcadas por um caráter religioso, subtraídas, por conseguinte, ao livre exame, mais a ideia de Deus está presente em todos os detalhes da existência e faz convergir para um único e mesmo objetivo as vontades individuais. Inversamente, quanto mais um grupo confessional deixa ao julgamento dos indivíduos, mais ele está ausente de sua vida, menos tem coesão e vitalidade (DURKHEIM, 2004, p. 188).

Segundo Durkheim (2004, p. 259), uma crença e a família são fatores norteadores do indivíduo e, quando este se afasta, passa a se sentir desprotegido, e a vida perde o sentido, “quanto mais os grupos a que pertencem se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles e mais depende apenas de si”. Descreve que existe uma pré disposição social para o suicídio, com tendências que podem se apresentar isoladamente das manifestações individuais e se apresentam em quatro tipos de suicídio: o altruísta ocorre por excesso de integração na sociedade, provocado por uma insuficiente individualidade, é como se o indivíduo tivesse o dever de suicidar; o anômico resulta de uma mudança na ordem social, ou seja é a perda da relação do indivíduo e da sociedade; o suicídio fatalista decorre do excesso de regulação pela sociedade; e o suicídio egoísta, o indivíduo só obedece a si e sua conduta está fora das regras estabelecidas pelos grupos dos quais ele faz parte, por isso o autor chama de suicídio altruísta (DURKHEIM, 2004).

Nesse contexto, faz se necessário revisitar a antropologia de Comte (1830) que faz uma distinção entre o afetivo e o racional. Segundo Comte (1830) o egoísmo permite que o indivíduo venha criar e fixar seus próprios objetivos, para estabelecer uma relação social que vincula o indivíduo ao coletivo, e que o altruísmo era uma forma superior de moralidade.

A sociedade, ao perder sua consciência coletiva, também perde seu poder de regulação, sua força e o risco de anomia social se tornam constante (ALMEIDA, 2018). Essa anomia é descrita por Durkheim (2004, p. 328-329) como o suicídio, e o autor chama de “suicídio egoísta” por ser causado pelos homens que não percebem a razão de ser na vida, “o suicídio altruísta” parece estar fora da própria vida, e o “suicídio anômico” é reforçado por paixões desregradadas.

Para Durkheim, existe um vínculo entre vida social e o altruísmo, formado por disciplina, vínculo ao grupo e autonomia da vontade, para uma conduta ser egoísta ela é determinada por sentimentos e representação pessoais, formado por disciplina, vínculo ao grupo e autonomia da vontade.

Em síntese, para Durkheim, o suicídio é decorrente do fato social, deve ser objeto de estudo da sociologia e precisa ser feita uma reforma na sociedade e nas instituições sem perder os “[...] laços que ligam cada parte da sociedade ao Estado, criar poderes morais que tenham sobre a multidão de indivíduos uma ação que o Estado não pode ter” (DURKHEIM, 2004, p. 510).

Contrário ao posicionamento de Durkheim, Karl Marx critica a sociedade ao instituir o materialismo histórico-dialético e rompe com o idealismo, passando a pregar a ideia das *práxis*, ou seja, a junção da teoria com a prática.

Na concepção de Marx, os homens estabelecem relações necessárias e independentes de sua vontade, essas relações coincidem com o desenvolvimento e o modo de produção. Esse modo de produção “[...] condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência” (MARX, 2003, p. 5).

Segundo a teoria marxista, a consciência, as ideias e as relações sociais que existem na sociedade civil dependem de determinadas formas de organização do consumo, do comércio e da produção, ou seja, é o homem quem determina o controle de sua consciência na produção de sua existência (ALMEIDA, 2018).

O suicídio é um fenômeno originado de conflitos entre as relações sociais e, do ponto de vista marxista, o sistema de produção e desenvolvimento das forças produtivas dão origem a sujeitos marginalizados, ou seja, às hipóteses psicodinâmicas cumprem o seu papel explicativo e justificador, tais forças estão sempre dispostas a apontar para o sujeito e encontrar algo de errado na mente e no caráter (MARX, 2006).

Na reflexão de Marx, o suicídio ocorre porque o indivíduo não consegue superar as relações, que aparecem na sociedade em forma de reprovação. E a partir dessa reprovação, desencadeia o processo de vergonha e pode levar o sujeito a tirar sua vida. “Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si, [...] tal sociedade é uma selva, habitada por feras selvagens”. (MARX, 2006, p. 28). Ao discorrer sobre o suicídio Marx procura demonstrar que somente uma transformação radical da sociedade será capaz de acabar com esse e outros males que assolam o ser humano, na vida moderna.

O suicídio que anteriormente era tratado como um fenômeno social passa a ser analisado por Albert Camus (1942, p. 9) como um pensamento individual, “[...] sentimento incalculável que priva o espírito do sono necessário à vida”, no qual o indivíduo em seu universo privado de ilusões se sente um estrangeiro, nesse exílio não existe saída. Como julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida com a “[...] separação entre o que imaginamos saber e o que realmente sabemos, o consentimento prático e a ignorância simulada que nos levam a viver com ideias que, se verdadeiramente experimentamos, deveriam perturbar toda a nossa vida” (CAMUS, 1942, p. 18). Nesse sentido:

[...] Uma pessoa se mata porque a vida não vale a pena ser vivida, eis sem dúvida uma verdade - imprecisa, no entanto, pois não passa de um truismo. Mas esse insulto à existência, esse desmentido em que ela é mergulhada provém do fato de ela não ter nenhum sentido? Se sua absurdidade exige que se lhe escape pela esperança ou pelo suicídio, eis o que se precisa clarear, perseguir e ilustrar, afastando tudo o mais. É o absurdo que domina a morte: é preciso dar a este problema precedência sobre os outros, fora de todos os métodos de pensamento e dos jogos do espírito desinteressado (CAMUS, 1942, p. 11).

Ao fazer um julgamento para escolher um melhor desfecho da situação que está sendo vivenciada pelo indivíduo, o suicídio se apresenta como a melhor alternativa para acabar com o sofrimento. A noção de estrutura social não diz respeito à realidade empírica, mas aos modelos construídos conforme está. As relações sociais são a matéria-prima empregada para a construção de modelos que tornam manifesta a estrutura social propriamente dita (LÉVI-STRAUSS, 1985).

As intenções suicidas são como impulsos que o indivíduo dirige a outrem, mas acaba por direcionar para si, e esse jogo de forças intencionais se transforma em uma ação efetiva. “Mesmo a intenção consciente de cometer suicídio escolhe sua época,

seus meios e sua oportunidade; e é perfeitamente consonante com isso que a intenção inconsciente aguarde uma ocasião [...]”. E afirma Freud que a tentativa de suicídio é determinada por dois motivos, autopunição e a realização de um desejo. O indivíduo pode querer requisitar as forças defensivas do sujeito e se libertar da pressão destas (FREUD, 1980, p. 1516).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o suicídio e a tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS.

3.2 Objetivos específicos

Investigar o perfil do suicídio e da tentativa de suicídio em Campo Grande/MS, relacionado aos tipos de violências determinantes do problema em pesquisa;

Verificar as variáveis complementares, descritas nas fichas de informações do SINAN, preenchidas e disponíveis na base de dados do Sistema SINAN, dados estes compilados pela SESAU/MS;

Conhecer se as informações contidas na coleta de dados permitem identificar fatores de riscos para o suicídio e a tentativa de suicídio em Campo Grande/MS.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa utilizou-se do estudo ecológico, transversal, retrospectivo e quantitativo, com dados secundários referentes à ocorrência do suicídio e à tentativa de suicídio. Os dados relativos ao suicídio foram obtidos a partir das estatísticas de mortalidade de adolescentes, publicadas pelo Sistema Público de dados, denominado DATASUS do Ministério da Saúde, e os dados sobre suicídio local foram disponibilizados pela SESAU.

Foi enfatizada a objetividade do preenchimento das fichas de atendimento de vítimas de tentativa de suicídio, atendidas pelas unidades de saúde em Campo Grande/MS e compiladas no sistema da SESAU/MS.

O estudo foi realizado no município de Campo Grande/MS, no período de 2015 a 2019. As informações sobre o suicídio foram obtidas pela Internet no banco de dados público do sistema DATASUS que oferece livre acesso à população. Os dados sobre a tentativa de suicídio e suicídio local foram fornecidos pela SESAU, o que permitiu o acesso aos dados do SINAN (compilados pela SESAU/MS).

Todos os dados foram coletados por meio de pesquisa documental. Utilizou-se de estatística descritiva, a qual serviu para a elaboração das séries temporais entre 2015 e 2019 para tentativas de suicídios e suicídios em Campo Grande/MS, representadas em formato de quadros, tabelas e gráficos.

A taxa de crescimento anual foi calculada para as tentativas de suicídio, equivalente à diferença entre o valor do ano seguinte e o valor no ano anterior, dividido pelo valor no ano anterior e depois multiplicado por 100%.

Para estimar a população de Campo Grande entre 10 e 19 anos, nos anos de 2015 a 2019, utilizou-se o percentual desta faixa etária em Campo Grande, divulgada pelo Censo Demográfico do IBGE de 2010 e multiplicando este percentual pela população estimada nos anos de 2015 a 2019, também segundo divulgação do IBGE em suas estimativas anuais enviadas ao TCU.

A prevalência de suicídios foi calculada tendo como base a população estimada de 10 a 19 anos no período estudado e, também, o número de tentativas de suicídios de cada ano.

4.2 População e amostra

O presente estudo foi baseado em dados sobre suicídio e tentativa de suicídio da população composta por adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, disponíveis nos Sistemas DATASUS e, ainda, em dados das fichas do SINAN, disponíveis na SESAU Campo Grande/MS.

A planilha com os números de prontuários de atendimentos, realizados entre janeiro de 2015 a dezembro de 2019, foi utilizada para a realização do sorteio aleatório feito pelo Excel, sendo sorteadas 100 fichas por ano, totalizando 500 fichas.

4.2.1 Critério de inclusão

Os critérios de inclusão foram os dados obtidos de forma livre no banco de dados DATASUS (livre acesso) e SESAU, considerando seus dados compilados do SINAN, (somente os que apresentarem as informações complementares e observações preenchidas corretamente), sobre tentativa de suicídio em Campo Grande/MS, de adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, no período de fevereiro de 2015 a dezembro de 2019.

4.2.2 Critério de exclusão

Foram excluídos da pesquisa as informações disponíveis no banco de dados DATASUS e SESAU sobre suicídio e tentativa de suicídio de pessoas menores de 12 anos e maiores de 18 anos, informações com preenchimentos de dados incompletos, informações duplicadas e aquelas fora do período compreendido 2015 a 2019.

4.3 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer nº 4.416.659.

4.4 Coleta e análise dos dados

Utilizaram-se as informações da base de dados DATASUS e SINAN (compilados pela SESAU/MS).

Na primeira etapa, os dados foram compilados do sistema DATASUS, dados estes inerentes à quantidade de óbitos de adolescentes por suicídio, comparando e correlacionando com os dados regionais sobre suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS. Para a segunda etapa, o objeto de análise foi a tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS, utilizando a base de dados do Sistema SINAN (compilados pela SESAU/MS).

Após a aprovação da presente pesquisa pelo CEP, foi disponibilizado pela SESAU uma planilha em Excel com os números das fichas de atendimento SINAN, registrado pela SESAU como tentativa de suicídio em Campo Grande nos anos de:

- 2015 um total de 161 casos;
- 2016 um total de 180 casos;
- 2017 um total de 264 casos;
- 2018 um total de 344 casos;
- 2019 um total de 467 casos.

A partir dessa planilha fornecida pela SESAU, foi realizado um sorteio aleatório pelo Excel de 100 fichas por ano, para compor a amostra. E foi solicitado na SESAU o desarquivamento das fichas que foram sorteadas.

Na seleção das fichas no arquivo da SESAU, não foram encontradas todas as 100 fichas sorteadas por ano, então a composição da amostra ficou somente com as fichas encontradas e, ao analisar cada uma das fichas selecionadas, observou-se que:

No arquivo de 2015:

Fichas encontradas: 100 fichas.

Fichas eliminadas: (I) 18 fichas por se tratar de outras modalidades de violência; (II) 2 fichas por serem de pacientes residentes em outros municípios.

Amostra final de 80 fichas.

No Arquivo de 2016:

Fichas encontradas: 97 fichas no arquivo.

Fichas eliminadas: (I) 6 fichas por se tratar de violência sexual; (II) 7 fichas por tratar de embriagues; (III) 5 fichas por lesão; (IV) 4 fichas por acidente de trânsito; (V) 19 outras violências; (VI) 1 ficha de residente em outra cidade e (VII) 2 com idade inferior ao estabelecido na pesquisa.

Amostra final 53 fichas.

No Arquivo de 2017:

Fichas encontradas: 96 fichas.

Fichas eliminadas: (I) 1 ficha de paciente menor de 12 anos; (II) 4 fichas de pacientes maiores de 18 anos; (III) 7 fichas outras violências e (IV) 2 fichas de residente em outra cidade.

Amostra final 82 fichas.

No Arquivo de 2018:

Fichas encontradas 96 fichas.

Fichas eliminadas: (I) 3 fichas de pacientes com idade inferior a 12 anos; (II) 2 pacientes com idade superior a 18 anos; (III) 4 óbitos por suicídio.

Amostra final 87 fichas.

No Arquivo de 2019:

Fichas encontradas 100 fichas.

Fichas eliminadas: 3 fichas de pacientes maiores de 18 anos; (II) 1 ficha duplicada e (III) 6 fichas outras violências.

Amostra final 90 fichas.

Os dados foram coletados das fichas SINAN que estavam dentro dos critérios de inclusão. E as informações retiradas das fichas foram organizadas em forma de tabelas no Excel.

Para preservar a privacidade e a confidencialidade, sem qualquer identificação dos adolescentes, as informações coletadas foram: cor/raça, sexo, idade, estado civil, uso de álcool, possui deficiência, local da ocorrência, motivação da violência, natureza da lesão, paciente já tentou suicídio outras vezes, meio de agressão e acompanhamento do paciente.

A coleta dos dados sobre o suicídio de adolescente se deu por acesso ao banco de dados DATASUS, que está disponível ao público em geral para pesquisa. Por esse motivo, foi dispensado o uso do TCLE (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo ecológico permitiu examinar as características e recursos da macrorregião de Campo Grande/MS, associados ao suicídio e à tentativa de suicídio entre adolescentes de 2015 a 2019.

A pesquisa documental é parecida com a pesquisa bibliográfica e, segundo Gil (1999), diferenciam-se pela natureza das fontes. A pesquisa bibliográfica não necessita de tratamento analítico e as informações podem ser elaboradas em conformidade com a pesquisa. A pesquisa documental analisa documentos de arquivos e dados que já foram processados e, ao mesmo, permite outras interpretações.

Na contextualização de Gil (1999), pesquisa exploratória tem como finalidade esclarecer, desenvolver e modificar conceitos e ideias, com a formulação de novos problemas ou hipóteses para estudos posteriores.

No Estado de Mato Grosso do Sul, os serviços da Atenção Primária à Saúde estão disponibilizados nas (UBS/ESF/CRS/NASF), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS, Ambulatórios) e conta, ainda, com a Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar e Reabilitação Psicossocial, visando garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde.

No município de Campo Grande/MS, o suicídio é tratado como questão de saúde pública. Segundo a OMS, uma pessoa se suicida a cada 40 segundos, mas nove em cada dez mortes por suicídio podem ser evitadas (BRASIL, 2019), a OMS coloca o suicídio como um grave problema de saúde pública que merece atenção como qualquer outra área da saúde. Por isso, o município conta com vários centros de apoio direcionados a tratar a saúde mental da comunidade.

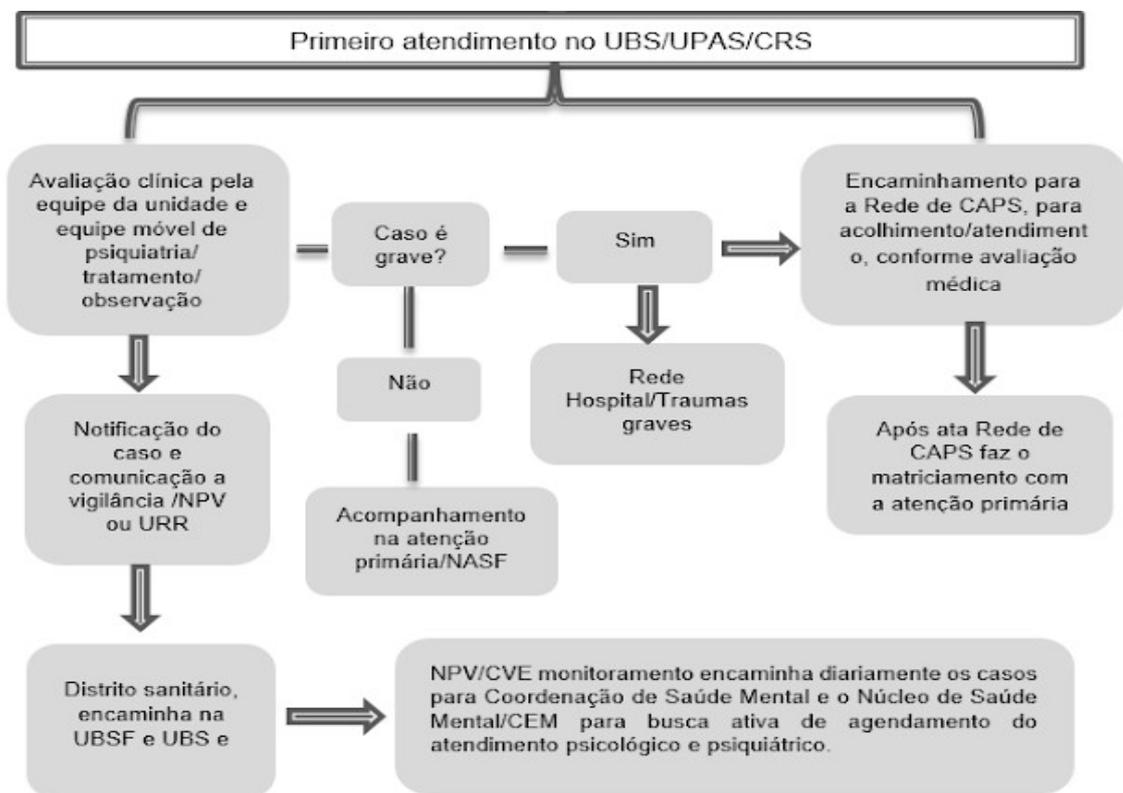
O Núcleo de Prevenção às Violências tem reforçado a importância do acolhimento, em toda rede de atenção básica, por meio de capacitações e orientações técnicas para atendimento às vítimas de tentativas de suicídio. Denota-se que, mesmo com aparato para atendimento psicossocial, o índice de violência interpessoal e autoprovocada continua elevado. O atendimento na área urbana do município está dividido em 7 (sete) regiões de Saúde, por meio da Lei Complementar nº 74 de 6 de setembro de 2005, sendo estas as regiões: Região do Imbirussu, Região do Lagoa, Região do Prosa, Região do Bandeira, Região do Segredo, Região do Anhanduizinho e Região do Centro. O CAPS Infantojuvenil “Dr. Samuel Chaia Jacob” atende crianças

e adolescentes em intenso sofrimento mental com idade até 18 anos, com atendimento 24h em todo o município de Campo Grande.

O município ainda conta com um sistema de informação em saúde que é fundamental para identificar as áreas e quais indivíduos são mais afetados. Isso permite o desenvolvimento de políticas locais para reduzir o índice de suicídio em Campo Grande/MS, haja vista que “[...] Um sistema de informação eficiente deve traduzir a realidade local para viabilizar as estratégias de ação em saúde, assim como possibilitar a avaliação da efetividade dessas intervenções” (PLANO MUNICIPAL, 2017, p. 95).

Para atendimento de adolescentes, o município conta com um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil III, atende todo o município, contando com 08 leitos de acolhimento. Para o melhor entendimento, criou-se o fluxograma abaixo, que corresponde à forma de acolhimento para pessoas que provocam autolesões e ou tentativa de suicídio em Campo Grande/MS (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de atendimento de pessoas que provocam autolesões e de tentativa de suicídio em Campo Grande/MS, 2021



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. SESAU. Campo Grande/ MS.

Em agosto de 2006, a Portaria MS/GM nº 1.876, instituiu diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio. Passou a estabelecer diretrizes para a prevenção do suicídio, vinculando essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.

Segundo a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, os casos de tentativa de suicídio e violência sexual passaram a ser de notificação imediata no âmbito municipal, e devem seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS, estabelecido pela SVS/MS. O artigo 4º estabelece que: “a notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível” (BRASIL, 2014).

A comunicação de violências praticadas contra crianças e adolescentes foi estabelecida como obrigatória pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990.

A notificação adequada da tentativa de suicídio e suicídio permite o acolhimento e a criação de políticas direcionadas a melhorar e a implantar uma estrutura adequada de atendimento. É por meio deste instrumento que as informações passam a subsidiar o planejamento e o monitoramento de saúde e violência, essa “política define propósitos, estabelece diretrizes, atribui responsabilidades institucionais e apresenta, como pressuposto básico, a articulação intrasetorial e intersetorial” (BRASIL, 2016, p. 9).

Outro fator importante para o preenchimento das fichas é a capacidade dos profissionais terem em mente a importância da notificação para os sistemas de saúde. Para isso, a gestão desses profissionais deve oferecer capacitação e conscientização para o desenvolvimento de um trabalho adequado relativo às notificações e registros.

No entanto, verificou-se, nas fichas SINAN, preenchimento inadequado de determinados campos, gerando um grande quantitativo de dados ignorados, os quais podem levar a incoerências de informações, por exemplo, se o adolescente faz acompanhamento com psicólogos, se o paciente possui transtorno. O campo “informações complementares” permite a descrição mais detalhada sobre a tentativa de suicídio, no entanto, em muitas fichas, o campo é preenchido inadequadamente ou deixado em branco, isso dificulta identificar outras variáveis importantes sobre a motivação da tentativa de suicídio.

A Tabela 1 mostra os números oficiais de tentativas de suicídios em Campo Grande, fornecidos pelo DATASUS e pelo SINAN. O número de tentativas de suicídios, de pessoas entre 10 e 19 anos no ano de 2017, não foi divulgado pelo DATASUS e o valor de 392 foi estimado, utilizando a média dos 4 anos com registro da informação (2015, 2016, 2018 e 2019).

A diferença dos valores encontrados entre as fontes DATASUS e SINAN é explicada pela faixa etária diferente, utilizada em cada fonte de dados. O presente estudo utilizou a faixa etária de 12 a 18 anos por ser a idade que o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA adotou como parâmetro adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade, conforme já explicado neste estudo. Essa faixa de etária dos 12 aos 18 anos de idade é referência para a criação de políticas públicas, programas e leis que assegurem os direitos dessa população; porém os dados divulgados pelo DATASUS são nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, ou seja, segue a definição de adolescência prescrita pela Organização Mundial da Saúde – OMS. E não existe o registro de tentativas de suicídios ou de suicídios (e suas formas) por idade, apenas por faixas etárias.

Bernardes, Turini e Matsuo (2010, p. 1366) mostram que as tentativas de suicídio superam “o número de suicídios em, pelo menos dez vezes, porém os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio”. A OMS divide em três grupos quem comete o ato violento em violência autoprovocada, violência interpessoal e violência coletiva.

Tabela 1 - Tentativas de suicídios, por ano, em Campo Grande/MS de 2015 a 2017 e população estimada, 2021

| ANO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| DATASUS -10 a 19 anos | 223 | 279 | 393* | 458 | 611 |
| SINAN (SESAU/MS) -12 a 18 anos | 161 | 180 | 264 | 344 | 467 |
| Diferença (DATASUS-SINAN) | 62 | 99 | 129 | 114 | 144 |
| População estimada CG/MS -10 a 19 anos | 146.823 | 148.605 | 150.342 | 152.342 | 154.109 |

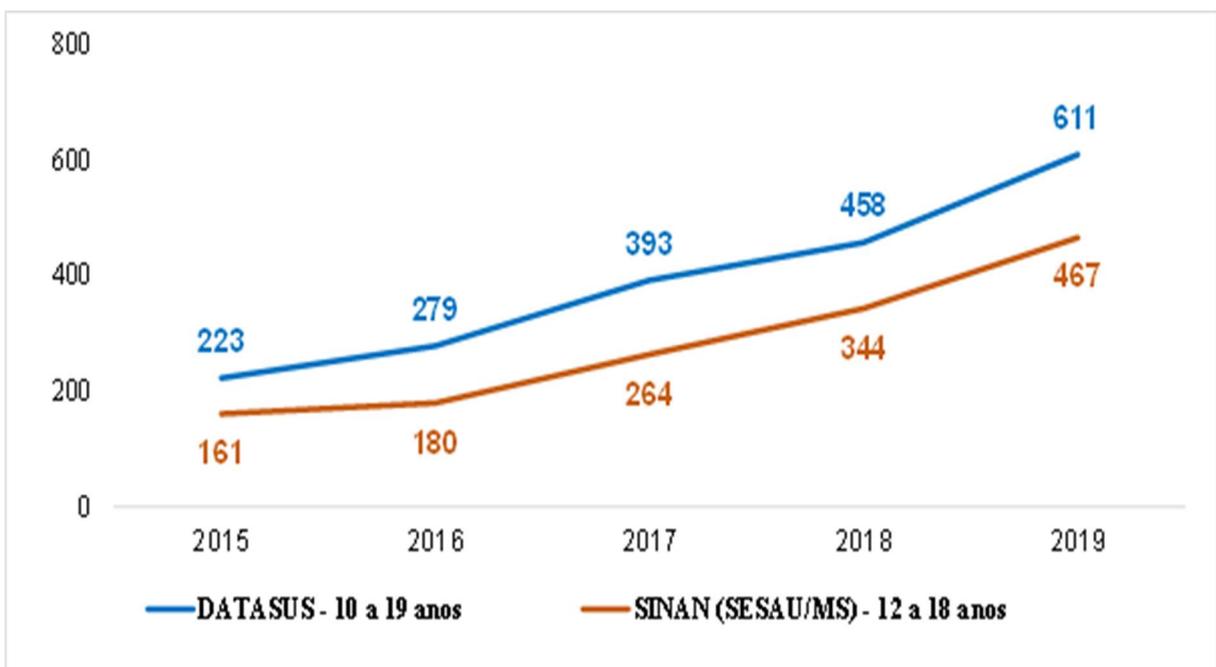
Fonte: Ministério da Saúde/SVS e SINAN (SESAU/MS).

*Valor estimado usando a média dos anos de 2015, 2016, 2018 e 2019.

A violência autoprovocada ou auto infligida é quando o indivíduo pratica contra si, e essa categoria compreende a ideação suicida, autoagressão, tentativas de suicídio e suicídio (BRASIL, 2015).

Na Figura 2, observa-se que a tendência de crescimento das tentativas de suicídios em Campo Grande tem forte inclinação da curva a partir do ano de 2017, em ambas as fontes de dados pesquisadas.

Figura 2 - Evolução das tentativas de suicídios, de 2015 a 2019, em Campo Grande/MS, 2021

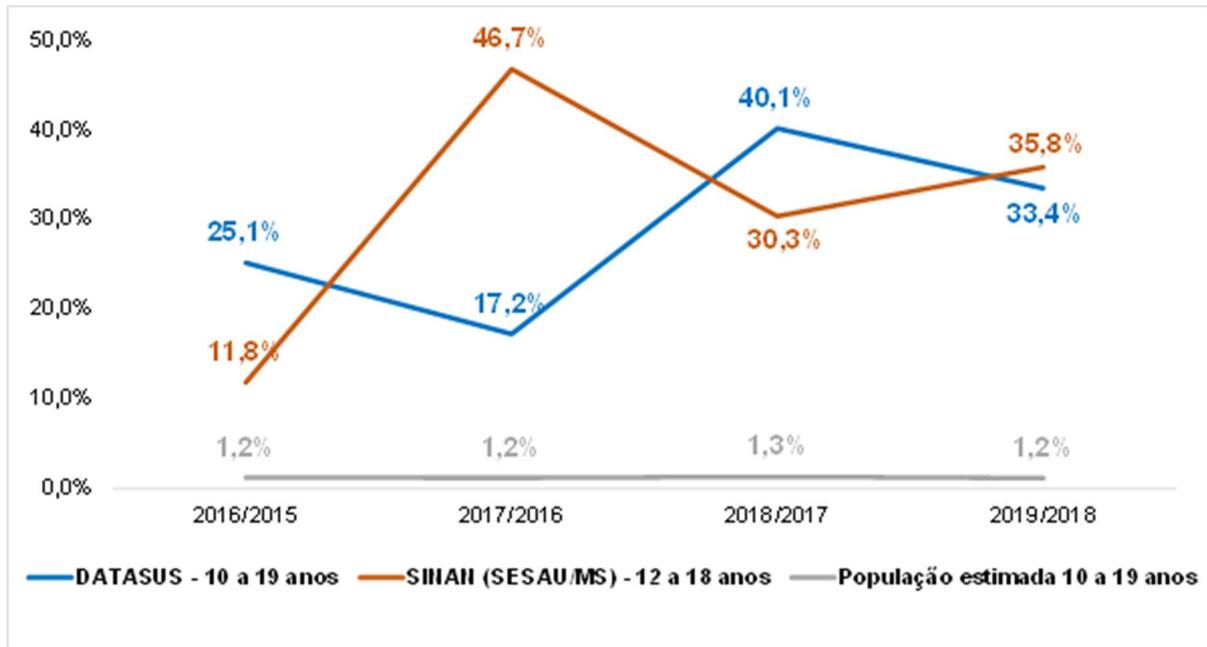


Fonte: SINAN (SESAU/MS), DATASUS.

Essa tendência de forte crescimento nas tentativas de suicídios fica ainda mais evidente, quando calculada a taxa de crescimento das tentativas de suicídios e comparados com a taxa de crescimento da população de Campo Grande, de 10 a 19 anos (Figura 3).

Enquanto a taxa de crescimento da população de 10 a 19 anos em Campo Grande se mantém próxima de 1,2% ao ano, as taxas de crescimento de tentativas de suicídios superam os 30% em 3 dos 4 períodos analisados, com base nos dados do Sistema SINAN, chegando ao seu auge de crescimento entre 2016 e 2017, em que a taxa de crescimento foi de 46,7%.

Figura 3 - Taxas de crescimento de tentativas de suicídios (linha azul) e população estimada (linha marrom), de 10 a 19 anos, entre 2015 e 2019 (linha cinza), Campo Grande/ MS, 2021.



Fonte: SINAN (SESAU/MS), DATASUS.

Já pelos dados divulgados pelo DATASUS, o auge de crescimento das tentativas de suicídios ocorreu de 2017 para 2018 (40,1%). E os demais períodos apresentaram taxas de crescimento acima dos 17,2%.

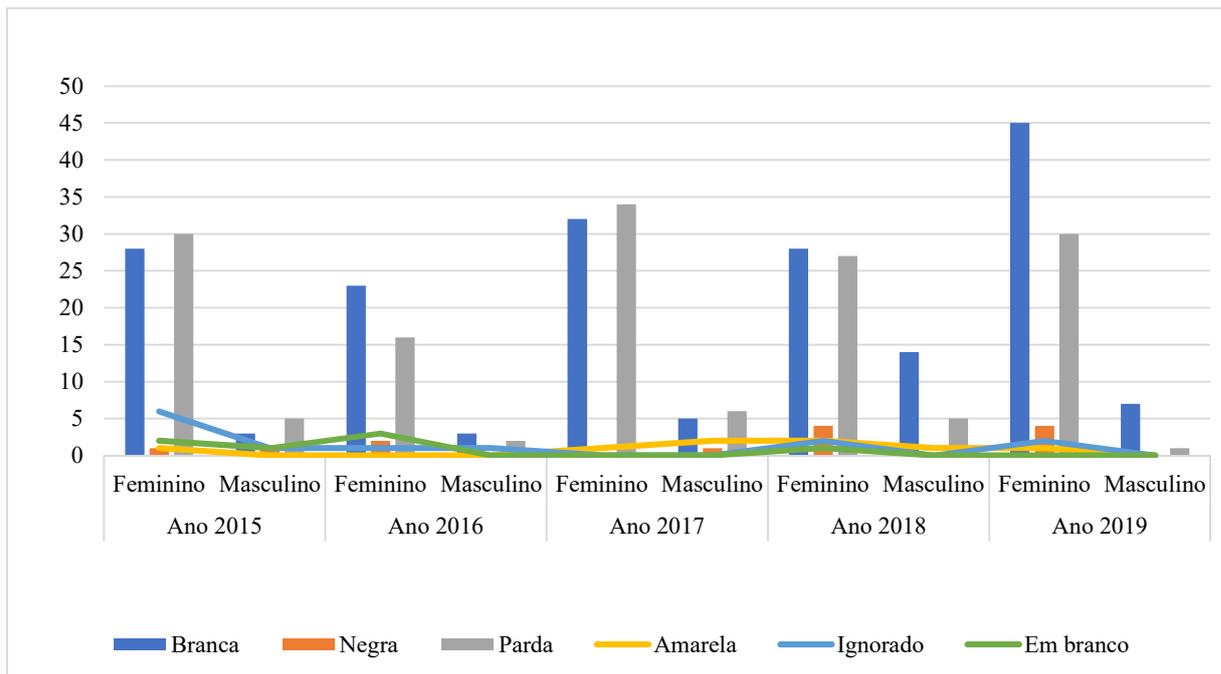
A Portaria n. 344, de 1º de fevereiro de 2017, estabeleceu que a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor são obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com dados do IBGE, a população de Mato Grosso do Sul é formada por 47,28 % de pessoas brancas, 43,59 % de pessoas pardas, 22 % de pessoas amarelas e 4,90 % de pretas (BRASIL, 2018).

A Figura 4, sobre tentativa de suicídio, por cor/raça, mostra diferença entre o número de casos nas duas principais raças encontradas nesse município e revela que a tentativa de suicídio no sexo feminino apresenta maior incidência em todos os anos analisados.

Dados semelhantes foram mostrados por Schlichting e Moraes (2018). O efeito de gênero nas diferenças relativas aos traços de personalidade nos adolescentes, podem ser entendidos como fatores predisponentes da tentativa de suicídio.

Figura 4 - Tentativa de suicídio por raça/ cor em Campo Grande/MS de 2015 a 2019, 2021



Fonte: SINAN (SESAU/MS).

Faz parte do ser humano experimentar diferentes condições ao longo da vida, que provocam sofrimento, desesperança, angústia (SCHLICHTING; MORAES, 2018). A vulnerabilidade em saúde é constituída pela interação entre o contexto social, cultural, político, econômico e ambiental, entre si e entre os aspectos individuais. Isso cria condições que favorecem certos riscos ou ameaças à saúde (BRASIL, 2018).

Thiengo et al. (2014, p. 326) apresenta que os transtornos mais frequentes encontrados em seu estudo de revisão foram: “depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias, e transtorno de conduta”.

Neste estudo, apesar de existirem casos relacionados à deficiência e ao transtorno, a maior incidência de tentativa de suicídio verificada foi entre mulheres adolescentes que não têm diagnóstico de deficiência ou transtorno como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Informações retiradas das fichas SINAN de 2015 a 2019 em Campo Grande/MS, 2021

| | Ano | 2015 | Ano | 2016 | Ano | 2017 | Ano | 2018 | Ano | 2019 |
|---|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Feminino | Masculino |
| Branca | 28 | 3 | 23 | 4 | 31 | 7 | 31 | 12 | 45 | 8 |
| Negra | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 |
| Parda | 30 | 5 | 16 | 4 | 34 | 8 | 32 | 4 | 32 | 1 |
| Amarela | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| Ignorado | 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| Em branco | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Possui deficiência/transtorno | | | | | | | | | | |
| Sim | 5 | 2 | 6 | 0 | 20 | 5 | 16 | 6 | 26 | 2 |
| Não | 46 | 6 | 18 | 4 | 28 | 7 | 23 | 5 | 28 | 4 |
| Ignorado | 17 | 2 | 16 | 5 | 16 | 4 | 28 | 9 | 26 | 4 |
| Em branco | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno | | | | | | | | | | |
| D. mental | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I. mental | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 3 | 12 | 4 | 20 | 1 |
| T. comp. | 2 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 |
| Outros | 0 | 1 | 3 | 0 | 9 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Em branco | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 |

Fonte: SINAN (SESAU/MS).

Quanto à motivação da violência, não se pode afirmar que as fichas foram preenchidas corretamente, devido à grande quantidade de marcações nas opções “outros, não se aplica, ignorado e em branco”, conforme se vê no Quadro 2

Seguindo a orientação de preenchimento das fichas, os campos: “outros” qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias descritas nas fichas; “não se aplica”: permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas esclarece para evitar utilizar esse campo; “ignorado”: quando a pessoa atendida não identificar uma motivação para a violência sofrida ou não puder informar sobre a motivação da violência, e “em branco”: quando nem um dos campos da ficha SINAN motivação da violência foi preenchido (BRASIL, 2015).

Observa-se que existe uma falha no preenchimento das fichas SINAN nas informações complementares, pois deveriam ser descritas características e informações com mais detalhes sobre o paciente que está sendo atendido. Dentre essas informações, seria importante inserir informações sobre se o paciente faz

acompanhamento com psicólogos e outros, se o paciente tem diagnóstico de depressão de modo a complementar as informações da ficha de atendimento SINAN.

Quadro 2 - Motivação da violência. Meios e agressão e informações complementares e observações das fichas SINAN, de 2015 a 2019, Campo Grande/MS, 2021

| Motivação da violência | Ano 2105 | Ano 2016 | Ano 2017 | Ano 2018 | Ano 2019 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Conflito geracional | 8 | 9 | 10 | 8 | 10 |
| Outros | 15 | 19 | 31 | 50 | 77 |
| Não se aplica | 29 | 15 | 24 | 8 | 0 |
| Ignorado | 9 | 8 | 17 | 20 | 2 |
| Em branco | 19 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Meio de agressão | | | | | |
| Enforcamento | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 |
| Automutilação | 12 | 6 | 29 | 25 | 34 |
| Uso de medicamentos especificados | 22 | 14 | 21 | 20 | 24 |
| Uso de medicamentos não especificados | 15 | 17 | 17 | 31 | 26 |
| Uso de veneno | 10 | 3 | 8 | 3 | 10 |
| Outros | 8 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Em branco | 10 | 8 | 2 | 3 | 1 |
| Paciente fazia acompanhamento com psicólogo | | | | | |
| Sim | 9 | 3 | 22 | 25 | 25 |
| Não informado | 71 | 50 | 60 | 62 | 65 |
| Com diagnóstico de depressão | 4 | 3 | 9 | 19 | 8 |
| Não informado se possui diagnóstico de depressão | 76 | 50 | 73 | 68 | 82 |

Fonte: SINAN (SESAU/MS).

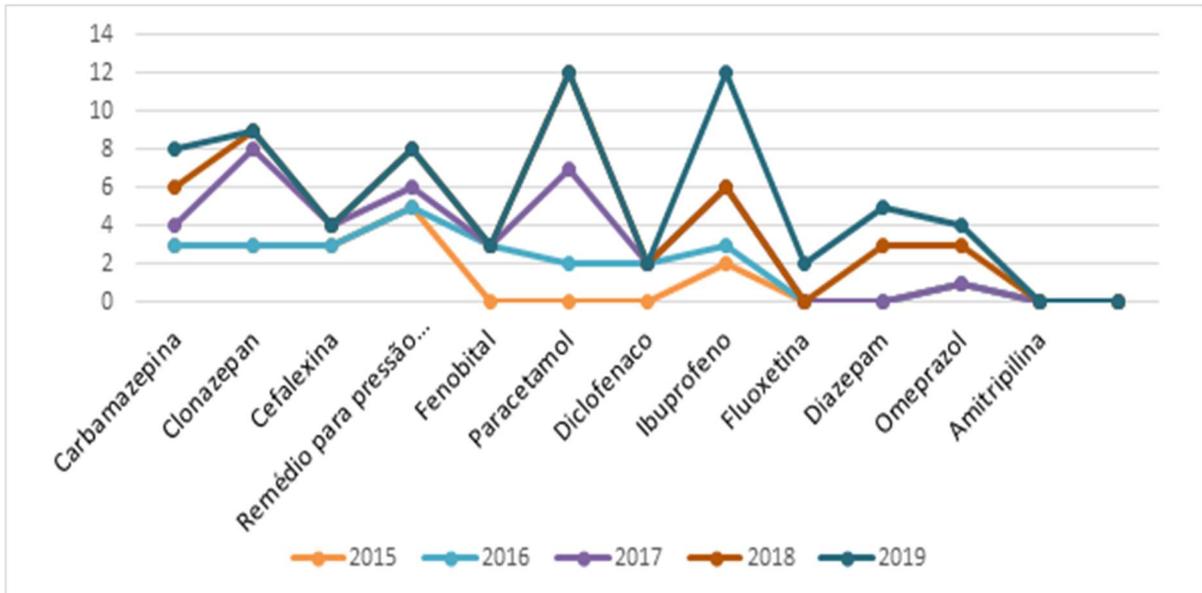
Os medicamentos mais utilizados nas tentativas de suicídio em Campo Grande e descritos nas fichas SINAN estão representados na Figura 5.

A intoxicação pode ser definida como consequências clínicas provocadas pela interação do sistema biológico com um agente químico encontrado no ambiente (SCHVARTSMAN; SCHVARTSMAN, 1999) e pode ser decorrente de plantas, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso domiciliar e outros, a ingestão pode trazer graves consequências clínicas (TREVISAN; SANTOS; OLIVEIRA, 2013, p. 443).

Os medicamentos responsáveis pelas intoxicações mais comuns, utilizados para tentar suicídio, segundo Monte et al. (2016), são antidepressivos, anti-histamínicos e antiparkinsonianos, causadores de síndrome anticolinérgica; opióides, anticonvulsivantes e benzodiazepínicos, responsáveis por síndrome de hipoatividade

e antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio e salicilatos síndrome convulsiva.

Figura 5 - Medicamentos por categoria farmacológica utilizados nas tentativas de suicídio, em Campo Grande/MS de 2015 a 2019, 2021



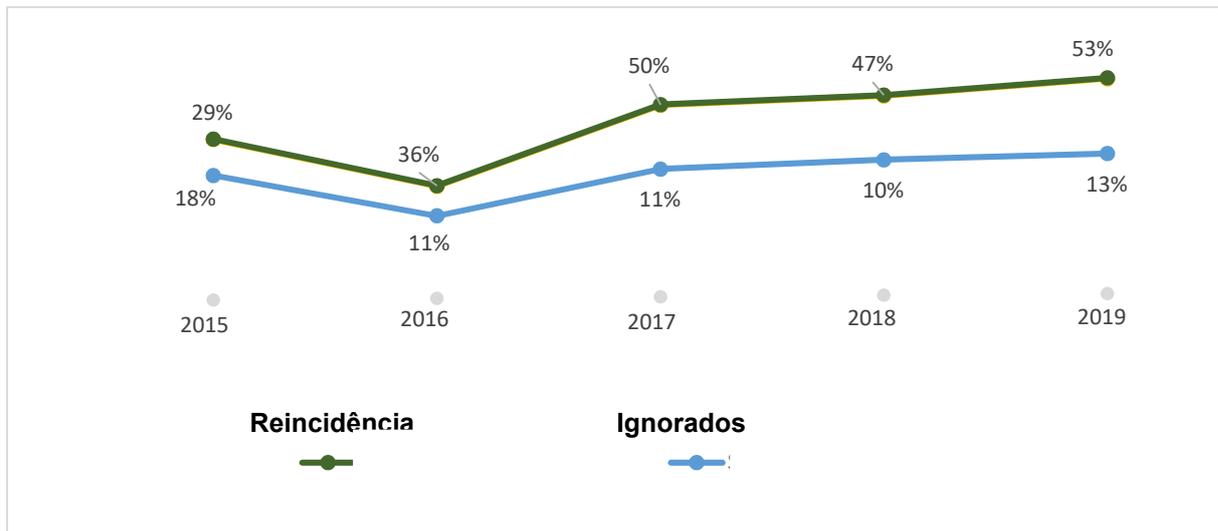
Fonte: SINAN (SESAU/MS).

Segundo a OMS, 15% da população mundial consome 90% da produção farmacêutica, e os hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos, tratando complicações causadas por utilização inadequada de medicamentos de todos os pacientes que dão entrada nos prontos socorros com intoxicação, 40% são vítimas dos medicamentos. Para a prevenção ao uso de medicamentos para cometer suicídio, a melhor forma de prevenção é diminuir a prescrição de medicamentos (TREVISAN; SANTOS; OLIVEIRA, 2013, p. 415).

Desse modo, compreender os fatores de risco envolvidos no comportamento suicida é fundamental para o desenvolver planos de prevenção mais eficazes. Demesmaeker et al. (2021) descreve que o histórico de tentativas de suicídio anteriores é um dos fatores de risco, porque vários pacientes que tentam o suicídio acabam morrendo por suicídio.

A reincidência é um fator que torna o comportamento suicida mais grave. No presente estudo, 44% dos atendimentos de tentativa de suicídio eram reincidentes. Esse número poderia ser maior, tendo em vista que 13% ignoram se era reincidente ou não.

Figura 6 - Reincidência de tentativa de suicídio na ficha SINAN de 2015 a 2019, em Campo Grande/MS, 2021



Fonte: SINAN (SESAU/MS).

Em Campo Grande/MS, os números de mortes por suicídio na população geral, segundo a secretária de saúde municipal SESAU teve um aumento de 112% nos últimos 10 anos, somando 91 mortes por suicídio. Os meios de autoagressão mais utilizados foram: enforcamento com 69%; arma de fogo com 11%; medicamentos com 4%; precipitação de lugar elevado com 4%; álcool e drogas com 2%; pesticidas e outros produtos químicos 2% e outros meios não especificados com 11%, em relação as tentativas de suicídio somente em 2019 ocorreram 1621 casos (SESAU, 2020).

Os dados expostos sobre a tentativa de suicídio em Campo Grande/MS deixam evidente a necessidade de que estratégias de prevenção de tentativa de suicídio de adolescentes sejam implementadas, essas estratégias de prevenção devem priorizar adolescentes do sexo feminino por ter maior incidência de tentativa de suicídio (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019).

O suicídio, segundo Rukundo et al (2018), é a terceira principal causa de morte entre adolescentes e jovens, influenciada por altos níveis de pobreza, rupturas na vida familiar tradicional, doenças depressivas e outras, o que acaba expondo adolescentes ao suicídio. Köves (2015), em seu estudo, apresenta que, aproximadamente, a cada cinco jovens que morrem por suicídio, um fez uma tentativa anterior de suicídio, e mais de um terço comunicou sua intenção de suicídio nos 12 meses anteriores.

Na filosofia o pensamento contratualista, juntamente com o pensamento positivista, no início do século XIX, permitiu se reencontro em função do grande

avanço das neurociências e da sociologia política e de suas intercessões. Nesse contexto, o suicídio entre jovens representa um problema recorrente na sociedade, se tornando uma questão de saúde pública.

Nesse contexto, a tese de Durkheim pode ser traduzida como efeitos decorrentes de coesão social mesmo que sejam controversas, faz sentido refletir que a sociedade atual pode influenciar nos altos índices de suicídio, tendo em vista que as relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo estão cada vez mais distantes entre os jovens, que estão mergulhados no individualismo alimentado pelas mídias sociais.

Seguindo a tese de Durkheim o suicídio entre adolescentes pode ser classificado como suicídio egoísta, no qual o indivíduo depende menos de grupo social que está inserido, e mais de si, considerado por Durkheim como “individualismo excessivo”. O indivíduo não vê mais sentido na vida e o suicídio surge como projeto individual capaz de colocar fim a sua dor e ao seu sofrimento.

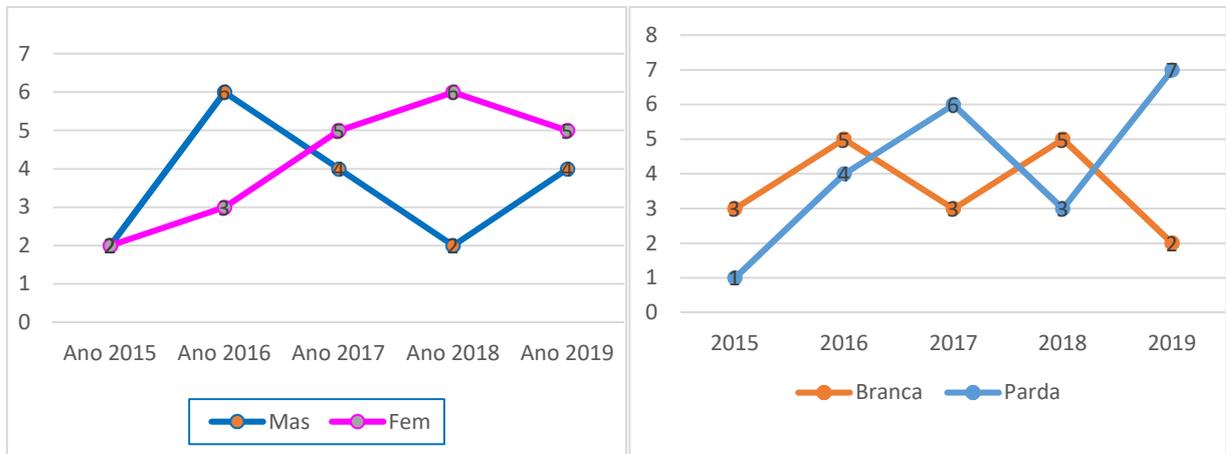
Quadro 3 - Quadro de óbitos por suicídio em Campo Grande/MS, 2021.

| Ano | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 12 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 13 anos | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 14 anos | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 15 anos | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| 16 anos | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| 17 anos | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 |
| 18 anos | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 |
| Total | 4 | 9 | 9 | 8 | 9 |

Fonte: SINAN (SESAU/MS).

O suicídio é predominante na cor/raça parda. A taxa de suicídio anual por sexo, apresenta que, em 2016, o suicídio foi predominante do sexo masculino, teve uma redução em 2017 e 2018 mais apresentou um aumento em 2019. Por outro lado, a taxa de suicídio anual entre adolescentes do sexo feminino aumentou progressivamente nos anos subsequentes, tendo uma leve queda em 2019 (Figura 7).

Figura 7 - Suicídio em Campo Grande/MS segundo sexo e raça/cor de 2015 a 2019, 2021.



Fonte: SINAN (SESAU/MS).

Foi calculada a estimativa, a fim de que os dados sobre o suicídio fossem comparados com dados do DATASUS, tendo em vista que o DATASUS se utiliza de faixa etária 10 a 14 anos (8,20%) e 15 a 19 anos (9%), não apresenta informações por idade (Tabelas 2 e 3). Assim, utilizaram-se dados do Censo 2010 IBGE, para calcular a estimativa da população, visando compreender a relação entre a população total de Campo Grande e a de adolescentes de 10 a 19 anos (Quando 4).

Quadro 4 - Estimativas da população de Campo Grande/MS, com base nos dados do IBGE 2010, 2021

| Ano | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| População estimada total Campo Grande | 853.622 | 863.982 | 874.210 | 885.711 | 895.982 |
| População estimada 10 a 19 ano Campo Grande | 146.823 | 148.605 | 150.364 | 152.342 | 154.109 |

Fonte: Dados Censo 2010 IBGE Campo Grande, por sexo e idade.

Tabela 2 - Dados Censo 2010 IBGE Campo Grande/MS, por sexo e idade e estimativa da população total de Campo Grande/MS, 2021

| Faixa etária | Homens | Mulheres | Total |
|--------------------|--------|----------|--------|
| 10 a 14 anos | 4,20% | 4% | 8,20% |
| 15 a 19 anos | 4,50% | 4,50% | 9,00% |
| Total 10 a 19 anos | | | 17,20% |

Fonte: Dados Censo 2010 IBGE Campo Grande, por sexo e idade.

Nos casos de suicídios, o método mais utilizado encontrado nesta pesquisa foi o enforcamento e apresenta as maiores taxas de morte, esse método é o mais acessível e com maior eficácia para cometimento de suicídio. A Tabela 3 apresenta o número total de suicídios por enforcamento, registrados pelo SINAN em Campo Grande, entre os anos de 2015 e 2019.

Tabela 3 - Número de suicídios total e por enforcamentos, em Campo Grande/MS, entre 2015 e 2019, 2021

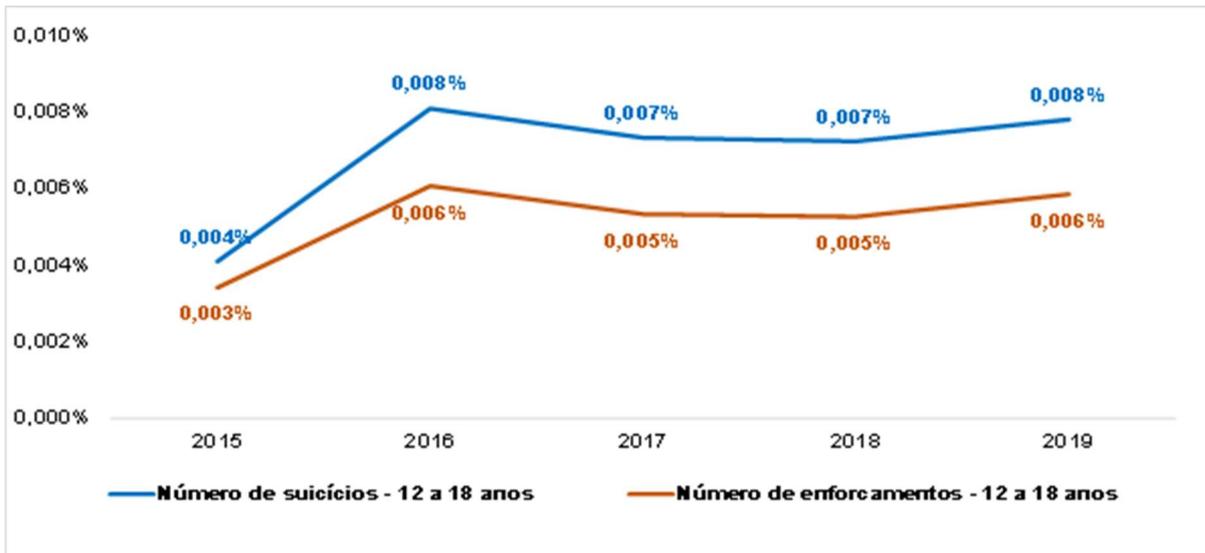
| ANO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Número de suicídios - 12 a 18 anos | 6 | 12 | 11 | 11 | 12 |
| Número de enforcamentos - 12 a 18 anos | 5 | 9 | 8 | 8 | 9 |
| População estimada de 10 a 19 anos | 146.823 | 148.605 | 150.364 | 152.342 | 154.109 |

Fonte: SINAN (SESAU/MS).

Houve um aumento na prevalência de suicídios em Campo Grande de 2015 para 2016, mantendo-se estável a partir de 2016 até 2019. Para o cálculo da prevalência, foi utilizada a estimativa da população de Campo Grande de 10 a 19 anos, pois são os dados encontrados no IBGE e DATASUS, não sendo possível estimar apenas a população entre 12 e 18 anos de Campo Grande.

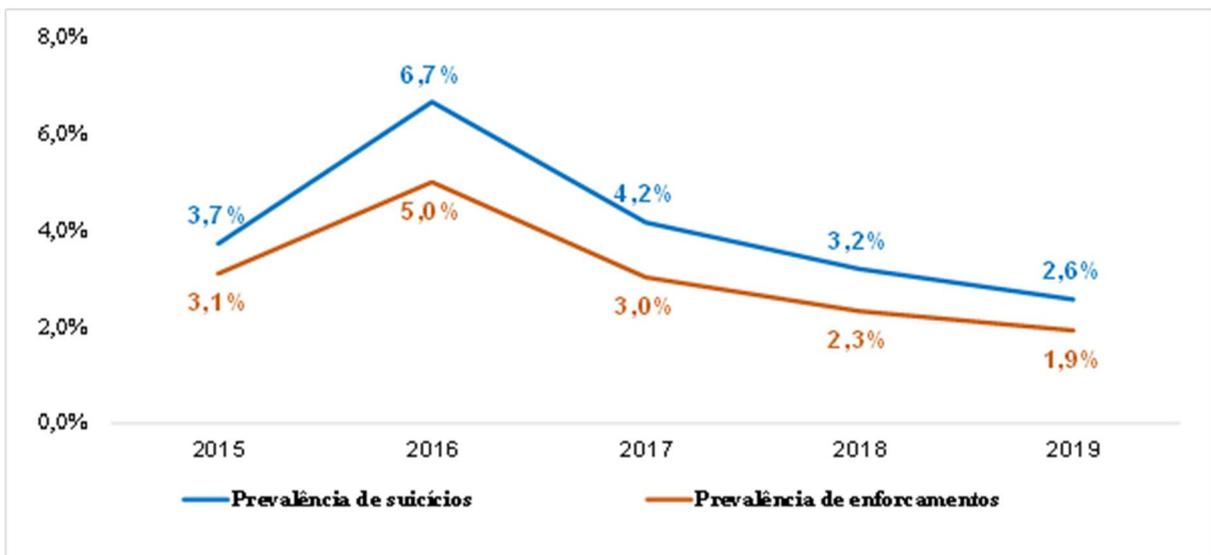
As Figuras 8 e 9 demonstram a prevalência de óbitos por suicídios em relação às tentativas de suicídios em Campo Grande que confirmam o aumento significativo de 0,008% de suicídios registrados no ano de 2016, comparado ao ano de 2015 que era de 0,004%.

Figura 8 - Prevalência de suicídios em Campo Grande/MS, na população de 12 a 18 anos, entre 2015 e 2019, 2021



Fonte: SINAN (SESAU/MS) e estimativas do (IBGE).

Figura 9 - Prevalência dos suicídios em relação às tentativas de suicídios em Campo Grande/MS, na população entre 12 e 18 anos, entre 2015 e 2019, 2021



Fonte: SINAN (SESAU/MS) e estimativas do (IBGE).

A prevalência de suicídios em relação ao número de tentativas mostra uma tendência de diminuição a partir dos anos de 2017, 2018 e 2019 pois, enquanto o número de tentativas de suicídios continuou crescendo nos anos de 2017, 2018 e 2019, os suicídios se mantiveram estáveis durante estes mesmos anos.

5.1 CONCLUSÃO

Ao analisar o suicídio e a tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande, MS, tem-se:

Os dados divulgados pelo DATASUS, referentes a 2015 até 2019, sobre a tentativa de suicídio, apresentam um crescimento de 40,1% em 2017 para 2018. A taxa de crescimento na população de 10 a 19 anos em Campo Grande se manteve próxima de 1,2%, enquanto as taxas de suicídio superaram 30%.

Dos dados descritos e analisados nas tabelas e gráficos, no que diz respeito ao perfil analisado, pode-se concluir que existe uma tendência de crescimento das tentativas de suicídios em Campo Grande.

Ao investigar da tentativa de suicídio em Campo Grande, MS, chegou-se a seguinte conclusão: a tentativa de suicídio entre adolescentes de Campo Grande no período de 2015 a 2019 é predominante entre pessoas do sexo feminino, com 83% dos casos analisados, destes 19% possuem transtorno (mental, de comportamento ou classificado como outros). A proporção de pessoas classificadas por raça/cor que tentaram suicídio é de 40% para brancos, 37% para pardos, 2% para negros e 1% para amarelo.

Para o sexo masculino, os que tentaram suicídio nesse mesmo período referem-se à proporção de 17%, destes, 9% eram brancos, 6% pardos e 1% negro e amarelo e 4% têm transtorno (mental, de comportamento ou classificado como outros).

O meio de autoagressão mais utilizado nas tentativas de suicídio encontrado foi de 53% por medicamentos, 27% por automutilação, 9% por veneno e 3% por enforcamento.

As informações complementares descritas nas fichas de informações do SINAN, preenchidas e disponíveis na base de dados do Sistema SINAN tem-se que: aos medicamentos descritos nas fichas SINAN, observou-se que: entre os mais utilizados estão os controlados que necessitam de prescrição médica, tais como Carbamazepina, Clonazepam, Fenobarbital e Diazepam.

Dos 392 casos de tentativas de suicídio analisados, 21% faziam acompanhamento com psicólogo, 79% não informaram se faziam tratamento ou acompanhamento, 11% contavam com diagnóstico de depressão e em 89% não informaram sobre diagnóstico de depressão.

Seguindo o objetivo conhecer se as informações contidas na coleta de dados permitiram-se identificar a reincidência da tentativa de suicídio como fatores de riscos para o suicídio e a tentativa de suicídio, no período analisado, que foi de 57%.

Conforme estabelecido no objetivo sobre análise do suicídio e o perfil do suicídio em Campo Grande, no período de 2015 a 2019 tem-se que: soma-se 52 óbitos. É predominante do sexo feminino com 54%, enquanto para o sexo masculino foi de 46%. Destes, 46% eram brancos e, 54%, pardos. O meio de autoagressão mais utilizado foi enforcamento com 79%, por arma de fogo 8%, uso de medicamentos 3% e por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte 5%.

A prevalência de suicídios em relação ao número de tentativas mostra tendência de diminuição a partir de 2017, 2018 e 2019, enquanto as tentativas de suicídios apresentaram um crescimento, mas os suicídios se mantiveram estáveis, nos mesmos anos.

Nesse contexto, a tentativa de suicídio e o suicídio em Campo Grande é considerado um problema de saúde pública. O município direciona vários recursos para atendimento de adolescentes que procuram tratamento e apoio psicológico. Mesmo assim, percebe-se que houve um aumento significativo nas tentativas de suicídio, de acordo com os números oficiais. Para diminuir as tentativas de suicídio, sugere-se que as políticas de combate ao suicídio devem incluir a escola e a família como parte fundamental de prevenção.

Percebe-se que o preenchimento das fichas SINAN, por parte dos profissionais de saúde, no campo informações complementares, é realizado de forma incompleta, uma vez que tais informações contam com campos específicos e, em determinados casos, são preenchidos com informações que têm campos específicos determinados na própria ficha.

Não fica claro nessas informações a causa que leva o adolescente a cometer tal ato, se esse adolescente faz acompanhamento psicológico ou não e, em casos de reincidência de tentativa de suicídio, quais medidas foram adotadas. Nesse contexto, a ficha SINAN utilizada para preenchimento de outras modalidades de violência apresenta uma lacuna quanto aos dados inerentes à tentativa de suicídio.

Observa-se, ainda, que, na SESA, somente dados sobre tentativa de suicídio atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS entram para as estatísticas oficiais.

Conforme apresenta o resultado da pesquisa, casos sobre tentativas de suicídio atendidos em clínicas e hospitais particulares não são computados pela SESAU, que recebe dados somente dos atendimentos das redes públicas. Isso implica dizer que a tentativa de suicídio pode ter índices mais elevados em Campo Grande do que foi observado neste estudo.

As bases de dados do SINAN são importantes para gerar informações e, a partir delas, criar políticas direcionadas para a redução do suicídio e a tentativa de suicídio. No presente estudo, ficou evidente que existe uma grande quantidade de tentativas de suicídio, quando comparada ao suicídio.

Na análise das fichas SINAN, foi possível definir que, nas muitas tentativas de suicídio, foi o uso de medicamentos a tentativa mais recorrente, alguns de uso controlado, outros são de livre acesso e normalmente vendidos sem prescrição. Quanto ao uso e à prescrição de medicamentos, ao adquirir os medicamentos, os pacientes devem ser informados sobre os cuidados que devem ser observados. A utilização de medicamentos para o tratamento e a prevenção de doenças traz consigo riscos que podem causar eventos adversos e, no caso de tentativas de suicídio, aumentar o tempo de hospitalização, conduzir a morbidades, além de implicar o gasto financeiro. Nesse contexto, a medicalização da população pode indicar que o processo de acolhimento não está sendo eficaz, e o remédio se apresenta como a solução do problema.

Diante da complexidade do tema suicídio e tentativa de suicídio, e visando oferecer uma maior contribuição social, foi produzido um livro “Do *bullying* e do *Cyberbullying* ao Suicídio” em parceria com outros pesquisadores que estão desenvolvendo pesquisa sobre violência escolar, em escolas públicas de Campo Grande/MS, e este foi disponibilizado de forma gratuita a mais de 150 escolas por todo país.

Assim, verifica-se que campanhas de prevenção de combate ao suicídio devem ser trabalhadas de forma profissional e controlada, com os adolescentes nas escolas juntamente com a famílias, para que o entendimento sobre o que é ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio seja claro e evidente, facilitando o diagnóstico. Os resultados encontrados podem contribuir para geração de ações e políticas de assistência intersetorial, objetivando a redução dos fatores de risco para o agravo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. M. O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. **Aurora**, Marília, v. 11, n. 1, p. 119-138, jan./jun.2018.
- ABASSE, M. L. F.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, T. C.; SOUZA, E. R. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.14, n. 2, p. 407-416, mar./ abr. 2009.
- AGOSTINHO, S. **O livre-arbítrio**. 2. ed. Tradução Nair de Assis Oliveira. São Paulo: Pulus, 1995.
- AMARAL, A. P. Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção. **Enfermería Global**, n. 59, p. 23-54, jul. 2020.
- 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**, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2010.
- ASSIS, S.G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 669-680, 2003.
- BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v. 11, n. 1, p. 63-76, jan./ jun. 2007.
- BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.
- BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, p: 2-14, jan./jun. 2013.
- BRASIL. **Decreto nº 17.943-a de 12 de outubro de 1927**. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. **Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 344, de 1º fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico, Produção e Agricultura Familiar (SEMAGRO). **Perfil Estatístico de Mato Grosso do Sul 2018**: Ano base: 2016 Campo Grande: SEMAGRO, 2017.

BRASIL. **Lei n. 6.697, de 10 de outubro de 1979**. Institui código de menores. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm#:~:text=LEI%20No%206.697%2C%20DE%2010%20DE%20OUTUBRO%20DE%201979.&text=Institui%20o%20C%C3%B3digo%20de%20Menores.&text=Art.,prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20vigil%C3%A2ncia%20a%20menores%3A&text=Il%20%2D%20entre%20dezoito%20e%20vinte,nos%20casos%20expressos%20em%20lei. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018 / IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018

BRASIL. **Setembro Amarelo**: nove em cada dez mortes podem ser evitadas. ago. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2019/09/setembro-amarelo-nove-em-cada-dez-mortes-podem-ser-evitadas>. Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 5 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 26 set. 2021.

BRASIL. **Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovoçada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRÊTAS, J. R. S.; *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.

CAMUS, A. **O mito de sísifo**: ensaio sobre o absurdo. Tradução: Urbano Tavares Rodrigues. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

COMTE, A. Cours de philosophie positive, 1830-1842. Paris: Hermann, 1975. v.1-2

BREET, E.; GOLDSTONE, D.; BANTJES, J. Uso de substâncias e ideação e comportamento suicida em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática. **BMC Public Health**, v. 18, n. 549, p. 1-18, 2018.

CAMPISI, S. C.; *et al.* Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. **Public Health**, v. 20, n. 1102, p. 1-11, 2020.

CHAUDHURY, A. *et al.* Clinical Correlates of Planned and Unplanned Suicide Attempts. **J Nerv Ment Dis**. v. 204, n. 11, p. 806–811, nov. 2016.

CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. L. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 1-7, mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Bioethikos**, v.3, n.1, p.68-76, 2009.

DEMESMAEKER, A. *et al.* Absence of association between the level of lethality and the recidivism of suicide attempts in a Spanish province. **J Clin Psychiatry**, v. 82, n. 1, jan./ fev. p. 1- 9, 2021.

DEYKIN, E. Y.; BUKA, S. L. Ideação e tentativa de suicídio entre adolescentes dependentes químicos. **American Journal of Public Health**, v. 84, n. 4, p. 634-639, 1994.

DURKHEIM, É. **O suicídio**: estudo de sociologia. Tradução Monica Stahel. São Paulo: Martins Fonte, 2000.

FRANÇA, E. B. *et al.* Aprimorando dados de mortalidade: reclassificação de causas mal definidas baseada em registros clínicos/entrevistas domiciliares no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], São Paulo, v. 22, supl. 3, p.1-14, 2019.

FRANCISCO, J. C.; GROPPPO, L. A. Adolescência(s) e juventude(s): considerações a partir de uma coexistência legal. **Crítica Educativa**, Sorocaba/SP, v. 2, n. 2, p. 275-294, jul./dez.2016.

FREUD, S. **Contribuições para uma discussão acerca do suicídio**. In S. Freud, Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 11, pp. 217-218). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910), 1980.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**. v. 25, n. 3. p. 270-275, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

JOBES, D. A.; JOINER, T. E. Reflexões sobre ideação suicida. **Crise**, v. 40, n. 4, p. 227-230, 2019.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (ed.). **La psychologie sociale**. 4. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1992. p. 357-389.

KÖVES. K.; LEO, D. Child, Adolescent and Young Adult Suicides: A Comparison Based on the Queensland Suicide Registry. **Journal of Child and Adolescent Behaviour**, v. 3, n. 3, p. 1-5, nov. 2015.

LÉVI-STRAUSS, C. **A noção de estrutura em etinologia**: raça e história: totemismo hoje. Tradução Eduardo P. Graef, *et al.* 2 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

LOPES, T. C. **Características de óbitos por causas externas em crianças e adolescentes, segundo registros do Instituto Médico Legal de Feira de Santana**. 2017. Dissertação (Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017.

MACENTE, L. B.; SANTOS, E. G.; ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **J. Brasileiro de Psiquiatria**, v.58, n.4. p. 238-244, 2009.

MARX, K. Sobre o suicídio. Tradução Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.

MEAD, M. **Coming of age in Samoa**. Nova York: W. Morrow & Company. 1928.

MONTE, B. S. et al. Estudo epidemiológico das intoxicações por medicamentos registrados pelo centro de informações toxicológicas do Piauí: 2007 a 2012. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 96-104, jul./ set. 2016.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em Psicologia Social**. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, A. L.; CHAMON, E. M. O. Q.; MAURICIO, A. G. C. Representação social da violência. **Educar**, Curitiba, n. 36, p. 261-274, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental do adolescente. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 6 set. 2020.

PAIXÃO, D. L. L.; ALMEIDA, A. M. O.; ROSA-LIMA, F. Representações sociais da adolescência por adolescentes e jovens. **Psicologia e Saber Social**, v. 1, n. 2, p. 278-294, 2012.

PATTO, M. H. S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 167-198, 1999.

PERREIRA, A. G.; CARDOSO, F. S. Ideação suicida na população universitária: uma revisão de literatura. *Revista E-psi*, v. 5, n. 2, p. 16-34, 2015.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I.P.S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 421-8, 2010.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, jan./mar. 2005.

SESAU. **Plano municipal de saúde 2018-2021**. Prefeitura municipal de Campo Grande, set. 2017. Disponível em: <https://transparencia.campogrande.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2021.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, jan./set.2009.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações exógenas aguda. **Jornal de Pediatria**. v. 75, (Supl.2), p. 244- 250, 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MATO GROSSO DO SUL. **Doenças Crônicas Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – Apresentação** [2021]. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/atencao-basica/saude-mental/saude-mental-apresentacao/>. Acesso em: 2 mar. 2021.

SHAIN, B. N. Suicide and suicide attempts in adolescents. **Pediatrics**, v. 120, n. 3, p. 669-676, Sep. 2007.

SILVA, M. N. R. M.; COSTA, I. I. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2010.

SOMÕES, C.; MATOS, M. G.; BATISTA-FOGUET, J. Saúde e felicidade na adolescência: factores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade dos adolescentes portugueses. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 8, n. 2, p. 17-38, 2008.

TREVISAN, E. P. T.; SANTOS, J.A. T.; OLIVEIRA, M. L.F. Tentativa de suicídio de mulheres: dado de um centro de assistência toxicológica do Paraná. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 418-423, abr./jun. 2013.

VIOLA, D. T. D.; VORCARO, A. M. R. A adolescência em perspectiva: Um exame da variabilidade da passagem à idade adulta entre diferentes sociedades. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, e3448, p. 1-11, 2018.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005.

APÊNDICES

Apêndice A – Artigo em formato da revista a ser encaminhado. A influência das mídias sociais no suicídio por enforcamento de 2015 a 2019 no Brasil

A influência das mídias sociais no suicídio por enforcamento de 2015 a 2019 no Brasil

The influence of social media on hanging suicide from 2015 to 2019 in Brazil

Ady Faria da Silva

Ricardo Dutra Aydos

Iandara Schettert Silva

RESUMO

Objetivo: analisar a influência das mídias sociais no suicídio por enforcamento em adolescentes no Brasil de 2015 a 2019. **Método:** Foram coletadas informações, do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde de 2015 a 2019 com levantamento, suicídio por causas externas, registrados segundo a Classificação Internacional de Doenças, como Lesões autoprovocadas voluntariamente, método utilizado enforcamento. **Resultados:** Os números registrados no sistema DATASUS, para os eventos de enforcamento de adolescentes, no período de 2015 a 2019, nas regiões e suas capitais brasileiras mostram que o suicídio está relacionado a características locais. **Considerações finais:** a mídia pode ser uma aliada na prevenção do suicídio fazendo uma abordagem genérica, impessoal e objetiva. Quando uma reportagem jornalística é divulgada com frequência pode influenciar o aumento de casos de suicídios, fazendo com que os indivíduos imitem ou se sintam encorajados a ter o mesmo comportamento.

Palavras-chave: Adolescente. Meios de comunicação. Suicídio. Efeito de contágio.

ABSTRACT

Objective: To analyze the influence of social media on suicide by hanging in adolescents in Brazil from 2015 to 2019. **Method:** Information was taken from the Ministry of Health's Mortality Information System from 2015 to 2019. Suicides from external causes, registered according to the International Classification of Diseases, as Voluntary self-inflicted injuries by the hanging method were carried out. **Results:** The numbers registered in the DATASUS system, for the hanging events of adolescents, in the period from 2015 to 2019, in the regions and their Brazilian capitals, show that suicide is related to local characteristics. **Final considerations:** The media can be an ally in suicide prevention by taking a generic, impersonal and objective approach. When a journalistic report is published frequently, it can influence the increase in suicide cases, making individuals imitate or feel encouraged to have the same behavior.

Keywords: Adolescent. Media. Suicide. Contagion effect

INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser definida pelas mudanças cognitivas, físicas e emocionais e se tornam um desafio durante esse período de desenvolvimento, com contradições caracterizado por atritos familiares e social. A construção de uma identidade é importante na vida do adolescente, é nesta fase da vida que o indivíduo, suportado pelas experiências anteriores elabora uma identidade que será complementada nos anos posteriores, durante a fase adulta. (Correa, Trufem, 2009).

A intensificação das relações sociais em escala mundial proporcionada pela internet ligando diferentes localidades, e em determinadas situações acontecimentos distantes interferem na vida dos adolescentes locais, como exemplo o jogo da baleia azul. (Correa e Trufem, 2009).

Teóricos ao longo das décadas conceituaram o vazio, bem como a dissociação, como impulsionado por uma ruptura na identidade e autopercepção e resultando em experiências viscerais e existenciais de desencarnação e irrealidade.

O suicídio é um tema que a muito tempo provoca discussão na sociedade, e está relacionado à saúde dos indivíduos e ao modo de como são afetados. Segundo a Organização Mundial da Saúde, no mundo as notificações apontam que ocorre um suicídio a cada 40 segundos (WHO, 2014), no Brasil a cada 46 minutos acontece um suicídio. Essa realidade torna-se sombria quando estas pessoas se encontram na adolescência. Nesta fase, o indivíduo é particularmente propenso a reagir com violência ou atitude suicida em resposta a conflitos das mais diversas naturezas.

O suicídio de adolescentes no Brasil, reporta a uma necessidade de estudos e políticas direcionadas a atender jovens com perfil de ideação suicida, o que na definição de Durkheim (1982) com a intenção de produzir dano direto ou indireto contra si próprio, resultando em morte, e que poderá ser nomeada de tentativa caso não seja consumada.

Considera-se o suicídio antes dos 15 anos como uma ocorrência incomum, mas a prevalência tende a aumentar na adolescência (Hawton, Saunders e O'Connor, 2012).

Existem diferenças importantes, para grupos distintos, nos determinantes do suicídio que são: os fatores não econômicos, (sociopolíticos e sociológicos, além do clima e da geografia), que podem igualmente explicar diferenças entre taxas de suicídios em diferentes localidades. (Loureiro, Moreira e Sachsida, 2021).

Nesse sentido, este artigo dialoga com os dados sobre suicídio de adolescentes no Brasil que utilizaram como método o enforcamento e com a literatura focada em analisar o suicídio entre adolescentes, sob a perspectiva que são influenciados pelas mídias.

No Brasil, o número de suicídios vem aumentando significativamente, principalmente entre jovens e adultos jovens. Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde em ambos os sexos e faixas etárias. Compreender esse fenômeno é fundamental, uma vez que, o aumento de suicídio entre adolescentes coincide com o aumento de tempo que crianças e adolescentes ficam na internet. Diante disso questiona-se as mídias influenciam suicídio entre adolescentes? A discussão sobre a influência das mídias é necessária, tendo vista que grupos costumam reagir de formas diferentes quando estão diante de determinadas circunstâncias. Considerando que as gerações atuais, estão mais expostas com o uso abusivo de mídias sociais.

Este artigo está organizado em seções. Na primeira apresenta a metodologia e os dados. Na segunda apresenta resultados e discussão sobre suicídio de adolescentes. Na terceira as considerações sobre o estudo que condensará os argumentos apresentados no desenvolvimento do artigo.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, descritiva de corte transversal, realizada por levantamento de fontes secundárias de janeiro de 2015 a dezembro de 2019. O levantamento foi elaborado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, que consolida dados sobre certidões de registro de óbito emitidas no Brasil no local da ocorrência do evento. Para identificação das mortes por suicídio foram levantados os óbitos por causas externas, registrados segundo o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10) como Lesões autoprovocadas voluntariamente como o enforcamento (categorias X 70), considerando as capitais brasileira.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Aprovado sob o parecer nº 4.416.659, conforme determina Resolução 466/12.

SUICÍDIO DE ADOLESCENTE

A adolescência é caracterizada como período de transição da infância para a vida adulta. Essas mudanças provocam alterações internas e externas, e segundo Cicogna, Hillesheim e Hall (2019) os adolescentes são influenciáveis pelas mídias e tendem a imitar comportamentos.

Na busca por mudanças podem desenvolver comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas, que podem se apresentar como única solução possível quando estão presentes expectativas negativas frente ao futuro (Borges e Werlang 2006).

O suicídio é um comportamento complexo com múltiplos fatores associados ao isolamento social, doença mental, abuso de álcool, transtorno de uso de substâncias, eventos relacionados à família e considerado a segunda causa de morte no mundo e se tornou um grave problema de saúde pública a serem enfrentado (Vargas-Medrano et al., 2020).

Vargas-Medrano et al (2020) determina como fatores de risco psicossociais: a) a desesperança: está associada à depressão maior e pode ser considerada um risco para o suicídio; b) impulsividade: está associada a forma como indivíduo gerencia seu comportamento; c) agressão: está associada ao comportamento perturbador como raiva, vitimização, isolamento e pensamentos suicidas e d) perfeccionismo: altos níveis de perfeccionismo está associado ao aumento do risco de suicídio e tentativa de suicídio.

Por outro lado, os fatores sociais também influenciam no comportamento suicida definido por Vargas-Medrano et al (2020) se apresenta como: a) transmissão social: essa transmissão ocorre quando parente próximo tentou ou cometeu suicídio; b) isolamento social: poder ser indicativo de comportamento suicida que pode estar associado as mídias sociais e a utilização da internet.

No Brasil, entre 1 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019, somou-se um total de 652 mortes, por lesões autoprovocadas voluntariamente por enforcamento (classificação X70), suicídio, em indivíduo adolescente. Por outro lado, a maior taxa de morte nesta faixa etária é do sexo masculino soma-se 457, enquanto o sexo feminino é 195, ficando evidente que existe maior incidência de morte por suicídio com adolescentes do sexo masculino.

Os números registrados no sistema DATASUS, para os eventos de enforcamento de adolescentes, nas capitais brasileiras, por região, no período de 2015 a 2019 foram organizados e mostrados no gráfico 1. Este dado tem caráter ilustrativo e apenas uma análise mais detalhada poderia comprovar o caráter realmente incremental ou não das taxas de suicídio. No entanto, a simples observação dos dados estimados no período de 2015 a 2019, nas regiões e suas capitais brasileiras mostra que o suicídio guarda fortes características locais.

O suicídio não é um tipo de morte qualquer, é uma morte específica, uma morte determinada (Netto, 2013). Por isso, existe uma necessidade de conhecer como, e até que ponto

o suicídio é influenciado, uma vez que, na internet existem sites que informam técnicas e métodos que auxiliam indivíduos com ideação suicida (Gomes et al., 2014).

Um levantamento publicado pela Agência Brasil (Valente, 2019, p. 1) apontou que 86% das crianças e adolescentes são usuárias da internet, 93% das crianças e adolescentes usuários da internet utilizam o telefone para se conectarem, 53% utilizam a internet para ler ou assistir notícias e 66% para fazer pesquisas por curiosidade ou vontade própria. Quanto as redes sociais, 82% possuem perfis nas redes sociais, 97% são de adolescentes com idade entre 15 e 17 anos.

Nas palavras de Werlang (2014) o suicídio deve ser falado, é um assunto que pode influenciar o indivíduo, tanto emocionalmente quanto economicamente, e atinge pessoas que não possuem uma boa qualidade de vida. Na ferramenta Google Trends a frequência de procura da palavra “suicídio” no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, apresenta “picos de busca” mais altos no início de 2015 e final de 2016 e se manteve elevado em 2017 e 2018, em 2019 permanece no primeiro semestre elevado e se encerra com uma queda.

Biddle, et. al. (2008), descreve sites na internet que fornecem métodos de suicídio com as devidas instruções sobre qual é mais eficaz, menos indolor e outros. Descreve que foram identificados 240 sites diferentes, sendo os maiores sites visitados Google, Yahoo, MSN e ASK.

Desses sites o MSN possuía o maior número de sites de prevenção, suporte, acadêmicos, de políticas e notícias de suicídio. Os termos utilizados para busca foram: a) suicídio; b) método suicídio; c) métodos mais eficientes de suicídio; d) métodos de suicídio mais efetivos; e) método suicidas; f) modos de cometer suicídio; g) como cometer suicídio; h) como se matar; i) métodos fáceis; j) melhores métodos de suicídio; k) suicídio indolor; l) suicídio rápido. Alguns sites fornecem informações, triagens, questionários, conselhos e incentivo sobre como procurar tratamento. A internet pode ser utilizada para aconselhar pessoas que possuem ideação suicida, aconselhando as pessoas a buscar ajuda, além de permitir que as pessoas expressem e compartilhem sua angústia, pode ter uma função positiva (Biddle et. al., 2008).

Seguindo a metodologia de Biddle, Gomes et al. (2014) fizeram o mesmo estudo no Brasil, detectando que inexitem sites que encorajam ou facilitam o ato suicida, isso não implica em dizer que os brasileiros não acessam ou pesquisam sobre suicídio. Em contrapartida a pesquisa apresenta que no ranking da América Latina o Brasil é o que mais pesquisa o termo suicídio, mesmo não existindo sites pró-suicídio os brasileiros podem acessar informações em páginas internacionais. O número de fóruns ou bate-papos acessados no Brasil é maior que em outros países e a disseminação de notícias e desses fóruns podem ser utilizados para incentivar suicídio. Outra diferença na pesquisa foram os sites religiosos que atuam como um fator

protetivo a ideação suicida, assim como os sites mantidos por profissionais da saúde (Gomes, et al; 2014).

No Brasil, a taxa de suicídio entre jovens, sexo masculino é de 9 mortes por 100 mil habitantes, enquanto entre as mulheres a taxa é de 2,4 por 100 mil habitantes (Brasil, 2017).

Dados sobre suicídio no Brasil, permitem dimensionar o fenômeno quando comparado com outros países, e nesse aspecto percebe-se que entre as populações mais jovens existe um aumento na taxa de suicídio. Sob o ponto de vista comparativo “o Brasil possui taxas bem menores que outros importantes países sul-americanos, como a Argentina e o Chile. Igualmente, com relação ao México e aos demais países da América do Norte”. (Ribeiro, Moreira, 2018, p. 2825).

No Brasil estudos sobre suicídio como de Rodrigues et al. (2019) analisaram as taxas de suicídio de 1997 a 2015 e 90,6% das unidades de análise tiveram tendência estável ou crescente de suicídio. No estudo de Jeen-Varas et al. (2019) mostraram um aumento de 13% na taxa de suicídio entre 2006 e 2015 de adolescentes de 10 a 19 anos. A variabilidade das taxas e de tendência ao suicídio no Brasil varia de acordo com as diferenças culturais, ambientais e socioeconômicas (Rodrigues, et al., 2019).

As mortes por suicídio de adolescentes nas regiões do Brasil utilizando o método enforcamento, estrangulamento ou sufocação (X70) nos anos de 2015; 2016; 2017; 2018 e 2019 que mostra a quantidade de mortes por suicídio de adolescentes em cada região do Brasil, utilizando como método o enforcamento. Segundo os dados do DATASUS a taxa de suicídio de adolescentes apresenta comportamento crescente em todas as regiões, nos anos de 2015 a 2019. No estudo de Circogna, Hillesheim e Hallal (2019, p. 5) “O principal método de suicídio utilizado nessa faixa etária em ambos os sexos no período foi o enforcamento, estrangulamento ou sufocação (X70), o qual foi responsável por 58,95% das mortes”. Nesse contexto, é possível afirmar que o suicídio utilizando o método enforcamento apresenta as maiores taxas de mortes por suicídio em adolescente.

Wanzinack, Temoteo e Oliveira (2017) em seu estudo apontam que a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação é o método mais utilizado de perpetração do suicídio com 70,01% dos casos, casos relacionados a autointoxicação por exposição intencional 11,71% e armas de fogo 8,36%.

Os dados obtidos neste estudo mostram uma diferença que começa em 2015. Destacam-se os menores números na região centro-oeste e sul. Na região norte, nordeste e sudestes respectivamente apresentaram os maiores números de ocorrências de morte por suicídio. Em

2016, a região nordeste e sudeste continua com os números mais elevados, seguida pela região norte, sul e centro-oeste.

Já em 2017, a região sudeste e nordeste se mantém com índice elevado, enquanto nas demais regiões tiveram uma pequena elevação. Em 2018 e 2019 todas as regiões tem elevação nas taxas de suicídio. Pode-se considerar que em 2018, o suicídio impactou as Américas apresentado crescimento de 6% em comparação com 2010. Cerca de 80% dos casos ocorreram em países de baixa e média renda, como o Brasil, em oposição ao resto do mundo onde estima-se diminuição dos casos (OMS, 2020). Em 2019, pode-se perceber um comportamento semelhante a 2015 com picos de ocorrência elevados, e um crescimento em todas as regiões.

Assim, os diversos tipos de morte por suicídio, devem ser agrupados, para uma explicação eminentemente social, de modo que diferencie os casos de suicídio dos indivíduos que apresentam transtorno mental, esses devem ser analisados pela psicologia. E sobre o ponto de vista social fica o posicionamento de Durkheim que cada sociedade tem uma disposição definida para o suicídio, composta por pessoas que não apresentam transtornos mentais, e nesse aspecto o suicídio consequência da pressão social sobre o indivíduo (Ribeiro e Moreira, 2018).

INFLUÊNCIA DA MÍDIA NO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES

A mídia pode influenciar o suicídio, levando em consideração a forma como o tema é tratado na imprensa, e associado ao sensacionalismo envolvido, considerando que crianças e adolescentes, têm passado cada vez mais tempo na internet, tornando-os mais suscetíveis ao efeito de modelagem (Pereira, Macêdo e Farias, 2017).

No Brasil, morrem diariamente mais de 24 pessoas por suicídio. Informações desta natureza ficam reféns da alegação de evitar “efeito contágio”. Os acidentes, mortes acidentais e homicídios em maior quantidade e classificados como morte por violência, são banalizados e tomam para sua atenção a opinião das pessoas de que o suicídio não é algo fora do normal, sendo este minimizado e deixando a culpa para o suicida e sua família (Moehlecke, 2016).

Berkman et al. (2000) em seu estudo apresenta que “análise de redes” decorre das características de laços entre atores dentro de um sistema social, e são as estruturas sociais que restringem o comportamento de seus membros, e podem influenciar negativamente na saúde do indivíduo, fazendo perder sua autoestima, segurança, adotando um comportamento prejudicial à saúde.

As redes sociais podem influenciar padrões (Berkman, et al., 2000), aqui podemos frisar que a exposição de adolescentes as mídias sociais, (Twenge, Martin e Campbell, 2012), por

muito tempo tem probabilidade de 68% deste adolescente ser infeliz, ter baixa autoestima e ter menor satisfação com vida. No estudo que considerou a associação da utilização da internet e a saúde do adolescente (Jong, 2012), observou que o uso da internet está associado a saúde mental, depressão, ideação suicida e outros.

Nesse contexto, a influência midiática está presente em parte dos casos de suicídio e tentativas de suicídio entre adolescentes. Loureiro, Moreira e Sachsida (2013) sugerem que a mídia eleva em 1% a taxa de suicídio de jovens com idade entre 15 e 19 anos, e descreve como uma espécie de *efeito contágio* nas taxas de suicídio, com a hipótese de que a violência seja um dos fatores incentivadores, quanto mais violenta for a localidade, maior sua respectiva taxa de suicídio. Em 2017, o jogo Baleia Azul foi relacionado ao aumento de suicídios de adolescentes em todo o planeta, diversos motivos que poderiam levar o adolescente a ingressar neste jogo, dentre eles o desafio, uma das modas da Internet. E para fazer parte desse jogo os desafios eram atentar contra si mesmo, orientado por um curador que determinava quais seriam os desafios. (Barreto Junior e Lima, 2017).

“A adolescente de 15 anos, desmaiou no banheiro de sua casa no Rio de Janeiro, Brasil, enquanto desenhava uma baleia no antebraço com uma gilete” (Bedinelli, 2017). Casos como o dessa estudante de classe baixa do Rio começaram a aparecer em vários Estados do Brasil, convertendo os dramas de saúde dos jovens em casos de polícia, trazendo pânico aos pais e disparando alertas nos hospitais brasileiros, que já têm presenciado um aumento de casos de suicídios entre adolescentes. O que se espera com jogos ou desafios é que seus jogadores sejam desafiados, e durante esse processo é natural o desejo de superação, decorrente do espírito de competidor, provar para si ou para outrem que é capaz, sem que colocar em risco a integridade do adolescente. (Barreto Junior e Lima, 2017).

Séries de TV como a 13 Reasons Why, ajudaram a romper o silêncio sobre algo que acontece e que está aumentando (Jan 2019), e sua análise demonstra elementos sociologicamente relevantes na construção da narrativa, ao abordar temas como violência sexual, bullying, processos de socialização, suicídio e uso de mídias digitais (Rossi, 2021, p. 3).

Um estudo recente alimenta os argumentos dos críticos, mostrando que no mês seguinte à estreia nos Estados Unidos, em 31 de março de 2017, os suicídios na faixa dos 10 aos 17 anos aumentaram 28,9% em todo o país (Bridge, 2020).

Outro estudo aponta que três meses após o lançamento da série, os suicídios entre adolescentes de 10 a 19 anos tiveram um aumento de 14,6%, e o método mais utilizado foi por enforcamento (Neiderkrotenthaler, et al., 2019). Esse estudo observou um aumento simultâneo

ao período de maior interesse no programa. A série *13 Reasons Why* foi um fenômeno da mídia, que gerou um interesse incomum e intenso da imprensa, em decorrência disso, esperava-se implicações por vários meses, as associações observadas são consistentes com possível contágio pela mídia. Outro fator que indica contágio pela mídia da série é o aumento do suicídio entre pessoas do mesmo sexo e idade do personagem. (Neiderkrotenthaler, et al., 2019).

É importante que a sociedade, e os pais, saibam o que acontece, para que peçam ajuda. O que não se pode é falar de procedimentos ou justificá-lo, deve-se manter o diálogo em termos de prevenção, sem uma abordagem sensacionalista ou julgamentos morais, nem para denegrir nem para exaltar a pessoa que se suicida. (Acosta, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Questiona-se se dados apresentados sobre o tema são subestimados, uma vez que valores culturais e sociais, com maior ou menor impacto dependendo da região, podem afetar o procedimento de registro da morte por lesão autoprovocada intencionalmente (Hawton e Van Heeringen, 2009).

As causas de morte no Brasil são registradas de forma imprecisa. Os mecanismos de avaliação, que levam em consideração os óbitos por causas são pouco definidos e falhos, ou seja, as causas básicas que não são ou não podem ser identificadas. As mortes que não são declaradas na certidão de óbito, representam boa parte dos óbitos registrados, colocando esse dado em lugar importante no conjunto das estatísticas (França et al., 2019).

Níveis proporcionalmente elevados de causas mal definidas, permitem discussões a respeito da qualidade das declarações de óbitos que, no Brasil, comprometem a consistência e registro de óbitos das demais causas para certas unidades geográficas. A pouca qualidade das declarações de óbito, muitas vezes, tem levado ao desencorajamento na exploração de estatísticas (França et al., 2019).

Entre os indicadores de mortalidade importantes, como subsídios de sentinelas, está o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que melhora a cada dia, pelo que se verificam os dados sobre mortalidade (Oliveira, 2013).

Os indicadores são considerados eventos sentinelas, uma vez que sinalizam a possibilidade de que algum elo, em adequada e hipotética cadeia da atenção integral à saúde, não funciona bem, indicando que deve ser melhorada a qualidade da atenção (Lopes, 2017).

Vários meios são utilizados para o desfecho de uma tentativa contra a própria vida. Muitas vezes esses meios estão subordinados aos conflitos sociais e condições de vida daquele

que pretende executar a ação de tirar a própria vida, de maneira voluntária e intencional, com pleno conhecimento do resultado fatal.

No Brasil, o ambiente domiciliar ainda é o local onde mais ocorrem os suicídios, assim como o enforcamento é o meio mais utilizado (Botega, 2014). Por isso a prevenção se apresenta como instrumento mais adequado para diminuir taxas de suicídio, e não é tarefa fácil, mas possível. Tais possibilidades perpassam por melhorias nas condições de vida, como o tratamento eficaz de pessoas em tentativa de suicídio e o controle ambiental de fatores de risco. Assim como, a apropriada disseminação de informação é elemento essencial para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio (Organização Mundial de Saúde, 2006b).

Para obter melhores resultados os fatores de proteção ao risco de suicídio devem contar com o apoio da família, de amigos e de relacionamentos significativos, crenças religiosas, culturais e étnicas, também, o envolvimento na comunidade, uma vida social satisfatória e, integração social, por exemplo, pelo trabalho e uso construtivo do tempo de lazer e acesso a serviços e cuidados de saúde mental (Araújo et al, 2010).

No contexto desta reflexão, se coloca novamente, não somente as ocorrências de mídia, mas o já sabido, e não divulgado conflito mundial das sociedades e suas situações socioeconômicas e culturais, a internet e mídias sociais se mostra um desafio a todos os indivíduos.

Destaca-se a importância das bases de dados SIM e SINAN em gerar informações para a tomada de decisões em saúde pública (Ribeiro, Castro e Scatena, 2018, p. 3). Esses dados nos sistemas de vigilância ajudam a determinar o padrão comunitário, com contexto social, histórico e cultural em que o indivíduo esteja envolvido, assim como pela motivação do suicídio e a disponibilidade do método, para os óbitos autoprovocados (Oliveira, Camargos e Vieira, 2014, p. 3).

Os aspectos sociais, comportamentais e a disponibilidade de meios se associam estreitamente aos preditores de risco determinando a violência autodirigida. Portanto, é preciso formar profissionais com habilidades de enfrentamento a essa realidade devastadora e crescente. Com isso, ressalta-se a importância da compreensão das causas dos óbitos para que possam direcionar programas e ações de prevenção com estratégias eficientes (Moreira et al, 2017, p. 31).

Fica evidente que existe correlação da mídia com o suicídio de adolescentes, e os maiores motivadores do suicídio entre jovens são o desemprego, a violência e a influência da mídia. As mídias sociais disponibilizam e replicam conteúdos com informações que podem ou

não ser verdadeiras, de forma irresponsável o que acaba influenciando usuários da rede a formar opiniões ou cometer suicídio como ocorrido nos casos da baleia azul.

Nesse contexto, a mídia pode ser uma aliada na prevenção do suicídio fazendo uma abordagem genérica, impessoal e objetiva, para que o ato tenha visibilidade, mas não leve outros indivíduos a se espelhar em tal ocorrência.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria quando uma reportagem jornalística é divulgada com frequência pode influenciar o aumento de casos de suicídios, fazendo com que os indivíduos imitem ou se sintam encorajados a ter o mesmo comportamento. O suicídio é um evento que deixa profundas marcas nos amigos, familiares e na sociedade por isso a forma como é abordado pelas mídias deve minimizar o tabu que existe em torno do problema, fazendo com que as pessoas busquem ajuda de acordo com suas crenças. Assim, finalizamos com a reflexão sobre como transmitir notícias e fazer postagens sobre suicídio e que reportagens e postagens deveriam indicar locais de cuidados para pessoas que pensam em suicídio, como por exemplo, CVV- Centro de Valorização da Vida, ou organização não governamental que conta com a ajuda de voluntários treinados para realizar atendimentos gratuitos para pessoas que desejem conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail ou chat.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, MERCEDES NAVÍO. (2015). “Prevenir el suicídio”. *El País*. Artigo online disponível em <https://brasil.elpais.com/acervo/2015-04-02/> [Acessado em 13 de setembro de 2021].

BEDINELLI, TALITA. (2017) “Baleia azul: o misterioso jogo que escancarou o tabu do suicídio juvenil: a morte autoprovocada de jovens tem crescido em todo mundo, mas ainda é pouco discutida no Brasil, onde o desafio irrompeu neste mês, a taxa de jovens que se matam aumentou 26% desde 1980”. *El País*. Artigo online disponível em <https://brasil.elpais.com/acervo/2017-05-02/> [Acessado em 13 de setembro de 2021].

BERKMANA, LISA F. GLASS B, THOMAS. BRISSETTEC, IAN e SEEMAN, TERESA E. “From social integration to health: Durkheim in the new millennium”. *Social Science & medicine*. 51(2000):843-857.

BIDDLE, LUCY. DONOVAN, JENNY. HAWTON, KEITH. KAPUR, NAVNEET e GUNNELL, DAVID. “Suicide and the internet”. *BMJ*, Apr.12; 336,7648 (2008): 800-802. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292278/>.

BORGES, VIVIAN ROXO e WERLANG, BLANCA SUSANA GUEVARA. “Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos”. *Estudos de Psicologia*, 11.3(2006):345-351.

BOTEGA, NEURY JOSÉ. “Comportamento suicida: epidemiologia”. *Psicologia USP*, São Paulo. 25.3 (2014): 231-236.

BRASIL. (2017). “Ministério da Saúde divulga 1º boletim de suicídio no país; é a quarta causa de morte entre jovens”. Artigo online disponível em <https://www.saude.ms.gov.br/ministerio-da-saude-divulga-1-boletim-de-suicidio-no-pais-e-a-quarta-causa-de-morte-entre-jovens/> [Acessado em 15 de setembro de 2021].

BRASIL. (2019). “Brasil tem 24,3 milhões de crianças e adolescentes que usam a internet. Agencia Brasil”. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-09/brasil-tem-243-milhoes-de-criancas-e-adolescentes-utilizando-internet> [Acessado em 15 de setembro de 2021].

BRIDGE, JEFFREY A., GREENHOUSE, JOEL B., RUCH, DONNA, STEVENS, JACK, ACKERMAN, JOHN, SHEFTALL, ARIELLE H., HOROWITZ, LISA M., KELLEHER, KELLY J., CAMPO, JOHN V. “Association Between the Release of Netflix’s 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 59.2(2020):236–243.

CICOGNA, JÚIA ISABEL RICHTER. DANÚBIA HILLESHEIM e HALLAL, ANA LUIZA DE LIMA CURI. “Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015”. *J Bras Psiquiatr*. 68.1(2019):1-7.

CORREA, FABIANA e TRUFEM, SANDRA FARTO BOTELHO. “O adolescente no mundo globalizado: experiências e expectativas de um grupo paulistano”. *Pesquisa em debate*. Edição especial, 2009. Artigo online disponível em http://www.pesquisaemdebate.net/docs/pesquisaEmDebate_especial1/artigo_20.pdf [Acessado em 10 de setembro de 2021].

DURKHEIM, ÉMILE. *O suicídio* Estudo sociológico. Trad. Luz Cary, Margarida Garrido e J. Vasconcelos Esteves. 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1977.

ELIANE BRUM.(2020) “A cidade que mata o futuro: em 2020, Altamira enfrenta um aumento avassalador de suicídios de adolescentes: Nos quatro primeiros meses do ano, o número de pessoas que tiraram a própria vida na cidade mais violenta da Amazônia já é quase o triplo da média anual do Brasil”. *El país*. Artigo online disponível em <https://brasil.elpais.com/acervo/2020-04-27/> [Acessado em 13 de setembro de 2021].

ESCÓSSIA, FERNANDA DA. (2017). “Crescimento constante: taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002. **BBC Brasil**”. Artigo online disponível em <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-39672513> [Acessado em 13 de setembro de 2021].

GOMES, Juliana Oliveira. BATISTA, Makilim Nunes. CARNEIRO, Adriana Munhoz e CARDOSO, Hugo Ferrari. “Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca”. *Psicologia & Sociedade*. 26.1(2014): 63-73.

HAWTON, KEITH. SAUNDERS, KATE E A. e O’CONNOR, RORY C. “Self-harm and suicide in adolescents”. *Lancet*. 379(2012): 2373–2382.

HAWTON, KEITH e VAN HEERINGEN KEES. “Suicide”. *Lancet*. 373 (2009):1372- 1381.

JAN, CECILIA. (2019). “Suicídios de adolescentes aumentaram nos EUA depois da estreia de ‘13 Reasons Why’: No total, 29% mais garotos se mataram em abril de 2017, de acordo com um estudo. Especialistas defendem superar o tabu e falar sobre isso”. *El País*. Artigo online disponível em <https://brasil.elpais.com/acervo/2019-05-02/> [Acessado em 13 de setembro de 2021].

JONG, YEON KIM. “The Nonlinear Association Between Internet Using Time for Non-Educational Purposes and Adolescent Health”. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 45.1(2012): 37-46.

JEEN-VARAS, DENISE. MARI, JAIR J. ASEVDO, ELSON. BORSCHMANN, ROHAN. DINIZ, ELTON. ZIEBOLD, CAROLINA e GADELHA, ARY. “The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study”. *Braz J Psychiatry*. Sep-Oct; 41.5(2019): 389–395.

LOUREIRO, PAULO. MOREIRA, TITO BELCHIOR e SACHSIDA, ADOLFO. (2021). “Os efeitos da mídia sobre o suicídio: uma análise empírica para os estados brasileiros”. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 1990.

MARTIN, SARAH L. GHUMMAN, USMAN. MANGDU, THENRAL. CHHEDA, SADHANA. THOMPSON, PETER M e GADAD, S. BHARATHI. “Psychological and neurobiological aspects of suicide in adolescents: Current outlooks”. *Brain Behav Immun Health*. Aug. 7(2020):100124.

MENÁRGUEZ, ANA TORRES. (2019). “Trauma, problemas psiquiátricos e fuga da adolescência. O que leva jovens à automutilação: Psiquiatras alertam que danos físicos provocados pelos jovens são cada vez mais frequentes”. *El País*. Disponível em <https://brasil.elpais.com/acervo/2019-12-30/>. Acesso em 13 de setembro de 2021.

MOREIRA, ROBERTA MAGDA MARTINS. FÉLIX, TAMIRES ALEXANDRE. FLÔR, SANDRA MARIA CARNEIRO. OLIVEIRA, ELIANY NAZARÉ e ALBUQUERQUE, JOSÉ HENRIQUE MOREIRA. “Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio”. *Sanare*. Sobral. 16.01(2017):29-34.

NETTO, NILSON BERENCHTEIN. WERLANG, BLANCA e RIGO, SORAYA CARTVALHO. (2013). “Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica”. Conselho Federal de psicologia. *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de psicologia, 2013.

NIEDERKROTENTHALER, THOMAS. STACK, STEVEN. TILL, BENEDIKT. SINYOR, MARK. PIRKIS, JANE. GARCIA, DAVID. ROCKETT, IAN RH e TRAN, ULRICH S. “Association of Increased Youth Suicides in the United States With the Release of 13 Reasons Why”. *JAMA Psychiatry*. Sep; 76.9(2019): 933–940.

OLIVEIRA, GABRIELA DE SÁ. CAMARGOS LARISSA MATOS NOVAIS e VIEIRA, LEONARDO TADEU. “Análise epidemiológica dos casos de suicídio no município de Coração de Jesus – MG”. *Revista Humanidades*. 3.1(2014): 107-216.

RIBEIRO, DANIEL MENDELSKI. (2003). “Suicídio: critérios científicos e legais de análise”. Artigo online disponível em egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf [Acessado em 13 de setembro de 2021].

RIBEIRO, JOSÉ MENDES e MOREIRA, MARCELO RASGA. “Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23.9 (2018):2821-2834.

RIBEIRO, NILVA MARIA. CASTRO, SYBELLE DE SOUZA. SCATENA, LÚCIA MARINA e HAAS, VANDERLEI JOSÉ. “Análise da Tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio”. *Texto contexto Enferm*. 27.2(2018): e2110016.

RODRIGUES, CÁSSIO D. SOUZA, DÉBORA S. RODRIGES, HENRIQUE M e KONSTANTYNER, THAIS CRO. "Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015". *Braz J Psychiatry*. Sep-Oct. 41.5(2019): 380–388.

ROSSI, TULIO CUNHA. “Posicionamentos e relações valorativas sobre gêneros e mídias digitais: uma análise sociológica da série 13 Reasons Why”. *Pro-Posições*. Campinas, SP.32e20190042(2021): 1:24.

SILVA, MARIA APARECIDA NASCIMENTO DA. “Ideação suicida e suicídio entre adolescentes: revisão integrativa” / Maria Aparecida Nascimento da Silva. - Cajazeiras, 2019.

TWENGE, JEAN M. MARTIM, GABRIELLE N. e CMAPBE, W. KEITH. “Decreases in Psychological Well-Being Among American Adolescents After 2012 and Links to Screen Time During the Rise of Smartphone Technology”. *Online First Publication*. January 22(2018):1-17.

VALENTE, JONASS. (2018). “Estudos apontam risco e impacto positivo entre tecnologia e suicídio. *AgênciaBrasil*. Artigo online disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-08/estudos-apontam-risco-e-impacto-positivo-entre-tecnologia-e-suicidio> [Acessado em 20 de setembro de 2020].

VARGAS-MEDRANO, JAVIER. DIAS-PACHECO, VALERIA. CASTANEDA, CHRISTOPHER. MIRANDA-ARANGO, MANUEL. LONGHURST, MELANIE O. MARTIN, SARAH L. GHUMMAN, USMAN. MANGADU, THENRAL. CHHEDA, SADHANA. THOMPSON, PETER M. E GADAD, BHARATHI S. “Psychological and neurobiological aspects of suicide in adolescents: Current outlooks”. *Brain, Behavior, & Immunity Health*. 7(2020): 100124.

WASELFISZ, JULIO JACOBO (2014). “Os Jovens do Brasil, mapa da violência”. Artigo online disponível em www.juventude.gov.br/juventudeviva [Acessado em 13 de setembro de 2021].

WANZINACK, CLÓVIS. TEMOTEO, ANDRÉIA e OLIVEIRA, ADRIANA LUCINDA DE. “Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015”. *Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar*, Matinhos, 10.2, (2017):106-117.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. “Preventing suicide”. *CMAJ*.143.7(2014):609-610.

Apêndice B– Capítulo Publicado - Violência escolar e suicídio

VIOLÊNCIA ESCOLAR E SUICÍDIO

ADY FARIA DA SILVA

Graduado em Direito. Especialista em Direito. Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: adyfaria@hotmail.com

IANDARA SCHETTERT SILVA

Médica Veterinária pela UFSM (1992), mestre em Cirurgia Veterinária pela UFSM (1995) e Doutora em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela UNIFESP-EPM (1999). É professora Associada na UFMS-FAMED e no Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. É coordenadora do Laboratório e grupo de pesquisa CNPq em Modelos Experimentais de Doença. Tem experiência na área Multi/Interdisciplinar, Bolsista Visitante Sênior na Walsh University (USA) pelo Capes PrInt.

GRACIELE SILVA

Graduada em Direito. Especialista em Direito. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Bolsista CAPES. E-mail: gracielesilva@yahoo.com

MICHEL CANUTO DE SENA

Graduado em Direito. Especialista em Direito. Mestre. Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Professor de Direito Civil e Bioética. Faz parte da Academia Paulista de Direito (SP). Bolsista CAPES. E-mail: canuto.fadir.ufms@gmail.com

PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS

Doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Paulo. Pesquisador permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: phaidamus43@gmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa da vida de reorganização psíquica, com incertezas e conflitos que geram o sentimento de dor psicológica, tristeza, e até mesmo ideias de se matar. Os comportamentos autodestrutivos constituem-se como um problema de saúde pública que precisa de atenção (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

O comportamento suicida é um fenômeno complexo que pode ser influenciado por diversos fatores pessoais, sociais, psicológicos, culturais, biológicos e ambientais. Diversos comportamentos podem levar o indivíduo a idealizar o suicídio, assim como planejar, tentar e

cometer o próprio suicídio. Os indivíduos com ideação suicida, história de automutilação ou tentativa de suicídio não fatal correm maior risco de cometer suicídio (DEMA et al., 2016).

O comportamento suicida, segundo Werlang, Borges e Fensterseifer (2005), classifica-se em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. O comportamento suicida inclui ideação (pensar em se matar), planejar o suicídio, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Por isso, a necessidade de reconhecer diferenças no comportamento suicida entre adolescentes mais jovens e mais velhos decorre do paradoxo sexual, observado no comportamento suicida, que se torna verdadeiro por volta dos 15 anos e indica que a ideação, o planejamento e as tentativas de suicídio são maiores entre as mulheres e 'completado' suicídio é maior em homens (CAMPISI et al., 2020).

IDEAÇÃO SUICIDA

Entende-se por ideação suicida o ato de pensar sobre considerar ou planejar colocar fim, ou tentar contra sua própria vida. “A ideação suicida, enquanto comportamento pertencente ao espectro de comportamentos suicidários, diz respeito ao pensamento ou ideia que engloba desejos, atitudes ou planos do indivíduo para acabar com a sua própria vida” (PEREIRA; CARDOSO, 2015, p. 20).

A ideação suicida é comum na idade escolar e na adolescência; as tentativas, porém, são raras em crianças pequenas. Tentativas de suicídio consumado aumentam com a idade, tornando-se comuns durante a adolescência e tem como fatores desencadeantes, discussão com os pais, problemas escolares, perda de entes queridos e mudanças significativas na família (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

A ideação suicida é considerada um fator de risco para o comportamento suicida, está associada ao risco de tentativas e, conforme apresenta a literatura, indivíduos que consumaram o ato já haviam idealizado previamente e “no período da adolescência, pois faz parte do processo de desenvolvimento de estratégias, que são formas de lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte” (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010, p. 49).

Nesse contexto, Chaudhury et al. (2017) apresenta em seu estudo que a ideação suicida possui maior nível de incidência em indivíduos que já tentaram suicídio planejado em comparação com os que fizeram tentativas não planejadas, apresentando maior intenção de morrer o que resulta em letalidade ou lesão médica. Outro fator evidente, indivíduos que

passaram mais de três horas planejando suicídio tiveram consequências médicas mais graves em relação aos que agiram por impulso.

A ideação suicida permite que os pensamentos suicidas sejam detectados de maneira precoce. De modo que seja possível entender a intensidade, profundidade, duração e contexto que os pensamentos surgem, assim como a impossibilidade de desligar-se deles. Esses fatores distinguem o indivíduo saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

O uso de álcool patológico pode estar associado à ideação suicida. Breet et al. (2018) apresentam que o uso de substâncias, seja álcool, tabaco, cannabis, drogas ilícitas, medicação prescrita, pode influenciar a ideação suicida.

Dessa forma, a ideação suicida pode ser um importante fator de risco que desencadeia o suicídio efetivo, com a depressão e a desesperança, e o suicídio na adolescência é “uma morte antecipada que pode ser evitada por ações preventivas na família, escola, meios de comunicação e na comunidade, procurando, assim, promover o desenvolvimento saudável desses jovens” (WERLANG; BORGES, 2005, p. 347).

A ideação suicida deve se tornar um alvo de intervenção essencial por si só, e se argumentar que sua identificação torna o tratamento da ideação suicida mais eficaz, levando menos tentativas de suicídio e mortes por suicídio (JOBENZ; JOINER, 2019).

Nesse contexto, Fukumitsu (2014) descreve três fases de conduta do manejo terapêutico para indivíduos com ideação suicida: (I) primeira fase perguntar e explorar: nessa fase os psicoterapeutas devem estar atentos aos sentimento de culpa, vergonha, medo, raiva, frustrações dos indivíduos; (II) segunda fase compreender, confirmar e acolher: o psicoterapeuta faz uma compreensão do significado do ato suicida do indivíduo, explorando os sentimentos e pensamentos, em simultâneo, com postura acolhedora; (III) terceira fase encaminhar e acompanhar: nessa fase os psicoterapeutas compartilham sua preocupação com o indivíduo, buscando obter mais informação sobre o desespero de tentar se matar, encaminhar significa orientar e direcionar o sujeito, a família e outros profissionais para auxiliarem.

Assim, quando já idealizado, o indivíduo passa para o plano de suicídio e, nessa fase, decide colocar fim em sua vida, começando a idealizar sua morte com o planejamento dos detalhes tais como método, local e hora (DEMA et al., 2016). Para prevenir mortes por suicídio, é fundamental identificar esses indivíduos com crise psicossocial e vinculá-los a serviços de prevenção e apoio ao suicídio.

SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

Estudos apontam que o número de morte por suicídio entre adolescentes pode ser mais elevado do que indicam as estatísticas, tendo em vista que em determinados casos algumas dessas mortes podem ser registradas como acidentais. A proporção de tentativas de suicídio afeta grupos de adolescentes e jovens de todas as classes sociais e raça, mesmo que em determinadas situações apresentem diferenças com taxas mais elevadas que outros grupos (SHAIN, 2007).

As tentativas de suicídio são heterogêneas em termos de intenção, grau de planejamento e lesão médica resultante. Para esses resultados, observa-se que as tentativas podem ser: planejadas, impulsivamente com pouca ou nenhuma previsão, e altamente planejadas com muita preparação. Entretanto, indivíduos que fizeram tentativas não planejadas, segundo a pesquisa feita por Chaudhury, apresentaram níveis mais elevados de ideação suicida, maior intenção de morrer que resultaram em maior letalidade ou lesão médica (CHAUDHURY et al., 2017).

Dentre os fatores de risco que desencadeiam o suicídio, estão: (I) o histórico familiar de suicídio ou tentativas de suicídio; (II) problemas de saúde mental dos pais; (III) orientação sexual gay ou bissexual; (IV) histórico de abuso físico ou sexual e tentativa anterior de suicídio. No que concerne a fatores de risco socioambientais, estão: (I) a presença de armas de fogo em casa; (II) relação prejudicada entre pais e filhos; (III) morar fora de casa; (IV) dificuldades na escola; (V) não trabalhar nem frequentar a escola; (VI) isolamento social dentre outros. Ainda influenciam na tentativa de suicídio os problemas pessoais de saúde mental que predis põem ao suicídio que incluem depressão, transtorno bipolar, abuso ou dependência de substâncias, psicose, transtorno de estresse pós-traumático dentre outro (SHAIN, 2007).

O suicídio ocupa o terceiro lugar na classificação de morte, ficando atrás, respectivamente, dos homicídios e acidentes de trânsito. Segundo, Almeida (2018, p. 120), “o suicídio está associado a um baixo nível educacional, ao desemprego e à renda familiar, o que atinge de forma direta o status social do indivíduo, o que conseqüentemente acaba desencadeando o suicídio do mesmo”. E as diversas teorias sobre o porquê a pessoa se mata ou deseja se matar passam a ser especificadas nas discussões científicas que se seguem. Em alguns países, o suicídio em adolescentes e adultos jovens está configurando um padrão epidêmico (BRAGA; DELL’AGLIO, 2013).

DISCUSSÕES CIENTÍFICAS SOBRE SUICÍDIO

Santo Agostinho, ao discorrer sobre o suicídio, diz: “parece-me que ninguém que se suicida ou que deseja a morte de qualquer maneira possui o sentimento de que não será nada depois da morte”, segundo ele, parece ser racional, mas é decorrente de um erro ou verdade que são obtidos pelo raciocínio ou pela fé (SANTO AGOSTINHO, 1995, p. 175).

E continua, o parecer lógico e o sentimento íntimo são distintos, mesmo que o parecer lógico diga uma coisa, e, o sentimento íntimo, outra. Por vezes, o sentimento íntimo é mais verdadeiro do que o parecer formalizado. Isso quando esse comete o erro e o sentimento da natureza. Enfim, há vezes em que existe erro de um lado e do outro, quando uma coisa nociva é julgada benéfica e causa prazer. Habitualmente, porém, um parecer certo corrige um mau hábito e um mau parecer costuma corromper uma natureza correta. Isso por ser muito forte o domínio e a supremacia da razão (SANTO AGOSTINHO, 1995). No mesmo sentido:

[...] quando uma pessoa crê que após a morte não mais existirá, e que entretanto - levada por tristezas intoleráveis, inclina-se com todo seu desejo em direção à morte - resolva abraçá-la e com efeito suicida. Há em seu parecer a crença errônea de completo aniquilamento. Não obstante, existe, pelo contrário, em seu sentimento, o desejo natural do repouso. Ora, o que permanece na tranquilidade não pode ser um puro nada. Bem ao contrário, possui mais realidade do que aquilo que é instável. Posto que a instabilidade é causa de afetos tão opostos que mutuamente um destrói o outro. Pelo contrário, o repouso implica a permanência, a qual se tem em vista quando se diz de algo: Isto existe, é! Desse modo, todo desejo daquele que quer morrer é dirigido, não para cessar de existir pela morte, mas para encontrar a tranquilidade. E assim, enquanto crê, por engano, obter o não-ser, sua natureza está a aspirar pela tranquilidade, isto é, deseja possuir uma realidade mais perfeita. Logo, assim como não pode absolutamente ser crível que alguém goste de não existir, não se pode de modo algum admitir que alguém seja ingrato para com a bondade de seu Criador, pelo ser do qual frui. (SANTO AGOSTINHO, 1995, p. 175-176).

Do ponto de vista de Durkheim (2004), a definição de suicídio é explicada como um fenômeno a ser entendido, cujo resultado é a morte, decorrente de um ato direto ou indireto, positivo ou negativo, o qual a própria vítima realiza para obter o resultado morte. E correlaciona o suicídio a um problema social. Desse modo:

[...] Daí resulta uma solidariedade sui generis que, nascida das semelhanças, vincula diretamente o indivíduo a sociedade [...]. Essa solidariedade não consiste apenas num apego geral e indeterminado do indivíduo ao grupo, mas também torna harmônico o detalhe dos movimentos. De fato, como são os mesmos em toda parte, esses móveis coletivos produzem em toda parte os mesmos efeitos. Por conseguinte, cada vez que entram em jogo, as vontades se movem espontaneamente e em conjunto no mesmo sentido (DURKHEIM, 2008, p.79).

Os indivíduos se reconheciam entre si na necessidade de ajudar uns aos outros para manter uma convivência social em harmonia, tornando os laços de ligação entre seus membros mais fortes. “É necessário, pois, que a consciência coletiva deixe descoberta uma parte da consciência individual, para que nela se estabeleçam essas funções especiais que ela não pode regulamentar (DURKHEIM, 2008, p.108). Assim:

[...] Quanto mais numerosas são as maneiras de agir e de pensar, marcadas por um caráter religioso, subtraídas, por conseguinte, ao livre exame, mais a ideia de Deus está presente em todos os detalhes da existência e faz convergir para um único e mesmo objetivo as vontades individuais. Inversamente, quanto mais um grupo confessional deixa ao julgamento dos indivíduos, mais ele está ausente de sua vida, menos tem coesão e vitalidade (DURKHEIM, 2004, p. 188).

Segundo Durkheim, uma crença e a família são fatores norteadores do indivíduo e, ao se afastar, passa a se sentir desprotegido, e a vida perde o sentido. Do mesmo modo:

[...] Quanto mais os grupos a que pertencem se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles e, por conseguinte, mais depende apenas de si mesmo para não reconhecer outras regras de conduta que não as que se baseiam em seus interesses privados. Se, portanto, conviermos chamar de egoísmo esse estado em que o eu individual se afirmar excessivamente diante do eu social e às expensas deste último, poderemos dar o nome de egoísta ao tipo particular de suicídio que resulta de uma individuação descomedida (DURKHEIM, 2004, p. 258-259).

Na concepção de Durkheim, o suicídio é uma forma de morte egoísta, pois o indivíduo se mata por conta do enfraquecimento dos grupos sociais a que ele pertence, seja ele um grupo orientado por sua confissão religiosa, sua família ou sua orientação política. Ainda:

[...] Uma vez que chamamos de egoísmo o estado em que se encontra o eu quando vive sua vida pessoal e só obedece a si mesmo, a palavra altruísmo expressa o estado contrário, aquele em que o eu não se pertence, em que se confunde com outra coisa que não ele, em que o polo de sua conduta está situado fora dele, ou seja, em um dos grupos de que faz parte. Por isso chamaremos de suicídio altruísta aquele que resulta de um altruísmo intenso (DURKHEIM, 2004, p. 275).

Segundo Durkheim, em sua obra *Da Divisão do Trabalho Social* (2008), a sociedade perdeu a consciência coletiva, assim como seu poder de regulação, ou seja, fez surgir a sociedade industrial, isto é, ele problematiza, a divisão social do trabalho desempenha uma função coordenadora e reguladora das relações sociais e de manutenção dos laços sociais advindos da consciência coletiva. Nas sociedades complexas, a consciência coletiva perde sua força e o risco de anomia social se torna constante (ALMEIDA, 2018). No mesmo sentido:

[...] A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por

consequente, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que depende, não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de suicídio anômico (DURKHEIM, 2004, p. 328-329).

As questões sociais estão diretamente ligadas ao suicídio anômico. O desregramento da anomia é reforçado pelas paixões não estarem desregradadas, quando precisa disciplina rigorosa. Nessa sociedade, existe a perturbação das crises econômicas e políticas decorrentes de guerra e revoluções radicais, que torna o indivíduo incapaz de exercer sua vida moralmente íntegra e seus direitos de forma digna menos desigual (DURKHEIM, 2008). Ainda:

[...] fazer cessar essa anomia, é encontrar os meios para fazer esses órgãos que ainda se chocam em movimentos discordantes concorrerem harmoniosamente, é introduzir em suas relações mais justiça, atenuando cada vez mais essas desigualdades externas que são a fonte do mal (DURKHEIM, 2008, p. 432).

Em síntese, a questão do suicídio para Durkheim é decorrente do fato social, e deve ser objeto de estudo da sociologia, a sociedade capitalista e suas instituições com a divisão social do trabalho, como um mal que deve ser superado para dar fim ao suicídio. Segundo o autor, precisa ser feita uma reforma nessa sociedade e nas instituições “é preciso, sem afrouxar os laços que ligam cada parte da sociedade ao Estado, criar poderes morais que tenham sobre a multidão de indivíduos uma ação que o Estado não pode ter” (DURKHEIM, 2004, p. 510). Ao contrário do posicionamento de Durkheim, Karl Marx critica a ciência da sociedade, ao instituir o materialismo histórico-dialético, e rompe com o idealismo, passando a pregar a ideia das práxis, ou seja, a junção da teoria com a prática, que, segundo Marx:

[...] na produção social de sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. [...] o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência (MARX, 2003, p. 5).

A teoria marxista parte do pressuposto de que a consciência, as ideias e as relações sociais que existem na sociedade civil dependem de determinadas formas de organização do consumo, do comércio e da produção. Nesse contexto, o materialismo histórico-dialético busca afirmar as ideias e a consciência que controlam o homem, entretanto é o homem quem determina o controle de sua consciência na produção de sua existência (ALMEIDA, 2018).

Segundo Marx (MARX, 2006, p. 84), “a história de todas as sociedades que existiram até hoje tem sido a história das lutas de classes”; para ele, a classe trabalhadora vive em conflito com a classe burguesa. Entretanto, para essa teoria marxista, o sistema de produção capitalista e suas relações sociais está cheio de contradições, pois uma classe detentora dos meios de produção compra força de trabalho de quem só tem a força a oferecer.

Desse modo, no ensaio chamado Sobre o Suicídio, Marx utilizou-se de informações analisadas pelo funcionário da polícia francesa Jacques Peuchet, que tinha como função registrar os suicídios cometidos na França em 1824. Entretanto, na obra são apresentados três casos de suicídio feminino e um de suicídio masculino.

O suicídio é um fenômeno originado de conflitos entre as relações sociais e, do ponto de vista marxista, o sistema de produção e desenvolvimento das forças produtivas dão origem a sujeitos marginalizados, ou seja, as hipóteses psicodinâmicas cumprem seu papel explicativo e justificador, sempre dispostas a apontar para o sujeito e encontrar algo de errado em sua mente ou em seu caráter (MARX, 2006). Nesse sentido:

[...]. As pessoas mais covardes, as mais incapazes de se contrapor, tornam-se intolerantes assim que podem lançar mão de sua autoridade absoluta de pessoas mais velhas. O mau uso dessa autoridade é igualmente uma compensação grosseira para o servilismo e a subordinação aos quais essas pessoas estão submetidas, de bom ou de mau grado, na sociedade burguesa. (MARX, 2006, p. 32).

Na reflexão de Marx, o suicídio decorre da não superação das relações, ou seja, da servidão que aparece na sociedade em forma de reprovação. E a partir dessa reprovação, desencadeia-se o processo de vergonha, levando o sujeito a tirar sua própria vida. “O suicídio elimina a pior parte da dificuldade, o cadafalso ocupa-se com o resto. Somente com uma reforma de nosso sistema geral de agricultura e indústria pode-se esperar por fontes de recursos e por uma verdadeira riqueza” (MARX, 2006, p. 50). Na reflexão de Marx:

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (MARX, 2006, p. 28).

E continua, “o suicídio elimina a pior parte da dificuldade, o cadafalso ocupa-se com o resto. Somente com uma reforma de nosso sistema geral de agricultura e indústria pode-se esperar por fontes de recursos e por uma verdadeira riqueza” (MARX, 2006, p. 50).

Em síntese, Marx procura demonstrar com esse ensaio sobre o suicídio que somente uma transformação radical da sociedade, envolvendo a superação do modo de produção

capitalista, suas instituições e suas relações sociais, será capaz de dar fim a esse e a outros males que assolam o ser humano, na vida moderna, o suicídio não acontece somente nas relações entre classes específicas, mas também em todos os círculos e configurações da convivência (ALMEIDA, 2018).

O suicídio que anteriormente era tratado como um fenômeno social, Camus passa a analisar o suicídio como pensamento individual. “A sociedade não tem muito a ver com esses começos. O verme se acha no coração do homem. É ali que é preciso procurá-lo. É preciso seguir e compreender esse jogo mortal que arrasta a lucidez em face da existência à evasão para fora da luz” (CAMUS, 1989, p. 8).

Albert Camus (1989, p. 9) trata o suicídio como um “sentimento incalculável que priva o espírito do sono necessário à vida”, o indivíduo em seu universo privado de ilusões se sente um estranho, nesse exílio, não existe saída. “Esse divórcio entre o homem e sua vida, entre o ator e seu cenário é que é propriamente o sentimento da absurdidade”. Como julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia. “separação entre o que imaginamos saber e o que realmente sabemos, o consentimento prático e a ignorância simulada que nos levam a viver com ideias que, se verdadeiramente experimentamos, deveriam perturbar toda a nossa vida” (CAMUS, 1989, p. 18). Ainda:

Uma pessoa se mata porque a vida não vale a pena ser vivida, eis sem dúvida uma verdade - imprecisa, no entanto, pois não passa de um truísmo. Mas esse insulto à existência, esse desmentido em que ela é mergulhada provém do fato de ela não ter nenhum sentido? Se sua absurdidade exige que se lhe escape pela esperança ou pelo suicídio, eis o que se precisa clarear, perseguir e ilustrar, afastando tudo o mais. É o absurdo que domina a morte: é preciso dar a este problema precedência sobre os outros, fora de todos os métodos de pensamento e dos jogos do espírito desinteressado. (CAMUS, 1989, p. 11).

As experiências se entendem e se desentendem de novo, e ao fazer um julgamento para escolher um melhor desfecho da situação que está sendo vivenciada, o suicídio se apresenta como a melhor alternativa de minimizar o sofrimento (LÉVI-STRAUSS, 1985, p. 11-12). A noção de estrutura social não diz respeito à realidade empírica, mas aos modelos construídos conforme está. As relações sociais são a matéria-prima empregada para a construção de modelos que tornam manifesta a estrutura social propriamente dita.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, S. O livre-arbítrio. 2 ed. Tradução Nair de Assis Oliveira. São Paulo: Pulus, 1995.

- ALMEIDA, F. M. O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. *Aurora, Marília*, v. 11, n. 1, p. 119-138, jan./jun., 2018.
- 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*, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2010.
- BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.
- BRAGA, L.L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contexto Clínicos*, v. 6, n. 1, p. 2-14, jan./jun. 2013.
- BREET, E.; GOLDSTONE, D.; BANTJES, J. Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 18, n. 549, p. 1-18, 2018.
- CAMUS, A. O mito de sísifo: ensaio sobre o absurdo. Tradução: Urbano Tavares Rodrigues. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- CAMPISI, S. C. et al. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*, v. 20, n. 1102, p.1-11, Aug. 2020.
- CHEUDHURY, S. R. et al. Clinical correlates of planned and unplanned suicide attempts. *J. Nerv Ment Dist.* v. 2004, n. 11, p. 806-811, nov. 2016.
- DEMA, T. et al. Suicidal ideation and attempt among school going adolescents in Bhutan – a secondary analysis of a global school-based student health survey in Bhutan 2016. *BMC Public Health*, v. 19, n. 1605, p. 1-12, Dec. 2019.
- DURKHEIM, É. O suicídio: estudo de sociologia. Tradução Monica Stahel. São Paulo: Martins Fonte, 2000.
- LÉVI-STRAUSS, C. A noção de estrutura em etinologia: raça e história: totemismo hoje. Tradução Eduardo P. Graef, et al. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985.
- FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*. v. 25, n. 3. p. 270- 275, 2014.
- JOBES, D. A.; JOINER, T. E. Reflexões sobre ideação suicida. *Crise*, v. 40, n. 4, p. 227-230, 2019.
- MARX, K. Sobre o suicídio. Tradução Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.
- PAIXÃO, D. L. L.; ALMEIDA, A. M. O.; ROSA-LIMA, F. Representações sociais da adolescência por adolescentes e jovens. *Psicologia e Saber Social*, v. 1, n. 2, p. 278-294, 2012.
- PATTO, M. H. S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. *Estudos avançados*, v. 13, n. 35, p. 167-198, 1999.

SHAIN, B. N. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, v. 120, n. 3, p. 669-676, set. 2007.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005

**Apêndice C - Tabela sobre tentativa de suicídio de 2015 em Campo Grande/
MS. Tabela sobre tentativa de suicídio de 2015 em Campo Grande/ MS**

| Características | Feminino | Masculino |
|--|-----------------|------------------|
| Ano de 2015 | n | n |
| Branca | 28 | 3 |
| Negra | 1 | 1 |
| Parda | 30 | 5 |
| Amarela | 1 | - |
| Indígena | - | - |
| Ignorado | 6 | 1 |
| Em branco | 2 | 1 |
| Idade | | |
| 12 anos | 3 | - |
| 13 anos | 2 | - |
| 14 anos | 10 | 2 |
| 15 anos | 15 | 3 |
| 16 anos | 14 | 4 |
| 17 anos | 15 | 1 |
| 18 anos | 9 | 1 |
| Situação conjugal/ Estado civil | | |
| Solteiro | 51 | 10 |
| Casado/União Estável | 5 | - |
| Viúvo | - | - |
| Separado | - | - |
| Não se aplica | 5 | - |
| Ignorado | 6 | - |
| Em branco | 2 | - |
| Suspeita do uso de álcool | | |
| Sim | 9 | 2 |
| Não | 35 | 5 |
| Ignorado | 15 | 5 |
| Em branco | 8 | - |

| Possui deficiência/ transtorno | | |
|---|----|---|
| Sim | 4 | 2 |
| Não | 44 | 5 |
| Deficiência física Deficiência Mental Deficiência visual Deficiência auditiva Transtorno mental | - | - |
| | 1 | - |
| | - | - |
| Transtorno de comp. | - | - |
| Outras def. / síndromes | 1 | - |
| Ignorado | 2 | 1 |
| Em branco | - | 1 |
| | 13 | 3 |
| | 1 | 1 |

Características dos indivíduos para tentativa de suicídio, Campo Grande/MS

| Características | n |
|---------------------------------------|----|
| Zona | |
| Urbana | 72 |
| Rural | 1 |
| Periurbana | - |
| Ignorado | 1 |
| Em branco | 6 |
| Local de exposição/ ocorrência | |
| Residência | 69 |
| Habitação coletiva | 2 |
| Escola | - |
| Via pública | 4 |
| Comércio/ Serviços | 1 |
| Indústrias/Construção | - |
| Outros | 2 |
| Ignorado | 1 |
| Motivação da violência | |
| Conflito geracional | 8 |
| Outros | 15 |

| | |
|--|----|
| Não se aplica | 28 |
| Ignorado | 9 |
| Em branco | 19 |
| Meio de agressão | |
| Força corporal/ espancamento | - |
| Enforcamento | 3 |
| Obj. contundente | 2 |
| Obj. perfuro-cortante | 11 |
| Envenenamento | 28 |
| Arma de fogo | - |
| Ameaça | - |
| Outro | 32 |
| Em branco | 3 |
| Natureza da lesão | |
| Corte/ perfuração/ laceração | 13 |
| Entorse/ luxação Intoxicação | 2 |
| Intoxicação | 42 |
| Queimadura | 1 |
| Outros | 13 |
| Não se aplica | 3 |
| Em branco | 5 |
| Paciente tentou suicídio outras vezes | |
| Sim | 22 |
| Não | 40 |
| Ignorado | 14 |
| Em branco | 3 |
| Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores | |
| Conselho tutelar | 12 |
| Centro de referência de assistência social? CREAS-CRAS | 2 |
| CAPS Infante juvenil | 8 |
| Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) | 35 |
| Ignorado | |

| | |
|-----------|----|
| Em branco | 17 |
| | 5 |

TABELA COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES DESCRITAS NAS FICHAS SINAN

| Características | n |
|---|----------|
| Estado do paciente | |
| Considerado grave | - |
| Considerado moderado | 1 |
| Considerado leve | - |
| Não especificado | 78 |
| Meio de agressão | |
| Utilização de medicamento especificado: | 22 |
| Utilização de medicamento não especificado: | 15 |
| Uso de drogas especificado: | 5 |
| Uso de drogas não especificado: | 1 |
| Envenenamento | 10 |
| Enforcamento | 3 |
| Automutilação | 12 |
| Quedas | - |
| Atropelamento | 2 |
| Em branco | 9 |
| Medicamentos utilizados nas tentativas de suicídio | |
| Carbamazepina | 3 |
| Ciclo 21 | 1 |
| Captopril | 1 |
| Propranolol | 1 |
| Ibuprofeno | 2 |
| Torsilax | 1 |
| Clonazepam | 3 |
| Cefalexina | 3 |
| Metformina | 1 |

| | |
|--|---|
| Bactrim | 1 |
| Antidepressivo | 1 |
| Remédio para pressão arterial não especificado | 3 |
| Fluoxetina | 1 |
| Diazepam | 1 |
| Diosrinatidina | 1 |
| Omeprazol | 1 |
| Tegretard | 1 |
| Drogas utilizadas para tentar suicídio | |
| Bebida alcoólica | 4 |
| Maconha | 2 |
| Venenos utilizados para tentar suicídio | |
| Veneno para rato | 9 |
| Veneno para carrapatos | 1 |
| Acompanhamento do paciente | |
| Paciente em acompanhamento | 9 |
| Psiquiátrico/ psicólogo | |
| Paciente com diagnóstico de depressão | 4 |

TABELA SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO DE 2016 EM CAMPO GRANDE/ MS

| | Feminino | | Masculino | |
|--------------|----------|--|-----------|--|
| Ano de 2016 | n | | n | |
| Branca | 23 | | 3 | |
| Negra | 2 | | - | |
| Parda | 16 | | 2 | |
| Amarela | - | | - | |
| Indígena | - | | - | |
| Ignorado | 1 | | 1 | |
| Em branco | 3 | | - | |
| Idade | | | | |

| | | | |
|--|----|--|---|
| 12 anos | - | | 2 |
| 13 anos | 4 | | - |
| 14 anos | 5 | | 2 |
| 15 anos | 14 | | - |
| 16 anos | 5 | | 2 |
| 17 anos | 8 | | - |
| 18 anos | 6 | | 3 |
| Situação conjugal/ Estado civil | | | |
| Solteiro | 37 | | 4 |
| Casado/União Estável | 1 | | - |
| Viúvo | - | | - |
| Separado | 1 | | - |
| Não se aplica | - | | 2 |
| Ignorado | - | | - |
| Em branco | 3 | | 2 |
| Suspeita do uso de álcool | | | |
| Sim | 2 | | - |
| Não | 30 | | 7 |
| Ignorado | 10 | | 2 |
| Em branco | - | | - |
| Possui deficiência/ transtorno | | | |
| Sim | 9 | | - |
| Não | 20 | | - |
| Ignorado | 11 | | - |
| Em branco | 2 | | - |
| Modalidades de deficiência | | | |
| Deficiência física | - | | - |
| Deficiência Mental | 2 | | - |
| Deficiência visual | - | | - |
| Deficiência auditiva | - | | - |
| Transtorno mental | - | | - |
| Transtorno de comp. | 1 | | - |

| | | | |
|----------------------------|---|--|---|
| Outras def. / síndromes | 2 | | - |
|----------------------------|---|--|---|

Características dos indivíduos para tentativa de suicídio, Campo Grande/MS

| Características | n |
|---------------------------------------|----|
| Zona | |
| Urbana | 47 |
| Rural | - |
| Periurbana | - |
| Ignorado | - |
| Em branco | 4 |
| Local de exposição/ ocorrência | |
| Residência | 43 |
| Habitação coletiva | - |
| Escola | 1 |
| Via pública | 2 |
| Comércio/ Serviços | - |
| Indústrias/Construção | - |
| Outros | 3 |
| Ignorado | 1 |
| Em branco | 1 |
| Motivação da violência | |
| Conflito geracional | 9 |
| Outros | 17 |
| Não se aplica | 15 |
| Ignorado | 8 |
| Em branco | 2 |
| Meio de agressão | |

| | |
|--|----|
| Força corporal/ espancamento | - |
| Enforcamento | 2 |
| Obj. contundente | 1 |
| Obj. perfuro-cortante | 3 |
| Envenenamento | 29 |
| Arma de fogo | - |
| Ameaça | - |
| Outro | 14 |
| Em branco | 2 |
| Natureza da lesão | |
| Corte/ perfuração/ laceração Entorse/ luxação | 5 |
| Intoxicação | 2 |
| Intoxicação | 39 |
| Queimadura | - |
| Outros | - |
| Não se aplica | 5 |
| Em branco | - |
| Paciente tentou suicídio outras vezes | |
| Sim | 15 |
| Não | 31 |
| Ignorado | 5 |
| Em branco | - |
| Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores | |
| Conselho tutelar | 4 |
| Centro de referência de assistência social? CREAS-CRAS | 4 |
| CAPS Infante juvenil | - |
| Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) | 31 |
| Ignorado | |
| Em branco | 7 |
| | 5 |

**TABELA COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES
DESCRITAS NAS FICHAS SINAN**

| Características | n |
|---|----|
| Estado do paciente | |
| Considerado grave | - |
| Considerado moderado | - |
| Considerado leve | - |
| Não especificado | 51 |
| Meio de agressão | |
| Utilização de medicamento especificado: | 14 |
| Utilização de medicamento não especificado: | 17 |
| Uso de drogas especificado: | 2 |
| Uso de drogas não especificado: | - |
| Envenenamento | 3 |
| Enforcamento | 2 |
| Automutilação | 6 |
| Quedas | - |
| Atropelamento | - |
| Em branco | 8 |
| Medicamentos utilizados nas tentativas de suicídio | |
| Fenobarbital | 3 |
| Escitalopram | 1 |
| Gibenclamida | 1 |
| Ácido mefâmico | 1 |
| Ibuprofeno | 1 |
| Escitalopram | 1 |
| Clonazepam | 1 |
| Amoxicilina | 1 |
| Paracetamol | 2 |
| Aceclofenaco | 1 |
| Diclofenaco | 2 |
| Bactrim | 1 |

| | |
|---|----|
| Fluoxetina | 1 |
| Depakene | 1 |
| Haloperidol | 1 |
| Peridona | 1 |
| Imipramina | 1 |
| Polaramine | 1 |
| Drogas utilizadas para tentar suicídio | |
| Bebida alcoólica | 2 |
| Venenos utilizados para tentar suicídio | |
| Veneno para rato | 1 |
| Veneno para mosquito | 1 |
| Inseticida | 1 |
| Acompanhamento do paciente | |
| Paciente em acompanhamento | 3 |
| Psiquiátrico/ psicólogo | |
| Não informado se faz ou não acompanhamento | 48 |
| Paciente com diagnóstico de depressão | |
| Não informado se possui diagnóstico de depressão e/ ou outros | 1 |
| | 50 |

TABELA SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO DE 2017 EM CAMPO GRANDE/ MS

| Ano de 2017 | Feminino | Masculino |
|--------------|----------|-----------|
| | n | n |
| Branca | 32 | 5 |
| Negra | - | 1 |
| Parda | 34 | 6 |
| Amarela | 1 | 2 |
| Indígena | - | - |
| Ignorado | - | - |
| Em branco | - | - |
| Idade | | |

| | | |
|--|----|----|
| 12 anos | 2 | 1 |
| 13 anos | 5 | 3 |
| 14 anos | 11 | 4 |
| 15 anos | 15 | 2 |
| 16 anos | 11 | 2 |
| 17 anos | 16 | 1 |
| 18 anos | 7 | 3 |
| Situação conjugal/ Estado civil | | |
| Solteiro | 62 | 10 |
| Casado/União Estável | - | 1 |
| Viúvo | - | - |
| Separado | - | - |
| Não se aplica | 1 | 3 |
| Ignorado | 3 | 1 |
| Em branco | - | - |
| Suspeita do uso de álcool | | |
| Sim | 5 | 2 |
| Não | 43 | 9 |
| Ignorado | 18 | 3 |
| Em branco | 1 | - |
| Possui deficiência/ transtorno | | |
| Sim | 26 | 7 |
| Não | 22 | 3 |
| Ignorado | 17 | 3 |
| Em branco | 2 | - |
| Modalidades de deficiência | | |
| Deficiência física | - | - |
| Deficiência Mental | - | - |
| Deficiência visual | - | - |
| Deficiência auditiva | 1 | - |
| Transtorno mental | 15 | 4 |
| Transtorno de comp. | 4 | 2 |
| Outras def. / síndromes | 9 | 2 |

Características dos indivíduos para tentativa de suicídio, Campo Grande/MS

| Características | n |
|---------------------------------------|----|
| Zona | |
| Urbana | 80 |
| Rural | - |
| Periurbana | - |
| Ignorado | - |
| Em branco | 1 |
| Local de exposição/ ocorrência | |
| Residência | 65 |
| Habitação coletiva | 1 |
| Escola | 1 |
| Via pública | 1 |
| Comércio/ Serviços | - |
| Indústrias/Construção | - |
| Outros | 4 |
| Ignorado | 8 |
| Em branco | 1 |
| Motivação da violência | |
| Conflito geracional | 10 |
| Outros | 30 |
| Não se aplica | 24 |
| Ignorado | 17 |
| Em branco | - |
| Meio de agressão | |
| Força corporal/ espancamento | - |
| Enforcamento | 3 |
| Obj. contundente | 1 |
| Obj. perfuro-cortante | 27 |
| Envenenamento | 45 |
| Arma de fogo | 1 |
| Ameaça | - |
| Outro | 2 |

| | |
|--|----|
| Em branco | 2 |
| Natureza da lesão | |
| Corte/ perfuração/ laceração Entorse/ luxação | 29 |
| Intoxicação | 3 |
| Queimadura | 44 |
| Outros | - |
| Não se aplica | 1 |
| Em branco | - |
| | 4 |
| Paciente tentou suicídio outras vezes | |
| Sim | 43 |
| Não | 30 |
| Ignorado | 8 |
| Em branco | - |
| Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores | |
| Conselho tutelar | 6 |
| Centro de referência de assistência social/ CREAS- CRAS | 6 |
| CAPS Infante juvenil | 5 |
| Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) | 52 |
| Ignorado | |
| Em branco | 4 |
| | 8 |

**TABELA COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES
DESCRITAS NAS FICHAS SINAN**

| Características | n |
|---------------------------|---|
| Estado do paciente | |
| Considerado grave | - |

| | |
|---|----|
| Considerado moderado | - |
| Considerado leve | - |
| Não especificado | 81 |
| Meio de agressão | |
| Utilização de medicamento especificado: | 21 |
| Utilização de medicamento não especificado: | 17 |
| Uso de drogas especificado: | 1 |
| Uso de drogas não especificado: | - |
| Envenenamento | 6 |
| Enforcamento | 3 |
| Automutilação | 29 |
| Quedas | 1 |
| Atropelamento | 1 |
| Em branco | 2 |
| Medicamentos utilizados nas tentativas de suicídio | |
| Gibenclamida | 2 |
| Ibuprofeno | 3 |
| Clonazepam | 5 |
| Amoxicilina | 1 |
| Paracetamol | 5 |
| Losartana | 1 |
| Paroxetina | 2 |
| Rivotril | 2 |
| Fluoxetina | 1 |
| Celastamine | 2 |
| Alprazolam | 1 |
| Cefalexina | 1 |
| Sulfato ferroso | 1 |
| Bupropiona | 4 |
| Carbamazepina | 1 |
| Sertralina | 1 |
| Insulina NPH1 | |
| Drogas utilizadas para tentar suicídio | |
| Bebida alcoólica | 1 |

| | |
|---|----|
| Maconha | 1 |
| Venenos e produtos utilizados para tentar suicídio | |
| Veneno para rato | 1 |
| Tiner | 1 |
| Querosene | 1 |
| Álcool doméstico e álcool iodado | 1 |
| Óleo diesel | 1 |
| Gasolina | 1 |
| Cola de cerol | 1 |
| Água sanitária | 1 |
| Acompanhamento do paciente | |
| Paciente em acompanhamento | 22 |
| Psiquiátrico/ psicólogo | |
| Não informado se faz ou não acompanhamento | 59 |
| Paciente com diagnóstico de depressão | 9 |
| Não informado se possui diagnóstico de depressão e/ ou outros | 72 |

TABELA SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO DE 2018 EM CAMPO GRANDE/ MS

Feminino

Masculino

| Ano de 2018 | n | n |
|---|----|----|
| Branca Negra Parda | 28 | 14 |
| Amarela | 4 | - |
| Indígena | 27 | 5 |
| Ignorado | 2 | 1 |
| Em branco | - | - |
| | 2 | - |
| | 1 | - |
| Idade | | |
| 12 anos | 1 | - |
| 13 anos | 10 | 2 |
| 14 anos | 9 | 1 |
| 15 anos | 12 | 4 |
| 16 anos | 10 | 4 |
| 17 anos | 15 | 6 |
| 18 anos | 8 | 3 |
| Situação conjugal/Estado civil | | |
| Solteiro | 53 | 19 |
| Casado/União Estável | 3 | 1 |
| Viúvo Separado | - | - |
| Não se aplica | - | - |
| Ignorado | - | - |
| Em branco | 9 | - |
| | - | - |
| Suspeita do uso de álcool | | |
| Sim | 4 | 1 |
| Não | 50 | 13 |
| Ignorado | 11 | 5 |
| Em branco | - | - |
| Possui deficiência/transtorno | | |
| Sim | 14 | 8 |
| Não | 27 | 5 |
| Ignorado | 1 | 6 |
| Em branco | - | 1 |
| Modalidades de deficiência | | |
| Deficiência física Deficiência Mental | - | - |
| Deficiência visual Deficiência auditiva | - | - |
| Transtorno mental | - | - |
| Transtorno de comp. | - | - |
| Outras def. /síndromes | 7 | 4 |
| | 4 | 2 |
| | 4 | 2 |

Características dos indivíduos para tentativa de suicídio, Campo Grande/MS

| Características | n |
|--|----|
| Zona | |
| Urbana | 85 |
| Rural | - |
| Periurbana | - |
| Ignorado | - |
| Em branco | - |
| Local de exposição/ ocorrência | |
| Residência | 74 |
| Habitação coletiva | 1 |
| Escola | 1 |
| Via pública | 4 |
| Comércio/ Serviços | - |
| Indústrias/Construção | - |
| Outros | 3 |
| Ignorado | 2 |
| Em branco | - |
| Motivação da violência | |
| Conflito geracional | 8 |
| Outros | 48 |
| Não se aplica | 8 |
| Ignorado | 20 |
| Em branco | 1 |
| Meio de agressão | |
| Força corporal/ espancamento | - |
| Enforcamento | 2 |
| Obj. contundente | - |
| Obj. perfuro-cortante | 19 |
| Envenenamento | 58 |
| Arma de fogo | - |
| Ameaça | - |
| Outro | 6 |
| Em branco | - |
| Natureza da lesão | |
| Corte/ perfuração/ laceração | 18 |
| Entorse/ luxação | 1 |
| Intoxicação | 56 |
| Queimadura | 8 |
| Outros | - |
| Não se aplica | 1 |
| Em branco | 1 |
| Paciente tentou suicídio outras vezes | |
| Sim | 40 |
| Não | 36 |
| Ignorado | 9 |
| Em branco | - |
| Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores | |
| Conselho tutelar | 18 |
| Centro de referência de assistência social/ CREAS-CRAS | 3 |
| CAPS Infante juvenil | 2 |
| Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) | 56 |
| Ignorado | 3 |
| Em branco | 3 |

**TABELA COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES
DESCRITAS NAS FICHAS SINAN**

| Características | n |
|---|----|
| Estado do paciente | |
| Considerado grave | 1 |
| Considerado moderado | - |
| Considerado leve | - |
| Não especificado | 84 |
| Meio de agressão | |
| Utilização de medicamento especificado: | 20 |
| Utilização de medicamento não especificado: | 31 |
| Uso de drogas especificado: | 1 |
| Uso de drogas não especificado: | - |
| Envenenamento | 4 |
| Enforcamento | 3 |
| Automutilação | 25 |
| Quedas | 2 |
| Atropelamento | - |
| Em branco | 5 |
| Medicamentos utilizados nas tentativas de suicídio | |
| Clonazepam | 1 |
| Paracetamol | 5 |
| Losartana | 1 |
| Fluoxetina | 2 |
| Alprazolam | 1 |
| Bupropiona | 1 |
| Carbamazepina | 2 |
| Sertralina | 1 |
| Escitalopram | 1 |
| Omeprazol | 3 |
| Amitriptilina | 2 |
| Dipirona | 1 |

| | |
|---|----|
| Buscopan | 1 |
| Atenolol | 1 |
| Venlafaxina | 1 |
| Hioscina | 1 |
| Prometazina | 1 |
| Diazepam | 1 |
| Zolpidem | 1 |
| Risperidona | 1 |
| Neozine | 1 |
| Dramim | 1 |
| Drogas utilizadas para tentar suicídio | |
| Maconha | 1 |
| Venenos e produtos utilizados para tentar suicídio | |
| Creolina | 1 |
| Álcool doméstico 70 | 1 |
| Água sanitária | 1 |
| Acompanhamento do paciente | |
| Paciente em acompanhamento | 25 |
| Psiquiátrico/ psicólogo | |
| Não informado se faz ou não acompanhamento | 60 |
| Paciente com diagnóstico de depressão | 19 |
| Não informado se possui diagnóstico de depressão e/ ou outros | 66 |

TABELA SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO DE 2019 EM CAMPO GRANDE/ MS

| Ano de 2019 | Feminino | | Masculino | |
|-------------|----------|-----|-----------|-----|
| | n | % | n | % |
| Branca | 45 | 100 | 7 | 100 |
| Negra | 4 | 9 | - | - |
| Parda | 30 | 67 | 1 | 14 |
| Amarela | 1 | 2 | - | - |

| | | |
|--|----|---|
| Indígena | - | - |
| Ignorado | 2 | - |
| Em branco | - | - |
| Idade | | |
| 12 anos | 4 | - |
| 13 anos | 8 | - |
| 14 anos | 16 | - |
| 15 anos | 20 | 1 |
| 16 anos | 18 | 2 |
| 17 anos | 9 | 4 |
| 18 anos | 7 | 1 |
| Situação conjugal/ Estado civil | | |
| Solteiro | 75 | 8 |
| Casado/União Estável | 2 | - |
| Viúvo | - | - |
| Separado | 1 | - |
| Não se aplica | 1 | - |
| Ignorado | 3 | - |
| Em branco | - | - |
| Suspeita do uso de álcool | | |
| Sim | 8 | - |
| Não | 60 | 6 |
| Ignorado | 14 | 1 |
| Em branco | 1 | 1 |
| Possui deficiência/ transtorno | | |
| Sim | 27 | 2 |
| Não | 29 | 4 |
| Ignorado | 26 | 2 |
| Em branco | - | - |
| Modalidades de deficiência | | |

| | | |
|-------------------------|----|---|
| Deficiência física | - | - |
| Deficiência Mental | - | - |
| Deficiência visual | - | - |
| Deficiência auditiva | - | - |
| Transtorno mental | 19 | 1 |
| Transtorno de comp. | 8 | 1 |
| Outras def. / síndromes | 2 | 1 |
| Não especificado | - | 5 |

Características dos indivíduos para tentativa de suicídio, Campo Grande/MS

| Características | n |
|---------------------------------------|----|
| Zona | |
| Urbana | 89 |
| Rural | 1 |
| Periurbana | - |
| Ignorado | - |
| Em branco | - |
| Local de exposição/ ocorrência | |
| Residência | 76 |
| Habitação coletiva | 1 |
| Escola | 3 |
| Via pública | 4 |
| Comércio/ Serviços | - |
| Indústrias/Construção | - |
| Outros | 6 |
| Ignorado | - |
| Em branco | - |
| Motivação da violência | |
| Conflito geracional | 10 |
| Outros | 77 |
| Não se aplica | - |
| Ignorado | 2 |
| Em branco | 1 |

| Meio de agressão | |
|--|----|
| Força corporal/ espancamento | - |
| Enforcamento | 1 |
| Obj. contundente | - |
| Obj. perfuro-cortante | 34 |
| Envenenamento | 53 |
| Arma de fogo | - |
| Ameaça | - |
| Outro | 2 |
| Em branco | - |
| Natureza da lesão | |
| Corte/ perfuração/ laceração | 29 |
| Entorse/ luxação | 1 |
| Intoxicação | 58 |
| Queimadura | - |
| Outros | 2 |
| Não se aplica | - |
| Em branco | - |
| Paciente tentou suicídio outras vezes | |
| Sim | 46 |
| Não | 31 |
| Ignorado | 13 |
| Em branco | - |
| Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores | |
| Conselho tutelar | 18 |
| Centro de referência de assistência social/ CREAS-CRAS | 3 |
| CAPS Infante juvenil | 3 |
| Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) | 55 |
| Ignorado | 2 |
| Em branco | 7 |

**TABELA COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES
DESCRITAS NAS FICHAS SINAN**

| Características | n |
|---|----|
| Estado do paciente | |
| Considerado grave | - |
| Considerado moderado | - |
| Considerado leve | - |
| Não especificado | 90 |
| Meio de agressão | |
| Utilização de medicamento especificado: | 24 |
| Utilização de medicamento não especificado: | 26 |
| Uso de drogas especificado: | 3 |
| Uso de drogas não especificado: | 1 |
| Envenenamento | 9 |
| Enforcamento | 1 |
| Automutilação | 34 |
| Quedas | 1 |
| Atropelamento | 1 |
| Em branco | 1 |
| Medicamentos utilizados nas tentativas de suicídio | |
| Amoxicilina | 1 |
| Tylenol | 1 |
| Gardenal | 1 |
| Rivotril | 1 |
| Fluoxetina | 6 |
| Pregabalina | 1 |
| Carbamazepina | 2 |
| Diazepam | 2 |
| Amitriptilina | 1 |
| Quetiapina | 1 |
| Doxazosina | 2 |
| Olanzapina | 1 |
| Libiam | 1 |

| | |
|---|----|
| Naproxeno | 1 |
| Buscopan | 1 |
| Omeprazol | 2 |
| Menopax | 1 |
| Halo | 1 |
| Levozine | 1 |
| Cimegripe | 1 |
| Lítio | 1 |
| Celta | 1 |
| Haldol | 1 |
| Depakene | 1 |
| Drogas utilizadas para tentar suicídio | |
| Bebida alcoólica | 2 |
| Maconha | 1 |
| Venenos e produtos utilizados para tentar suicídio | |
| Produto químico | 2 |
| Produto de limpeza | 5 |
| Botox | 1 |
| Veneno para formiga | 2 |
| Acompanhamento do paciente | |
| Paciente em acompanhamento | 25 |
| Psiquiátrico/ psicólogo | |
| Não informado se faz ou não acompanhamento | 64 |
| Paciente com diagnóstico de depressão | 8 |
| Não informado se possui diagnóstico de depressão e/ ou outros | 83 |

Apêndice D - Requerimento para desenvolver pesquisa SESAU

Requerimento para desenvolver pesquisa SESAU

Prezada Secretária Municipal de Saúde Pública

Meu nome é Ady Faria da Silva, sou aluno regular de Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

Venho, por meio deste, requerer que a pesquisa intitulada **“ESTUDO SOBRE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES EM CAMPO GRANDE/MS”**, pela Linha de Pesquisa “Atenção à saúde integral da criança, do adolescente” sob orientação de: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos e Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Iandara Schettert Silva.

Dessa forma o presente projeto está aprovado na seletiva de mestrado, e passará pela aprovação do órgão colegiado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O objetivo geral do trabalho será de: Analisar descrever o suicídio e tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS. Na mesma linha, os objetivos específicos serão:

Investigar o perfil do suicídio e tentativa de suicídio em Campo Grande/MS;

Analisar o impacto do suicídio e tentativa de suicídio de adolescentes na sociedade em Campo Grande/MS;

Verificar se as fichas de coleta de dados permitem identificar fatores de riscos para suicídio e tentativa de suicídio em Campo Grande/MS?

A população a ser estudada será composta de E todas as fichas preenchidas de vítimas de tentativa de suicídio adolescentes, atendidas nas unidades básica de saúde de Campo Grande/MS e compilados na SESAU.

O critério de inclusão de amostra será:

- Documentos que demonstram as taxas anuais de mortalidade por suicídio de adolescente com idade entre 12 e 18 anos, de acordo com os dados disponíveis na base de dados DATASUS e os dados sobre suicídio de adolescentes em Campo Grande disponível pela SESAU, no período de fevereiro de 2015 a dezembro de 2018.

- Fichas de atendimento de adolescentes vítimas de suicídio nas unidades de saúde pública do município de campo Grande/MS, disponibilizadas pela SESAU, com idade entre 12 e 18 anos, no período de fevereiro de 2015 a maio de 2019.

Assim sendo, a pesquisa torna-se relevante para município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de modo que os resultados irão contribuir de forma significativa objetivando de dar maior abrangência no indivíduo que sofreu violência e facilitar o mapeamento das motivações que levaram ao suicídio, a ideação e a tentativa de suicídio, determinantes para traçar o perfil dessas ocorrências.

Informo ainda que a presente pesquisa somente será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução N. 466/12 do CNS/MS.

Frente a isso, venho requerer a autorização para desenvolver a pesquisa junto a SESAU.

Telefone para contato: (67) 9241-2718

E-mail: ady.faria@ufms.br

Nesses termos,

Pede deferimento da autorização.

Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de junho de 2020.

Ady Faria da Silva

(Pesquisador e mestrando da FMS)

Ricardo Dutra Aydos

landara Schettert Silva.

(Orientadores no Mestrado Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da UFMS)

Apêndice E – Justificativa para dispensa do TCLE/ TALE

JUSTIFICATIVA PARA DISPENSA DO TCLE/TALE

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos – CEP (UFMS), que autorize a realização da pesquisa sem a apresentação do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)**.

O projeto “ESTUDO SOBRE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES EM CAMPO GRANDE/MS”, que tem como responsável o autor Ady Faria da Silva, o orientador Ricardo Dutra Aydos e co-orientadora Landara Schettert Silva, utilizará apenas dados secundários contidos nas fichas SINAN considerando que o preenchimento dessas fichas é de notificação obrigatória durante a prestação do atendimento. Para a presente pesquisa a SESAU estará disponibilizando esses dados, e dados acessados na base DATASUS, torna inviável a utilização do TCLE e TALE diante da impossibilidade de contactar as vítimas, uma vez que, a presente pesquisa não irá trabalhar de forma direta com as vítimas e sim com as fichas dos atendimentos que já foram realizados nas unidades básicas de saúde e enviadas para SESAU.

Pretende-se utilizar dados já disponíveis pela SESAU e DATASUS. Ademais, considerando que pelo desenho do estudo e sua amostragem não haveria condições de localizar os participantes diante do número muito elevado (aproximadamente cerca de 3000), tornando impossível a obtenção do TCLE. Ainda assim esclarece que em relação ao suicídio as amostras serão retiradas do sistema DATASUS, diretamente via internet, não havendo como ter acesso aos dados dos participantes, sendo impossível a realização da autorização pelos participantes. Em relação a amostra para tentativa de suicídio e suicídio em Campo Grande/MS será composta de aproximadamente de 600 fichas do SINAN selecionadas por sorteio aleatório. Portanto, da mesma forma tendo em vista o elevado n da pesquisa, bem como ser um estudo retrospectivo, não há como mensurar se os participantes permanecem nos endereços descritos na ficha Sinan, posto que se tratando de tentativa de suicídio frequentemente não fornecem um endereço correto para evitar serem encontrados ou serem visitados pelas assistentes sociais, psicólogas, por preconceito de familiares e vizinhos, o que torna impossível a coleta de TCLE, ainda

salientando o pesquisador utilizará dados compilados não obtendo acesso a dados de endereços.

No presente caso entende-se ser dispensável apresentação do TCLE/TALE conforme razões citadas acima.

É de conhecimento do pesquisador que nos termos da Resolução nº 466/2012, no inciso

IV. 8 – “Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento”. Portanto justificando a solicitação de dispensa da apresentação de TCLE/TALE”.

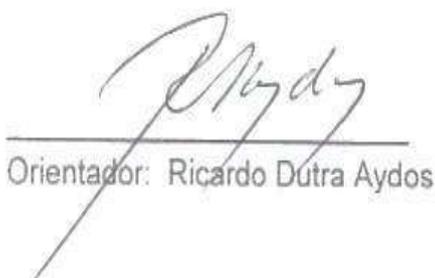
Declaro que cumprirei os ditames da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e suas complementares e zelarei pelo cumprimento dos princípios éticos vigentes.

Por fim, assumimos a responsabilidade pela fidedignidade das informações e aguardamos deferimento.

Campo Grande, 04 de novembro de 2020.



Ady Faria da Silva
Pesquisador Responsável



Orientador: Ricardo Dutra Aydos



Co-orientadora: Iandara Schettert Silva

Apêndice F – Termo para utilização de informações de Banco de dados

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Estudo sobre suicídio e tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS.

Nome do Pesquisador: Ady Faria da Silva

Bases de dados a serem utilizados: DATASUS e SESAU/Campo Grande/MS

Como pesquisador (a) supra qualificado (a) comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) _____ 04 / agosto / 2020.

Ady Faria da Silva
Pesquisador Responsável



ANEXO

Anexo A - Ofício da SESAU autorizado a pesquisa



A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Ady Faria da Silva, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 562528381;87, portador (a) do documento de identidade sob nº 591.679 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Joaquim Murinho, nº 494, bairro Centro, n pesquisador (a) do Curso de Pós Graduação do Programa em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, Mestrado, da instituição UFMS, com o título do projeto de pesquisa **ESTUDO SOBRE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES EM CAMPO GRANDE/MS**, o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

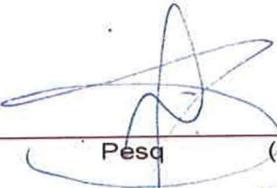
Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente do em hipótese alguma serem divulgados,

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar

sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.



 Pesq (a)


Kassandhra Pereira Zolin
 Gerência de Educação Permanente
 Divisão Educação Permanente em Saúde
 SGTE/SESAU/CGMS

Anexo B – Artigo submetido na revista Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos

Início da mensagem encaminhada:

De: landara Schettert <iandara.schettert@gmail.com>
Data: 16 de dezembro de 2021 21:53:52 AMT
Para: Ady Faria da Silva <adyfaria@hotmail.com>, ricardoaydos@gmail.com
Assunto: Enc: [LREL] Envío recibido

Foi submetido. Aguardemos se for aceito.

landara

----- Forwarded message -----

De: Consuelo Rodríguez Muñoz <rlatino@unam.mx>
Date: qui., 16 de dez. de 2021 às 22:49
Subject: [LREL] Envío recibido
To: Dra landara Schettert Silva <iandara.schettert@gmail.com>

Dra landara Schettert Silva:

Gracias por enviarnos su manuscrito "The influence of social media on hanging suicide from 2015 to 2019 in Brazil" a Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos. Gracias al sistema de gestión de revistas online que usamos podrá seguir su progreso a través del proceso editorial identificándose en el sitio web de la revista:

URL del manuscrito:

<http://latinoamerica.unam.mx/index.php/latino/author/submission/57535>

Nombre de usuario/o: iandarass

Si tiene cualquier pregunta no dude en contactar con nosotros/as. Gracias por tener en cuenta esta revista para difundir su trabajo.

Consuelo Rodríguez Muñoz
 Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos

Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos
<http://latinoamerica.unam.mx/index.php/>