



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
RUDIMAR ZANCO

O SUICÍDIO JUVENIL COMO FENÔMENO SOCIAL

Florianópolis
2019

RUDIMAR ZANCO

O SUICÍDIO JUVENIL COMO FENÔMENO SOCIAL

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Profa. Dra. Myriam Mitjavila

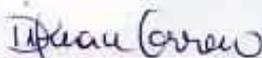
Florianópolis
2019

RUDIMAR ZANCO

O SUICÍDIO JUVENIL COMO FENÔMENO SOCIAL

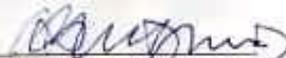
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel, e aprovado em sua forma final pelo Programa de Graduação em Serviço Social,

Florianópolis, 03 de Julho de 2019.

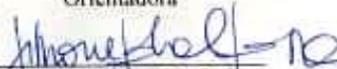


Prof. Dilceane Carraro, Dr.^a
Coordenadora do Curso

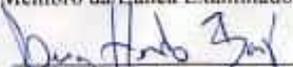
Banca Examinadora:



Prof. Myriam Mittavila, Dr.^a
Orientadora



Prof. Simone Sobral Sampaio, Dr.^a
Membro da Banca Examinadora



Prof. Luiz Barp, Dr.
Membro da Banca Examinadora

ALUCINAÇÃO

*Eu não estou interessado em nenhuma teoria
Em nenhuma fantasia nem no algo mais
Nem em tinta pro meu rosto
Ou oba oba ou melodia
Para acompanhar bocejos, sonhos matinais*

*Eu não estou interessado em nenhuma teoria
Nem nessas coisas do oriente romances astrais
A minha alucinação e suportar o dia-a-dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais*

*Um preto, um pobre, uma estudante, uma mulher sozinha
Blue jeans e motocicletas, pessoas cinzas normais
Garotas dentro da noite, revólver, cheira cachorro
Os humilhados do parque, com os seus jornais*

*Carneiros, mesa, trabalho
Meu corpo que cai do oitavo andar
E a solidão das pessoas dessas capitais
A violência da noite, o movimento do tráfego
Um rapaz delicado e alegre, que canta e requebra. É demais!*

*Cravos, espinhas no rosto, rock, hot dog, play it cool, baby
Doze jovens coloridos, dois policiais
Cumprindo o seu duro dever
E defendendo o seu amor e nossa vida
Cumprindo o seu duro dever
E defendendo o seu amor e nossa vida*

*Mas eu não estou interessado em nenhuma teoria
Em nenhuma fantasia nem no algo mais
Longe o profeta do terror que a laranja mecânica anuncia
Amar e mudar as coisas me interessa mais
Amar e mudar as coisas,
Amar e mudar as coisas, me interessa mais.*

Composição: Antônio Carlos Belchior (1976).

RESUMO

Este estudo analisa de forma ensaística o suicídio entre jovens no Brasil a partir da abordagem clássica de Durkheim (2011) atualizada em diálogos com autores contemporâneos, argumentando que o suicídio juvenil é um fenômeno social. Apresentam-se dados relativos às taxas de mortalidade por suicídio tanto em nível nacional como internacional. A partir de uma revisão de literatura brasileira se evidencia aumento do número de suicídio de jovens e sua relação com determinantes sociais, ademais de sinalizar as possibilidades de prevenção do suicídio. Os resultados deste estudo apontam para o alto risco de suicídio das/os jovens brasileiras/os em função de vulnerabilidades produzidas por uma sociedade incapaz de proporcionar condições protetoras em termos de coesão social.

Palavras-chave: Suicídio juvenil. Desigualdades sociais.

ABSTRACT

This study analyzes in an essayistic way the suicide among young people in Brazil from the classic approach of Durkheim (2011) updated in dialogues with contemporary authors, arguing that juvenile suicide is a social phenomenon. Data on suicide rates at both national and international levels are presented. Based on a review of Brazilian literature, there is an increase in the number of suicides of young people and their relation with social determinants, in addition to indicating the possibilities of suicide prevention. The results of this study point to the high risk of suicide among young Brazilians as a result of vulnerabilities produced by a society incapable of providing protective conditions in terms of social cohesion.

Key-words: Youth suicide. Social differences.

LISTA DA TABELAS

Tabela 01 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 hb, países selecionados, 2000-2015 e ordenados pelo IDH de 2015.....	39
Tabela 02 - Mortes por lesões autoprovocadas, coeficientes de mortalidade bruta por 100 mil, estimativas de totais globais, 2000-2015.....	40
Tabela 03 - Taxas brutas de mortalidade geral e de suicídios por 100.000 hb. segundo sexo e faixas etárias selecionadas, Brasil, 1996-2015.....	42
Tabela 04 - Taxa Bruta de Mortalidade por suicídio por faixa etária e cor, Brasil, 2010.....	44
Tabela 05 - Índice de óbitos por suicídio nas unidades federativas - 1996 a 2011.....	44
Tabela 06 - Número de suicídio na População Jovem, por UF. Brasil. 2002/2012.....	46
Tabela 07 - Número de suicídios na População Jovem, por Capital. Brasil. 2002/2012.....	47
Tabela 08 - Número e % de óbitos por AF segundo causa básica e sexo.....	49
Tabela 09 - Número e taxas de suicídio (por 100 mil) por Sexo.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Determinantes de risco para o suicídio.....	52
Gráfico 02 – Proporção de suicídios por raças.....	52
Gráfico 03 – Risco de suicídio de adolescentes e jovens negros e brancos do sexo masculino.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação brasileira de Psiquiatria
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CFM - Conselho Federal de Medicina
CID10 - Código Internacional de Doenças 10
CVV – Centro de Valorização da Vida
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIVE - Diretoria de Vigilância Epidemiológica
EAD – Educação a Distância
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF - Equipe de Saúde da família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
LGBTI - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersex
MS – Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/SC - Secretaria de Estado de Santa Catarina
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificações
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básicas de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	SUICÍDIO, UM FENÔMENO SOCIAL.....	15
3	SUICÍDIO: PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS.....	22
	3.1. A INFÂNCIA E A JUVENTUDE NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS: DESPOLITIZAÇÃO E ACIRRAMENTO DE CONTRADIÇÕES.....	28
	3.2. A LIBERDADE INDIVIDUAL NA JUVENTUDE: REFLEXÕES NECESSÁRIAS.....	33
	3.3. AS ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS NA DIVULGAÇÃO DE DADOS SOBRE SUICÍDIO.....	35
4	O SUICÍDIO NO BRASIL: A MAGNITUDE DO FENÔMENO E SUA DISTRIBUIÇÃO SOCIAL.....	37
5	PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: PENSANDO CAMINHOS.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	69

INTRODUÇÃO

O presente trabalho está baseado em uma revisão de literatura sobre o comportamento suicida em jovens e suas relações com determinantes sociais. O critério de seleção dos artigos foram as palavras chaves: “suicídio juvenil” e “desigualdades sociais”. Selecionaram-se textos científicos sobre o tema, publicados em português e espanhol, indexados em bases de dados bibliográficos disponibilizadas pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca incluiu monografias, teses, dissertações e livros que tratam do assunto. Dessa forma, realizou-se a seleção dos materiais de acordo com critérios de pertinência temática e relevância acadêmica para, posteriormente, proceder à sua leitura, sistematização e análise dos conteúdos considerados mais relevantes.

Este estudo, com vistas a atender aos objetivos propostos, contou com pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

Essa pesquisa bibliográfica foi realizada por meio do mapeamento das produções teóricas localizadas, fundamentalmente, na área das ciências humanas e sociais. Conforme Gil (1987, p. 71), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir do material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Ademais, “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

Lima e Miotto (2007) entendem que a pesquisa é um processo onde o pesquisador tem uma atitude e uma prática teórica constante e que por isso é um processo intrinsecamente inacabado e permanente, uma vez que faz aproximações sucessivas da realidade. Nesse sentido, Lima e Miotto (2007) nos alertam é que não existe neutralidade e por isso os dados qualitativos não descrevem a realidade tal como ela é.

A pesquisa documental foi realizada por meio do levantamento e análise de dados estatísticos divulgados por instituições vinculadas à política de saúde no Brasil, como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), Ministério da Saúde (MS), Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Organização Mundial da Saúde (OMS), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e outros. A pesquisa documental, segundo Gil (1987), “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”.

O presente trabalho tem como objetivo contribuir para uma melhor compreensão do suicídio entre os jovens no Brasil. Quanto aos objetivos específicos postulamos mapear as

produções teóricas das áreas das ciências sociais com relação ao suicídio na juventude e seus determinantes sociais; refletir acerca da prevenção do suicídio na fase juvenil. Para tal, ensaia um aporte conceitual com base na obra de Durkheim (2011) e de autores que continuaram seu trabalho; situa os dados mundiais e brasileiros de suicídio; investiga a produção acadêmica brasileira e seus estudos sobre suicídios de jovens para extrair dados e compreensões para melhor caracterizar e quiçá identificar o potencial explicativo dessas variáveis em relação ao suicídio de jovens em nossa sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 800 mil pessoas se matam todos os anos no mundo, sendo que aproximadamente 75% dos casos acontecem em países de baixa e média renda. O suicídio é a segunda principal causa global de morte de pessoas entre 15 e 29 anos. A baixa qualidade de dados disponíveis sobre o tema demonstra a alta sensibilidade do assunto, a ilegalidade do ato em certos contextos sociais, a subnotificação e os erros de classificação, deixam evidente que o ato do suicídio é um grande problema para a saúde pública (OMS, 2018).

De acordo com o último boletim epidemiológico sobre suicídio, divulgado pelo Ministério da Saúde, entre 2011 e 2016, 62.804 pessoas tiraram suas próprias vidas no país, 79% delas são homens e 21% são mulheres. Cerca de 11 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no Brasil. Nosso país fica atrás apenas da Índia, da China, dos Estados Unidos, da Rússia, do Japão, da Coreia do Sul e do Paquistão. No Brasil, os suicídios passaram de um crescimento modesto na década de 1980 (2,7%) para taxas cada vez mais elevadas, com alta de 18,8% na década de 1990 e 33,3% entre 2000 e 2012; o crescimento total foi de 62,5% para todo o período (MS, 2017).

Em setembro de 2017 a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria de Estado de Santa Catarina (SES/SC) divulgou dados que dizem respeito a casos de suicídio e tentativa de suicídio no Estado. No ano de 2016, segundo a DIVE, em Santa Catarina, houve um total de 2990 tentativas de suicídio, e dessas, 603 vieram a óbito. Em termos mais específicos, quanto a jovens, o relatório apresentado indica que jovens de 10 a 19 anos somam 575 casos de tentativa de suicídio no ano de 2016, ou seja, uma média superior a uma tentativa por dia no Estado. A soma total de 2010 a 2016 chega a 2589 de jovens, uma média de 369 casos se dividirmos pelos seis anos pesquisados (SC, 2017).

Os dados indicam por si a necessidade de ação nas políticas, o que reverbera nas ações profissionais, inclusive do Assistente Social. É necessário conhecer melhor essa realidade para planejar ações que reverberem na prevenção do suicídio. O fato é que, conforme nossas

pesquisas, as publicações do Serviço Social quanto ao suicídio são escassas ou praticamente inexistentes e por esse motivo destacamos a importância de colaborar nessas reflexões.

O suicídio é um fenômeno que pode ser analisado tendo em vista uma série de fatores (psicológicos, biológicos, culturais etc.). Desde o final do século XIX, Émile Durkheim (2011) já apontava para a possibilidade de compreender o fenômeno a partir de taxas e algumas variáveis demográficas, como sexo, faixa etária, estado civil e religião. Os estudos buscavam relacionar essas variáveis com grau de integração social do indivíduo à sociedade como elemento central na explicação sociológica do fenômeno. Embora as taxas de suicídio tenham certa variação substancial entre países ao longo do tempo, reforçaremos a tese de Durkheim (2011) apontando que ainda hoje o suicídio pode ser entendido como fenômeno social, uma vez que obedece a padrões ou regularidades, o que nos permite estabelecer os fatores que lhe são determinantes. Ou seja, não cabe falar em problemas de saúde individuais, mas em problemas sociais e econômicos.

O conceito ampliado de saúde expresso em Alma-Ata¹ e a incorporação dos determinantes sociais colaboram na compreensão da problemática do suicídio no campo da saúde pública. Com pilares de origem na medicina, nas ciências sociais e na epidemiologia, os trabalhos oriundos desses campos demonstram certo consenso genérico em compreender o suicídio como uma questão individual com causas sociais.

O Serviço Social assume uma postura de defesa intransigente das crianças e adolescentes, entendendo que a saúde é um direito, assim como afirma o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Art7: “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.” (BRASIL, 1990).

A compreensão dos direitos para além da saúde, considerando elementos como habitação, educação, transporte, assistência social entre outros, possibilita-nos afirmar que a garantia desse conjunto de direitos é condição necessária para efetivar a proteção integral. A temática do suicídio está ligada não só com a ausência de saúde mental, mas também com a ineficiência de um conjunto de políticas que deveriam concretizar os direitos estabelecidos pelo ECA.

¹ Em setembro de 1978, a OMS realizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, a conferência expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. O Documento síntese do encontro, (Declaração de Alma Ata) afirmou que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, principalmente nos países em desenvolvimento. A partir desse encontro, a OMS passou a entender a saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

Ao mesmo tempo, é possível que a intensificação das expressões da questão social exerça algum tipo de influência direta ou indireta sobre o suicídio. É preciso compreender os fenômenos não de forma isolada, mas conectados num processo histórico. O Serviço Social tem o dever ético de desconstruir preconceitos e pré-noções com bases no senso comum. Assim, acreditamos que podemos ainda colaborar na reflexão acerca de mitos em torno do suicídio fortemente ancorados em formas de organização social próprias do capitalismo e da experiência da modernidade.

O tema do suicídio é, portanto, de relevância para a academia e para a sociedade, visto que está entranhado nas relações sociais. Dessa forma, a prevenção do suicídio deve ser uma responsabilidade de todos os setores da sociedade.

2 SUICÍDIO, UM FENÔMENO SOCIAL

Várias definições foram dadas ao longo do tempo:

Sêneca o define como “um ato de heroísmo”, Goethe como “um ato próprio da natureza humana e, [que] em cada época, precisa ser repensado”, Kent como “a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal”, Rousseau como “uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros”, Nietzsche como “admitir a morte no tempo certo e com liberdade”, Sartre como “uma fuga ou um fracasso”, Shopenhauer como “positivação máxima da vontade humana”, e Durkheim como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”. (SILVA, 1984, p. 184).

O intuito do presente trabalho é discutir alguns aspectos da problemática do suicídio juvenil, um tema que vem concitando o interesse das Ciências Sociais, em função de sua magnitude e de sua generalizada percepção como problema de saúde pública. Historicamente, a maior parte da produção científica sobre o tema corresponde a perspectivas dos campos biomédico e psicossocial.

No estudo do suicídio como fenômeno social, Emile Durkheim, em 1897, apontou que o suicídio estava ligado a fatores sociais. A obra de Durkheim nos mostra como um fato social pode ser estudado cientificamente por parte da sociologia.

Popularmente o suicídio é conhecido como o ato pelo qual uma pessoa tira a sua própria vida, isto é, como prática a auto-eliminação do indivíduo. Aparentemente, consistiria em um ato de caráter individual, pois sua ocorrência dependeria apenas de uma ação do protagonista do ato. Entretanto, o suicídio pode ser também considerado um como fenômeno social, assim como outras causas não naturais de morte tais como homicídio, latrocínio e acidentes de trânsito. Para Durkheim:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela saiba que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulta a morte. (DURKHEIM, 2011, p. 14).

A hipótese durkheimiana é que, se olharmos para o suicídio não como algo isolado, mas como um fato social, nele encontraremos várias informações sociais e culturais, ou seja, deve ser tratado de forma coletiva, indo do todo às partes. O argumento é de que a integração social e o suicídio estão imbricados, por isso o suicídio varia inversamente com o grau de integração dos grupos sociais. Partindo dessa premissa, é esperado que as taxas de suicídio sejam menores em grupos com maior grau de “integração” econômica, religiosa e familiar, em comparação com grupos marcados pelo isolamento.

Durkheim (2011) analisa o suicídio como um fato social e não como um fenômeno psicológico, portanto, em cada grupo social há a predisposição de um número de mortes

espontâneas. Portanto, o objeto de estudo sociológico em relação ao suicídio não seriam fatores atuantes em determinados indivíduos, mas atuantes sobre um grupo como um todo. O estudo sobre o suicídio seria uma análise dos fatores e processos sociais a ele associados e que atuam sobre o conjunto de uma determinada sociedade.

Perante o senso comum, o suicídio é, antes de tudo, o ato de desespero de um ser humano que já não quer mais viver. O sociólogo não nega a importância da dimensão psicológica, porém sua análise é sob outro aspecto:

Em vez de enxergá-los apenas como acontecimentos particulares, isolados um dos outros e cada um exigindo um exame a parte, consideramos o conjunto de suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma determinada unidade de tempo, constataremos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção, mas que constitui por si mesmo um fato novo e *sui generis*, que tem unidade na sua individualidade, por conseguinte sua natureza própria, e que, além do mais, essa natureza é eminentemente social. (DURKHEIM, 2011, p. 17).

Em sua pesquisa, o autor levantou dados de 26 mil casos de suicídios na Europa por meio do método estatístico comparativo. Percebeu que cada sociedade, em dado momento de sua história, possui uma predisposição maior ou menor para o suicídio. Através de seus dados estatísticos, comprovou que o suicídio, além de ser um ato pessoal e individual, é também um fato social, portanto, não é possível falar em suicídio sem considerar o meio em que vive o indivíduo. Uma sociedade x terá sua taxa x, enquanto a sociedade y terá sua taxa y. Após triangular os dados, Durkheim (2011) demonstra que as causas sociais interferem no plano do inconsciente coletivo, ressaltando o poder das religiões como reforçador dos índices.

(...) há, para cada grupo social, uma tendência específica ao suicídio que não se explica nem pela constituição orgânico-psíquica dos indivíduos nem pela natureza do meio físico. Disso, resulta, por eliminação, que ela deve necessariamente depender de causas sociais e constituir, por si mesma, um fenômeno coletivo; até mesmo alguns fatos que examinamos, sobretudo, as variações geográficas e sazonais do suicídio, levaram-nos expressamente a essa conclusão. (DURKHEIM, 2011, p.133).

Quando Durkheim (2011) refere-se a religião, destaca que a prática do suicídio estaria positivamente associada à perda ou escasso poder de coesão social por parte de determinadas religiões. No caso do catolicismo, o caráter mais rígido dos seus dogmas e doutrinas, e principalmente sua influência na vida cotidiana, explicariam a existência de taxas de suicídio comparativamente inferiores às registradas entre membros de outras religiões. No protestantismo, que detém as maiores taxas de suicídios, o autoritarismo não é marcadamente presente, deixando os fiéis mais livres de dogmas passados pela bíblia. Esse fator tornaria os membros menos integrados e com menores vínculos. Por fim, na pesquisa de Durkheim, os judeus, são apontados como um povo forte e solidário, com fortes vínculos nas relações do indivíduo com a coletividade.

O sociólogo considera o suicídio como uma doença de época, tendo a anomia como sua causa principal. A anomia como ausência de regras, termo adotado por Durkheim (2011), indica a perda de referências normativas que permitam a integração social dos indivíduos, desponta como fator determinante à prática do suicídio. A anomia levaria o indivíduo a um cenário sem restrições tanto na vida pessoal, como na vida social. Também aponta as crises econômicas como potencializadoras das práticas de suicídio, pois elas influenciariam o indivíduo a sentir-se incapaz de superar as crises econômicas de sua época, tornando-o mais agressivo com sua vida.

Outro elemento abordado é o casamento. Para o autor o casamento resguardaria as pessoas em diversos aspectos dentro da sociedade. Quando se rompe esse vínculo, o homem torna-se candidato às estatísticas sobre o suicídio. Já as mulheres, de acordo com os dados analisados por Durkheim, apresentam menores taxas e não são tão suscetíveis ao suicídio quando finda o relacionamento.

Após apontar as causas de suicídio, Durkheim (2011) apresenta três diferentes tipos de suicídio que estão ligados à integração do indivíduo na sociedade: o suicídio egoísta, suicídio altruísta e o suicídio anômico.

Em relação ao primeiro tipo, o suicídio egoísta, são analisados aspectos da sociedade política e da família. A conclusão que chega é que a família, da mesma forma que a sociedade, por vezes perde a coesão e deixa o indivíduo propenso a preocupar-se com seus interesses pessoais, manifestando-se em um individualismo exacerbado, caracterizado pela afirmação do ego individual em detrimento do ego social. As relações entre os indivíduos e a sociedade se afrouxam fazendo com que o indivíduo não encontre mais sentido na vida, não tenha mais razão para viver. Quanto mais integrada uma sociedade for, maior será a dependência do indivíduo em relação a ela. Ou seja, quando ela perde a coesão surge a ausência de uma razão para suportar as adversidades da existência.

No segundo tipo, o suicídio altruísta, Durkheim (2011) aponta a influência do sentimento de dever do indivíduo. Ao contrário do contexto social caracterizado pelo predomínio do suicídio egoísta, o que o sociólogo observa no caso do suicídio de tipo altruísta é a influência de uma sociedade fortemente integrada, com grande capacidade para exercer coerção em seus membros, forçando-os de alguma maneira a cumprir determinados sacrifícios. É a personalidade coletiva se sobrepondo à personalidade individual e nestes casos, é necessário que a segunda tenha pouca ênfase. Exemplos são apontados nesses casos: algumas sociedades em que a morte na velhice é entendida como desonra, situações em que a mulher precisa se sacrificar por causa da morte do marido, trabalhadores que se suicidam por

verem seu chefe fazê-lo, etc. Destacam-se também os que em nome de um nirvana, de uma ascensão espiritual, onde a felicidade é encontrada numa vida além desta que se vive. Nesse último caso, o suicídio corresponderia ao subtipo altruísta-facultativo, ou seja, os fins sociais influenciam, porém não são tão impositivos.

Por último, o suicídio anômico se caracteriza pelo desregramento social, onde as instituições sociais não cumprem tão bem o seu papel, estão desmoronando e por isso perdem sua função coercitiva sobre as pessoas. O autor mostra que a pobreza, em si mesma, não é causa do suicídio, embora admita que “é fato conhecido que as crises econômicas têm uma influência agravante sobre a propensão ao suicídio” (DURKHEIM, 2011, p. 303). Os homens têm necessidades para além das físicas e morais e tenta transpô-las constantemente, por isso é necessário controlar esses apetites, a fim de que com o limite imposto, eles sejam satisfeitos. Caso contrário se os homens buscassem algo inacessível, culminariam num eterno descontentamento. A sociedade teria um papel de força reguladora sobre o indivíduo, quando a base de hierarquia de funções se fragiliza os indivíduos ficam confusos e suscetíveis. A anomia pode ser entendida como um estado crônico no mundo comercial e industrial, pois a lógica comercial tem como objetivo básico prosperar sempre mais.

Para Durkheim (2011), as influências exteriores, de associações ou de acontecimentos passageiros, afetam a qualidade da vida coletiva, configurando uma situação anômica. Ou seja, tanto as crises industriais quanto as crises financeiras têm o mesmo resultado, aumentam os suicídios porque são transtornos da ordem coletiva. Ele afirma que o indivíduo tem necessidades morais e que a sociedade preenche e delimita cada limite, uma vez que ela é a única autoridade moral superior ao indivíduo. Ocorre, no entanto, que o Estado, a religião e a família começaram a ter dificuldades para fazer a intermediação e, segundo ele, a sociedade está demasiado longe do indivíduo para poder agir sobre ele de uma maneira eficaz e contínua. O autor estabelece uma analogia entre a sociedade, um organismo vivo no que diz respeito a uma unidade cujas partes estão em constante funcionamento, e cada uma tem sua função específica. Na analogia, as partes desse organismo social seriam o Estado, a família e a igreja. Ou seja, se uma das partes para de desenvolver suas funções, toda a sociedade é posta em risco. Assim, é gerado um estado patológico (anomia) caracterizado pela fragmentação das normas sociais.

A partir de uma análise minuciosa da desigual distribuição das taxas de suicídio, Durkheim (2011) conclui que os suicídios, apesar de constituírem atos-individuais, respondem a causas essencialmente sociais. As “correntes suicidógenas” têm origem na coletividade, e não no indivíduo. Embora admita que alguns dos suicidas possuam predisposições

psicológicas para tal ato, compreende que essas predisposições são justamente causadas pela própria sociedade e suas circunstâncias sociais.

Segundo Almeida (2015), em razão do seu foco direcionado às questões sociais, a obra de Durkheim (2011) teve muitas críticas por parte de estudiosos de variadas áreas de conhecimento. Para Giddens (1981) *apud* Almeida *et al* (2015), por exemplo, a análise de Durkheim (2011) não demonstra que os fatos não sociais não influem sobre as taxas de suicídio, ou ainda, que atuando conjuntamente não possam influenciar o suicídio; a única constatação é que os fenômenos não sociais não explicam as diferenças nas referidas taxas. Critica ainda a demasiada confiança de Durkheim (2011) nas estatísticas oficiais para justificarem a exata distribuição do suicídio. As diferenças das taxas entre diferentes regiões de um país podem ser resultado das divergências na avaliação da prova do suicídio. O autor ainda argumenta que: Uma taxa de suicídio é mais que um índice de incidência de atos de autodestruição. É um fato social em si mesmo; consequência de um conjunto complexo de eventos que envolvem numerosos atores sociais: parentes, amigos, médicos, polícia, magistrados, encarregados de investigar casos de morte suspeita, etc.

O estudo de Durkheim, no entanto, não foi o precursor do tema. Em 1846, Marx escreveu *Peuchet: Vom Selbstmord*, embora seja importante ter claro que não se trata de uma pesquisa e portanto, não tem a mesma amplitude do trabalho de Durkheim. Até mesmo a obra atribuída a Marx é questionada se de fato foi por ele escrita, uma vez que não há clareza no texto de quais partes são de Peuchet e quais são as de Marx.

Segundo Almeida *et al* (2015) antes de Marx (2006), o italiano Enrico Morselli (1882), já investigava o aumento e regularidade de suicídios em alguns países “civilizados”, bem como suas relações com o meio-ambiente, com questões sociais, psicológicas, econômicas e étnicas, entre as quais considerava a densidade da população e a qualidade de vida, tanto no campo quanto na cidade. Foram os estudos do belga Quetelet (1842) e do francês Guerry (1832) que serviram de referência para os primeiros dados estatísticos sobre suicídios de Morselli (1882). Os dois estudiosos foram precursores em apresentarem tabelas e mapas com os dados estatísticos sobre criminalidade, suicídio e outros aspectos. De acordo com Almeida *et al* (2015), as pesquisas desses autores abriram caminhos na cartografia temática e na visualização de dados, além de alavancar a criminologia por meio de análises estatísticas sobre a ocorrência de crimes e suicídios.

As causas do suicídio, para Marx (2006), são classificadas como a consequência dos males de uma sociedade burguesa, que não podem ser suprimidos sem uma transformação

radical da estrutura social e econômica. A sociedade moderna seria um deserto de selvagens marcado pela solidão das pessoas:

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 um sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (MARX, 2006, p. 28).

Atingindo todas as camadas sociais, alguns se suicidam mesmo sendo favorecidos financeiramente, outros, justamente este é o motivo pelo qual praticam tal ato. No entanto, Marx (2006) destaca que muito além da questão financeira, o que une os que buscam a morte é o mal da tirania, destacando como fator dominante as injustiças e os castigos secretos dos superiores aos que estão sob sua dependência. Cita ainda o adoecimento da economia (salários baixos, miséria, desemprego, etc.) e as injustiças sociais em meio a uma sociedade capitalista que invade a vida privada de indivíduos.

Ao analisar os dados levantados por Peuchet, Marx (2006), conclui que o número de suicídios masculinos foi o dobro se comparados aos números de suicídios femininos, sendo o afogamento o mais comum. São exemplificadas quatro tragédias suicidas. As causas apontadas são os maus tratos através da opressão do patriarcado, da tirania familiar e da escravidão. O primeiro caso é de uma jovem que passa a noite com seu noivo. Ao chegar em casa os pais xingam-na para toda a vizinhança ouvir. Tomada pela vergonha, jogou-se às margens do rio Sena. O segundo caso foi de outra jovem, casada. O marido que passou a apresentar uma doença desfigurante, foi tomado pelo ciúme e proibiu a esposa de conviver socialmente. A mesma atirou-se às águas. No terceiro caso, um jovem americano suicidou-se por não ter trabalho. O quarto caso é de uma mulher que após engravidar de um homem casado, tira sua vida e da criança se afogando.

A crítica de Marx (2006, p. 16) limita-se à questão do patriarcado, embora destaque que “a classificação das causas do o suicídio é uma classificação dos males de sociedade burguesa moderna, que não podem ser suprimidos sem uma transformação radical da estrutura social e econômica” Ainda para o autor, o suicídio seria o último e melhor recurso contra as desgraças da vida privada.

Em síntese, no que concerne ao legado analítico deixado pela pesquisa de Durkheim e às reflexões de Marx acerca do caráter profundamente social do suicídio, vale destacar sua pertinência para a compreensão do fenômeno nas sociedades contemporâneas e, mais especificamente, entre a população infanto-juvenil. O contexto verificado possui profunda relação com determinantes sociais oriundos da forma como a sociedade organiza suas

relações sociais, a qual tem uma implicância nas condições de vida e de trabalho das pessoas. A população infanto-juvenil, certamente, acaba por ser afetada de forma enfática.

3 SUICÍDIO: PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

A temática do suicídio adentra variados enfoques. Nosso esforço é no sentido de focar a compreensão das causas sociais do suicídio juvenil. Parece ser consenso entre numerosos autores que as pesquisas apontam um crescimento na mortalidade por suicídio no Brasil e no mundo. Estando entre as principais causas de morte, neste sentido Botega, Werlang e Cais (2006) afirmam que em termos globais o suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos.

Segundo Almeida *et al* (2015), o suicídio está, na grande maioria dos países, entre as dez causas mais frequentes de morte e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens. Para cada suicídio, há em média cinco ou seis pessoas próximas do falecido cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente. O suicídio está numa “encruzilhada” epistemológica inevitável, desafiando paradigmas teóricos e metodológicos das Ciências Sociais, pois é um tema essencialmente trans e multidisciplinar. No Brasil suicidar-se não é crime, e o suicídio tem sido abordado sob uma perspectiva comportamental do indivíduo que comete o ato, negligenciando o fenômeno social que está evidente nesse processo.

Tal contexto afeta igualmente a população infanto-juvenil. Neste sentido, vale destacar que a OMS define como jovens todos que têm entre 12 e 29 anos, e embora não haja consenso entre os estudiosos, essa classificação é a mais utilizada nas estatísticas do Brasil. O ECA define como criança a faixa etária que vai até doze anos incompletos e adolescente a faixa que vai de doze até dezoito anos de idade. No entanto, a lei do estatuto se aplica às pessoas entre dezoito e vinte e quatro anos.

Com intuito de melhor elucidar os elementos atinentes ao tema, trazemos aqui algumas questões apontadas pela jornalista Eliane Brum. A qual manifesta grande eloquência na discussão do tema, a partir de uma perspectiva crítica.

A pergunta é: por que mais jovens têm acabado com a própria vida?

Conforme Brum (2018), alguns alunos de escolas elitizadas vem acabando a própria vida e por isso o suicídio de adolescentes evidenciou-se no debate público no Brasil. “Psicanalistas e profissionais de saúde mental têm sido chamados à rede privada de ensino para falar sobre o tema. Pais e professores estão em busca de pistas para compreender por que mais jovens tiram a própria vida e como é possível prevenir a tragédia” (BRUM, 2018).

O suicídio de jovens tornou-se estatística rotineira. Segundo a supracitada jornalista, no Brasil, entre 2000 a 2015, os suicídios de crianças com idades entre 10 e 14 anos

aumentaram 65% e 45% na população de 15 a 19 anos. Certamente, importa destacar que devido a sua invisibilização, os suicídios não são comumente noticiados, a não ser que envolvam figuras públicas. Isso também implica num menor tensionamento para o debate público do tema, bem como para o aperfeiçoamento dos mecanismos de coleta e análise de dados e, por conseguinte, da elaboração de estratégias para o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas.

Segundo levantamento do sociólogo Waiselfisz (2014), coordenador do Mapa da Violência no Brasil, os números dos últimos dois anos indicam uma pequena estabilização, porém ainda não há dados suficientes para afirmar se, de fato, estamos diante de uma tendência ou apenas de uma oscilação.

Brum (2018) vai além da uma pergunta óbvia, desafia a encontrar a resposta do por que não haveria mais adolescentes interrompendo a própria vida nos dias atuais do que no passado? A provocativa inversão da pergunta não é um jogo retórico. É decisiva porque devolve a política à pergunta, de onde ela nunca poderia ter saído. Em outras palavras, a recoloca no campo do coletivo. Para a autora, não se trata de apagar a singularidade de cada caso, mas de situar essa singularidade no contexto do seu tempo histórico. A atitude do suicídio de adolescentes está dizendo algo sobre eles mesmos, mas principalmente dizendo algo sobre a época em que não viverão. Trata-se de encontrar pistas para interpretar o que nos informa a violência auto-inflingida sobre o próprio mundo em que ela ocorre.

Nesse sentido Kovács (2013) discute como os processos autodestrutivos podem ser uma resposta aos valores da sociedade pós-moderna:

Condutas violentas surgem para deter o fluxo do desprazer ao lidar com impotência e desamparo. Há valorização da liberdade individual, e o sofrimento pode estar relacionado com a obrigatoriedade de sentir prazer. O sentimento de desenraizamento envolve perda de referenciais simbólicos, gerando insegurança. (KOVÁCS, 2013, p. 71).

Para Brum (2018), as séries de TV expressam o sentimento de nossa época: é a distopia, os jovens não conseguem projetar o futuro, a internet, através das redes sociais, fragilizou o ser humano. Adolescentes e adultos vivem na rede, nela permite-se que cada um se mostre sem máscaras, pode “dizer tudo”, no entanto, não sabem lidar com tal possibilidade, tornaram-se egoístas e só saberemos as conseqüências disso no futuro.

Por que, diante desse cenário, mais adolescentes não teriam dificuldade para encontrar saídas? Por que alguém que está vivendo uma fase da vida em que precisa dar conta de um corpo em transformação e assumir a responsabilidade de encontrar seu lugar não estaria desorientado diante do mundo que o espera – ou mesmo sem nenhuma confiança de que vale a pena ser adulto nesse planeta? (BRUM. 2018).

O fato de um adolescente fazer perguntas duras a si mesmo e aos adultos, para Brum (2018), não é nenhum tipo de comportamento desviante. O jovem não quer se alienar e por

isso analisa o mundo que vive, reflete sobre as transformações. O desafio lançado pelo suicídio à sociedade servem para construir, junto com os jovens, uma resposta que não seja a brutalidade de tirar a própria vida. Essa não seria uma tarefa individual na medida em que o problema não se restringe aos adolescentes que não conseguem encontrar sentido em suas vidas. É uma construção coletiva. Em meio a tudo isso, criou-se uma nova possibilidade, o desespero de ver adolescentes morrendo, fez com que começasse a romper o silêncio sobre o suicídio.

A crença de que falar sobre o suicídio aumenta o número de casos estabeleceu um silêncio em torno das mortes que colaborou para que se localizasse o problema e a suposta solução no indivíduo. Colaborou para a ideia sem substância do suicídio como covardia do adolescente e fracasso dos pais. O suicídio, convenientemente, deixou de ser uma questão da sociedade para ser um problema de uma pessoa ou família com um tipo de defeito. Ou foi colocado na conta de uma patologia mental, com vários nomes disponíveis no mercado. É um fato que há casos de suicídio relacionados a doenças mentais, mas não é possível desconectar qualquer doença da época em que ela é produzida. (BRUM, 2018).

Barón e Krmpotic (2016) também apontam limitações na evolução do debate acerca do suicídio devido ao medo de contágio:

Las limitaciones en su difusión y el debate público por la presunción del efecto contagio invisibiliza la cuestión e inhibe procesos de tomar en cuenta y responsabilidad social, quedando circunscripto a un problema individual que queda sumergido en la memoria familiar. (BARÓN; KRMPOTIC, 2016, p. 44).

A questão não é a doença mental, afirma Brum (2018), quando ela existe, ou a angústia e o desespero, a questão é por que motivo o suicídio tem sido a resposta a acontecimentos como a doença mental, a angústia e o desespero. A autora identifica a necessidade de perceber o caráter social apontando que “em outras épocas já houve outras respostas possíveis, compatíveis com seguir vivendo, que pode-se construir reflexões que transcendam a repetição de tratá-la como problema exclusivamente individual o que é também produção social” (BRUM, 2018).

Tão importante quanto falar de suicídio é saber “como” falar sobre suicídio. Brum (2018) lembra que a questão não é apenas estabelecer manuais, como uma lista de códigos para identificar quem efetivamente está em risco por estar fora dos padrões estabelecidos, ou ainda reforçar estereótipos que identifique indique causas e soluções individuais, isso representaria apenas mais um passo em direção à fatal dificuldade de fazer comunidade. Em outras palavras,

não dá para viver num mundo literalmente corroído e subjetivamente corroído e dizer que o desvio é de quem sofre com ele e não encontra outra saída que não seja o suicídio. Ou da família que não pôde ou não soube como impedir que o adolescente tirasse a própria vida (BRUM, 2018).

Menninger² *apud* Almeida *et al* (2015) reforça:

There are certain subjects concerning which we speak often in jest, as if to forestall the necessity of ever discussing them seriously. Suicide is one of them. So great is the taboo on suicide that some people will not say the word, some newspapers will not print accounts of it, and even scientists have avoided it as a subject for research. (*apud* MENNINGER, 1985, p.13 *apud* ALMEIDA *et al*, 2015).

Barón e Krmpotic (2016) destacam o perigo dos discursos contra o suicídio serem centrados em eleger um padrão, modelo ou exemplo a ser seguido:

En otro orden, hablamos que tanto los discursos científicos como religiosos analizados apelan recurrentemente a un recurso argumentativo basado en el ejemplo, es decir, en una definición del deber ser del joven, de la familia, de la escuela, como del propio Estado con miras a prevenir el suicidio. Estas formas narrativas procuran delinear lo ejemplar, el patrón de normalidad, el joven ideal, en relación con las conductas que tienen que llevar a cabo una persona o grupo. Distinguen lo que es legítimo de lo que no lo es, y establecen lo que debe y lo que no debe hacerse o creerse. (...) Solo se lo presenta con una contundencia rotunda: la familia debe ser estable, la sociedad inclusiva, la escuela debe educar para prevenir y con capacitación y disposición lo logrará, los docentes deben ser comprensivos, comunicativos y flexibles, el joven debe proyectarse al futuro definiendo un proyecto vital, debe ser consciente de ello así puede actuar con relativa racionalidad, estar integrado al mercado laboral o productivo, o en vías de hacerlo, mientras que el Estado debe intervenir más. (BARÓN, 2016, p. 48).

Para Brum (2018), criou-se um mundo onde um número maior de adolescentes não se tornará adulto, no entanto, existe a possibilidade de reaprender a viver em comunidade, redescobrir como tecer redes de cuidado mútuo. A responsabilidade individual nesse caso não é anulada, mas ao contrário, é aumentada, levada para um novo patamar no qual passaria a ser construída por meio dos laços que unem o indivíduo a coletividade.

Outro aspecto que Brum (2018) destaca é que não se pode esquecer que a marca de se tornar adolescente neste século é a marca de tecer sua experiência na internet. “Ao mesmo tempo que experimenta a possibilidade de deletar o quê ou quem perturba, enfrenta a impossibilidade de deletar seus vestígios para sempre” (BRUM, 2018).

Estrear na vida e já ser condenado à memória eterna. Ser formado na impaciência dos segundos e na sobreposição dos tempos. Acreditar que um vídeo de mais de dois minutos ou um texto de mais de dois parágrafos são longos demais. Arriscar-se nas redes sem os limites do corpo, podendo ser algo num minuto e outra coisa inteiramente diferente no minuto seguinte. Mas, ao mesmo tempo, sentir os efeitos profundos dos estímulos digitais no corpo. Os dias acelerados que se emendam e a fábrica de ansiedade. A impossibilidade da desconexão. A vida editada e “feliz” de todos, enquanto dentro de você a tristeza é vivida como fracasso num mundo de tantos bem sucedidos de Facebook, sem saber quem ou o quê é real ou “fake”. (BRUM, 2018).

² Tradução de Almeida *et al* (2015): “Existem certos assuntos que falamos em tom de brincadeira, como para evitar a necessidade de discuti-los seriamente. Suicídio é um deles. Tão incrível é o tabu do suicídio que certas pessoas não pronunciarão a palavra, alguns jornais não publicarão informes sobre isso, e inclusive cientistas têm evitado como tema de pesquisa.”

Em seu artigo, Brum (2018) relata que no ano passado, o psicanalista Mário Corso foi convidado para dar uma palestra aos alunos de uma escola pública do interior do Rio Grande do Sul. Não foi convidado pela direção, a iniciativa foi dos alunos, pois tinham identificado uma colega com ideias de suicídio e decidiram formar uma rede de cuidado. O palestrante afirmou que os colegas estão mais próximos e sabem melhor do que ninguém quando algo realmente sério está acontecendo. Para ele, “a experiência de ajudar a combater o mal-estar na escola, de entender as dificuldades da socialização pode ser uma possibilidade de formação extra curricular muito proveitosa que a escola pode dar aos adolescentes” (BRUM, 2018). De acordo com a análise de Brum (2018), seria preciso fazer uma aliança com os adolescentes cuidadores.

Em uma entrevista com Mário Corso, Brum (2018) relata a opinião do psicanalista sobre o sofrimento que provoca o suicídio hoje, na era da internet. Para Corso, há um sofrimento decorrente de uma solidão imensa, uma sensação de inadequação, uma desesperança próxima ao desespero. “A ideia de que não há lugar no mundo para si e que o mundo é complexo demais, somado a uma fragilidade dos laços entre os pares, é um cruzamento perigoso e doloroso” (BRUM 2018). O novo modelo informacional têm afetado de maneira positiva e negativamente o mundo das relações dos adolescentes. Neste sentido, o exemplo do *bullying* serve para mostrar como algo que antes permanecia restrito a um lugar (escola), hoje está em todo lugar, permeando a totalidade da vida cotidiana e tornando mais complexo o processo de enfrentamento do problema por parte da vítima. Antes, uma experiência negativa numa escola podia ser solucionada com uma mudança de endereço. Hoje, a internet não deixa esquecer nada. “Utopias já não colam, vivemos na época das distopias, crenças religiosas tampouco, o jovem sente que está em um mundo absurdo. E precisamos pensar que ele não desenvolveu os anticorpos que nós já temos...” (BRUM 2018), significa dizer que o mundo não poupa o adolescente que não está preparado para vivê-lo e “não os preparamos para o infortúnio, não discursamos sobre as derrotas, as perdas, e elas são a única certeza nessa vida. Ensinamos a ganhar, a dizer que serão vencedores. Ensinamos o fácil e esquecemos o essencial: saber suportar as rudezas” (BRUM, 2018).

Para Ribeiro e Moreira (2018), em termos contemporâneos, é possível apontar o caráter precursor da análise do suicídio sob a ótica da multicausalidade. Ou seja, em miúdos, o que se debate é a controversa relação entre indivíduo e sociedade e em que medida existe o primado de um sobre o outro e como isso influi nas sociedades. Para os autores, as redes sociais afetam a base comportamental por meio de mecanismos de acesso a recursos disponíveis na sociedade e por vínculos sociais na forma de engajamento, suporte e

influência. Os autores afirmam que o que Durkheim pretendeu foi demonstrar que um ato individual como o suicídio tem raízes e motivações inequivocamente sociais.

Kovács (2013) alerta para a importância de análises mais apuradas para não se incorrer em avaliações simplistas quanto à classificação de quais casos seriam suicídio:

Há diversos elementos que podem estar relacionados a atos suicidas, como é o caso da doença mental. Diferente é o ato suicida relacionado a feitos heróicos. Associar atos de “homens-bomba” ou pilotos kamikazes com o suicídio pode levar a uma interpretação simplista, ao não se considerar a influência de fatores culturais. Como classificar greves de fome, ações de risco ou imolações? É mais importante compreender a dinâmica do processo e suas dimensões variadas do que rapidamente classificá-lo como suicídio. (KOVÁCS, 2013, p. 71).

Kovács *apud* (2013) Solomon (2002) se refere a quatro tipos de suicídio: primeiro, atos onde o que impera é a impulsividade, como forma de extinguir a dor; segundo, ações que tem como objetivo predominante o alívio e consolo pela morte; terceiro, processos que entendem a morte como a única saída para o sofrimento e ainda, forma de aliviar o fardo de pessoas próximas; quarto, ação de planejamento racional do suicídio. Para a autora, o suicídio é uma solução duradoura para um problema que poderia ter outras saídas.

Segundo Almeida (2015), o suicídio tem sido objeto de estudo em diversas áreas, não apenas as ciências exatas, biomédicas, humanas e sociais, mas também da religião e das artes, pois está saturado de elementos e significados biológicos, emocionais, históricos e sociais.

Outra questão levantada por Almeida (2015) é que mesmo que a sociedade considere o ato suicida como possibilidade última de resolução de problemas, de forma geral essa compreensão é censurada e silenciada, a sociedade condena o suicídio. Há um caráter individual que mostra que o suicida busca mudanças, busca realidades diferentes do que lhe fora posto, é como que uma porta para o desconhecido, não é desistir de viver, mas passar a existir em outra realidade.

Nesse sentido, vale lembrar que o caráter social do suicídio pode ser observado no estatuto a ele atribuído em diferentes contextos sócio-históricos. Gonçalves *et al* (2011) destaca algumas das compreensões em diferentes lugares e períodos:

Historicamente, o suicídio tem sido relatado desde os primórdios da humanidade, sendo ora condenado, ora tolerado, dependendo da sociedade e do período em que estava inserido. Na Grécia antiga, por exemplo, um indivíduo não podia se matar sem prévio consenso da comunidade, por ser um atentado contra a estrutura comunitária. Em Roma, como em Atenas, o suicídio era legitimado apenas para níveis sociais mais elevados. Na Idade Média, o suicídio foi condenado pela Igreja e pelo Estado, que igualavam os suicidas a ladrões e assassinos. (GONÇALVES *et al*; 2011, p. 18).

Gonçalves *et al* (2011) concorda com Durkheim (2011), afirmando que as interações familiares muitas vezes corroboram aqueles que buscam cometer o ato suicida, o suicídio também se dá pela falha da unidade familiar.

Em seu artigo, Almeida *et al* (2015) considera como hipótese a possibilidade de entender a pobreza como uma situação que predispõe ao suicídio, inclui o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar como fatores que podem afetar a mortalidade por suicídio, direta ou indiretamente, pois podem aumentar os níveis de ansiedade dos indivíduos quando surge a possibilidade de serem demitidos. Ou seja, embora as várias perspectivas acadêmicas tendam a reduzir o problema do suicídio à sua própria visão, os fatos demonstram que há uma combinação de fatores que causam o suicídio.

Teixeira e Rondini (2017) apontam que:

Tendo as definições do ECA como referência, o período da adolescência tem como característica biológica a puberdade, a qual traz consigo a maturação sexual ocorrente da mesma forma, universalmente, em meninos e meninas. Do mesmo modo, também nesse período, o (a) adolescente irá construir sua identidade tendo como medida os referentes coletivos e não apenas os de seu núcleo familiar de origem. Conforme a convivência com o meio social se vai estabelecendo, há uma busca do (a) adolescente em adotar valores e comportamentos visando à aceitação pelo grupo ao qual pertence. (TEIXEIRA; RONDINI, 2017, p. 654).

Para Brasil e Alves (2007), a literatura sobre adolescência é bastante unânime ao apontar que esse é um período em que os conflitos psicossociais, a necessidade de integração social, a busca da autoestima e de independência familiar colocam o sujeito em uma posição de vulnerabilidade. Esse momento da vida pode desembocar num alívio rápido em uma sociedade que compreende o tempo como um produto a ser consumido. Considera-se, ainda, que em alguns contextos, o consumo de substâncias psicoativas apresentam-se como forma de subsistência e enriquecimento, reforçando estigmas e preconceitos das comunidades economicamente desfavorecidas. Constroem-se dessa forma, dinâmicas entre a formação da identidade de adolescente e o convívio com as dimensões históricas e sócio-culturais

Para Sehnem e Palosqui (2014), a fase da adolescência (12-20 anos) é um período onde ocorrem várias transformações, assim como conflitos próprios da idade, as responsabilidades aumentam, decisões para a vida precisam ser tomadas e ocorre uma cobrança do meio social. Nesses casos o apoio é fundamental para um equilíbrio emocional nessa etapa da vida, para que as decisões sejam assertivas e ocorra a resolução dos conflitos.

3.1. A INFÂNCIA E A JUVENTUDE NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS: DESPOLITIZAÇÃO E ACIRRAMENTO DE CONTRADIÇÕES

No estudo em tela, convém o aprofundamento da seguinte questão: Qual o papel das transformações ocorridas nas últimas décadas na produção de condições socioculturais que favoreceriam o incremento das taxas de suicídio junto à população infanto-juvenil?

Nisto, consideramos relevante explicitar que o contexto do neoliberalismo coloca-se como um projeto de classe que surgiu na crise dos anos de 1970, camuflado por bastante retórica sobre liberdade individual, autonomia, responsabilidade pessoal e as virtudes da privatização, livre-mercado e livre-comércio. Desta forma, de acordo com Harvey (2011, p. 16), “legitimou políticas draconianas destinadas a restaurar e consolidar o poder da classe capitalista”, sendo bem-sucedido no que concerne à centralização da riqueza e do poder em todos os países que tomaram o caminho neoliberal, não havendo nenhuma evidência do seu fim.

Conforme Harvey (2011), a ofensiva antidemocrática e conservadora do neoliberalismo, após o processo de democratização, não se dá pela forma ditatorial. Sua expressão no Brasil se dá num contexto de capitalismo dependente, tem relação direta com o apassivamento da classe trabalhadora, o enfraquecimento do Estado e a absorção de intelectuais progressistas pelo ideário neoliberal. O ambiente do neoliberalismo potencializa o fetiche da mercadoria e a reificação, considerando que o caráter das relações sociais aparece ainda mais ocultado pelo espetáculo, pela difusão massificada do governo das coisas sobre os homens, com o que se aprofunda a alienação dos mesmos sobre sua condição material e espiritual. Esse contexto pode ajudar a compreender como as determinações sociais podem influenciar no suicídio, embora tal afirmação ainda permaneça como hipótese que precisa ser melhor investigada.

Conforme Sehnem e Palosqui (2014), em nossa sociedade, aqueles que não estão fortemente integrados em nenhum grupo social, primeiramente sem integração familiar, são mais vulneráveis, ou seja, as pessoas casadas e casais com filhos são um grupo mais protegido. Os autores afirmam ainda que o isolamento social aumenta as tendências suicidas entre pacientes deprimidos, em consonância com a hipótese durkheimniana básica acerca do caráter protetor da integração social em relação ao suicídio, ainda que o isolamento social aumente as tendências suicidas entre pacientes deprimidos.

Quanto ao isolamento social e o sentimento de solidão, Kovács (2013) afirma que:

Estudos realizados por Grubits, Freire e Noriega (2011) confirmam dados obtidos em outros países. No Brasil e em países da América Latina, há predomínio do suicídio entre homens e ideação e tentativas entre mulheres, com índices maiores entre pessoas solitárias. Os autores realizaram estudos com indígenas guaranis e kaiowaas, considerados como grupo de risco, e observaram influência da pressão ambiental e coletiva no ato suicida. Há semelhança entre suicídio de indígenas jovens e os da metrópole, que vivenciam desintegração cultural, exclusão, desorganização sem possibilidade de viver seus ritos de iniciação. É frequente o suicídio por enforcamento entre indígenas. Os autores apresentam a hipótese da superpopulação: como as terras desses indígenas foram invadidas, eles tiveram de deixar de lado os valores da própria cultura, não aceita pelos brancos. Esse é um

problema importante a ser considerado nas políticas de prevenção do suicídio no Brasil. (KOVÁCS, 2013, p. 71).

Gonçalves *et al* (2011) afirmam que no Brasil raros são os trabalhos que exploram o campo suicídio dentro da teoria econômica. A referência utilizada nesse estudo corresponde a uma pesquisa de Shikida *et al* (2006), que analisa como variáveis econômicas influenciam as taxas de suicídio por estados brasileiros. Assim, os autores verificam que as macrorregiões Sul e Centro-Oeste se destacam em relação às demais. Avaliando séries históricas de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul, evidenciou-se que o problema refletia precárias condições de sobrevivência, como o endividamento, a concentração da terra, e o êxodo rural.

O que Sehnem e Palosqui (2014), defendem é que o desenvolvimento da pessoa humana em sua complexidade física e mental não está avançando simultaneamente com as melhorias dos números referentes à educação, longevidade e renda, que compreende o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado. O desequilíbrio mental é um fator que ocasiona problemas de ordem psicológica, como a depressão, interfere na expectativa de vida das pessoas, mesmo que estas apresentem as melhores possibilidades de uma vida longa e melhor; o estresse da rotina maçante, as cobranças de um futuro profissional brilhante, bens materiais, mudanças na constituição familiar e globalização. O IDH não considera a questão da saúde mental, no entanto, cabe ressaltar sua importância para resultados mais satisfatórios; compreender a dimensão dos problemas de saúde mental no país e avaliar estratégias para redução da dimensão do problema de saúde pública.

Embora cada pesquisador caracterize de forma diferente os fatores de risco, parece ser consenso que esses fatores são detectáveis. Numa discussão a respeito de suicídio e gênero na adolescência, Teixeira e Rondini (2017) entendem as tentativas de suicídio de adolescentes não heterossexuais como efeitos dos processos homofóbicos e não uma decorrência de processos patológicos individuais. Os autores procuram compreender o quanto o estigma de se descobrir “não heterossexual”, contribui para levar um adolescente ao ato de atentar contra a sua própria vida. Ou seja, o adolescente homossexual está mais vulnerável que o adolescente heterossexual, em relação ao risco de suicídio.

Herrell (1999) *apud* Teixeira e Rondini (2017) elaboraram uma pesquisa baseadas em uma amostra composta por 103 pares de irmãos gêmeos do sexo masculino, em que um já tinha tido relação sexual com alguém do mesmo sexo, após os 18 anos, foram percebidos quatro fatores de risco ao suicídio: pensamentos sobre a própria morte, desejo de morrer, pensamentos sobre cometer suicídio e tentativa de suicídio. Os autores concluem que a

orientação homossexual está diretamente ligada aos sintomas do suicídio. Na comparação com os irmãos heterossexuais, há um evidente aumento do risco de suicídio dos homossexuais masculinos, independentemente do uso de drogas ou presença de transtornos psiquiátricos.

Botega, Werlang e Cais (2006), apontam fatores protetores que servem de prevenção do suicídio: bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com vínculo afetivo estável ou ter filhos pequenos.

Para Botega, Werlang e Cais (2006), os fatores de risco para o suicídio têm sido mais extensivamente estudados e podem ser: transtornos mentais (como exemplo a depressão), perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, determinadas situações clínicas (doenças crônicas, dolorosas, desfigurantes, etc) ou ter acesso fácil a meios letais. Os autores indicam também fatores sociodemográficos como: sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados, aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes.

Quanto a fatores de risco Barón e Krmpotic (2016) fazem uma relação com as questões sociais do mundo atual:

En suma, lo social y sus problemas vitales se presentan a través de categorías de tan vasto alcance que podrían ser explicativas de un sinnúmero de problemas sociales: fracaso escolar, desempleo, desigualdades, familias disgregadas y escasas redes de pertenencia social, resumen los factores que desencadenan una decisión tan dramática como el suicidio. Asimismo, encontramos en las argumentaciones científicas la mención de aspectos espirituales de las personas, recurriendo a términos también presentes en un discurso espiritualista/religioso: culpa, dolor, falta de paz y de perdón, rechazo y auto-rechazo son nociones ampliamente citadas con variaciones sea que se trate del discurso científico o el religioso. (BARÓN; KRMPOTIC, 2016, p. 45).

Schlösser, Rosa e More (2014) acreditam que o fenômeno do suicídio é multicausal, e pode estar relacionado com fatores ambientais, psicológicos, culturais, biológicos e políticos, tudo englobado na existência do indivíduo. E quanto aos fatores de risco destacam que:

A principal correlação para o suicídio na adolescência se apresenta mediante ideação ou intento suicida prévio, associando-se a fatores de risco, tais como a depressão maior, devido, em grande parte, a dificuldades no enfrentamento de frustrações pessoais, disfunção familiar, abuso sexual, maus tratos, bem como a não satisfação das necessidades básicas (SCHLOSSER; ROSA; MORE, 2014, p. 138).

Schlösser, Rosa e More (2014) compreendem ainda que o uso de substâncias psicoativas, perda de alguém próximo por suicídio, acesso a armas de fogo, ser vítima de algum tipo de violência, transtornos psiquiátricos, questões sócioeconômicas, problemas de interação social, abuso físico e/ou sexual, eventos estressantes, mudanças constantes de domicílio, falta de suporte social, conflitos intrafamiliares, transtornos alimentares e

alterações neuropsicológicas podem ser fatores potencialmente de risco para os adolescentes. Considerando apenas os transtornos psiquiátricos, a depressão é apontada como o principal fator associado ao comportamento suicida. Segundo pesquisa de Gómez *et al*, (2002) *apud* Schlösser, Rosa e More (2014), mais de 50% dos adolescentes que se suicidaram na Colômbia em 2002 tinham depressão e, destes, 25% cometeram tentativa de suicídio, 15% desses adolescentes efetivaram o suicídio. Considerando as questões emocionais, os autores verificam que a repressão emocional, tristeza, necessidade de afeto, busca por valorização, baixa autoestima, sentimentos de culpa e inferioridade, timidez, violência e restrição social são os fatores de risco mais recorrentes nessa fase da vida. Para os autores, a literatura aponta que questões individuais como sentimentos de bem estar, autoestima elevada, capacidade para buscar ajuda, abertura a novas experiências, flexibilidade emocional e confiança em si mesmo são importantes aspectos que atuam como proteção no que tange ao risco de comportamento suicida, mas que tais implicações derivam de questões mais amplas como: rede social sólida, relação familiar e integração social.

Sehnm e Palosqui (2014) seguindo a perspectiva de Durkheim afirmam que:

É nessa sociedade que aqueles que não estão fortemente integrados em nenhum grupo social, primeiramente sem integração familiar, são mais vulneráveis, o que caracterizaria as pessoas casadas e casais com filhos como o grupo mais protegido; a diferença encontrada quanto ao número de mortes entre pessoas casadas e solteiras, dividindo-se por gênero, não foi tão expressiva nesta pesquisa. (...) o isolamento social aumenta as tendências suicidas entre pacientes deprimidos. Isso está de acordo com os dados de estudos epidemiológicos, nos quais se constata que pessoas que cometem suicídio podem não estar bem integradas na sociedade. (SEHNEM; PALOSQUI, 2014, p. 370).

Há de se considerar a observação de Botega, Werlang e Cais (2006) acerca de uma característica limitante dos estudos na área da suicidologia: os resultados advém, em grande parte, de estudos produzidos a partir dos sujeitos que tentaram o suicídio, ou que estavam em tratamento e se suicidaram.

Hay una gran riqueza en los componentes de las argumentaciones sobre el suicidio juvenil que va desde la clásica apreciación de factores de riesgo hasta la relación con crisis social, desempleo o fracaso escolar. Se ponen en juego tanto los elementos ligados a la enfermedad mental del suicida, su pertenencia a grupos sociales como a problemáticas sociales estructurales. Aparece la construcción cultural que perfila modos de habilitar la violencia en los jóvenes como resultado de la pérdida de valores morales, de la sociabilidad o frente al valor superior de lo material. (BARÓN; KRMPOTIC, 2016, p. 46).

A informação acima vai ao encontro com a ideia de que, conforme apontam Teixeira e Rondini (2017), a definição de suicídio como problema da saúde pública necessita de abordagens específicas essencialmente preventivas. No estudo específico desses autores, o grupo de adolescentes que se assumiram não heterossexuais, são os mais vulneráveis. Do mesmo modo, os autores identificaram que 55,6% dos adolescentes apresentam diversas

opiniões e valores homofóbicos, sexistas e heterocentrados, mostrando as compreensões do espaço escolar onde se encontram esses jovens. Um espaço permeado por posicionamentos discursivos discriminatórios.

Alguns autores que pesquisaram determinantes do suicídio infanto-juvenil em outros países já indicavam há muitos anos o papel suicidógeno dos fatores de risco antes mencionados:

Casi todos los niños provienen de medios caracterizados por inestabilidad y desorganización familiar, sea por separación de los padres, ausencia de uno o ambos padres o desavenencias conyugales importantes. Con frecuencia existen antecedentes de relaciones conflictivas, especialmente con el padre, antes de la tentativa de suicidio {...} algunos de estos niños y adolescentes buscan atraer la atención de otras personas hacia sus problemas mediante conductas rebeldes o de retraimiento social. Es evidente que muchos jóvenes buscan la comunicación mediante la tentativa de suicidio. a diferencia de los adultos, que buscan más claramente la muerte que los cambios favorables en la forma de ser tratados. (RONA; WETTLIN, 1986, p. 229).

Percebe-se assim a importância da continuidade nas investigações sobre os comportamentos suicidas em nossos jovens, com o devido aprofundamento teórico-prático do fenômeno. Os conhecimentos produzidos podem colaborar para compreender o comportamento suicida para além de um simples ato individualista, uma vez que nem sempre o propósito subjacente que motiva estes comportamentos é a morte propriamente.

3.2. A LIBERDADE INDIVIDUAL NA JUVENTUDE: REFLEXÕES NECESSÁRIAS

Barón e Krmpotic (2016) fazem uma breve reflexão lembrando que algumas análises sobre o tema focalizam a questão do ato suicida do ponto de vista do exercício da liberdade individual e, no extremo oposto, como resultado da incapacidade para tomar decisões:

En cuanto a las valoraciones de la conducta suicida también hay una gran variedad de posicionamientos. En un extremo hay quienes lo consideran como el acto de libertad por excelencia: cuando el sujeto decide terminar con su propia vida. En otro extremo podríamos ubicar a quienes ven en el sujeto suicida a un incapaz de decidir libremente, por los condicionamientos que le impone la enfermedad mental. Para algunos es una forma de resistencia, para otros el final de un camino de desesperanza. En las lecturas que lo vinculan al deseo, el suicido es visto como deseo de morir pero también como deseo de una mejor vida. Para los religiosos puede ser visto como un pecado irredimible o como el peor efecto de la acción demoníaca, superando la voluntad del individuo quien juega un papel secundario. (BARÓN; KRMPOTIC, 2016, p. 47).

Kovács (2013) faz algumas reflexões na perspectiva do suicídio como um direito. Para a autora, deve-se discutir o direito da pessoa de dispor e dar sentido à vida, buscando dignidade, como forma de preencher o vazio existencial. É a liberdade e a autonomia sendo

exercidas de forma mais radical. É compreender o suicídio como uma forma de acabar com o sofrimento.

Destacamos algumas perguntas que Kovács (2013) faz em seu artigo:

Mas como considerar o desejo de se matar? Haveria diferença de julgamento nas duas situações ou atenuantes para o suicídio, de acordo com o momento vivido pela pessoa? Exemplificando: idosos com doença em estágio terminal ou em sofrimento intenso teriam legitimação e aceitação para encerrar sua vida? E se esse desejo for manifesto por um jovem sem doença física, mas com sofrimento psíquico? Que dor é mais intolerável: a que é provocada por doença com sintomas incapacitantes ou a solidão, o desamparo ou vazio existencial? Como avaliar a intensidade do sofrimento? Desrespeitar o pedido de um idoso para finalização de sua vida não seria também uma forma de matar sua autonomia e desejo de finalizar a existência de forma digna? Considerando o reverso, oferecer morte sem sofrimento não é profundo respeito à dignidade humana? (KOVÁCS, 2013, p. 78).

Kovács (2013) afirma que a pessoa é o supremo juiz de sua vida, portanto, é o seu olhar e não dos outros que define o que é dignidade. A autora ainda indaga se uma pessoa pode ser obrigada a viver ou se seria possível julgar o processo de morrer escolhido por alguém.

Em seu artigo, Kovács (2013) cita algumas partes do livro *Cartas do inferno* de Ramón Sampetro (2005) que discute o direito de escolher a morte quando a vida fica indigna:

Não aceito a vida sem a mínima liberdade de movimento que dê a meu corpo a possibilidade de sobreviver por mim mesmo. Sem essa liberdade mínima não se pode sentir feliz ou alegre (SAMPEDRO 2005, p. 78 *apud* KOVÁCS, 2013, p. 79).

Pessoalmente, penso que para tolerar a eutanásia ou o direito de morrer com dignidade é preciso amar de verdade as pessoas e a vida e ter um profundo sentido de bondade (SAMPEDRO 2005, p. 82 *apud* KOVÁCS, 2013, p. 79).

A vida só é racional enquanto for prazeroso e voluntário o fato de vivê-la. Não há ato mais cruel do que o de proibir à pessoa o direito de se libertar do sofrimento, ainda que isso implique em ajudá-la a morrer (SAMPEDRO 2005, p. 117 *apud* KOVÁCS, 2013, p. 79).

Um dos grandes erros filosóficos é negar ao indivíduo o direito de renunciar à sua vida. Isso significa que nunca se quer reconhecer que a vida é sua propriedade, que é livre e adulto [...] o direito de nascer parte de uma verdade, o desejo de prazer; o direito de morrer parte de outra verdade, a de não sofrer (SAMPEDRO 2005, p. 162 *apud* KOVÁCS, 2013, p. 79).

Ninguém é dono de sua vida se não tiver o direito de renunciar a ela [...]” (SAMPEDRO 2005, p. 169 *apud* KOVÁCS, 2013, p. 79).

Eu recorri a juízes, solicitando o direito e a liberdade pessoais que, no meu entender, a Constituição me garante [...] ou supõe-se que, se tenho direito à vida, devo ter ou deveria ter direito à morte, à minha dignidade, minha personalidade (SAMPEDRO 2005, p. 204 *apud* KOVÁCS, 2013, p. 79).

De acordo com Solomon (2014), o que o aterroriza é perder a capacidade de cometer suicídio. No entanto, algumas reflexões se fazem necessárias. Se considerarmos que não poder sair de uma vida com sofrimento pode também ser visto como uma forma de prolongar a dor, também precisamos pensar como pessoas desesperadas, assustadas ou com medo

podem dar a garantia de que não estão apenas fugindo da dor. Quando falamos de jovens, a complexidade da questão fica ainda maior, visto que como autores já afirmaram parágrafos atrás, a fase da juventude é repleta de dúvidas, tensões e decisões. Ou seja, são necessárias reflexões que consideram a relatividade do direito ao suicídio para crianças e adolescentes por exemplo. A compreensão mais profunda sobre o desejo de morrer de forma digna, a autonomia, o controle sobre a própria existência ainda necessitam de reflexão e debate.

3.3. AS ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS NA DIVULGAÇÃO DE DADOS SOBRE SUICÍDIO

Quanto a forma de abordagem do tema, Almeida *et al* (2015) apontam que de maneira geral, as Ciências Sociais abordam a temática na lógica das políticas públicas de segurança, onde são relevantes apenas os crimes que atingem a maior parte da população, pouco se sabe sobre quem aborta, quem estupra, quem tenta se matar. As mortes por suicídio continuam sendo tratadas como menos importantes, escondidas atrás de uma cortina de moralidade que deixa esses casos no terreno das decisões individuais de cada um e tenta-se, com a negligência e o silêncio, proteger os demais cidadãos do contágio da ideia de suicidar-se.

Segundo Almeida *et al* (2015), a ideia de que a divulgação de suicídios pode gerar novos suicídios, levou vários países a implementar recomendações à mídia, entre eles Alemanha, Austrália, Áustria, Canadá, Estados Unidos, Japão, Nova Zelândia e Suíça. Mesmo sem ter nenhuma diretriz formulada com indicadores, o Brasil segue essa mesma linha, acreditando que esse é o melhor caminho para prevenir as tentativas e mortes por suicídio. Na prática, o que acontece é a ocultação de grande parte das informações sobre o tema, tanto em relação aos detalhes, como fotos, informações, meios, locais, etc. O suicídio é um tema entendido como uma anormalidade que pode contaminar de alguma forma a população, dessa forma, ocultar as informações é um forma de “preservar” as pessoas:

A ocultação é um fenômeno diferente, é deixar intencionalmente de publicar algo cuja existência pode afetar a população, como fez a ditadura militar, ocultando uma epidemia de meningite. Existe, também, ocultação quando a mídia, voluntariamente ou coagida, deixa de publicar informação para preservar um governo ou até um sentimento de exagerado patriotismo, como foi e continua sendo o caso da cobertura da guerra no Iraque nos Estados Unidos. Diferem, e muito, de evitar a publicação de suicídios ou seu destaque sabendo que, em si, a publicação pode causar malefícios. Violar diretrizes que evitam mortes com um olho nos indicadores de audiência e publicidade é pior do que engano e incompetência, é safadeza. (ALMEIDA *et al*, 2015, p. 584).

Para Almeida *et al* (2015) essa temática é abordada sempre de forma misteriosa e moralista, o que significa que a segurança pública está mais ligada à proteção do Estado do

que à vida da população. As políticas públicas confirmam a afirmação acima, uma vez que os seus instrumentos protetivos se resumem aos aparatos policiais, deixando a segurança humana de lado. O autor defende que uma redefinição de paradigma de segurança pública é essencial para o enfrentamento dos desafios a fim de que o indivíduo não seja condenado moralmente pelos seus comportamentos. Dessa forma, os números da segurança tradicional não podem ser engavetados pelo fato de não corresponderem a uma epidemia que, pelo contrário, devem ser analisados a partir de uma sociologia da segurança humana, na qual tanto o indivíduo quanto a coletividade fazem parte do mesmo objeto de análise.

Oliveira (2018) trabalha a concepção de violência, que pode nos ajudar a melhor compreender alguns elementos do suicídio. Para a autora, a violência é um fenômeno que está presente na sociedade desde os tempos mais remotos e ainda hoje existe uma grande dificuldade de conceituá-la de uma maneira mais abrangente, pois ela é um fenômeno multifacetado que possui formas e sentidos diferentes, de acordo com cada momento histórico, cultura, religião, costumes ou sociedade no qual é produzida. A violência é produto que se gesta dentro das relações sociais, portanto, não é um fenômeno isolado, se objetiva num determinado momento histórico com suas respectivas particularidades sociais, econômicas, culturais e políticas, e se faz presente em todas as classes sociais.

Considerando o exposto acima, tratando-se de uma sociedade complexa, imbricada de relações, atores, poderes, ideologias e interesses, reforçamos a necessidade de concentrar esforços na construção de sistemas integrados, equipes capacitadas, indicadores confiáveis, para que seja possível interpretar corretamente os dados, para então planejar estratégias de prevenção.

4 O SUICÍDIO NO BRASIL: A MAGNITUDE DO FENÔMENO E SUA DISTRIBUIÇÃO SOCIAL

E tropeçou no céu como se fosse um bêbado E flutuou no ar como se fosse um pássaro E se acabou no chão feito um pacote flácido Agonizou no meio do passeio público Morreu na contramão atrapalhando o tráfego³.

Segundo dados da OMS, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, dos quais 65 mil acontecem aqui na região das Américas. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral. Cada suicídio é uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países inteiros e tem efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. O suicídio ocorre durante todo o curso de vida e foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo no ano de 2016. O suicídio não ocorre apenas em países de alta renda, sendo um fenômeno em todas as regiões do mundo.

Para a OMS, trata-se de um grave problema de saúde pública; e podem ser evitados em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo através de respostas nacionais e de uma ampla estratégia multissetorial. Os que se encontram em situação de alto risco são os indivíduos em momento de crise, com um colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida, tais como problemas financeiros, término de relacionamento, dores crônicas e doenças, situações de enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento. As taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados, migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI); e pessoas privadas de liberdade.

A OMS destaca que suicídios são evitáveis. Aponta algumas medidas que podem ser tomadas para prevenir o suicídio e suas tentativas: redução de acesso aos meios utilizados (pesticidas, armas de fogo e medicações); cobertura responsável pelos meios de comunicação; introdução de políticas para reduzir o uso do álcool; identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias, dores crônicas e estresse emocional agudo; formação de trabalhadores; acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio e prestação de apoio comunitário. O suicídio é uma questão complexa e, por isso, os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração entre os múltiplos setores da sociedade, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia.

³ Letra da música “Construção” composta por Chico Buarque de Holanda.

Segundo Kovács (2013), dados da Organização Mundial da Saúde, informam que em 2020 poderá haver 1,53 milhão de suicídios, índice de mortalidade maior do que guerras e acidentes de trânsito. As estatísticas, no entanto, nem sempre traduzem a realidade da situação. Assim por exemplo, acidentes e mortes resultantes de comportamentos autodestrutivos não são computados como suicídio.

De acordo com a própria OMS (2018), em todo o mundo, a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio são baixas. Além da baixa qualidade das informações, alguns países enfrentam também a ilegalidade do comportamento suicida além da provável subnotificação e má classificação dos casos. É preciso uma melhoria na vigilância e monitoramento, tanto dos suicídios como das tentativas de suicídio para efetivar estratégias de prevenção. As diferenças dos padrões de suicídio entre países, diferentes taxas, características e métodos atestam que cada país deveria melhorar a abrangência, a qualidade e a resposta precoce de suas taxas. Os registros devem incluir os dados hospitalares de tentativas de suicídio e inquéritos que colem dados das tentativas de suicídio autorrelatadas.

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) Brasil (2018), referenciando Daniel Elia, consultor em saúde mental, álcool e outras drogas da OMS no Brasil, a eficácia dos programas de prevenção ao suicídio depende da identificação dos métodos mais utilizados e de dificultar o seu acesso por parte da população. O profissional aponta ainda a importância da cobertura responsável desses eventos por parte da imprensa, de forma a não glamourizar o suicídio, nem contar os pormenores do que ocorrem em casos específicos.

Quando comparamos os dados brasileiros com os dos demais países⁴ (OMS, 2018), é possível dimensionar o fenômeno e perceber que as taxas nacionais não são, em termos comparativos, as mais elevadas. Entretanto, é chamativo seu incremento entre as populações mais jovens.

A média global da taxa de suicídios por 100 mil habitantes foi de 10,7. Analisando as grandes regiões, há forte variação, desde o Mediterrâneo Leste (3,8), passando por África (8,8), as Américas (9,6) e Sudeste da Ásia (12,9) até a maior taxa encontrada na Europa (14,1). A taxa brasileira de 6,3 suicídios a cada 100 mil habitantes situa-se bem abaixo da média global e das grandes regiões. Um aspecto importante que pode ser observado é que a

⁴ Os dados internacionais mais recentes foram compilados e divulgados pela OMS. Ano base corresponde a 2015 e sua divulgação ocorreu em 2018.

taxa bruta de mortalidade por lesões autoprovocadas global caiu de 12,2 por 100 mil habitantes em 2000 para 10,7 em 2015.

Com intuito de apresentar a variabilidade da distribuição das taxas de suicídio em nível internacional, apresenta-se, a continuação, uma tabela elaborada por Ribeiro e Moreira (2018) que contém a distribuição das taxas de suicídio em uma amostra de países ordenados segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁵.

Tabela 01. Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 hb, países selecionados, 2000-2015 e ordenados pelo IDH de 2015.

Países	IDH	CM	CM	CM	CM
	2015	2000	2005	2010	2015
Austrália	0,939	13,40	11,90	12,10	11,80
Alemanha	0,926	14,60	13,60	13,50	13,40
Dinamarca	0,925	15,50	14,70	11,70	12,30
Holanda	0,924	9,70	9,80	9,80	11,90
Irlanda	0,923	12,50	11,50	11,60	11,70
Canadá	0,920	12,40	12,60	12,70	12,30
Estados Unidos	0,920	10,80	11,70	13,00	14,30
Suécia	0,913	15,10	15,70	14,60	15,40
Japão	0,903	24,40	24,70	24,30	19,70
França	0,897	20,20	19,20	18,40	16,90
Bélgica	0,896	22,60	20,50	20,30	20,50
Itália	0,887	7,50	7,20	7,00	7,90
Chile	0,847	10,80	10,30	12,00	9,90
Portugal	0,843	7,40	10,90	13,50	13,70
Hungria	0,836	32,40	26,30	25,50	21,60
Argentina	0,827	13,30	12,20	12,90	14,20
Federação Russa	0,804	38,70	33,60	25,70	20,10
Uruguai	0,795	16,30	14,90	16,40	17,00
Turquia	0,767	13,40	11,50	10,50	8,70
México	0,762	3,40	4,00	4,20	5,00
Brasil	0,754	5,20	5,90	5,90	6,30
China	0,738	11,00	9,90	9,80	10,00
Jamaica	0,730	0,20	1,90	0,50	1,40
Botswana	0,698	11,50	11,20	10,20	9,70
Indonésia	0,689	3,10	3,20	3,10	2,90
África do Sul	0,666	10,10	9,70	10,10	10,70
Namíbia	0,640	10,00	9,10	8,70	7,70
Índia	0,624	17,80	17,50	17,10	15,70

Fontes: OMS - IDH segundo estimativas para 2015.

De acordo com os dados da tabela 1, não se observam variações nas taxas de suicídio associadas ao nível de desenvolvimento econômico e social dos diferentes países, fundamentalmente se considerarmos que existem diferenças expressivas entre países com IDH de graus semelhantes de desenvolvimento social.

⁵ Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) o conceito de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é a medida do grau de desenvolvimento humano de um país, em alternativa ao Produto Interno Bruto (PIB). O IDH reúne três dos requisitos mais importantes para a expansão das liberdades das pessoas: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável (saúde), de ter acesso ao conhecimento (educação), e de poder desfrutar de um padrão de vida digno (renda).

Embora os dados da tabela 1 apresentem limitações reconhecidas pelos próprios pesquisadores que a construíram (RIBEIRO; MOREIRA, 2018), fundamentalmente no que se refere ao caráter realmente incremental ou não das taxas de suicídio durante o período informado, nos mostra que os dados estimados para o ano de 2015 em países de diferentes continentes, culturas, sistemas políticos e econômicos exibem a complexidade do suicídio como fenômeno social uma vez que não é possível encontrar facilmente regularidades que apontem sua inequívoca associação com variáveis específicas, para além dos contextos nacionais.

Esses mesmos dados permitem observar que, em 2015, a taxa de suicídios no Brasil (6,3) era inferior às de outros países sul-americanos, como Uruguai (17,0), Argentina (14,2) e Chile (9,9). No que se refere aos países da América do Norte, a taxa de suicídio do México (5,0) nesse mesmo período é expressivamente inferior às registradas nos Estados Unidos (14,3) e no Canadá (12,3).

No que diz respeito à distribuição por sexo e faixa etária em escala global, o suicídio apresenta-se como fenômeno predominantemente masculino. Ao mesmo tempo, entre os homens a taxa tende a aumentar com a idade, representando 48,9 mortes a cada 100 mil habitantes na faixa que compreende a população com idade igual ou superior a 70 anos, conforme exibido na tabela que se apresenta a seguir.

Tabela 02. Mortes por lesões autoprovocadas, coeficientes de mortalidade bruta por 100 mil, estimativas de totais globais, 2000-2015.

Sexo	Faixa etária	2000	2005	2010	2015
Total		12,22	11,61	11,23	10,73
Masculino	Total (todas idades)	15,55	14,67	14,16	13,61
Feminino		8,84	8,51	8,26	7,80
Masculino	0-28 dias	0,00	0,00	0,00	0,00
	1-59 meses	0,00	0,00	0,00	0,00
	5-14 anos	1,23	1,14	1,1	1,10
	15-29 anos	17,12	15,6	14,84	14,06
	30-49 anos	20,91	18,87	17,62	16,54
	50-59 anos	25,98	23,47	21,72	19,74
	60-69 anos	30,53	27,44	25,65	23,80
	70+ anos	47,11	44,47	41,89	40,98
Feminino	0-28 dias	0,00	0,00	0,00	0,00
	1-59 meses	0,00	0,00	0,00	0,00
	5-14 anos	1,13	1,07	1	0,92
	15-29 anos	13,00	12,15	11,46	10,34
	30-49 anos	9,47	8,81	8,21	7,65
	50-59 anos	10,62	9,89	9,81	9,36
	60-69 anos	14,50	13,57	13,32	12,92
	70+ anos	22,25	21,33	20,48	19,74

Fonte: OMS, 2018.

Segundo Ribeiro e Moreira (2018), os estudos mais específicos de base populacional revelam aspectos importantes para as explicações sociológicas por se remeterem a fatores comportamentais, já os estudos ecológicos realçam a influência dos fatores socioeconômicos.

Isto pode ser constatado pela afluência de jovens de 10 a 19 anos aos serviços de urgência e emergência com a participação de 18,8% dos atendimentos para o grupo de lesões autoprovocadas, como destacado anteriormente. O risco elevado de suicídio na faixa de 18 a 24 anos para os que sofreram algum tipo de abuso sexual ou associado a uma série de exposições não controladas a drogas e sexo são elementos importantes para as políticas setoriais. Riscos associados a questões de gênero de caráter homoafetivo são evidenciados em estudo populacional. (RIBEIRO; MOREIRA, 2018, p. 2829).

Para Ribeiro e Moreira (2018), quando se observam exclusivamente os dados absolutos de suicídios no país, tem-se a dimensão real destes agravos. Os autores lembram que o Código Internacional de Doenças – 10 (CID-10) foi estabelecido em 1993 pela OMS e as estatísticas com essa base estão disponíveis no Brasil a partir de 1996. Entre 1996 e 2015, os dados do SIM mostraram neste período um total de 172.051 suicídios. Dentre estes, foram registrados 52.388 casos de jovens entre 15 e 29 anos de idade (30,5%). No período de 1996-2015, houve, segundo registros, no Brasil 2.656.876 óbitos por causas externas para todas as idades, dentre os quais os suicídios representaram 6,5%. Se considerarmos apenas os óbitos por causas externas para 15-29 anos, os suicídios representam 5,2% para a faixa etária. Em termos de mortalidade geral, os suicídios representam 0,8% para todas as idades e 3,6% para a faixa de 15 a 29 anos. Os números citados acima revelam a importância do tema no país.

O estudo empreendido por Ribeiro e Moreira (2018) destaca o impacto da mortalidade por suicídio entre os jovens de sexo masculino com idades de 20 a 29 anos, conforme apresentado na seguinte tabela.

Tabela 03. Taxas brutas de mortalidade geral e de suicídios por 100.000 hb. segundo sexo e faixas etárias selecionadas, Brasil, 1996-2015.

Ano	Faixa Etária / Sexo	Mortalidade por lesões autoprovocadas				Mortalidade Geral			
		10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (a)	10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (b)
1996	Masculino	0,75	5,32	10,28	6,89	52,25	164,13	299,05	684,46
	Feminino	0,58	2,23	2,26	1,77	31,86	56,53	85,94	472,83
	Total	0,66	3,78	6,22	4,29	42,16	110,36	191,09	577,18
1997	Masculino	0,57	4,66	9,96	6,98	48,95	168,26	295,74	671,49
	Feminino	0,61	2,12	1,98	1,76	29,02	53,54	80,72	461,82
	Total	0,59	3,39	5,92	4,33	39,08	110,93	186,82	565,20
1998	Masculino	0,53	4,85	9,61	6,93	44,60	169,02	292,74	681,12
	Feminino	0,51	2,17	2,39	1,78	29,60	54,10	80,92	471,82
	Total	3,35	9,78	5,45	4,32	37,17	111,57	185,44	575,03
1999	Masculino	0,51	4,65	9,35	6,56	43,48	167,62	285,43	677,35
	Feminino	0,40	1,62	1,82	1,48	27,36	50,96	76,14	469,20
	Total	0,45	3,13	5,54	3,98	35,50	109,30	179,41	571,84
2000	Masculino	0,47	3,80	8,79	6,46	43,53	165,51	277,24	660,63
	Feminino	0,49	2,04	2,06	1,60	28,84	48,55	71,51	456,50
	Total	0,48	2,93	5,39	3,99	36,27	107,35	173,46	556,97
2001	Masculino	0,61	5,23	10,07	7,28	43,72	165,87	274,83	661,33
	Feminino	0,61	2,49	2,04	1,78	26,56	47,66	69,28	456,49
	Total	0,61	3,87	6,02	4,49	35,24	107,08	171,14	557,32
2002	Masculino	0,59	4,74	9,80	7,01	41,77	169,96	286,25	664,72
	Feminino	0,61	2,24	2,36	1,91	27,75	45,98	70,05	463,21
	Total	0,60	3,50	6,05	4,42	34,85	108,30	177,18	562,40
2003	Masculino	0,59	4,75	10,14	7,19	40,25	162,06	283,10	669,37
	Feminino	0,50	2,28	2,42	1,79	25,38	46,18	69,09	466,23
	Total	0,55	3,52	6,25	4,44	32,90	104,42	175,13	566,23
2004	Masculino	0,48	4,60	10,09	7,16	39,22	157,12	275,49	673,43
	Feminino	0,65	2,15	2,26	1,88	24,91	44,51	67,87	472,43
	Total	0,56	3,38	6,14	4,48	32,15	101,10	170,74	571,37
2005	Masculino	0,53	4,27	9,90	7,44	37,81	152,70	259,57	642,22
	Feminino	0,58	2,13	2,26	1,93	23,98	41,27	65,76	453,48
	Total	0,55	3,21	6,04	4,64	30,98	97,26	161,78	546,40
2006	Masculino	0,60	4,42	10,18	7,43	36,57	150,27	259,52	645,80
	Feminino	0,63	1,96	2,19	1,90	24,47	40,71	65,27	461,31
	Total	0,61	3,20	6,15	4,63	30,59	95,75	161,51	552,13
2007	Masculino	0,77	4,79	9,79	7,52	41,34	169,97	246,86	647,66
	Feminino	0,62	2,10	2,36	1,94	26,77	45,52	61,88	461,83
	Total	0,69	3,46	6,07	4,68	34,18	108,53	154,21	553,15
2008	Masculino	0,58	5,02	10,60	7,92	41,80	174,17	254,31	664,75
	Feminino	0,58	2,41	2,13	2,02	27,98	47,01	62,18	474,08
	Total	0,58	3,73	6,37	4,92	35,01	111,46	158,21	567,76

continua

Ano	Faixa Etária / Sexo	Mortalidade por lesões autoprovocadas				Mortalidade Geral			
		10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (a)	10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (b)
2009	Masculino	0,64	5,04	10,31	7,97	41,84	173,14	259,33	671,15
	Feminino	0,64	1,66	2,24	1,92	27,76	47,71	65,82	483,82
	Total	0,64	3,37	6,28	4,90	34,92	111,33	162,65	575,83
2010	Masculino	0,62	5,08	10,56	7,90	40,03	174,66	265,34	695,21
	Feminino	0,56	2,02	2,35	2,13	26,38	47,44	65,19	500,40
	Total	0,59	3,56	6,43	4,95	33,32	111,52	164,77	595,80
2011	Masculino	0,67	4,96	11,01	8,24	39,14	180,40	258,27	706,50
	Feminino	0,54	2,35	2,46	2,13	24,56	48,93	64,20	513,79
	Total	0,61	3,66	6,71	5,12	31,97	115,16	160,76	608,16
2012	Masculino	0,87	5,48	10,55	8,49	40,40	196,43	262,58	706,10
	Feminino	0,47	2,31	2,21	2,28	24,73	48,62	61,83	515,12
	Total	0,67	3,91	6,36	5,32	32,70	123,07	161,72	608,64
2013	Masculino	0,80	2,78	11,28	8,36	38,93	198,81	255,43	691,25
	Feminino	0,58	1,05	2,41	2,19	24,07	49,01	61,34	514,47
	Total	0,69	1,92	6,83	5,24	31,64	125,09	159,14	601,82
2014	Masculino	0,92	2,77	11,16	8,41	38,58	208,86	263,16	692,82
	Feminino	0,74	1,12	2,37	2,18	23,64	46,56	61,75	518,83
	Total	0,83	1,95	6,75	5,25	31,26	129,02	163,25	604,77
2015	Masculino	0,87	3,00	10,82	8,70	35,35	200,69	255,82	702,41
	Feminino	0,66	1,21	2,42	2,32	22,31	45,98	59,99	535,66
	Total	0,77	2,11	6,61	5,47	28,96	124,60	158,70	618,00

Fontes: Ministério da Saúde; IBGE (contagens e estimativas populacionais).

Para os autores, chama a atenção a estabilidade das taxas no entorno de 10,0/100.000/habitantes para esta faixa etária ao longo de 20 anos. Os dados apontam uma vulnerabilidade estrutural para essa população, por isso, a relação com fatores como mercados de trabalho e padrões de urbanização deveria ser objeto de estudos avançados e de políticas públicas mais robustas. Quanto ao sexo feminino, o aumento total das taxas de mortalidade por suicídio de 1,77 em 1996 para 2,32 em 2015 é visto com preocupação, inclusive pelo igual padrão sustentado para o grupo de 20 a 29 anos.

Ribeiro e Moreira (2018) lembram ainda que, seguindo o padrão internacional que reforça a teoria de Durkheim (2011), a mortalidade por suicídio é maior entre os grupos de maior renda e escolaridade, indiretamente representados pela cor branca. No entanto os autores acreditam que os dados devem ser aprofundados segundo correlações mais detalhadas, principalmente considerando a elevada proporção da variável “Outras”. Os dados disponíveis para o ano de 2015 apontam taxas de 6,04 para os brancos, 4,89 para os pardos e de 3,13 para os negros.

Entretanto, deve-se registrar, conforme anteriormente mencionado neste trabalho, as taxas de suicídio, no Brasil, entre a população indígena de 15 a 29 anos, as quais chegam a representar valores até 10 vezes superiores à taxa geral de suicídios entre as/os jovens dessa faixa etária como pode ser observado na seguinte tabela.

Tabela 04. Taxa Bruta de Mortalidade por suicídio por faixa etária e cor, Brasil, 2010.

Faixa Etária	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
0 a 4 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
5 a 9 anos	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	414,94	0,02
10 a 14 anos	0,33	0,61	1,24	0,63	11,60	937,50	0,59
15 a 19 anos	3,04	2,53	1,13	3,57	33,94	9.345,79	3,56
20 a 29 anos	6,16	5,52	1,24	6,20	20,94	4.586,37	6,43
30 a 39 anos	6,59	4,77	2,99	6,50	17,23	6.494,33	6,74
40 a 49 anos	7,90	4,59	1,14	6,83	5,22	9.469,70	7,41
50 a 59 anos	8,21	3,41	1,98	4,75	1,85	12.984,05	6,73
60 a 69 anos	7,47	2,76	2,63	4,91	2,77	13.145,54	6,33
70 a 79 anos	8,84	3,74	5,34	6,45	0,00	21.014,49	7,92
Total	5,32	3,54	1,78	4,29	11,37	6.552,66	4,95

Fontes: Ministério da Saúde; IBGE, Censo Demográfico de 2010.

Por outro lado, as taxas brasileiras possuem variações conforme os estados federados. Segundo Almeida *et al* (2015), as mortes por suicídio não são iguais nos estados e pouco se sabe sobre elas do ponto de vista sociológico. Apresenta-se, a seguir, a distribuição dos suicídios por estados federados entre 1996 e 2011.

Tabela 05 - Índice de óbitos por suicídio nas unidades federativas - 1996 a 2011

Unidades	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Rondônia	37	40	65	62	76	76	44	53	63	64	62	42	76	85	82	78
Acre	10	13	16	7	27	29	22	26	26	19	25	35	33	31	41	41
Amazonas	70	79	80	54	77	94	81	92	98	91	100	130	148	152	162	188
Roraima	19	16	20	27	22	17	19	20	27	27	34	43	31	32	34	34
Pará	158	132	183	96	116	146	140	137	136	166	160	180	217	188	188	222
Amapá	23	13	13	11	16	30	37	37	38	41	25	27	31	26	30	37
Tocantins	23	14	29	32	38	47	50	72	59	68	72	85	84	79	87	92
Maranhão	51	48	70	69	71	109	125	90	99	116	159	160	179	156	208	218
Piauí	48	56	67	48	74	114	119	139	159	148	181	208	217	207	201	234
Ceará	262	217	265	304	269	376	461	419	459	537	493	525	545	501	488	553
Rio Grande do Norte	82	82	66	86	85	116	105	148	115	161	145	133	147	144	137	177
Paraíba	39	63	55	58	37	45	74	80	93	106	130	133	156	166	158	163
Pernambuco	281	313	274	271	275	269	257	297	293	309	294	379	364	328	285	291
Alagoas	55	44	78	67	72	96	84	68	94	78	95	109	106	111	85	104
Sergipe	45	39	33	38	48	69	80	81	80	81	76	97	108	111	129	125
Bahia	182	211	147	154	202	241	241	298	259	360	388	424	380	377	432	432
Minas Gerais	596	641	593	508	602	800	803	948	906	994	1022	1028	1050	1123	1102	1258
Espírito Santo	112	116	124	91	106	116	128	150	151	166	157	136	151	150	160	162
Rio de Janeiro	379	381	378	316	392	457	462	357	397	427	404	354	339	321	509	433
São Paulo	1732	1796	1747	1547	1413	1637	1555	1553	1530	1624	1722	1708	1864	1976	1964	2047
Paraná	610	612	665	595	586	664	579	593	678	669	594	629	596	648	588	593
Santa Catarina	379	414	399	386	426	463	437	405	422	449	384	455	488	519	530	520
Rio Grande do Sul	950	985	1087	1093	1022	1035	1031	1035	1051	1078	1153	1101	1161	1112	1036	1043
Mato Grosso do Sul	128	128	112	145	173	138	168	187	192	194	194	188	182	205	188	211
Mato Grosso	125	103	132	124	142	144	153	162	159	152	169	153	180	190	161	158
Goiás	229	251	203	265	327	331	381	328	334	336	293	303	378	307	315	338
Distrito Federal	118	116	88	76	86	79	90	86	99	89	108	103	117	129	148	100
Total	6743	6923	6989	6530	6780	7738	7726	7861	8017	8550	8639	8668	9328	9374	9448	9852

Fonte: Ministério da Saúde

Sehnen e Palosqui (2014), observam que entre as pessoas de meia-idade ou mais velhas concentra-se a maior proporção de mortes por suicídio; no entanto, os últimos estudos apontam que pacientes psiquiátricos suicidas são cada vez mais jovens. O início da esquizofrenia costuma ocorrer na adolescência ou no começo da idade adulta.

Conforme Waiselfisz (2014), entre 2002 e 2012, registramos um aumento de 15,3% no número de suicídios na faixa que compreende jovens entre 15 e 29 anos, passando de 2.515 para 2.900. Embora seja necessário considerar o crescimento populacional, a taxa por si só já aponta uma considerável elevação. Quando olhamos para Santa Catarina, esses números não se repetem, em 2002 foram 114 casos, passando para 112 em 2012, números que indicam certa estabilidade. No caso da capital (Florianópolis), em 2002 foram 10 e em 2012 foram 9 mortes a cada 100 mil jovens nessa faixa etária.

Tabela 06 - Número de suicídios na População Jovem, por UF. Brasil. 2002/2012.

UF/REGIÃO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ%	
												02/12	11/12
Acre	10	14	18	6	13	17	11	16	16	14	23	130,0	64,3
Amapá	20	22	21	22	13	12	20	17	15	19	10	-50,0	-47,4
Amazonas	43	45	50	45	53	79	93	84	89	99	101	134,9	2,0
Pará	73	64	67	73	69	72	100	83	75	88	108	47,9	22,7
Rondônia	20	26	26	28	18	18	34	38	29	30	24	20,0	-20,0
Roraima	12	7	16	14	18	25	18	13	19	19	18	50,0	-5,3
Tocantins	17	24	27	23	25	31	32	31	31	32	37	117,6	15,6
NORTE	195	202	225	211	209	254	308	282	274	301	321	64,6	6,6
Alagoas	36	21	37	23	37	38	46	45	36	33	38	5,6	15,2
Bahia	85	103	86	112	128	145	98	113	131	126	141	65,9	11,9
Ceará	155	171	166	194	164	181	173	159	175	195	156	0,6	-20,0
Maranhão	50	38	40	33	63	64	79	58	86	91	83	66,0	-8,8
Paraíba	24	28	20	30	42	48	46	50	35	47	53	120,8	12,8
Pernambuco	98	122	91	100	110	118	127	100	103	108	96	-2,0	-11,1
Piauí	50	62	70	63	53	76	76	76	78	75	70	40,0	-6,7
Rio Grande do Norte	38	43	31	45	51	40	41	43	30	53	35	-7,9	-34,0
Sergipe	23	35	23	33	28	43	30	35	47	44	34	47,8	-22,7
NORDESTE	559	623	564	633	676	753	716	679	721	772	706	26,3	-8,5
Espírito Santo	40	37	41	40	44	36	29	39	39	34	63	57,5	85,3
Minas Gerais	276	291	305	271	324	292	313	297	304	378	332	20,3	-12,2
Rio de Janeiro	130	100	95	98	89	80	68	76	107	105	100	-23,1	-4,8
São Paulo	504	526	475	464	529	513	530	580	594	614	568	12,7	-7,5
SUDESTE	950	954	916	873	986	921	940	992	1.044	1.131	1.063	11,9	-6,0
Paraná	183	212	233	227	190	198	197	194	174	156	183	0,0	17,3
Rio Grande do Sul	231	236	241	260	238	219	269	231	212	214	214	-7,4	0,0
Santa Catarina	114	101	105	112	108	118	129	114	120	117	112	-1,8	-4,3
SUL	528	549	579	599	536	535	595	539	506	487	509	-3,6	4,5
Distrito Federal	43	32	40	39	51	51	52	50	48	43	38	-11,6	-11,6
Goiás	114	111	118	113	88	99	107	97	99	91	119	4,4	30,8
Mato Grosso	51	68	64	49	43	48	65	69	45	51	62	21,6	21,6
Mato Grosso do Sul	75	74	80	80	79	76	82	67	78	78	82	9,3	5,1
CENTRO-OESTE	283	285	302	281	261	274	306	283	270	263	301	6,4	14,4
BRASIL	2.515	2.613	2.586	2.597	2.668	2.737	2.865	2.775	2.815	2.954	2.900	15,3	-1,8

Fonte: WAISELFISZ (2014).

Tabela 07 - Número de suicídio na População Jovem por Capital. Brasil.2002/2012.

UF/REGIÃO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ%	
												02/12	11/12
Belém	26	21	5	18	14	12	17	8	11	11	11	-57,7	0,0
Boa Vista	7	5	9	8	8	12	9	8	13	12	11	57,1	-8,3
Macapá	14	15	16	12	9	7	13	10	10	13	8	-42,9	-38,5
Manaus	23	31	34	21	33	42	55	32	41	46	44	91,3	-4,3
Palmas	4	4	2	2	4	8	4	7	8	5	4	0,0	-20,0
Porto Velho	6	7	5	10	7	10	13	15	13	17	8	33,3	-52,9
Rio Branco	7	9	12	2	6	7	4	10	10	6	10	42,9	66,7
NORTE	87	92	83	73	81	98	115	90	106	110	96	10,3	-12,7
Aracaju	9	19	11	17	14	20	13	11	22	18	15	66,7	-16,7
Fortaleza	59	72	57	71	57	46	47	38	48	51	50	-15,3	-2,0
João Pessoa	6	10	10	8	12	7	9	13	9	14	12	100,0	-14,3
Maceió	8	6	13	8	13	12	18	18	15	12	12	50,0	0,0
Natal	6	11	4	8	13	5	4	13	8	12	7	16,7	-41,7
Recife	26	32	22	29	26	32	27	21	23	17	21	-19,2	23,5
Salvador	8	14	8	27	24	12	2	3	21	13	15	87,5	15,4
São Luís	16	12	14	6	11	14	18	14	19	15	16	0,0	6,7
Teresina	25	25	32	23	17	29	30	20	26	23	26	4,0	13,0
NORDESTE	163	201	171	197	187	177	168	151	191	175	174	6,7	-0,6
Belo Horizonte	43	42	42	42	38	42	37	40	37	43	38	-11,6	-11,6
Rio de Janeiro	64	52	34	42	33	33	20	33	49	44	47	-26,6	6,8
São Paulo	109	147	127	142	159	143	156	183	172	172	152	39,4	-11,6
Vitória	8	4	3	6	3	8	6	7	5	2	5	-37,5	150,0
SUDESTE	224	245	206	232	233	226	219	263	263	261	242	8,0	-7,3
Curitiba	27	33	40	38	42	35	36	30	23	21	28	3,7	33,3
Florianópolis	10	4	7	7	11	12	7	9	6	5	9	-10,0	80,0
Porto Alegre	33	41	26	30	29	27	41	31	27	24	26	-21,2	8,3
SUL	70	78	73	75	82	74	84	70	56	50	63	-10,0	26,0
Brasília	43	32	40	39	51	51	52	50	48	43	38	-11,6	-11,6
Campo Grande	11	12	21	21	15	12	12	19	11	16	20	81,8	25,0
Cuiabá	7	14	14	9	5	4	11	11	8	11	9	28,6	-18,2
Goiânia	48	32	42	27	29	21	31	41	25	27	23	-52,1	-14,8
CENTRO-OESTE	109	90	117	96	100	88	106	121	92	97	90	-17,4	-7,2
BRASIL CAP.	653	706	650	673	683	663	692	695	708	693	665	1,8	-4,0

Fonte: WAISELFISZ (2014).

Segundo Waiselfisz (2014), nas capitais o crescimento dos suicídios na população total do período 2002/2012 foi menor do que o dos estados como um todo: 33,6% para os estados e 21,9% para as capitais. Para a população jovem, essa diferença é maior ainda: 15,3% de aumento nos estados e para 1,8% nas capitais. A diferença indica que os polos do suicídio se encontram fora das capitais ou de grandes regiões metropolitanas, indicando um fenômeno de interiorização da violência.

Considerando o Estado de Santa Catarina, Sehnem e Palosqui (2014), argumentam que:

Os altos índices de suicídio no estado revelam uma sociedade que não está sendo acompanhada pela interpretação de valores básicos; o que se pode atrelar a uma nova concepção de família, fato verificado nas relações cada vez mais superficiais, universos familiares com bastantes conflitos, obrigações, responsabilidades, cobranças e falta de diálogo para a resolução de problemas, acabando por se tornarem interações sociais deficientes; a sociedade cobra sucesso, e muitos dos valores familiares de união se perderam pela cultura do ter e não do ser. (SEHNEM; PALOSQUI, 2014, p. 371).

Em seu relatório, Waiselfisz (2014) apresenta que entre 1980 e 2012, na categoria "causas externas", conhecidas como causas não naturais ou violentas, o suicídio só perdeu para acidentes de trânsito e homicídios, que ocupam o primeiro lugar entre as causas de mortalidade dos jovens. Destaca-se que, em 2012, 71,1% das mortes no Brasil se encaixavam nessa categoria, contra 50% em 1980.

Segundo Almeida *et al* (2015), a mortalidade por suicídio no país é sabidamente subestimada e, mesmo assim, as taxas de mortalidade por essa causa mostram-se crescentes na população de adultos jovens de sexo masculino. Para o autor isso é um fato preocupante, uma vez que essa tendência não pode ser atribuída a uma alteração metodológica na elaboração dos registros ou, ainda, na coleta de dados.

Por outro lado, deve-se destacar que o número de mortes por suicídio no Brasil, em 2012 (11.821), não contempla práticas voluntárias que levam à morte, tais como o consumo de bebidas alcoólicas, de entorpecentes, de medicamentos, acidentes de trânsito em alta velocidade, etc. De acordo com a observação de Waiselfisz (2014) *apud* Almeida (2015), houve um aumento significativo das taxas de mortalidade por causas violentas.

No que se refere ao perfil sociodemográfico dos jovens que se suicidam, destaca-se o caráter eminentemente masculino da mortalidade juvenil por causas violentas, conforme registrado nos dados da tabela a seguir.

Tabela 08 - Número e % de óbitos por Acidentes Fatais (AF) segundo causa básica e sexo.

Número e % de óbitos por AF segundo causa básica e sexo. População total e jovem. Brasil. 2012.								
Causa básica	População Total				População Jovem			
	Número		%		Número		%	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Acidente	258	26	90,8	9,2	113	6	95,0	5,0
Homicídio	37.715	2.332	94,2	5,8	22.705	1.161	95,1	4,9
Suicídio	880	109	89,0	11,0	249	35	87,7	12,3
Indeterminado	999	66	93,8	6,2	581	31	94,9	5,1
Total	39.852	2.533	94,0	6,0	23.648	1.233	95,0	5,0

Fonte: WAISELFISZ (2014).

Com efeito, em 2012, 95% das mortes de jovens por causas violentas correspondem a pessoas de sexo masculino. Entretanto, pode ser observado que essa proporção cai para 87,7% se considerarmos apenas a mortalidade por suicídio. Assim, nesse ano, do total de suicídios, 87,7% correspondeu a jovens de sexo masculino e 12,3% a jovens de sexo feminino.

De acordo com os dados que se apresentam na tabela abaixo, as taxas de suicídio entre jovens de sexo masculino, ademais de serem quatro vezes superiores às taxas de suicídio feminino, exibem um crescimento de 54% entre 1980 e 2012, conforme pode ser constatado nos dados apresentados na tabela 9. ao longo do período crescente em maior proporção que as taxas de suicídio entre jovens de sexo feminino que caíram 27,7%. Ou seja, perdura o fato de que as taxas masculinas tendem a crescer, enquanto as femininas tendem a cair.

Tabela 9 - Número e taxas de suicídio (por 100 mil) por Sexo.

Ano	População Total				População Jovem				População Não Jovem			
	%		Taxas		%		Taxas		%		Taxas	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1980	69,7	30,3	4,6	2,0	64,3	35,7	5,7	3,1	73,2	26,8	4,1	1,5
1981	70,7	29,3	4,8	2,0	66,0	34,0	6,6	3,3	74,2	25,8	4,0	1,4
1982	72,7	27,3	4,6	1,7	68,2	31,8	6,1	2,7	75,6	24,4	4,1	1,3
1983	72,0	28,0	5,3	2,0	66,5	33,5	6,5	3,2	75,4	24,6	4,8	1,5
1984	73,9	26,1	5,1	1,8	70,4	29,6	6,2	2,5	75,9	24,1	4,7	1,5
1985	74,8	25,2	4,9	1,6	71,8	28,2	5,8	2,2	76,4	23,6	4,5	1,4
1986	72,9	27,1	4,7	1,7	70,4	29,6	5,9	2,4	74,4	25,6	4,3	1,4
1987	75,1	24,9	5,2	1,7	72,6	27,4	6,1	2,2	76,4	23,6	4,9	1,5
1988	74,5	25,5	4,9	1,6	73,1	26,9	5,8	2,1	75,2	24,8	4,5	1,4
1989	76,1	23,9	4,9	1,5	74,4	25,6	5,9	2,0	77,0	23,0	4,5	1,3
1990	74,7	25,3	5,1	1,7	74,0	26,0	6,1	2,1	75,1	24,9	4,7	1,5
1991	76,8	23,2	5,5	1,6	74,4	25,6	6,3	2,1	78,0	22,0	5,2	1,4
1992	77,6	22,4	5,6	1,6	76,2	23,8	6,6	2,0	78,3	21,7	5,2	1,4
1993	78,5	21,5	5,8	1,6	77,1	22,9	7,4	2,2	79,3	20,7	5,2	1,3
1994	78,1	21,9	6,1	1,7	75,6	24,4	7,7	2,4	79,5	20,5	5,5	1,4
1995	78,6	21,4	6,7	1,8	78,5	21,5	8,3	2,2	78,6	21,4	6,1	1,6
1996	79,1	20,9	6,9	1,8	78,6	21,4	8,4	2,3	79,4	20,6	6,3	1,6
1997	79,4	20,6	7,0	1,8	79,3	20,7	7,9	2,0	79,5	20,5	6,6	1,7
1998	79,1	20,9	6,9	1,8	76,9	23,1	7,8	2,3	80,2	19,8	6,6	1,6
1999	81,2	18,8	6,6	1,5	81,0	19,0	7,6	1,7	81,2	18,8	6,2	1,4
2000	79,6	20,4	6,5	1,6	77,0	23,0	6,9	2,0	80,8	19,2	6,3	1,4
2001	79,8	20,2	7,3	1,8	78,7	21,3	8,2	2,2	80,4	19,6	6,9	1,6
2002	78,1	21,9	7,0	1,9	77,2	22,8	7,9	2,3	78,5	21,5	6,7	1,8
2003	79,6	20,4	7,2	1,8	77,3	22,7	8,1	2,4	80,8	19,2	6,8	1,6
2004	78,7	21,3	7,2	1,9	78,2	21,8	8,0	2,2	79,0	21,0	6,8	1,7
2005	78,9	21,1	7,4	1,9	77,7	22,3	7,8	2,2	79,4	20,6	7,3	1,8
2006	79,1	20,9	7,4	1,9	79,0	21,0	8,0	2,1	79,1	20,9	7,2	1,8
2007	78,9	21,1	7,5	1,9	78,2	21,8	8,1	2,3	79,2	20,8	7,3	1,8
2008	79,1	20,9	7,9	2,0	79,9	20,1	8,8	2,2	78,7	21,3	7,6	2,0
2009	80,0	20,0	8,0	1,9	80,9	19,1	8,6	2,1	79,7	20,3	7,7	1,9
2010	78,1	21,9	7,9	2,1	79,6	20,4	8,7	2,2	77,4	22,6	7,6	2,1
2011	78,8	21,2	8,2	2,1	78,7	21,3	9,0	2,4	78,8	21,2	8,0	2,0
2012	78,1	21,9	8,5	2,3	79,8	20,2	8,9	2,2	77,5	22,5	8,3	2,3
Δ%	12,1	-27,8	84,9	15,8	24,1	-43,3	54,1	-27,7	5,8	-16,0	102,4	52,9

Fonte: WAISELFISZ (2014).

Segundo Ribeiro (2018), nas mulheres as taxas são mais altas em planejamento e tentativas de suicídio, enquanto no sexo masculino é maior o suicídio consumado.

La tasa de suicidio en los países en desarrollo va en aumento, pero además existen diferencias en las tasas de suicidio entre los países latinoamericanos. Algunas de estas diferencias pueden explicarse por factores religiosos o culturales así como por la frecuencia de algunos factores de riesgo como desempleo, acceso a potenciales métodos letales, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. En algunos países latinoamericanos se describen altas frecuencias de ideación e intento suicida en personas entre los 10 y 24 años (cuadro I).1-7 Los resultados de diversos estudios señalan que los hombres se suicidan entre tres a cuatro veces más que las mujeres, aunque son las mujeres quienes más lo intentan. Este patrón puede explicarse por una mayor frecuencia de síntomas depresivos y el uso de métodos menos letales por parte de las mujeres. Se ha observado que las mujeres, en 46% de los casos, produjeron su muerte por intoxicación o envenenamiento, en tanto que los

hombres prefirieron la asfixia mecánica por ahorcamiento en 40% de los casos.’ (ROMERO; VELEZ, 2012, p. 363).

Para Feltrin (2018), mesmo com mais tentativas, as mulheres são a minoria entre as vítimas de suicídio. Algumas explicações possíveis são de natureza social ou cultural, uma vez que há mais prevalência de depressão nas mulheres, o que pode explicar a maior quantidade de tentativas de suicídio, além do abuso sexual (especialmente na infância) ou abuso doméstico, dos quais a maior parte das vítimas são mulheres. Ainda segundo o autor, pesquisas sugerem que se o círculo social de uma mulher não a defende quando ela é vítima de violência de gênero, ela pode se suicidar para constranger a sociedade em volta dela. Dessa forma, o sentimento de vergonha que é gerado pelo fato de pessoas próximas não terem ajudado, as forçam a confrontar o agressor.

No caso dos homens, Feltrin (2018) sugere que os métodos com alta letalidade dos homens são justificados pela tendência masculina a mostrar comportamentos mais agressivos e antissociais em maior medida que as mulheres. Essa tendência obedeceria a formas de socialização masculina orientadas pelos papéis e expectativas de comportamento instituídos pelo sistema sexo/gênero vigente nas sociedades contemporâneas (MONCAU, 2018). Assim, na medida em que a fragilidade e o insucesso correspondem a atributos socialmente definidos como femininos, o custo de fracassar na tentativa de suicídio seria menor para a mulher, o que também poderia explicar o uso de métodos menos letais. Já no caso dos homens, a não consumação do suicídio seria socialmente considerada um fracasso duplo: primeiro por tentar o suicídio e segundo por falhar na execução, motivos que levariam à escolha de métodos com menores chances de falha.

O próprio MS (2018, p. 04) define que “o suicídio é um fenômeno social presente ao longo da história da humanidade associado a uma série de fatores psicológicos, culturais, morais, socioambientais, econômicos, entre outros fatores”.

Segundo IBGE, a população negra é composta pelas pessoas que se autodeclaram pretas ou pardas. Em 2016, os negros somavam 112,7 milhões de pessoas, ou seja, 54,9% da população brasileira. Na página seguinte o MS indica os principais determinantes de risco para o suicídio.

Gráfico 01 – Determinantes de risco para o suicídio

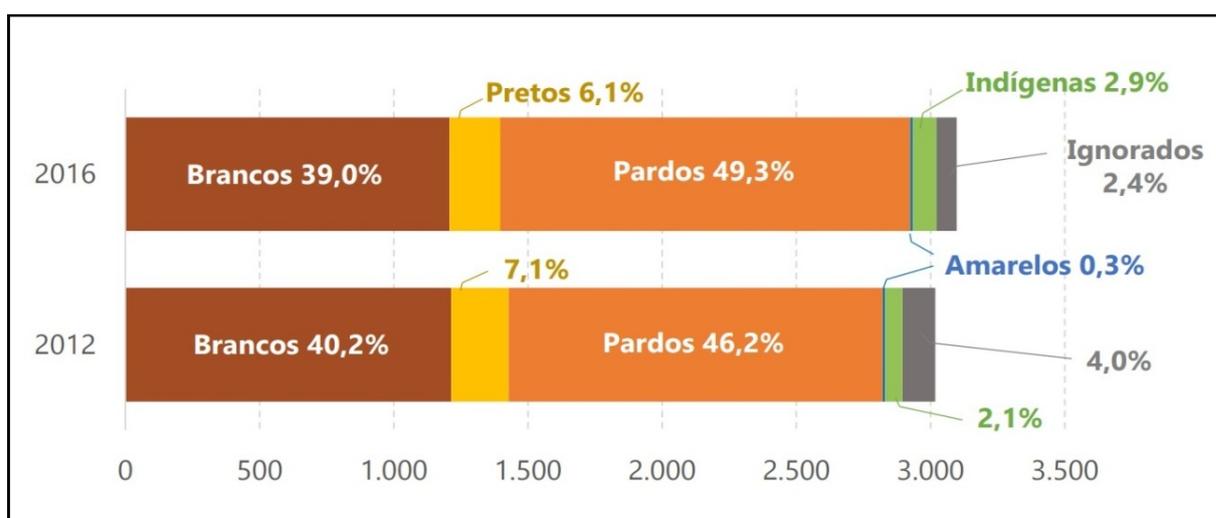
Determinantes de risco para o suicídio			
Perfil predominante	Sociodemográficos	Psicológicos	Condições Clínicas
Sexo masculino	Desemprego	Conflitos interpessoais	Transtornos mentais
15 a 35 anos Acima 75 anos	Migração	Perda de parentes, amigos Perdas recentes	Depressão Alteração de humor
Solteiro ou separado	Isolamento social	Mudanças políticas e financeira	Alcoolismo
Aposentado	Guerras Conflitos armados	Rejeição, discriminação Racismo, LGBTfobia	Dores crônicas Lesões graves

Fonte: Ministério da Saúde.

O MS (2018, p. 16) afirma que na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é reconhecido que o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional são determinantes sociais das condições de saúde. Neste sentido, os jovens negros são um dos grupos vulneráveis mais afetados pelo suicídio, por causa do preconceito, da discriminação racial e do racismo institucional e as principais causas associadas ao suicídio de negros são ausência de sentimento de pertença, sentimento de inferioridade, rejeição, abuso, violência, sentimento de incapacidade, solidão, isolamento social e não aceitação da identidade racial, sexual, de gênero e de classe social.

De 2012 a 2016, a proporção de suicídios entre negros aumentou em comparação às demais raças/cores, subindo de 53,3% em 2012 para 55,4% em 2016.

Gráfico 02 – Proporção de suicídios por raças.



Fonte: Ministério da Saúde.

A taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens⁶ apresentou um crescimento estatisticamente significativo entre 2012 e 2016. Em 2012, a taxa foi de 4,88 óbitos por 100 mil e aumentou 12%, alcançando 5,88 óbitos por 100 mil em 2016.

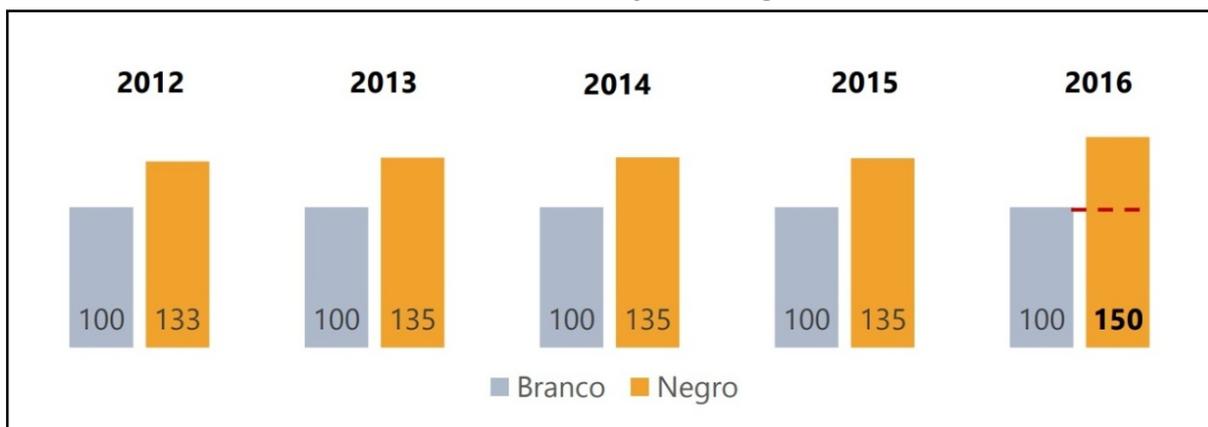
No ano de 2012, a cada 100 suicídios entre adolescentes e jovens brancos ocorreram 134 em adolescentes e jovens negros. O maior risco deu-se em 2016 onde a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancos ocorreram 145 suicídios em negros; ou seja, uma alta de 45% em negros comparados aos brancos. E se olharmos apenas para os adolescentes (10 a 19 anos) negros o risco foi ainda maior, uma alta de 67%, ou seja, a cada 100 suicídios em adolescentes brancos ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros.

Neste sentido, é importante enfatizar que tais dados, relacionados ao ano de 2016, têm incidência direta e indireta de fatos que perpassaram a política brasileira neste período. Com a posse de Michel Temer (PMDB) como Presidente do Brasil, em 31 de agosto de 2016, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira, na mesma data em que ocorreu o afastamento definitivo de Dilma Rousseff do cargo pelo Senado, evidenciou-se a intensificação da retomada dos pressupostos neoliberais na retirada de direitos nas áreas da saúde, educação, previdência social, habitação, entre outras. De acordo com Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 11), é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores”.

Numa análise mais específica, quanto ao sexo masculino, o número de suicídios entre os negros foi maior em todos os anos do período. Em 2012, a cada 100 suicídios entre adolescentes brancos do sexo masculino, ocorreram 134 suicídios entre os negros. Em 2016, essa diferença aumentou 50%. Isto mostra que no ano de 2016, o risco de suicídio foi 50% maior entre os adolescentes e jovens do sexo masculino negros, quando comparados aos brancos.

⁶ Grupo analisado: adolescentes (10 a 19 anos) e jovens (20 a 29 anos) negros, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde.

Gráfico 03 – Risco de suicídio de adolescentes e jovens negros e brancos do sexo masculino.



Fonte: Ministério da Saúde.

No caso do sexo feminino, o número de óbitos entre adolescentes e jovens negras foi 20 % maior do que entre as brancas da mesma faixa etária. Em 2012, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancas do sexo feminino, ocorreram 123 suicídios entre as negras. E em 2016, esses números praticamente não variaram, 100 brancas para 120 negras.

Se analisarmos as desigualdades raciais do suicídio nas idades de 10 a 19 anos, os adolescentes negros apresentaram um risco crescente entre 2012 a 2016. Uma vez que em 2012, a cada 100 suicídios em adolescentes brancos, ocorreram 139 suicídios em adolescentes negros. Em 2016, o risco aumentou para 67%, de cada 100 suicídios em adolescentes brancos ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros.

Para os jovens (20 a 29 anos) negros o risco também aumentou. Em 2012, cada 100 suicídios em jovens brancos, ocorreram 130 suicídios em jovens negros. Em 2016, o risco aumentou para 34%, cada 100 suicídios em jovens brancos, ocorreram 134 suicídios em jovens negros. Esses dados indicam que o racismo tem impactos danosos que afetam significativamente alguns grupos étnico-raciais.

Segundo o MS:

Os impactos do racismo geram efeitos que incidem diretamente no comportamento das pessoas negras que normalmente estão associados à humilhação racial e à negação de si, que podem levar a diversas consequências inclusive às práticas de suicídio (MS, 2018. p. 54).

O MS (2018) assinala ainda que a raça atua como um determinante porque estabelece como as pessoas são vistas na sociedade, tornando invisível a sua real contribuição.

Para confrontar de um modo efetivo o racismo na sociedade, o MS (2018), destaca a importância do sentimento de pertencimento a uma comunidade, o qual funciona como um amortecedor da solidão e da baixa aceitação; neste sentido, o suporte social, de amigos e outras pessoas próximas, é um fator de proteção, pois reduz o *bullying* ou outras violências. O

ambiente da escola contribui na conexão entre os jovens e a comunidade escolar, principalmente dos que vivem em bairros mais pobres, atuando como um fator de proteção.

Para o MS (2018):

O desemprego e a pouca capacitação profissional que atingem os jovens negros são resultado de séculos de discriminação, privação e negação de oportunidades. O desemprego juntamente com a discriminação, a segregação e a falta de acesso aos cuidados de saúde são determinantes sociais relacionados ao suicídio entre os jovens negros. (MS, 2018, p. 57).

O MS (2018, p. 57) reforça a teoria de Durkheim (2011), quanto à necessidade de coesão social, quando afirma que “é essencial que a comunidade forneça um suporte social para os adolescentes e jovens negros, pois o envolvimento da comunidade desempenha um papel na prevenção do suicídio.” Assim, ser reconhecido como indivíduo único e gerar sentimento de pertencimento grupal faz com que a comunidade proteja seus integrantes nas situações difíceis da vida.

5 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: PENSANDO CAMINHOS

Ao abordar o tema do suicídio, Marx aproveita a oportunidade para evidenciar sua crítica à sociedade burguesa, destacando o modo de viver “antinatural”, e o suicídio como indício de uma sociedade adoecida, que precisa de transformações radicais. Para Marx (2006), na sociedade moderna, o indivíduo está isolado dos demais, há uma solidão coletiva, e como consequência disso criou-se certa hostilidade mútua, passando a reinar a competição, a luta e a guerra de todos contra todos. Para o indivíduo só restam duas escolhas, ser vítima ou carrasco, justificando assim o desespero e o suicídio.

A interpretação de Marx que traz a pergunta “Como se explica que apesar de tantos anátemas, o homem se mate?” pode ser chave para pensar a prevenção do suicídio.

Enquanto possibilidade de futuro, Brum (2018) acredita que precisamos construir uma ideia de futuro que não seja uma distopia. Imaginar um futuro possível tem impactos positivos sobre a vida das pessoas. Para a autora, o imperativo atual é recuperar a capacidade de imaginar um mundo em que se possa viver. Para tanto, faz-se necessário recolocar a questão no campo da política. O desafio das redes públicas e privadas é fazer comunidade, inclusive e, principalmente, entre as redes. Formar comunidade é algo profundo e demanda esforço contínuo de fazer laços com o fora e com o dentro, processo que envolve o reconhecimento das fronteiras para poder ultrapassá-las.

Será uma pena se esse despertar violento, despertar sobre corpos de alunos mortos, seja desperdiçado pela visão estreita de olhar para o acontecimento como se ele fosse desconectado de sua época, individualizado e isolado. Ou colocar questões de saúde mental como se elas pertencessem a um arquivo impermeável, que não se comunicasse com todos os outros. Os sintomas de nosso tempo expressam onde estão os nossos buracos. Os mais sensíveis sentem primeiro. (BRUM 2018).

Brum (2018) lembra que criar uma resposta para o suicídio de adolescentes é criar uma resposta para a vida de todos nesse planeta, por isso, é nossa responsabilidade enfrentar temas como o da mudança climática, enfrentar a crise da democracia e pensar formas de fortalecê-la, a fim de que torne a significar a possibilidade de combater as desigualdades e fortalecer os direitos. Se um grupo ou instituição quiser enfrentar o suicídio entre adolescentes, deveria construir com eles uma ideia de futuro que não seja o apocalipse. O suicídio é também a impossibilidade de fazer parte. Somente imaginando um futuro possível é possível existir um presente igualmente possível: “Responder ao suicídio dos adolescentes com vida é romper as barreiras do isolamento e se tornar palavra que age para fazer futuro.” (BRUM, 2018).

Para tanto, é preciso problematizar a generalizada vivência da morte como tabu e especialmente a morte por suicídio (KOVÁCS, 2013). As explicações simplistas, bem como intervenções rápidas e sem reflexão podem levar a enganos e causar intenso sofrimento, para a autora. Nesse sentido, o suicídio não necessariamente responde ao desejo de morrer:

A intencionalidade da ação destrutiva é aspecto distintivo do suicídio, devendo se considerar a impossibilidade da reversão do método empregado no ato suicida e sua letalidade. Há graduação da intencionalidade do ato suicida que envolve: desejo de morrer, ideação constante, comunicação sobre a intencionalidade de se matar, tentativa e o ato suicida. Em muitos casos, observa-se a ambivalência entre o desejo de viver e morrer. (KOVÁCS, 2013, p. 70).

Embora a intencionalidade do ato possa indicar que se está no campo do suicídio propriamente dito, determinados processos autodestrutivos, por vezes inconsciente e não considerados como suicídio, podem levar à morte. Indicadores de suicídio não incluem casos em que se observa a intencionalidade para o suicídio, sem que a morte ocorra. Essa ambivalência entre o desejo de morrer e de viver poderia representar uma oportunidade para desenvolver ações preventivas. (KOVÁCS 2013).

Nesse sentido, Barrón e Krmpotic (2016) apontam que a morte não é solução para a vida:

Efectivamente, frente al suicidio consumado no hay nada que hacer salvo constreñir el efecto imitación y el impacto negativo en el entorno del joven fallecido. Ello se debe, en parte, al hecho que la prevención se torna en una creencia fundante: el suicidio puede evitarse, prevenirse, al igual que cualquier muerte. En ningún caso la muerte es la solución para los problemas de la vida. (BARRÓN; KRMPOTIC, 2016, p. 44).

Este fenômeno, além de ser um problema pessoal, representa uma questão de saúde pública. Dessa forma, Botega, Werlang e Cais (2006) entendem que os programas de prevenção devem ser prioridade no planejamento e na política pública dos países. Seu artigo indica fatores de proteção e de risco quanto à ocorrência do suicídio, e destaca também os principais e mais comuns aspectos apontados nos planos nacionais de prevenção ao suicídio de vários países.

Os autores apontam ainda que o Brasil deu seus primeiros passos na direção de um plano nacional de prevenção do suicídio em 2005, antecedente imediato das Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, lançadas em agosto de 2006.

Nesse documento:

Destacam-se como objetivos a serem alcançados: I. desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II. desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; III. organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; IV. identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores

protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; V. fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; VI. contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; VII. promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII. promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (BOTEGA; WERLANG; CAIS, 2006, p. 218).

As diretrizes apontadas acima podem colaborar para identificar os fatores de risco individuais e ambientais (BRASIL, 2006). Para os autores acima citados os riscos individuais estão relacionados a características tais como gênero, problemas genéticos, carência de habilidades sociais, intelectuais e características psicológicas limitadas; já os riscos ambientais dizem respeito a violência, ausência ou fragilidade de suporte social e afetivo e o baixo nível socioeconômico.

Seguindo a mesma perspectiva, nas áreas biomédica e da saúde coletiva existiria uma generalizada percepção da associação entre depressão e suicídio como algo inequívoco. O risco de suicídio aumentaria mais de 20 vezes em adolescentes com depressão, e seria ainda maior na população com transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas.

O desenvolvimento da pessoa humana em sua complexidade física e mental não está avançando paralelamente às melhorias dos números referentes à educação, longevidade e renda, que compreende o IDH. A falta de equilíbrio mental como fator que ocasiona problemas de ordem psicológica, como a depressão, interfere na expectativa de vida das pessoas, mesmo que estas apresentem as melhores possibilidades de uma vida longa e melhor; o estresse da rotina maçante, as cobranças de um futuro profissional brilhante, bens materiais, mudanças na constituição familiar e globalização, variáveis consideráveis para o que as estatísticas trazem como sendo o aumento da depressão. O IDH não engloba a questão da saúde mental, mas cabe ressaltar sua extrema importância para resultados ainda mais satisfatórios; compreender a dimensão dos problemas de saúde mental no país e avaliar estratégias para redução da dimensão do problema de saúde pública. (SEHNEM; PALOSQUI, 2014, p. 371).

Kovács (2013) destaca que os dados do Portal da Saúde do Ministério da Saúde (2012) indicam que 40% das pessoas que cometeram suicídio anteriormente haviam procurado atendimento em postos de saúde e provavelmente encontraram nessas instituições: escuta, empatia, suporte, mas também julgamento, críticas e desprezo. Estes últimos exacerbam o sofrimento, isolamento e desamparo. Ao efetuar um atendimento, os profissionais de saúde captam o lado agressivo do suicídio e podem incorporá-lo como ataque, uma vez que eles foram formados para salvar vidas. Nos casos em que as tentativas de prevenção são mal sucedidas, os profissionais se sentem confusos, pois tanto suas convicções como as premissas

de sua vocação são desafiadas. Essa é uma razão para considerar a inclusão do tema da morte e sua aceitação como final da existência na formação desses profissionais.

Neste sentido, Sehnem e Palosqui (2014) ressaltam a importância da capacitação profissional nos cuidados com os casos de suicídio:

Precisa-se discutir o suicídio abordando a questão da prevenção, uma vez que as pessoas o consideram como a única e última solução para acabar com o sofrimento. Ainda, é importante enfatizar que o preparo dos profissionais da saúde para lidarem com essa questão e mesmo as pessoas para que estejam atentas aos sinais e possam imediatamente procurar ajuda especializada é fundamental na redução desses números elevados de morte por suicídio. Segundo o Ministério de Saúde, cerca de 40% dos suicidas procuram os serviços de saúde, dias ou semanas antes de fazê-lo; isso se evidencia também nas palavras de Mello *et al.* (2007): calcula-se que 50% das pessoas que se suicidaram procuraram ajuda profissional no prazo de um mês antes do ato, oferecendo uma oportunidade clara de prevenção. (SEHNEM; PALOSQUI, 2014, p. 375).

Sehnem e Palosqui (2014) também destacam que a respeito do objetivo de reduzir as taxas de suicídio, a Coordenação de Saúde Mental apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio. Entre outras, devem ser mencionadas iniciativas que se concretizaram, tais como a criação de um grupo de trabalho composto por representantes de algumas secretarias do Ministério da Saúde, universidades e organizações civis; publicação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio; criação da logomarca Amigos da Vida, realização do I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio, 2006, em Porto Alegre; lançamento do Manual de prevenção do suicídio para profissionais das equipes de saúde mental e lançamento das referências bibliográficas comentadas sobre suicídio, sobreviventes e família. O Manual elaborado para orientar os profissionais das equipes de saúde mental, criado em 2006, pelo Ministério da Saúde, como parte das estratégias de prevenção do suicídio, tem sido o um instrumento base para a redução das taxas de suicídio, tentativas e danos associados aos comportamentos suicidas, além da redução do impacto traumático do suicídio na família, amigos e companheiros, locais de trabalho, escolas e outros espaços.

Algumas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos são as seguintes:

a) Em 2011, através da Portaria nº 3088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ofertado o cuidado em saúde mental por todos os pontos da RAPS, que prevê a articulação desde Atenção Básica: Equipe de Saúde da família (ESF), Unidade Básicas de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e

emergência (UPA 24h, SAMU 192), sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

b) Criação da Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014, pela qual 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. Essa portaria tornou as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional. Isso possibilitou o acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso.

c) Curso EAD, parceria Ministério da Saúde e UFSC, de Crise e Urgência em Saúde Mental. Entre os anos de 2014 e 2015 foram certificados 1.990 profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde.

d) Parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), instituição voltada ao apoio emocional por meio de ligação telefônica para prevenção de suicídios. Em 2017, a parceria foi ampliada, tendo sido assinado um novo Acordo de Cooperação Técnica, que prevê a gratuidade das ligações ao CVV em todo o território nacional através do telefone 188.

e) Lançamento do Boletim Epidemiológico 2017 e da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020.

f) Com objetivo de construir e coordenar ações voltadas à prevenção do suicídio, a Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde.

g) Criação da Portaria Nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017 que institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

h) Seleção dos cinco estados com maiores taxas de mortalidade por suicídio (Rio Grande do Sul, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina), e o Amazonas (alto índice na população indígena), que ocupa o 10º lugar no ranking. Estes estados receberam apoio técnico e financiamento para elaboração de seus respectivos Planos Estaduais de Prevenção do Suicídio, os quais funcionarão como projetos pilotos para construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

Quanto à prevenção, a OMS defende que suicídios são evitáveis. Há uma série de medidas que podem ser tomadas junto à população, subpopulação e em níveis individuais para prevenir o suicídio e suas tentativas, incluindo:

- a) Redução de acesso aos meios utilizados (por exemplo, pesticidas, armas de fogo e certas medicações).
- b) Cobertura responsável pelos meios de comunicação.
- c) Introdução de políticas para reduzir o uso nocivo do álcool.
- d) Identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias, dores crônicas e estresse emocional agudo.
- e) Formação de trabalhadores não especializados em avaliação e gerenciamento de comportamentos suicidas.
- f) Acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio e prestação de apoio comunitário.

Segundo a OMS:

O suicídio é uma questão complexa e, por isso, os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração entre os múltiplos setores da sociedade, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois apenas uma abordagem não pode impactar em um tema tão complexo quanto o suicídio. (OMS, 2018).

Embora a OMS defenda abertamente a redução de acesso a armas de fogo como forma de redução do número de suicídios, autores como Kubrin (2009) *apud* Almeida *et al* (2015), defendem que nenhum estudo explorou completamente as duas possibilidades (armas de fogo e suicídio) em conjunto, e pouco se sabe sobre a contribuição das condições estruturais na facilitação de cometer suicídio devido à disponibilidade de armas de fogo.

Ao relacionar os fatores estruturais com o suicídio, pode-se dizer que essas relações afetam os níveis de integração social, ou ao grau em que os indivíduos se sentem conectados com um universo social simbólico, ideal, onde todos são felizes no seu trabalho e em suas relações familiares. Ainda, nessa perspectiva, Rich *et al* (2015) demonstram o impacto da legislação de controle de armas de fogo na diminuição das mortes por suicídio, especialmente as relacionadas à utilização de armas de fogo por pacientes psiquiátricos, mostrando que em alguns casos os suicídios com armas de fogo diminuem, mas são substituídos por outros métodos. (KUBRIN 2009 *apud* ALMEIDA *et al*, 2015, p. 518).

Ocorre que segundo Barrón e Krmpotic (2016), tanto os discursos científicos quanto os religiosos recorrem a um recurso argumentativo baseado no exemplo, isto é, numa definição do que deveria ser o jovem, a família, a escola, e o próprio Estado, para prevenir o suicídio. As narrativas delineiam o exemplar, o padrão de normalidade, a juventude ideal, em relação aos comportamentos que devem ser praticados pela pessoa ou grupo.

Cuando los autores ofrecen estas descripciones no contraponen ninguna forma de prueba científica que fundamente que así debe ser. Solo se lo presenta con una

contundencia rotunda: la familia debe ser estable, la sociedad inclusiva, la escuela debe educar para prevenir y con capacitación y disposición lo logrará, los docentes deben ser comprensivos, comunicativos y flexibles, el joven debe proyectarse al futuro definiendo un proyecto vital, debe ser consciente de ello así puede actuar con relativa racionalidad, estar integrado al mercado laboral o productivo, o en vías de hacerlo, mientras que el Estado debe intervenir más. (BARRÓN; KRMPOTIC, 2016, p. 48).

Além disso, o estudo de fatores contribui essencialmente para a prevenção quanto ao atendimento psicológico de jovens que tentaram cometer suicídio, através de ações de proteção ou ainda na atenção a parentes, amigos e outras pessoas do convívio que poderiam estar em risco, não só pela imitação, mas também pelo contexto de luto.

Os autores analisam que os fatores de risco não são problematizados e aprofundados em suas causas reais.

Dicha idealización (también de la familia y de la sociedad) se refleja en unas intervenciones preventivas fundadas en la identificación de factores de riesgo. Sin embargo, estos no se problematizan, tampoco se amplían en indicadores más certeros para su detección, en especial en lo atinente a los factores sociales como a los factores protectores. Se mantienen las referencias a atributos humanos que hacen al genotipo y fenotipo los que no se pueden modificar mediante la acción planificada, prescindiendo de las construcciones culturales y de poder que generan tales atributos las que si en cambio, podrían ser objeto de intervención. Pareciera que al enunciar la categoría factores de riesgo o factores protectores no hay nada más que explicar, o más bien, ya estaría todo dicho. (BARRÓN; KRMPOTIC, 2016, p. 49).

Barón e Krmpotic (2016) apontam a necessidade de melhorar a incidência das ações, ponderando os fatores de risco conforme escalas (baixo, médio e alto), destacando fatores como plano de suicídio, frequência das ideias e gravidade quanto a falta de apoio social. Destacam-se ainda a importância de integrar as informações, tanto de familiares, colegas, serviços de saúde ou profissionais, com dados estatísticos processados por instituições que conheçam os problemas sociais e de saúde, tanto no plano macro, como no micro social.

Por fim, Barón e Krmpotic (2016) sugerem que a prevenção do suicídio deve passar do discurso para a ação, considerando a criação de um registro sistemático de casos, que permita ajustar o sistema de fatores de risco às realidades locais, um sistema online que possibilite alertas interinstitucionais georeferenciados, a reutilização do conhecimento organizacional e a valorização das experiências e habilidades profissionais. Sublinham-se ainda as trocas presenciais entre Assistentes Sociais e outros profissionais, devido à natureza contextual das leituras da realidade, o estudo dos casos com sua troca de informações, inclusive quanto direitos a serviços sociais que protejam crianças e famílias.

A prevenção envolve educação, que deve ser trabalhada em termos do senso comum local, numa linguagem acessível, utilizando ferramentas variadas como arte, ciência, tecnologia, religião, etc.

Na música, há algum tempo, autores vem tratando do tema. Citamos como exemplo a musica “Mariana foi pro mar” da banda Ira, que lançou o seu CD Invisível DJ em 2007. A referida música elabora de maneira simples as possibilidades para além do suicídio, segue abaixo a letra:

Mariana foi pro mar⁷

Mariana foi pro mar
Deixou seus bens mais valiosos com o cachorro e foi viajar
Foi de coração
Pois o marido saiu pra comprar cigarros e desapareceu
Foi visto no Japão
Com a vizinha, sua ex melhor amiga
Mariana foi ao chão

E ela pensou por muitas vezes
Se usava sua Mauser ou o gás de seu fogão
Mas seu último direito ela viu que era um erro
Mariana foi pro mar

Mariana se cansou
Olhou o que restava da sua vida
Sem direito a pensão
Sem um puto pra gastar
Sempre foi moça mimada
Mas tinha em si a vocação do lar

E foi numa tarde de domingo
Que ganhou tudo no bingo
Sorte no jogo azar no amor
E sua bagagem estava pronta
Parecia que sabia do seu prêmio de consolação

Mudou o itinerário
Trocou o funerário
Pelo atraso do avião

Uma lágrima de sal
Percorre no seu rosto misturando-se ao creme facial
Onde foi que ela errou?
Se acreditava na sinceridade de sua vida conjugal

E se ela pensava muitas vezes
se usava uma pistola ou o gás do seu fogão
Mas ela mudou o itinerário
Trocou o obituário pelo atraso do avião

Hoje ela desfila pela areia
Com total desprezo pelos machos de plantão
Ela está bem diferente
Ama ser independente
Mariana foi pro mar

Atualmente, ainda na música, destacam-se alguns movimentos em favor da prevenção, o principal deles é a parceria do CVV com banda Detonautas Roque Clube, que em maio deste ano compôs a música “Ilumina o Mundo”, buscando trazer à tona a questão do suicídio, favorecendo o diálogo e a reflexão criando espaços de ajuda às pessoas que pensam em

⁷ Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/ira/mariana-foi-pro-mar.htm>

cometer tal ato. Destaca-se ainda o movimento Setembro Amarelo, uma campanha brasileira de prevenção ao suicídio, que foi iniciada em 2015 numa iniciativa do CVV em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação brasileira de Psiquiatria (ABP). A ideia é fomentar debates e divulgação de informações a respeito do tema, alertando a população sobre a importância da discussão do assunto.

Ademais, importa ressaltar que o suicídio em adolescentes, ao demandar não ser tratado enquanto tema isolado, exige o aperfeiçoamento de políticas públicas sociais, especialmente, no campo da saúde mental. Certamente, os retrocessos evidentes no contexto brasileiro, a exemplo da ampliação do financiamento de comunidades terapêuticas em detrimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), fragilizam conquistas históricas pleiteadas pelo Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica na década de 1980 e dificultam o acesso da população a políticas sociais efetivas diante do fenômeno em questão. No entanto, resta aos movimentos sociais e demais espaços organizados a articulação para o fortalecimento de ações numa perspectiva integral, universal e de qualidade, considerando os adolescentes enquanto sujeitos de direitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece (MARX, 2006, p. 26).

O suicídio é um fenômeno explicado por diversas áreas de conhecimento, mas ainda é um mistério tanto para as religiões como para a ciência. Além de ser um tabu, proibido em determinadas circunstâncias, ignora-se ou falseia-se que ele exista, aparentemente as pessoas não pensam e não tentam se matar. Estereótipos de suicídios sempre existiram, foram criados rótulos de heróis ou coitados, enfermos ou viciados, porém o fato é que pouco se sabe sobre a ação de dar fim a própria vida. É dado o direito à vida, mas não à morte; na prática, não dispomos da nossa vida, neste sentido percebe-se a dificuldade de evoluir no debate de temas como a eutanásia ou o aborto. Mais que o suicídio, a própria morte é um tabu.

Concordamos com Almeida *et al* (2015) quando defendem que o Estado não pode impor uma determinada concepção moral. O que acontece com os suicidas, também ocorre com quem cumpre pena, com as mulheres que fazem abortos ou outros casos. Observa-se a negação do Estado Laico onde deveria ser abolida a ideia de que a vida pertence a Deus. O indivíduo é forçado a não dispor da própria vida, é obrigado a negar sua dignidade, contrariando os fundamentos do Estado Democrático de Direito. A reflexão sobre esses aspectos é fundamental, de modo especial com relação às mortes por suicídio, que quantitativamente são significativas no Brasil. O alto número de suicídios justifica a relevância dessa temática, é um fenômeno legítimo de Saúde Pública, faz-se necessário uma mudança do paradigma da compreensão de saúde com única e exclusivamente a ausência de doença, precisamos pensar os desafios epistemológicos e conceituais para a compreensão das mortes por suicídio, é o debate acerca do que é a saúde pública e em que medida ela protege os indivíduos, independente da moralidade de suas condutas.

Tendo em vista o objetivo desta revisão, nossa pesquisa apontou o comportamento suicida como multifatorial, uma vez que apresenta diversos fatores associados, apresentados ao longo da discussão. Há tanto generalidades em relação aos fatores de risco associados ao comportamento suicida, quanto às especificidades, de acordo com cada indivíduo. Avalia-se que é necessário um aprofundamento com um número maior de leituras e informações sobre o comportamento suicida. Destacamos que as produções do Serviço Social na área são bastante limitadas em quantidade, prova disso é que buscamos em outras áreas os conhecimentos aqui apontados.

O comportamento suicida é compreendido por Durkheim (2011) como um ato consciente que objetiva acabar com a própria vida, no entanto, nem sempre esse é o propósito de tal comportamento. Conforme afirmam Schlösser, Rosa e More (2014), há casos de autoagressão que tem a intenção de obter ganhos secundários, tais como atenção, cuidado ou como forma de castigar alguém emocionalmente, pode ainda ser uma forma “pedir de socorro”. Ademais, perceber e compreender os sinais de alerta dados pelos indivíduos que pensam cometer tal ação contra si é essencial para evitar o efetivo suicídio.

Ressaltamos que conforme Schlösser, Rosa e More (2014), reconhecer os sinais de alerta dados pelos indivíduos que planejam cometer tal ação contra si é essencial para evitar a consumação de tal ato. Destaca-se ainda a importância da continuidade nas investigações sobre os comportamentos suicidas ao longo do ciclo vital, mediante a ampliação e aprofundamento teórico-prático desse fenômeno social. Tal condição reflete na expectativa de que, a partir dos conhecimentos produzidos, medidas preventivas ao suicídio e à promoção da qualidade de vida da população possam ser fortalecidas.

Há ainda outros aspectos a serem considerados, além do suicídio como direito, é necessário repensar nossa sociedade. Brum (2018) nos alerta que é preciso construir juntos uma ideia de futuro que não seja uma distopia. É necessário recuperar a capacidade de imaginar um mundo onde se possa viver, este é o imperativo que atravessa nossa época. Porém é preciso imaginar a partir da realidade brutal e não negando-a, como a maioria tem feito. É momento de rompimento com o silêncio sobre o suicídio, recolocar a questão no campo político. O desafio é o de fazer comunidade, inclusive e principalmente entre as redes. O desafio demanda esforço contínuo de fazer laços. É função multiprofissional reconhecer as fronteiras para poder ultrapassá-las. Criar uma resposta para o suicídio dos jovens é criar uma resposta para a vida de todas as pessoas do planeta. Enfrentar as crises de nossa sociedade e criar maneiras de fortalecê-la, para que ela volte a significar possibilidade de combater as desigualdades e fortalecer os direitos. O mal-estar nos tempos atuais é alimentado pela nossa impossibilidade de imaginar uma vida possível no futuro, é preciso construir com os jovens uma ideia de futuro que não seja o apocalipse, uma vez que o suicídio é também a impossibilidade de fazer parte, neste sentido, só é possível imaginar um futuro possível, se houver um presente possível, um mundo que se combata a vontade de morrer com a criação de um mundo que vale a pena viver. É preciso responder ao suicídio dos jovens com vida, romper as barreiras do isolamento e se tornar palavra que age para fazer futuro.

Este trabalho procurou organizar literatura especializada dos principais estudos nacionais e internacionais sobre o tema, apontando as séries históricas sobre o suicídio entre

jovens no Brasil. É recorrente encontrarmos na literatura e nos estudos pesquisados a indicação de que os mais idosos apresentam maiores taxas de suicídio. No entanto, destacamos que esse fato é acompanhado paralelamente por um aumento importante dos suicídios entre as populações jovens. Este fato deve orientar a ação política voltada para a saúde de crianças, jovens e adolescentes.

Dentre a população de nossa pesquisa, grupos vulneráveis foram nitidamente percebidos, tais como: gênero, etnia e raça. Fatores de risco que se destacaram foram uso de álcool, drogas, violência, sentimentos de solidão e tristeza, relacionamento familiar adverso, planejamento suicida e depressão. Os fatores de risco acima devem ser um dos focos das políticas públicas, no entanto não devem apenas ser apontados como tais, mas investigados a fundo, para gerarem planejamentos e ações nas causas. Um fator de risco existe porque algo de errado há na sociedade. O foco deve estar na mudança nas relações e não na simples tentativa de eliminar o fator de risco. Exemplo disso é o uso de armas de fogo no suicídio, a solução não passa, única e exclusivamente, pela proibição de acesso a armas. O mesmo ocorre com drogas, violência, depressão, etc...

Por fim, destacamos que mais de cem anos depois do clássico estudo de Durkheim (2011), as relações entre causas sociais e causas biológicas são cada vez mais evidentes. Diferentes abordagens dão destaque aos temas associados a redes sociais protetoras e redes de integração ou de coesão social. No que se refere às funções do Estado moderno, destaca-se a necessidade de fortalecer a capacidade comunitária de ação política e de intervir através de políticas públicas a fim de alterar fatores estruturais que interferem na produção de doenças e nas desigualdades no adoecer. Neste sentido, acreditamos que reflexões a respeito do tema devem prosseguir. Nossa sugestão é pertinência de uma futura abordagem do tema com foco na teoria de Manuel Castells, uma vez que o autor aponta que o século XXI está imerso num processo de explosão informacional, de novas tecnologias de informação, do mercado globalizado, do uso da comunicação digital e da Internet. A sociedade é afetada por crises econômicas, transformações radicais no modo de trabalho e pela busca de uma nova identidade que construa cidadania.

Em sua trilogia “A era da informação: economia, sociedade e cultura”, na publicação do segundo volume, “O poder da identidade”, Castells (2000) reúne ideias e análises de processos políticos discutidos à luz da teoria da Era da Informação.

Castells (2000) define identidade como a fonte de significado e experiências de um povo num processo de construção de significado com base em um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, os quais prevalecem sobre outras fontes de significado. Dessa

forma, elabora algumas reflexões a respeito do fundamentalismo religioso, do nacionalismo, da identidade étnica, da identidade territorial e da reconstrução de identidade com base na resistência comunal. O autor destaca a importância das lutas sociais, como um processo importante para abertura de caminhos e projetos alternativos em busca de sua identidade.

Castells (2000) ainda discute acerca do patriarcalismo debatendo temas como a heterossexualidade e as transformações da personalidade e da estrutura familiar, que segundo ele são fatores que decorrem das transformações da sociedade atual. Neste sentido, os cidadãos estariam tornando-se indiferentes em relação ao Estado-Nação. Com a crise da democracia o Estado-Nação perdeu parte de sua soberania, tornando-se incapaz de cumprir seus compromissos, fragilizado por um sistema globalmente interdependente. Assim, Castells (2000) ressalta a fragmentação do Estado, a imprevisibilidade do sistema político e a singularização da política o que indica a necessidade do surgimento de uma democracia informacional. Seria então necessário o surgimento de identidades e de projetos que fossem capazes de reconstruir uma nova sociedade civil e um novo Estado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Letícia Núñez. *et al.* O suicídio no Brasil: um desafio às Ciências Sociais.

Rebela. 2015, Set./Dez., p. 510-591. Disponível em:

<<https://rebela.emnuvens.com.br/pc/article/view/252/633>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BARRÓN, Elsa Viviana; KRMPOTIC, Claudia Sandra. La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. **Katálysis**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 43-52, jan./jun. 2016.

BOTEGA, Neury José; WERLANG, Blanca Susana Guevara; CAIS, Carlos Filinto da Silva. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**. Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, set. 2006.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/130>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BRASIL, Kátia Tarouquella; ALVES, Paola Biasoli. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 377-384, 04 jan. 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a08.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990**: Estatuto da Criança e do Adolescente.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BRAVO, M.I.S.; PELAEZ, E.J.; PINHEIRO, W.N. As contrarreformas na política de saúde do Governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

BRUM, Eliane. **O suicídio dos que não viram adultos nesse mundo corroído**: Por que, neste século, mais adolescentes têm respondido ao desespero deletando a própria vida? 2018.

Disponível em:

<https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/18/opinion/1529328111_109277.html>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CASTELLS, Manuel. **A era da Informação**: o poder da identidade. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

DURKHEIM, Emile. **O suicídio**: estudo de sociologia. Lisboa. São Paulo: Presença; Martins Fontes, 2011.

FELTRIN, Rafael Jasper. **Determinantes Socioeconomicos do Suicídio em Santa Catarina: uma análise com dados em painel**. Monografia (Curso de Ciências Econômicas) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

GIDDENS, A. **As idéias de Durkheim**. São Paulo: Cultrix, 1981.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

GONÇALVES, Ludmilla R. C. *et al.* Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.281-316, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005>. Acesso em: 22 mai. 2018.

HARVEY, David. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011. 231 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/ijEG3>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

KOVÁCS, Maria Julia. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 3, n. 15, p.69-82, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300005>. Acesso em: 10 nov. 2018.

LIMA, Telma Cristiane Sasso, MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**. 2007, p. 37-45.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde (Org.). **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Org.). **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MONCAU, Gabriela. 2018. "Sistema sexo-gênero - Gayle Rubin". In: **Enciclopédia de Antropologia**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. Disponível em: <<http://ea.ffe.ch.usp.br/conceito/sistema-sexo-genero-gayle-rubin>> Acesso em 20 jun. 2019.

OLIVEIRA, Bruna Cristina Silva. "Nenhum passo atrás": algumas reflexões em torno da redução da maioria penal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 131, p. 75-88, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282018000100075&script=sci_abstract>. Acesso em: 12 maio 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Epidemiology**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

OPAS Brasil. **Suicídio é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade**, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-

e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839>. Acesso em: 22 maio 2019.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p.2821-2834, set. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000902821&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 maio 2018.

VERA-ROMERO, Oscar. DIAS-VELEZ, Cristian. Suicídio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. **Salud Pública de México**. vol. 54, n. 4, Jul. 2012.

RONA, Eva e WETTLIN, Lidia. Tentativas de Suicídio en Niños y Adolescentes. **Revista chilena de pediatría**. 1986. Disponível em:

<<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v57n3/art01.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Em apoio ao movimento Setembro Amarelo, Saúde divulga o panorama do suicídio em Santa Catarina**. 2017. Disponível em:

<<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/592-em-apoio-ao-movimento-setembro-amarelo-saud>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

SCHLÖSSER, Adriano; ROSA, Gabriel F. C; MORE, Carmen L.O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.133-145, 2014.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100011>. Acesso em: 11 ago. 2018.

SEHNEM, Scheila Beatriz; PALOSQUI, Vanusa. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. **Fractal: Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.365-378, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000200365&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 22 ago 2018.

SHIKIDA, Claudio; GAZZI, Rafael de Almeida Vilhena; ARAUJO JUNIOR, Ari Francisco de. Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 25, n. 47, p.123-147, set. 2006.

SILVA, J. A. S. **Interações familiares na decisão do suicídio**. Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, p. 183 – 187, 1984.

SALOMON, Andrei. **O Demônio do meio dia: uma anatomia da depressão**. 2. ed. São Paulo: Campanha das Letras, 2014.

TEIXEIRA, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.651-667, mai. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300011>.

Acesso em: 27 ago 2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência: Os jovens do Brasil**. 2014. Disponível em:

<https://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php>. Acesso em: 11 out. 2018.