



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Ferreira Abasse, Maria Leonor; Coimbra de Oliveira, Ronaldo; Campos Silva, Tiago; Ramos de Souza, Edinilsa

Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 2, abril, 2009, pp. 407-416

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil

Epidemiological analysis of morbidity and mortality from suicide among adolescents in Minas Gerais, Brazil

Maria Leonor Ferreira Abasse¹

Ronaldo Coimbra de Oliveira²

Tiago Campos Silva¹

Edinilsa Ramos de Souza³

Abstract *This study is a descriptive epidemiological analysis of morbidity and mortality from suicide in people aged 10 to 19 years living in the state of Minas Gerais. The source of the mortality data were the data available in the Mortality Information System, DATASUS of the Ministry of Health, over the period 1980-2002. The morbidity data were collected from the Hospital Information System, over the period 1998-2003. Absolute and relative simple frequencies of 2.338 hospitalizations and 1.212 deaths from attempted suicide and suicide over the chosen period were analyzed according to sex, age and method used. The population data used for calculating rates was extracted from the census conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The International Classification of Diseases - ICD 9, from the years 1980 to 1995 and the 10th review since 1996, codes E950 to E959 and X60 to X84, were adopted respectively. The highest hospitalization rates were found among women. Self-poisoning was the most common method for attempting suicide in both sexes. However, adolescent males had the highest mortality rates and the most common methods of suicide (hanging and use of firearms) were more lethal than the method commonly chosen by females (self-poisoning). Based on these findings, the authors emphasize the need for preventing these events among young people.*

Key words *Mortality, Hospitalization, Suicide, Adolescents*

Resumo *Trata-se de estudo descritivo, com objetivo de realizar análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio na faixa etária de 10-19 anos de residentes em Minas Gerais. Para os dados de mortalidade, utilizou-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade - DATASUS/MS, entre 1980 e 2002, e de morbidade, o Sistema de Informação Hospitalar, entre 1998 e 2003. Analisaram-se frequências simples absoluta e relativa de 2.338 internações e 1.212 óbitos, estratificadas por sexo, faixa etária e meios usados para perpetrar a auto-agressão. Utilizou-se para o cálculo das taxas a população extraída do censo e projeções intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Adotou-se a Classificação Internacional de Doenças 9ª revisão (1980 e 1995) e a 10ª revisão a partir de 1996, códigos E950 a E959 e X60 a X84, respectivamente. Os resultados mostraram maior frequência de internações entre mulheres. A auto-intoxicação foi o meio mais comum nas tentativas de suicídio para ambos os sexos. No entanto, foi observada maior mortalidade entre os homens, cujos principais meios escolhidos foram enforcamento e arma de fogo, formas mais letais do que as utilizadas pelas mulheres (intoxicação). Diante de tais achados, os autores destacam a necessidade de prevenção desse agravo junto à população de adolescentes.*

Palavras-chave *Mortalidade, Hospitalização, Suicídio, Adolescentes*

¹Coordenadoria de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Superintendência de Epidemiologia, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Av. Afonso Pena 2300/9º andar, Funcionários, 30130-007 Belo Horizonte MG. cdnt@saude.mg.gov.br

²Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

³Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

O comportamento suicida pode ser entendido como “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato”. Esta noção permite conceber o comportamento suicida como um *continuum* que inicia com pensamentos de autodestruição, passa das ameaças e gestos às tentativas de suicídio e, finalmente, consuma o ato suicida¹.

Em grande parte do mundo, o suicídio é estigmatizado, rodeado de tabus, é marcado pelo “não dito”. Dizer que uma pessoa morreu provoca comoção e solidariedade; entretanto, quando se diz que a morte foi provocada pelo suicídio, a fala fica suspensa, não circula, causando constrangimento. O assunto é evitado ou proibido, ficando uma mácula². De modo geral, a população tende a negar essa atitude tão séria e grave contra o fluxo natural da vida, especialmente quando ocorre em adolescentes e, ainda mais, em crianças. Apesar disso, atualmente sabe-se que os adolescentes são especialmente vulneráveis a reagirem com atitudes suicidas em resposta a sérios conflitos que estejam passando³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴ o suicídio está entre as dez principais causas de óbito para todas as pessoas maiores de cinco anos de idade. Em todos os países onde há informações fidedignas sobre a mortalidade, esse evento encontra-se entre as três principais causas de morte para as pessoas de ambos os sexos com idade entre 15 e 34 anos.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo descrever o panorama epidemiológico da morbimortalidade por suicídio e tentativas, na faixa etária entre 10 e 19 anos, em Minas Gerais.

Aspectos físicos, psíquicos e sociais da adolescência: breves considerações

Pode-se caracterizar a adolescência como um período de mudanças profundas, uma fase de transição, de passagem da infância para a vida adulta, da sociabilidade da vida em família para as relações sociais mais amplas. As metamorfoses da puberdade provocarão alterações internas e externas, as transformações físicas repercutirão na vida psíquica e vice-versa. As mudanças corporais colocarão o adolescente às voltas com o corpo desconhecido, suspeito e fonte de inquietude. Perde-se o corpo conhecido da primeira infância e em seu lugar surge um corpo que vive o impacto da maturação sexual. A sexualidade “antes calada, agora

grita” e faz novas exigências, interpela e questiona o sujeito. Instala-se, então, um mal-estar⁵.

A adolescência também é vista como um momento de separação, de ruptura e de intenso trabalho de luto, que estarão relacionados à renúncia da segurança da infância e de seu meio protetor, o distanciamento e a destituição da imagem heróica das figuras parentais. Este movimento poderá levar o jovem a buscar suas próprias respostas e a assumir a responsabilidade de seus atos, de seus interesses e de suas escolhas. Dessa forma, ele necessita mostrar para si mesmo e para os outros que pode ter idéias próprias, que pode pensar em sua vida e decidir os caminhos que irá tomar. Entretanto, esta posição não é fácil de ser assumida. Trata-se de uma fase delicada, pois o jovem oscila entre as novas reivindicações e manifestações de uma imaturidade própria da idade. Torna-se essencial que os pais apoiem seu filho nesta travessia, que não assumam a condução das escolhas deste, mas que lhe dêem coragem de ir adiante. Caberá ao pai ou ao seu substituto assumir o lugar da “lei ordenadora” da cultura, quando se fizer necessário⁵.

Em busca de respostas próprias, a ligação a um “melhor amigo”, a um grupo ou a uma turma pode ser outra maneira de lidar com estas vivências e fazer frente ao “mal-estar” instalado. Junto de seus pares, busca-se o jeito adolescente de ser, com gosto e estilo próprio; identificações; novas maneiras de lidar com os paradoxos vividos e a elaboração de normas, regras e valores. Neste momento, o jovem precisa ir além dos ideais preconizados pela cultura. Faz-se necessária a transgressão dos mesmos, mas atualmente, nota-se a banalização de tais ideais. Neste movimento, muitas vezes, o corpo torna-se o objeto da transgressão, através de tatuagens, *piercing* em várias partes corporais, tinturas nos cabelos em tons inusitados. O corpo não fala, age, podendo aparecer vários sintomas, como anorexia, bulimia, toxicomania. A gravidez precoce pode se apresentar como uma saída para o impasse do “mal-estar” em relação ao sexual. O isolamento, o ensimesmamento podem ser mecanismos de defesa frente às solicitações do processo de adolecer. Nesse contexto, caso o parental se licencie de suas funções simbólicas e o adolescente fique completamente só neste momento de transição, ele pode substituí-los por um sintoma, cujo efeito catastrófico não surge de imediato, até que se produza uma lesão, uma mutilação ou mesmo a morte^{5,6}.

O jovem, na busca por seus pares, pode estabelecer ligações que criem laços sociais, mas também pode propiciar encontros com um tirano que

o conduza à destrutividade. Por meio dele, pode-se chegar à delinqüência, à drogadição, à violência e tantas outras formas de marginalização, que assinalam a precariedade dos laços e dos processos simbólicos⁵.

Em síntese, na adolescência, existem vários componentes físicos e psicossociais neste processo de transformação. Dentre eles, destacam-se a busca de si mesmo e da identidade; a separação progressiva dos pais; a vinculação ao grupo; a evolução da sexualidade; atitude social reivindicatória, variações freqüentes do humor e contradições sucessivas. Além destes, há os comportamentos de risco que se originam da necessidade de experimentar o novo e desafiar o perigo. Impulsionado pelo mito da indestrutibilidade, o jovem pode acreditar que “nada de mal lhe acontecerá e que dará conta de controlar tudo”. Esta tendência a agir impulsivamente como forma de solucionar a crise instaurada poderá levar esse jovem a fazer escolhas sem considerar a possibilidade de causar danos, no presente ou no futuro, a si mesmo e/ou a outrem.

Epidemiologia do suicídio

A OMS⁷ considera que o suicídio é um importante problema de saúde pública. Os dados mundiais relativos ao ano de 2000 mostram que aproximadamente um milhão de pessoas cometeram suicídio; a cada 40 segundos, uma pessoa morre por essa causa; a cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida; para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas, suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica; para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas; cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas; o impacto psicológico, social e financeiro em uma família e comunidade é imensurável.

Segundo o Informe Mundial sobre a Violência e Saúde, os índices mais altos de suicídio se registram em países da Europa Oriental – destacando-se, entre eles, Hungria, Finlândia e Japão – e os mais baixos na América Latina, países muçulmanos e asiáticos⁸.

No Brasil, no ano de 2000, segundo Gawryszewski *et al*⁹, o suicídio foi responsável por 6.778 óbitos, que corresponderam a 5,7% do total de mortes, com taxa de mortalidade igual a 4,0/100 mil habitantes. Sendo que, entre os homens, a taxa de mortalidade foi de 5,0 e, para as mulheres, de 1,6/100 mil habitantes.

A American Association of Suicidology¹⁰ estima que ocorram cerca de cem a duzentas tentati-

vas para cada suicídio entre jovens. A porcentagem de suicídio em jovens tem aumentado em todo o mundo. A taxa de suicídio nos Estados Unidos, no ano de 2000, foi de 12,0/100 mil habitantes, para jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, sendo considerada a terceira causa de morte nessa população depois dos acidentes e homicídios¹¹.

Souza *et al*¹² observaram no Brasil um crescimento de 35,3% na taxa de mortalidade por suicídio entre jovens de 15 a 24 anos em suas principais capitais. A cidade de Belo Horizonte apresentou taxa de mortalidade de 4,3 no ano de 1979 e 6,8/100.000 habitantes em 1995; portanto, um crescimento de 58,1% no período estudado. D'Oliveira¹³ apresentou dados preliminares de um levantamento realizado pelo Núcleo de Atenção ao Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no período de agosto de 2000 a agosto de 2003, em onze unidades de saúde e dois hospitais gerais deste município. Observou-se que 60% das notificações foram de indivíduos com até 34 anos, sendo a maior incidência na faixa de 15 a 24 anos (30,4%) e igualmente distribuída entre os sexos.

A Análise da Situação de Saúde em Minas Gerais, realizada pela Superintendência de Epidemiologia/SES-MG, mostrou um aumento nas taxas de mortalidade por suicídio nos jovens de 15 a 29 anos, de 47,5%, entre 2000 e 2004, sendo que, neste último ano, passou a ser o segundo grupo etário de maior risco de morte por essa causa¹⁴.

Fazem-se necessários alguns cuidados ao se analisar dados sobre suicídio, pois existem algumas questões que interferem no real dimensionamento deste problema. Entre elas, podemos citar: tendência à subnotificação de dados; falhas nos registros; taxas oficiais precárias; a imprecisão na fonte de produção (Polícia, Institutos de Medicina Legal – IML). Além disso, há um estigma que cerca este tipo de morte, o uso de conceitos e definições diversas do ato suicida, a dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional. Em se tratando de crianças e adolescentes, essas barreiras na notificação serão mais acentuadas, na medida em que os atos autodestrutivos serão negados ou até escondidos pela família, devido a sentimentos de culpa e/ou vergonha^{15, 16}.

Fatores de risco e de proteção para o suicídio

Entre os adolescentes, de modo geral, os principais fatores de risco para o suicídio são: idade, tentativa prévia, transtorno de humor, depressão, abuso de drogas lícitas e ilícitas, ausência de apoio familiar, história familiar de doenças psiquiátricas, his-

tória familiar de comportamento suicida, doença física grave e/ou crônica, eventos estressores, orientação sexual¹⁷⁻²¹.

A baixa auto-estima, os conflitos familiares, o fracasso escolar, as perdas afetivas são sintomas que, associados às condições de estresse emocional, podem colocar os jovens em grupo de risco para o suicídio²². A autora ainda assinala que mais importante **do que procurar a causa do problema é identificar como seus efeitos são vividos no contexto sócio-familiar, qual a função do significado que o sintoma adquire no contexto das interações onde ele se produz e se mantém.**

Em relação à idade, é importante ressaltar que o suicídio entre os jovens vem crescendo em números alarmantes. Os estudos realizados por Casorla *et al.*²³ revelaram que estamos assistindo a um aumento concomitante da violência por homicídio e por suicídio na faixa etária entre 15 e 39 anos. Quanto ao sexo, vemos que os homens apresentam uma frequência de suicídio três vezes maior do que as mulheres. Essa relação é constante nas diferentes faixas etárias; contudo, para o sexo feminino, a chance de cometer tentativas de suicídio é de três a quatro vezes maior¹.

De acordo com Lippi²⁴, a violência psicológica e/ou sexual sofrida na infância/ adolescência constitui outro importante fator de risco, assim como a depressão, a desesperança e a ideação suicida.

É importante salientar que são frequentes os indícios sobre a intenção suicida.

Segundo Silva²⁵, o suicídio deve ser visto mais como um ato de comunicação do que como um gesto único. O autor afirma que esse ato representa uma comunicação para uma sociedade que o impediu de comunicar-se de outras formas. Muitos adolescentes se expressam direta ou indiretamente com bilhetes, falas, isolamento e intolerância à dor. Entretanto, esses indícios nem sempre são percebidos, sendo, às vezes, negados por familiares, amigos ou pessoas próximas²⁶.

À medida que avança o conhecimento sobre os fatores de risco, também se tornam cada vez mais necessárias a pesquisa, a identificação e a confirmação dos fatores protetores para este comportamento, tanto no nível individual como coletivo. Diversos países, como Finlândia, Noruega, Suécia, Austrália, Nova Zelândia, França e Brasil têm como preocupação o desenvolvimento de estratégias de prevenção do suicídio em diferentes populações²⁷. Os principais fatores que desempenham essa função são: boa relação e apoio familiar; bons relacionamentos sociais; senso de propósito para a própria vida; capacidade para receber conselho e bus-

car ajuda quando surgem problemas; adoção de valores e tradições culturais; integração social. Torna-se importante o reconhecimento desses fatores pelos profissionais de saúde, viabilizando o acesso às várias intervenções clínicas e apoio para a busca de ajuda, principalmente, aos grupos de risco mais vulneráveis, como portadores de transtornos mentais e/ou usuários de drogas lícitas e ilícitas¹.

Ao considerar os fatores de risco e de proteção para o suicídio, não se pode perder de vista que toda tentativa de suicídio, em especial de um adolescente, é dirigida a alguém e expressa uma necessidade de afeto, de amor, de ser ouvido e reconhecido como pessoa. Deve ser interpretada como uma pergunta que requer resposta²⁸.

Metodologia

Este estudo realizou uma análise epidemiológica descritiva dos dados referentes à mortalidade por suicídio e às internações hospitalares por tentativas de suicídio de residentes em Minas Gerais, na faixa etária de 10 a 19 anos, de ambos os sexos. Para estudar a mortalidade, a fonte de dados adotada foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde/Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 1980 a 2002. Para as internações, utilizou-se o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS, no período de 1998 a 2003. Considera-se que os dados desse sistema representem 80% das internações realizadas no país²⁹.

Os dados foram analisados em termos de frequências simples absoluta (números absolutos) e relativa (proporções, razão e taxas). Para o cálculo das taxas de mortalidade e de internação, foram considerados como numerador o número de mortes e internações e como denominador a população dos censos de 1980, 1991 e 2000 e a contagem populacional de 1996. Para os demais anos, foram utilizadas as estimativas populacionais intercensitárias de 1º de julho (IBGE) do referido ano.

Adotou-se a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças para o período de 1980 a 1995 e a 10ª revisão a partir do ano de 1996. Em ambas, o suicídio e as tentativas de suicídio encontram-se no agrupamento de Causas Externas, capítulo XX. Na primeira, com a denominação de “lesões autoinflingidas” sob os códigos E950-E959 e, na segunda, como “lesões autoprovocadas voluntariamente”, com os códigos X60 a X84.

Resultados e discussão

Em Minas Gerais, entre 1998 e 2003, o número total de internações no SUS decorrentes de tentativas de suicídio foi de 14.443, das quais 55,4% eram do sexo masculino e 44,6%, do feminino. A faixa etária dos 10 aos 19 anos representou 16,2% do total dessas internações. De acordo com os dados encontrados nesse estudo, notou-se que as taxas de internação no sexo feminino foram superiores (5,8 e 19,9/100.000 habitantes entre 10 e 14 anos e 15 a 19 anos, respectivamente) a dos homens (4,0 e 12,4/100.000 habitantes (Figura 1).

Esses achados estão de acordo com o encontrado pelo Departamento de Saúde do Estado de Indiana, nos Estados Unidos³⁰, em seu relatório de 2005, sobre lesões fatais e não fatais, cujas taxas foram de 3,4 e 16,5 internações por 100 mil habitantes em homens e mulheres com idade entre 10 e 14 anos, respectivamente. Na faixa etária de 15 a 19 anos, os resultados foram: 37,3 internações para homens por 100 mil habitantes e, para mulheres, 77,2. Em Massachusetts, o Departamento de Saúde Pública³¹ divulgou que, no período de 1996 a

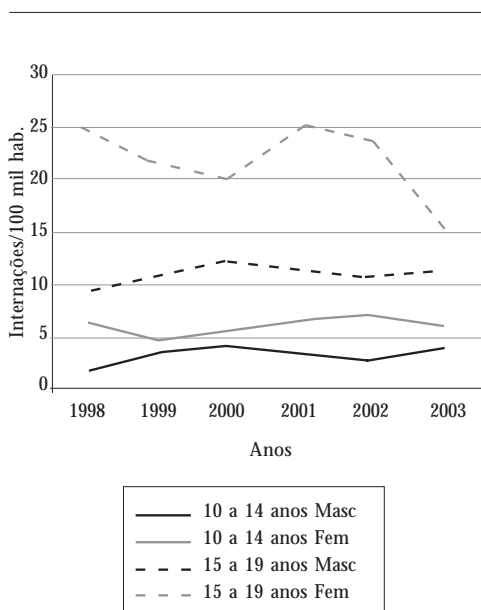


Figura 1. Taxa de internação por lesões autoprovocadas, segundo sexo e faixa etária. Minas Gerais, 1998-2003.

1998, as taxas médias anuais também foram mais elevadas em mulheres com idades entre 15 e 19 anos (148,3/100 mil habitantes) em relação aos demais grupos citados acima. Segundo Marquet *et al.*³², num serviço sentinela holandês, as mulheres entre 10 e 19 anos tentaram mais suicídios de 1983 a 2003. Entretanto, em algumas localidades como Oakland, Califórnia foi observada uma inversão do risco de internação devido a tentativas de suicídio por sexo, uma vez que os homens com 15 a 24 anos apresentaram taxas duas vezes maiores que as das mulheres nos anos de 1998 a 2000³³.

No Brasil, no ano de 2000, foi observada uma taxa maior de internação por tentativa de suicídio nos homens (6,8/100.000 habitantes) do que nas mulheres (4,2/100.000 habitantes), da população geral. Ao se estratificar os dados por sexo e faixa etária, o sexo feminino apresentou maiores taxas de internação do que o masculino, nos grupos de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos (2,7 e 6,8/100.000 habitantes, respectivamente). Entre os homens, as taxas alcançaram os seguintes valores: 10 e 14 anos (2,5/100.000 habitantes) e 15 a 19 anos (5,5/100.000 habitantes)¹⁶.

A Figura 2 mostra que, em relação ao método, a auto-intoxicação foi o mais utilizado para a tentativa de cometer suicídio em ambos os sexos, principalmente pelas mulheres que optaram três vezes mais por esse meio que os homens. Estes achados estão em consonância com os resultados obtidos por Avanci³⁴ em um estudo realizado em Ribeirão Preto. A autora observa o predomínio de 77,8% do sexo feminino nos atendimentos hospitalares. Os métodos mais utilizados para ambos os sexos foram a ingestão de medicamentos (65,3%) e de substâncias químicas (20,8%).

Em Minas Gerais, no Sistema Único de Saúde (SUS), as lesões decorrentes de objetos cortante ou penetrante foram a segunda causa de internações por tentativas de suicídio (Figura 2). Em Oregon, Andrus *et al.*³⁵ encontraram que 75,5% dos adolescentes de 10 a 17 anos escolheram como método o uso abusivo de drogas e 10,4% a laceração ou perfuração. Bahls³⁶ encontrou que aproximadamente 80% dos adolescentes que tentaram suicídio empregaram a ingestão de substâncias que provocaram intoxicações exógenas, seguida de corte nos pulsos.

Diversos autores, entre eles, Cassorla³⁷; Kachur *et al.*³⁸ e Larraguibel *et al.*³⁹ relatam haver uma associação do sexo com o método utilizado para tentar ou cometer o suicídio. Os homens optam por métodos mais letais (enforcamento e tiro por arma de fogo) do que as mulheres.

Em relação a mortalidade, ocorreram, em Minas Gerais, 25.060 óbitos por causas externas de adolescentes, entre 10 e 19 anos, no período de 1980 a 2002 (uma mulher para cada três homens),

sendo 4,8% destes decorrentes de suicídio. De acordo com a Figura 3, o sexo masculino, na faixa de 15 a 19 anos, apresentou riscos mais elevados de morte ao longo dos anos, com uma taxa de mor-

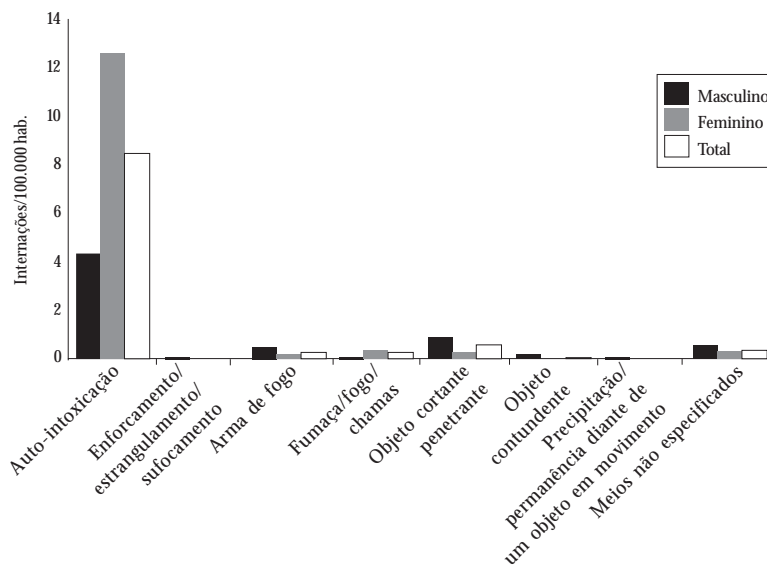


Figura 2. Taxa de internação por lesões autoprovocadas, segundo meio utilizado e sexo. Minas Gerais, 1998-2003.

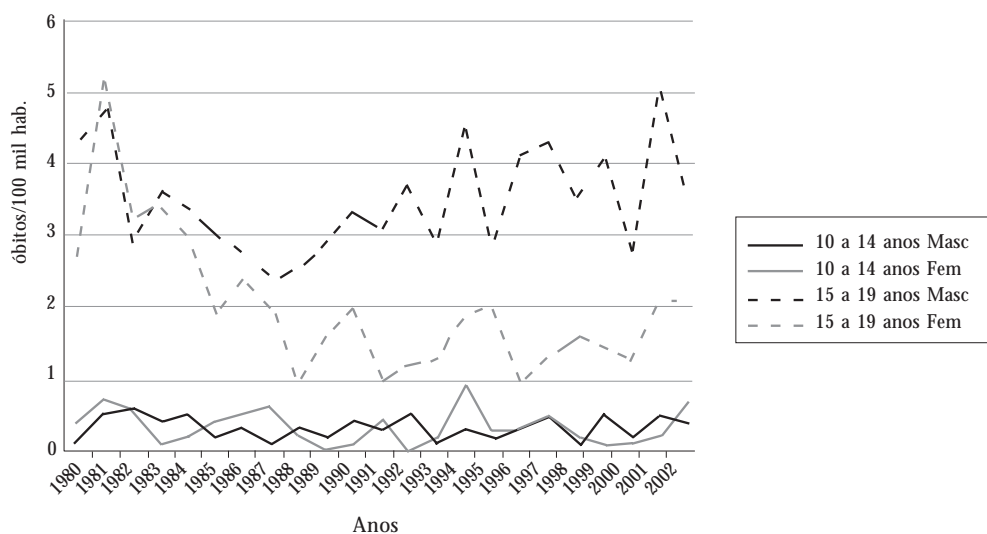


Figura 3. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas, segundo faixa etária e sexo. Minas Gerais, 1990-2002.

talidade média aproximadamente duas vezes maior que o feminino (3,5 e 2,0/ 100.000 habitantes). No entanto, as taxas de mortalidade para os jovens de 10 a 14 anos apresentaram mais oscilações entre os sexos. Esses achados estão em conformidade com o estudo realizado na Argentina por Basile⁴⁰ entre jovens de 15 a 24 anos. Os resultados demonstraram que os homens apresentaram maior risco de morte por suicídio do que as mulheres (19,2 e 5,5/ 100.000 habitantes, respectivamente), tanto na República Argentina quanto nas províncias. Na Austrália, no período de 1990 a 1994, foram encontradas taxas de mortalidade por suicídio de 25,7 no sexo masculino e 5,1/ 100.000 habitantes no feminino, em jovens de 15 a 24 anos⁴¹.

Na Figura 4, pode-se observar que entre os anos de 1996 e 2002, o principal meio utilizado para a conclusão do ato suicida por homens foi o enforcamento/estrangulamento/sufocamento (1,1 óbito/ 100.000 habitantes), seguido por arma de fogo (0,6 óbito/ 100.000 habitantes), seguido por arma de fogo (0,6 óbito/100.000 habitantes). Entre as mulheres, os meios foram enforcamento/ estrangulamento/ sufocamento e auto-intoxicação, com taxas iguais de 0,3 óbito/100.000 habitantes.

Ao se comparar vários estudos sobre tentativas e suicídios entre adolescentes, notou-se variações entre as taxas de internações e de mortalidade, quanto a sexo e faixa etária, nos vários países. Qualquer taxa, por menor que seja, não deve ser negligenciada, pois a população estudada trata-se de jovens com intenso sofrimento que, já iniciando a vida, estariam desistindo dela⁴².

Conclusão

O presente estudo aponta que, pelos critérios internacionais, Minas Gerais apresentou baixa taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em adolescentes (taxas inferiores a 5 óbitos/ 100.000 habitantes). O Estado reproduziu, tanto para as tentativas de suicídio, quanto para o ato consumado, a realidade de diversos países. As taxas de internação foram mais altas entre os jovens, numa razão de três para cada homem jovem, sendo a auto-intoxicação o meio mais utilizado para a tentativa de cometer suicídio em ambos os sexos, principalmente pelas mulheres. Estes dados sugerem a facilidade de acesso ao meio, prin-

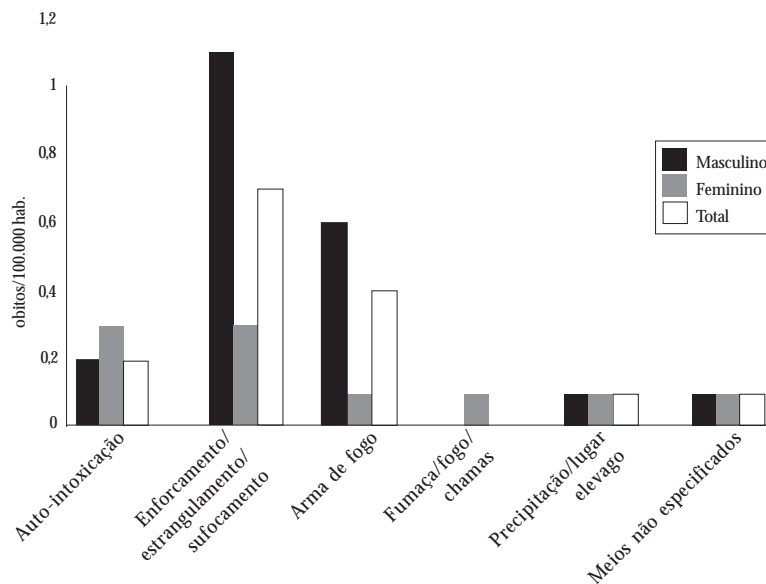


Figura 4. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas, segundo meio utilizado e sexo. Minas Gerais, 1996-2002.

principalmente no caso das medicações. Isso nos remete a uma característica importante da sociedade atual, que é a busca da solução imediata para os conflitos emocionais. Acredita-se que haja remédio para tudo. Assim, observam-se a banalização e o uso indiscriminado de medicamentos, entre eles, os antidepressivos e ansiolíticos.

Os nossos resultados mostram que os adolescentes masculinos apresentaram riscos mais elevados de morte ao longo dos anos, com uma taxa de mortalidade média aproximadamente duas vezes maior que o sexo feminino. O principal meio utilizado para a conclusão do ato suicida, tanto por homens quanto por mulheres, foi o enforcamento, seguido pelo estrangulamento ou sufocamento, lesões por arma de fogo em homens e auto-intoxicação em mulheres.

Esses resultados nos mostram que é necessário aprofundar os estudos sobre o problema, de forma a ampliar o conhecimento acerca desse tema, as manifestações suicidas na adolescência.

A morte dos jovens por causas violentas, entre elas, o suicídio, é um dos problemas atuais no mundo e também no Brasil. O suicídio é um fenômeno que sofre a interferência de fatores individuais, ambientais, sociais. Seja na forma de tentativa ou

do ato consumado, expressa uma dor emocional que o sujeito considera ser interminável, intolerável e com a qual acredita não ter capacidade de lidar. Esse fenômeno desafia a todos: pais, educadores, profissionais de saúde, como também o campo das ciências humanas e sociais. Não bastam médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e psicólogos melhorarem a qualidade de seus atendimentos. Faz-se necessário que profissionais da saúde e da educação empreendam um trabalho multidisciplinar. Torna-se essencial ir além de aspectos curativos, é imprescindível que se consiga atingir a dimensão da prevenção. Pois, só assim, será possível estruturar uma atenção que abranja não só os adolescentes que tentaram suicídio e/ou apresentaram comportamentos de risco. Buscar estratégias que possam minimizar as situações ou vivências estressoras, em especial as que se relacionam à família e a escola, é fundamental, pois esses espaços podem funcionar como fatores de risco, mas também podem atuar como fatores de proteção.

A sensibilização e a capacitação de profissionais para assistir a este grupo etário e a organização de uma rede de assistência efetiva são primordiais para o alcance de tal objetivo.

Colaboradores

MLF Abasse, RC de Oliveira, T Campos-Silva e ER de Souza participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Werlang BG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. Galias I. Aspectos psicodinâmicos do suicídio. Simpósio Internacional de Suicídio: Avanços e Atualizações. São Paulo; 2004.
3. American Academy of Pediatrics. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2000; 105(4):871-874.
4. Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS; 2000.
5. Curi TCGB. A adolescência em questão. *Rev Griphos* 1998; 16:78-82.
6. Dias S. A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. *Psicol USP* 2000; 11(1):119-135.
7. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: OMS; 2001.
8. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud (sinopsis)*. Ginebra: OMS; 2002.
9. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):995-1003.
10. American Association of Suicidology. USA Suicide: 2004 Official Final Data. Washington; 2006. [cited 2007 Ago 15]. Available from: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/2004datapgv1.pdf>
11. Bedolla RIV, Musacchio AB, Ramirez RP. Suicídio em Jovens. *Rev Fac Med UNAM* 2005; 48(2):54-57.
12. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State Capitals. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3):673-683.
13. D'Oliveira CF. Atenção a jovens que tentam suicídio: é possível prevenir. In: Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 177-184.
14. Abasse MLF, Campos-Silva T, Machado EL, Botelho JMA, Belo JA, Lima OMG, Costa HF, Bicalho TM. Morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis. In: Superintendência de Epidemiologia. *Análise da situação de saúde Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007. p. 121-158.
15. Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1):61-73.
16. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-239.
17. Bahls SC. Suicídio em crianças e adolescentes. In: Bahls SC. *A depressão em crianças e adolescentes e o seu tratamento*. São Paulo: Lemos Editorial; 2004. p. 71-78.
18. Souza ER. Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da Saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 131-160.
19. Grossman DC, Milligan BC, Deyo RA. Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *Am J Public Health* 1991; 81(7):870-874.
20. Manson SM, Beals J, Dick RW, Duclos C. Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Rep* 1989; 104(6): 609-614.
21. Pinhey TK, Millman SR. Asian/Pacific islander adolescent sexual orientation and suicide risk in Guam. *Am J Public Health* 2004; 94(7):1204-1206.
22. Teixeira CMFS. Tentativas de suicídio na adolescência. *Rev UFG* [periódico na Internet]. 2004 Jun [acessado 2006 mai 15]; 6(1):[cerca de 6.]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html
23. Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (Supl 1):61-73.
24. Lippi JRS. *Tentativas de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.
25. Silva MM. *Suicídio: trama da comunicação* [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 1992.
26. Meleiro AM. O paciente suicida no Hospital Geral. In: Renério FJ, Meleiro AMA, Marchetti RL, Henriques JS. *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: integrando especialidades*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 245-283.
27. Botega NJ, Werlang BSG, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico* 2006; 37(3): 213-220.
28. Serfaty E. Suicídio em la adolescencia. *Adolesc Latinoam* 1998; 1(2):105-110.
29. Lebrão ML, Mello-Jorge MHP, Laurenti R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(Supl 4):26-37.
30. Beck S, Graves C. *Injuries in Indiana: A Report on Injury-Related Fatalities and Injuries Resulting in Hospitalization*. Indianapolis: Indiana State Department of Health; 2005.
31. Bureau of Family and Community Health. *Suicide and self-inflicted injury in Massachusetts: 1996-1998*. Boston: Massachusetts Department of Public Health; 2001.
32. Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis FG, van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice* [serial on the Internet] 2005 Nov [cited 2007 Ago 10]; 6:45 [about 7 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-6-45.pdf>
33. Murgai N. *Oakland Health Profile 2004*. Oakland: Alameda County Public Health Department; 2004.
34. Avanci RC. *O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico em uma unidade de urgência* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
35. Andrus JK, Fleming DW, Heumann MA, Wassell JT, Hopkins DD, Gordon J. Surveillance of Attempted Suicide among Adolescents in Oregon, 1988. *Am J Public Health* 1991; 81:1067-1069.
36. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr* 2002; 78(5):359-366.
37. Cassorla RMS. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatr* 1987; 36:137-144.
38. Kachur SP, Potter LB, Powell KE, Rosenberg ML. Suicide: Epidemiology, prevention and treatment. *Adolesc Med* 1995; 6(2):171-182.
39. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(3):1-13.

40. Basile HS. El suicidio de los adolescentes en Argentina. *Alcmeon Rev Arg Clin Neuropsiquiatr* 2005; 12(3):211-231.
41. Cantor CH, Neulinger K, Leo DD. Australian Suicide Trends 1964-1997: youth and beyond? *MJA* 1999; 171:137-141.
42. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(2):142-149.

Artigo apresentado em 26/04/2006
Aprovado em 04/12/2007
Versão final apresentada em 20/03/2008