

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
RENATA SARTOR**

SUICÍDIO EM JOVENS NA CIDADE DE URUSSANGA

CRICIÚMA, JANEIRO DE 2011

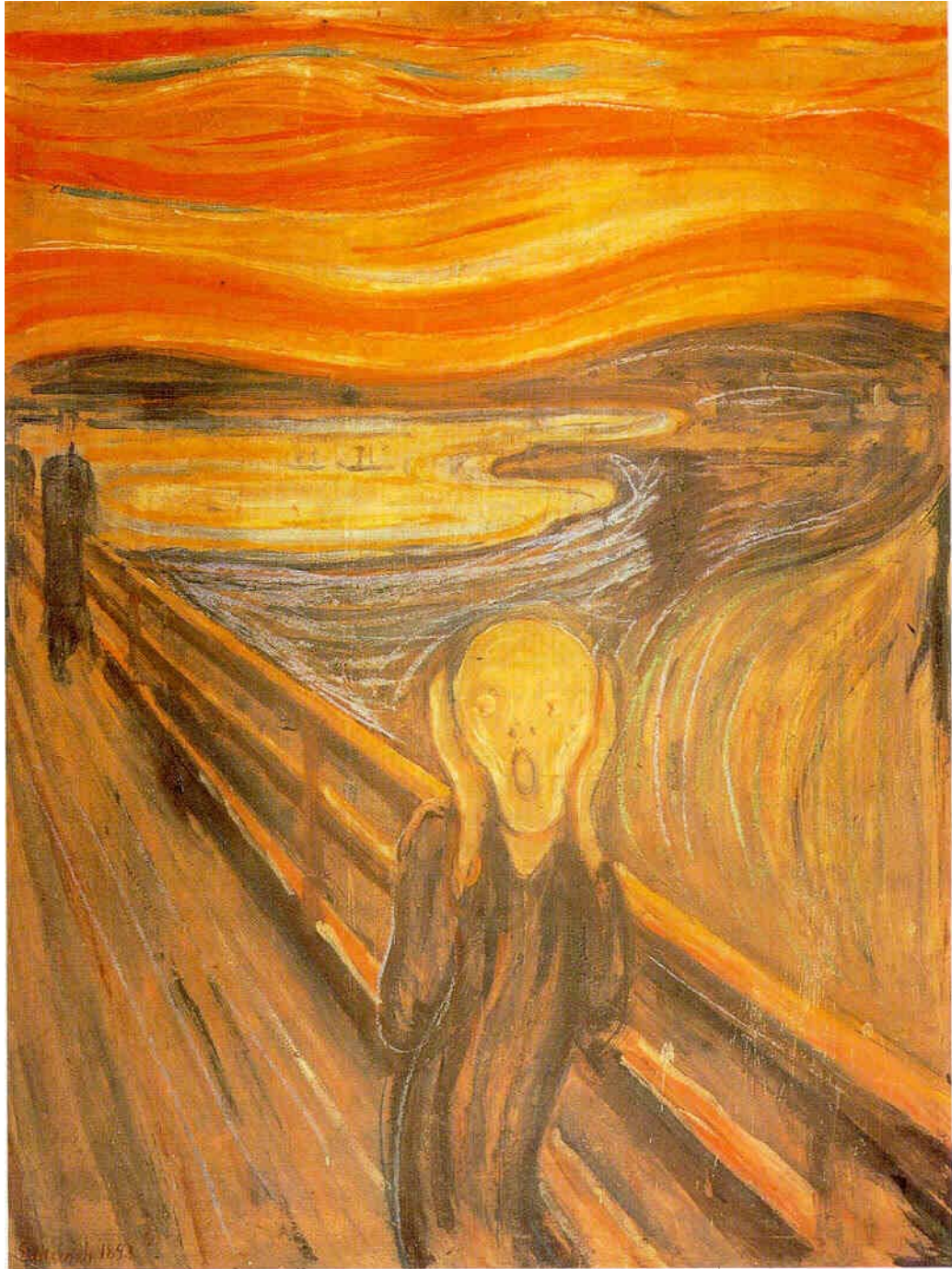
RENATA SARTOR

SUICÍDIO EM JOVENS NA CIDADE DE URUSSANGA

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof. (Dr, MSc) Regina de Fátima Teixeira

CRICIÚMA, JANEIRO DE 2011



“Dedico esta pesquisa a todas as pessoas que se suicidaram a fim de matar a dor, mas nunca a vida”.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ter me iluminado e me guiado em minhas palavras e pensamentos em todos os momentos de minha vida.

A toda minha família, minha mãe querida, pelo carinho e amor dedicado, por acreditar em mim, me incentivar e me ajudar nos momentos de sufoco...

Ao meu pai, por proporcionar meus estudos, agradeço pelo seu infinito amor...

Ao meu irmão por todo o apoio, que sempre me deu forças para continuar...

A minha orientadora Regina de Fátima Teixeira que me apoiou e tornou possível a realização desse trabalho, pela sua dedicação e profissionalismo, que só fez aumentar meu carinho e minha admiração. Minha eterna gratidão...

Enfim, a todos que, de alguma forma, fizeram parte da minha vida nessa caminhada e que contribuíram para que eu me tornasse uma pessoa ainda melhor...

Meus sinceros agradecimentos.

“A morte é o único meio que o sujeito encontra para restabelecer o elo de comunicação com os outros”

Emile Durkhemim

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral descrever os casos de suicídio em jovens da cidade de Urussanga. Com isso, buscou-se comparar a prevalência dos casos de morte a outros tipos de morte violenta, e assim analisar os métodos utilizados para cometer o suicídio, relacionando-se a idade e sexo. Conhecer também a faixa etária e sexo em que houve maior prevalência de suicídio. Para alcançar tal objetivo, foi realizada uma pesquisa documental, por um estudo descritivo e exploratório na Delegacia de Polícia da cidade de Urussanga, onde foi feito um levantamento quantitativo e foram analisados 82 prontuários, somente de jovens na idade entre 15 aos 24 anos, no período de 2000 a 2010. Os aspectos investigados foram mortalidade por causas externas, o percentual do suicídio segundo o sexo, e segundo a faixa etária, e a distribuição percentual sazonal dos casos de morte por suicídio. O suicídio figura-se como a segunda causa mais freqüente entre as mortes violentas segundo os registros da Delegacia de Polícia de Urussanga, somando 82 casos num total de 108 mortes. Apresenta maior prevalência em pessoas do sexo masculino (82%), na faixa etária de 20 a 24 anos, nos meses de março e agosto. Os métodos mais utilizados para o suicídio foram o enforcamento no sexo masculino (62%), e o envenenamento (Intoxicação) no sexo feminino (68%). O suicídio tem aumentado sua incidência mundial e tem ocupado lugar de destaque entre as causas de morte. Essa projeção global indica que o comportamento suicida constitui um problema significativo de saúde pública e requer uma atuação profilática, com aprimoramento do atendimento a pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos.

.
Palavras-chave: Suicídio. Jovens. Saúde Mental.
.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa	10
1.2 Problema de Pesquisa	11
1.3 Objetivos	11
1.3.1 Objetivo Geral	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 Suicídio	13
2.1.1 Conceito	13
2.1.2 Histórico	14
2.1.3 Etiologia do suicídio	16
2.2 Fatores de Risco	17
2.2.1 Sexo	18
2.2.2 Raça	18
2.2.3 Religião	18
2.2.4 Situação Conjugal	18
2.2.5 Saúde mental	19
2.2.6 Sazonalidade	19
2.2.7 Comportamento Suicida Anterior	20
2.2.8 Idade	20
2.3 Jovens Suicidas	20
2.3 Prevenção do Suicídio	21
2.4 Impacto Social	22
3 METODOLOGIA	23
3.1 Natureza e Tipo de Pesquisa	23
3.2 População e Amostra	23
3.3 Procedimento de Coleta de Dados	24
3.4 Procedimento de Análise de Dados	24
3.5 Aspectos Éticos	24
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	26

4.1 Caracterização da Amostra	26
4.2 Relação da Amostra	26
4.2.1 Causas de Mortalidade	26
4.2.2 Suicídio de Acordo com o Gênero	27
4.2.3 Métodos de Suicídios no Gênero Feminino	28
4.2.4 Métodos de Suicídios no Gênero Masculino	29
4.2.5 Suicídio por Faixa Etária	30
4.2.6 Casos de Suicídios Distribuídos por Meses	31
5 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXO	36
Anexo A	37
APÊNDICE	38
Apêndice A	39

1 INTRODUÇÃO

O suicídio hoje é compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

É um fenômeno complexo e intrigante que tem atraído atenção cada vez maior por parte de grandes estudiosos, filósofos, médicos, sociólogos e teólogos ao longo do tempo. Isso se deve ao fato de ser um problema sério e crescente de saúde pública (SILVA, 1992).

Segundo Schmitt, Chachamovich, Kapczinski (2001), o suicídio pode ser definido como o resultado de interação de uma alteração no conteúdo do paciente, por exemplo, na sua conduta e tem como resultado final a morte.

A fase da juventude é o segundo período com maior incidência de suicídios, só sendo superada pela velhice (ESSLINGER; KOVÁCS, 1999), e alguns fatores de risco associados pelos especialistas ao ato suicida são os fatores sexo, idade, estado civil de viúvo, divorciado ou solteiro, isolamento social, ausência de vínculos sociais, desemprego, presença de doença crônica e/ou incapacitante, presença de distúrbios psiquiátricos como transtorno depressivo, esquizofrenia, dependência alcoólica e de outras substâncias e transtornos de personalidade estão associados a altos índices de suicídio. O comportamento suicida anterior também é um fator de alerta e deve ser sempre considerado relevante na história do paciente (SCHIMITT; CHACHAMOVICH; KAPCZINSKI, 2001).

Dado que o suicídio afeta todos os aspectos da vida humana, ele deve ser estudado levando-se em conta os componentes físicos, sociais, mentais etc, e que, em consequência, obedece a uma causa múltipla. A cada um desses componentes corresponde um ângulo de análise, e a cada ângulo, uma definição patológica, sociológica, moral, filosófica etc. Estas não são necessariamente contraditórias, mas complementares (SILVA, 1986).

Diante disso, o objetivo do trabalho foi descrever os casos de suicídios em jovens da cidade de Urussanga, na faixa etária entre os 15 aos 24 anos, no período de 2000 à 2010.

1.1 Justificativa

A juventude é uma etapa de conflitos e contradições para algumas pessoas, mas para todos é uma fase muito desejada, esperada, por tudo que ela lhe proporciona. O jovem entra no mundo adulto através de profundas alterações no seu corpo, deixa para trás a infância e é lançado num mundo desconhecido de novas relações com os pais, com o grupo de iguais e com o sentimento de que não é entendido, que está só, e alguns têm dificuldades para decidir corretamente seu futuro. Isto ocorre, principalmente, se este jovem estiver inserido em um grupo familiar que também está em crise por separação dos pais, violência doméstica, alcoolismo de um dos pais, doença física ou morte. Estando completamente sem apoio no meio familiar, pode buscar desesperadamente o apoio de um grupo de iguais, o qual pode ser constituído de jovens problemáticos ou francamente delinquentes. Sem o suporte da família e entre amigos que são fonte insuficiente de apoio, encontramos o ambiente favorável para o desenvolvimento da depressão do jovem. (ESSLINGER; KOVÁCS, 1999)

O suicídio é cada vez mais um fenômeno social de relevo em todas as sociedades. Cada vez mais homens e mulheres enveredam pelo caminho da morte voluntária, e nem sempre se consegue compreender. Porque será que quem parece ter tudo para ser feliz, de repente decide cometer um ato tão macabro? É isto que nos choca e nos leva muitas vezes, a repensar sobre o verdadeiro valor que a vida tem para nós.

Na atualidade, este é um fato que lentamente vai aumentando o seu número nas estatísticas, especialmente na faixa etária dos jovens, o que o transforma num problema social preocupante não só pelos efeitos sobre a pessoa que o comete, como também pelas conseqüências psicológicas nefastas que pode provocar nos familiares e pessoas próximas ao suicida.

Para Durkheim (2004), o suicídio é um fenômeno paradoxal, de um lado aparece como a mais pessoal das ações que o indivíduo pode cometer. Por outro lado, é ubíquo, ocorre ao longo da história humana. Em todos os cantos do mundo e em determinadas circunstâncias demonstra tamanha similaridade, que é possível concluir que os fatores sociais desempenham papel importante ou decisivo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento naqueles envolvidos com a vítima. As causas que explicariam o porquê do desejo de uma pessoa querer tirar a própria vida, enquanto outras na mesma situação não agiram dessa forma, são difíceis de compreender. Os dados de 2002 da OMS (Organização Mundial de Saúde), com relação a população que cada ano o suicídio atinge índices de 16 mortes em 100.000 habitantes, ou seja, uma morte em cada 40 segundos. Desta forma no que se refere a dados epidemiológicos, o suicídio está entre as dez causas de morte no mundo, e entre as três principais em jovens entre 15 e 24 anos. Cerca de 70% das mortes de jovens deve-se a causas externas, principalmente, homicídios, acidentes de trânsito e suicídios.

Este trabalho se propõe a colaborar com o social a partir do conhecimento das causas do suicídio, os métodos mais utilizados, os grupos de risco e também auxiliar na prevenção de novos casos no município. Por meio dele será possível verificar que o problema não é exclusivo de grandes cidades, mas também de pequenos municípios, como é o caso de Urussanga. Desta forma, o presente estudo analisou os casos de suicídios entre jovens de 15 a 24 anos e relacionou os dados a outros estudos sobre o tema.

1.2 Problema de Pesquisa

Quais as informações presentes nos relatos escritos nos processos, em casos de suicídio na cidade de Urussanga?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Descrever os casos de suicídio em jovens da cidade de Urussanga.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comparar a prevalência dos casos de morte por suicídio a outros tipos de morte violenta;
- Analisar os métodos utilizados para cometer suicídio, relacionando-se a idade e sexo;
- Conhecer a faixa etária e sexo em que houve prevalência de suicídio.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Suicídio

Por sua origem, *sui* = si mesmo; - *caedes* = ação de matar. A palavra como tal a conhecemos foi utilizada originalmente pelo francês Desfontaines, em 1937, para significar o “assassinato ou morte de si mesmo” (SCHIMITT; CHACHAMOVICH; KAPCZINSKI, 2001, p.149).

De acordo com dados atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 3.000 pessoas por dia comete suicídio no mundo, o que significa que a cada 30 segundos uma pessoa se mata. Estima-se que para cada pessoa que consegue se suicidar, 20 ou mais tentam sem sucesso e que a maioria dos mais de 1,1 milhão de suicídios a cada ano poderia ser prevista e evitada.

2.1.1 Conceitos

Existem hoje os mais variados conceitos a respeito do tema “suicídio”. Grandes filósofos e estudiosos, ao longo dos anos, formularam definições particulares deste termo. Segundo Durkheim (2004, p.16) que começou seu estudo em 1835, define o suicídio como: “Todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um fato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, e que, segundo ela sabia, devia produzir este resultado”. De acordo com Silva (1992, p. 48) o suicídio é:

[...] um ato de heroísmo. (Sêneca); [...] um ato próprio da natureza humana e, em cada época, precisa ser repensado. (Goethe); [...] a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal. (Kant); [...] uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros. (Rosseau); [...] admitir a morte no tempo certo e com liberdade. (Nietzsche); [...] uma fuga ou um fracasso. (Sartre); [...] a positivação máxima da vontade humana. (Schopenhauer);

O suicídio é a morte intencional auto-infligida, provocada por um ato voluntário. Define-se suicídio como a ação pela qual alguém põe intencionalmente termo à própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas as culturas (SCHIMITT; CHACHAMOVICH; KAPCZINSKI, 2001).

Para Angerami (1986), o suicídio pode ser considerado como fruto de uma condição, psicológica e social, ou seja, o suicídio é resultante de uma indução, e não apenas o resultado de uma livre determinação, o individual. Portanto, não seria correto afirmar que o ato suicida é resultado da livre e espontânea vontade do indivíduo, pois depende de muitos fatores internos e externos. Definições teóricas se alternam, se complementam, se contradizem: as reticências, ou mesmo um ponto de interrogação permanece em desafio a uma resposta definitiva e exata. Não há uma única resposta porque o caminho do suicídio é o da ambiguidade. Nele, vida e morte se encontram, se complementam, se contradizem, repetindo este movimento infinitamente como as definições do próprio termo em torno de ódio e amor, coragem e covardia, etc. Mesmo afirmativas que parecem inquestionáveis, como a de que o suicídio é resultado de angústia e sofrimento, não valem para todos os países e se tornam absurdas quando se estudam os casos de suicídio em países orientais.

É comum os estudiosos do suicídio serem acusados de defendê-lo e incentivá-lo, sem considerar de maneira mais humana o drama de quem convive com essa experiência ou com o suicídio dentro de si mesmo. A tais acusações, cabe responder que é preciso chamar a sociedade a assumir parte da responsabilidade com os suicidados o que não significa defendê-los e nem incentivar o ato suicida, mas a discussão é rica justamente porque o drama vida/morte é vivido por todos nós com nossas reflexões carregadas de sentimentos (SILVA, 1986).

2.1.2 Histórico

É difícil definir a data da ocorrência do primeiro episódio de suicídio na história da humanidade. Além disso, quando se começou a registrar esse fato, apenas pessoas famosas eram consideradas, tendo sido ignorados pela história oficial os casos envolvendo cidadãos comuns. Há registros na Enciclopédia Delta de História Geral que referem ter acontecido, no ano 2.500 a.C., um ritual, na cidade de Ur, em que doze pessoas beberam uma bebida envenenada e se deitaram para esperar a morte. Em alguns livros religiosos, como a Bíblia, também podem ser encontrados registros de alguns suicidas famosos como Sansão, Abimelec, rei Saul, Eleazar e Judas (SILVA, 1992).

A visão do suicídio nas sociedades antigas era muito variável. Na Grécia Antiga o indivíduo necessitava de um consenso comunitário que lhe permitisse tal ação, pois o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária e era condenado politicamente ou juridicamente. Quanto aos suicidas clandestinos, lhes eram recusadas as honras de sepultura regular e a mão do cadáver era amputada e enterrada separadamente. O Estado tinha plenos poderes para vetar ou autorizar um suicídio, bem como induzi-lo, como em 399 a.C., quando Sócrates foi obrigado a se envenenar (SILVA, 1992).

Em Roma, assim como na Grécia, o suicídio era visto de maneira diferenciada em relação a senhores e a servos, sendo que apenas os servos eram condenados quando praticavam. Militares e detentos a espera de julgamento que se suicidassem tinham seus bens confiscados caso seus herdeiros não conseguissem comprovar sua inocência. Apenas os senhores eram realmente livres para agir da maneira que quisessem (SILVA, 1992).

O senhor, um homem livre, ao se matar, exercia sobre si mesmo o direito próprio de sua condição social, amparado no espaço político pela lei pública. O escravo, porém, matando-se, ia contra a autoridade do senhorio, contestando seu poder e diminuindo seu capital, o que era contra a lei familiar predominante no espaço doméstico (SILVA, 1992, p. 10).

Por outro lado, em algumas culturas do mundo ocidental primitivo, era considerado um dever do ancião tirar a própria vida para preservar o grupo cuja solidez podia ser ameaçada pela debilitação do espírito que habitava o corpo do chefe de família (SILVA, 1992). O que acontecia era "[...] uma franca indução comunitária ao suicídio, religiosamente estimulada e normativamente legitimada." (KALINA; KOVADLOFF, 1983, p. 50).

Em certas culturas havia respaldo a auto-agressão, como no *seppuku*, no Japão, e no *sati*, na Índia, onde viúvas hindus tiravam a própria vida diante da pira funerária do marido para honrarem sua família e ao falecido (DESJARLAIS, 1997, apud OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

No Egito, quando morria um faraó ou um dono de escravos, seus corpos eram enterrados junto a seus bens e aos seus servos, que se deixavam morrer. Com essa visão, desde os tempos de Cleópatra, que se suicidou em 30 a.C. assim como seu amante, Marco Antônio, o suicídio obteve tamanho prestígio que foi

fundada a Academia de Sinapotumenos, cujo significado é “matar juntos” (SILVA, 1992).

Foi com o início da era cristã que a reprovação ao suicídio foi se reforçando, até o ato se tornar totalmente condenado no século V, por Santo Agostinho e pelo Concílio de Arles (452 d.C.), seguido depois pelos de Orleans, Braga, Toledo, Auxerre, Troyes, Nimes, culminando com a condenação expressa de todas as formas de suicídio no "Decret de Gratien", um compêndio de direito canônico do século XIII. Na Idade Média Cristã a repressão ao suicídio passou a ter um foco teológico (SILVA, 1992).

A Europa cristã acaba com as diferenças entre o suicídio legal e ilegal: matar-se era atentar contra a propriedade do outro e o outro era Deus, o único que criou o homem e quem, portanto, deveria matá-lo. A vida do indivíduo deixa de ser um patrimônio da comunidade para ser um dom divino e matar-se equivale a um sacrilégio. O suicidado não tem direito aos rituais religiosos, seus herdeiros não recebem os bens materiais e seu cadáver é castigado publicamente, podendo ser exposto nu ou queimado. Os suicidados são igualados aos ladrões e assassinos e o Estado e a Igreja fazem tudo para combater os suicídios (SILVA, 1992, p. 12).

Esse comportamento repressivo se manteve até a Revolução Francesa, quando a conduta suicida deixou de comprometer a estabilidade do Estado e assumiu caráter solitário, perdendo grande parte da sua significância à comunidade (SILVA, 1992). “[...] mais que um ato de indulgência estatal frente ao indivíduo, deve se ver nesta liberalização progressiva das normas punitivas com respeito ao suicídio uma expressão de irrelevância social que começa a pesar sobre a pessoa.” (KALINA; KOVADLOFF, 1983, p. 54)

A partir de meados do século XVIII foi-se abrindo uma distância entre o indivíduo e a comunidade, o que culminou com a acentuada diminuição contemporânea da comunicação. Durkheim enfoca o suicídio como uma denúncia individual de uma crise coletiva. Já Kalina e Kovadloff colocam a idéia de que cada indivíduo que se mata fracassa uma proposta comunitária. Essa dificuldade de comunicação e de expressão leva indivíduos à tentativa de suicídio, em geral não como forma de isolamento, mas sim de se comunicar e se relacionar com a comunidade (SILVA, 1992).

2.1.3 Etiologia do suicídio

Existem diversas teorias que tentam explicar a etiologia do suicídio. Nela estão envolvidos fatores psicológicos, sociológicos e fisiológicos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). De acordo com Freud, que se refere aos fatores psicológicos, acredita que o suicídio representava uma “[...] agressão voltada contra um objeto de amor introjetado, com investimento ambivalente” (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p.757). O suicídio seria a expressão máxima desse fenômeno e não acreditava que houvesse suicídio sem o desejo reprimido de matar alguém (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Segundo Durkheim, que se refere aos fatores sociológicos, o suicídio pode ser classificado em três categorias sociais: egoísta, altruísta, anômico. A forma egoísta se aplica aos indivíduos que não estão integrados de maneira sólida a nenhum grupo social. A forma altruísta se aplica aos indivíduos que são excessivamente integrados a um grupo social e devido a tal integração cometem o suicídio. Já a forma anômica é aplicada às pessoas que tem sua integração social perturbada, o que as priva das normas costumeiras de comportamento (DURKHEIM, 2004)

Em relação aos fatores fisiológicos, considera-se a genética e a neuroquímica. Acredita-se na existência de um componente genético forte no suicídio, baseando-se em diversos estudos que já observaram que o ato tem uma tendência a acontecer repetidas vezes dentro das famílias. Os fatores genéticos provavelmente relacionados ao suicídio são os envolvidos na transmissão do transtorno bipolar, esquizofrenia e dependência de álcool. Também foi sugerida a existência de um fator genético independente ou em conjunto com a transmissão de transtornos psiquiátricos, que pode ser um fator ligado à impulsividade, podendo estar relacionado a uma anormalidade no sistema central de serotonina (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

2.2 Fatores de risco

Os fatores de risco são definidos basicamente como uma associação entre características e atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente ao aumento da

probabilidade de ocorrência de uma condição (SCHMITT; CHACHAMOVICH; KAPCZINSKI, 2001).

2.2.1 Sexo

A prevalência de casos de tentativas de suicídio, segundo a literatura, é quatro vezes maior entre as mulheres. No entanto, os homens chegam ao desfecho de morte numa frequência quatro vezes maior que as mulheres (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

2.2.2 Raça

As taxas de suicídio entre pessoas brancas são quase duas vezes maiores do que em pessoas não-brancas. No entanto, as taxas entre pessoas negras têm aumentado ao longo dos anos. Em 1989, nos Estados Unidos, a taxa de suicídio de homens brancos foi de 19,6 por 100.000 pessoas, enquanto a de homens negros foi de 12,5. A taxa para mulheres brancas foi de 4,8 por 100.000 e para mulheres negras foi de 2,4 por 100.000 (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

2.2.3 Religião

Historicamente os índices de suicídio entre populações católicas são mais baixos do que entre judeus e protestantes. Acredita-se que o grau de integração a uma religião seja um método mais fiel e acurado de se medir o risco do que apenas conhecer a filiação religiosa institucional (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

2.2.4 Situação conjugal

Segundo Schmitt, Chachamovich e Kapczinski (2001, p. 152) “a prevalência de suicídio é maior entre os divorciados, seguido pelos solteiros e viúvos.” A viuvez tem efeito considerável numa decisão de morte. Isso pode ser constatado pelo alto índice de suicídios cometidos após a morte do cônjuge (SCHMITT; CHACHAMOVICH; KAPCZINSKI, 2001).

O casamento, principalmente na existência de filhos, parece ser um fator protetor em relação ao risco de suicídio (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

2.2.5 Saúde mental

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), em torno de 95% dos pacientes que cometem suicídio têm uma doença mental diagnosticada. Destes pacientes, 80% correspondem a pacientes com transtornos depressivos, 10% correspondem a esquizofrenia e 5% estão relacionados a demência e *delirium*. Entre todas as pessoas com transtornos mentais, 25% também apresentam dependência alcoólica, tendo diagnósticos duplos. O risco de suicídio entre pacientes psiquiátricos é 3 a 12 vezes maior do que o de não-pacientes, variando de acordo com idade, sexo, diagnóstico e situação de internação ou tratamento externo. Ao contrário da população em geral, as taxas de suicídio em pacientes psiquiátricos não aumentam uniformemente com a idade e sim diminuem.

Muitos motivos são colocados como responsáveis pelo aumento do suicídio na juventude como: as drogas; a timidez; o fracasso escolar; problemas de relacionamento familiar, sentimental e sexual; todavia, esses fatores se mostram mais potentes se vierem acompanhados da depressão, que se apresenta como a principal causa de suicídio nessa faixa etária. Antigamente, acreditava-se que a depressão só atingia indivíduos adultos, mas hoje se sabe que ocorre em todas as idades, inclusive no início da juventude, fase da vida do ser humano repleto de perdas e cobranças: perda do corpo e da identidade infantil; cobrança de atitudes e responsabilidades de adulto, etc. (GUERRA, 2006).

2.2.6 Sazonalidade

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997) não foi encontrada nenhuma correlação sazonal com o suicídio, existindo apenas um pequeno aumento na primavera e outono.

2.2.7 Comportamento suicida anterior

Uma tentativa de suicídio anterior é um dos melhores indicadores de risco aumentado para cometer suicídio. Cerca de 40% dos pacientes deprimidos que cometem suicídio tem uma história de tentativa anterior, sendo que o risco de ocorrer uma segunda tentativa é mais alto nos primeiros três meses após a primeira (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

2.2.8 Idade

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb, as taxas de suicídio aumentam com a idade. Para eles, os homens atingem seu pico aos 45 anos e, entre as mulheres, a maior parte dos suicídios é completada após os 55 anos. Idosos realizam menos tentativas, porém com maior êxito (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Taxas de 40 por 100.000 são encontradas em homens com 65 anos ou mais. Os idosos tentam suicídio menos freqüentemente do que as pessoas jovens, mas obtêm sucesso com maior freqüência. Os idosos são responsáveis por 25% dos suicídios, embora perfaçam apenas 10% da população total. A taxa para os indivíduos acima de 75 anos é de mais de três vezes a taxa existente entre os jovens (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p.753).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), embora os índices de suicídio sejam maiores entre a população idosa, as taxas entre os jovens têm aumentado de tal maneira que hoje este é o grupo de maior risco em um terço dos países, tanto os desenvolvidos quanto os subdesenvolvidos.

2.3 Jovens Suicidas

A convicção da sociedade de que suprimindo o tema do suicídio o afasta das mentes mais susceptíveis, em especial das mais jovens, revela-se uma opção errada. Na verdade, o espectro deste fenômeno cada vez mais atinge as pessoas, destacando-se os jovens (compreendidos na faixa etária dos 15 aos 24 anos), onde o suicídio é particularmente elevado. É a terceira causa de morte nesse espaço de idades, apenas ultrapassado pelos acidentes e pelos homicídios (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2004).

Na verdade, cada vez mais os jovens se mostram interessados neste problema e no que ele acarreta. Refletem sobre ele e dão às suas causas cada vez mais uma maior relevância. Num estudo levado a cabo pelo NES – Núcleo de Estudos do Suicídio, numa amostra de 822 jovens dessa mesma faixa etária, concluiu-se o seguinte:

Não é fácil entendermos os múltiplos fatores – internos e externos – e os vários contextos – familiares, culturais, psicossociais – que podem conduzir um(a) jovem ao suicídio. Quão confuso e desesperado se sentirá um(a) jovem para, num derradeiro ato, tentar a sua morte? Se um(a) jovem se suicida é porque não conseguiu encontrar razão e estímulo para viver, não suportou as suas preocupações, não foi capaz de perceber a vida ou não encontrou quem o auxiliasse a equilibrar-se. E então, um pedaço de nós, morre com ele (NES, 2002,s/p).

O suicídio é na sua maioria causado pelas representações de natureza afetivo-emocional, onde se destacam os conflitos na educação, criação e conduta familiar dos indivíduos. O sentimento de culpa imposto por chantagens emocionais, agressões, castigos exagerados, criação e imposição de uma auto-imagem irreal ao indivíduo, abandono ou super-proteção, são fatores que influenciam os jovens a pensarem em pôr fim à sua vida. O somatório destas causas resulta na desorganização da personalidade e conseqüentemente, vários desequilíbrios de ordem mental, que por vezes desencadeiam o ato suicida (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2004).

Mas não são apenas os fatores psicológicos que importam para explicar o cada vez maior número de suicídios na juventude. Também há fatores exteriores que ajudam bastante a este fenômeno, em especial os que dizem respeito ao comportamento dos meios de comunicação de massas quanto ao tema. A presença deste sob várias formas nos meios de comunicação social (na ficção televisiva, na literatura, etc.), muitas vezes de uma maneira que não é a mais correta, influencia o aumento das taxas de suicídio juvenil. Este fato é bastante natural, dada à influência que os meios exercem sobre os jovens atuais (NES, 2002).

2.4 Prevenção do suicídio

Para a prevenção do suicídio existem duas abordagens, que são o reconhecimento precoce e a ajuda para os pacientes sob risco através da modificação dos fatores sociais predisponentes. É necessário identificar os

pacientes de alto risco, apoiá-los e aumentar sua segurança reduzindo os meios de suicídio acessíveis. Também são úteis trabalhos de educação e conscientização a respeito dos perigos das superdosagens de medicamentos ou drogas, principalmente entre jovens, além de uma política de inclusão social abrangente (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

2.5 Impacto Social

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997), lidar com as conseqüências, principalmente na família, não é simples. É penoso e requer sensibilidade para trabalhar as emoções que surgem, como: tristeza, alterações do estado de ânimo, além de sentimentos de culpa e remorso. Enfatiza ser o questionamento acerca de pensamentos suicidas importante, na medida em que as pesquisas realizadas demonstram que de um modo geral os pais não tem qualquer conhecimento de tais ideias em seus filhos.

Quando uma pessoa morre por suicídio, a família e os amigos devem ser informados sobre a natureza e os motivos das ações médicas de avaliação do risco de suicídio, para tratar as causas e prevenir o dano. Eles devem ter a oportunidade de discutir seus sentimentos, incluindo a culpa e a dúvida se um comportamento diferente por parte deles poderia ter evitado o suicídio. Após o suicídio, o caso deve ser revisto cuidadosamente para se determinar quais as lições úteis a serem tiradas para a prática clínica futura. É importante que essa revisão não tenha como objetivo encontrar um culpado; alguns pacientes cometem o suicídio mesmo que os procedimentos corretos tenham sido seguidos (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza e tipo de pesquisa

Este trabalho teve como base uma pesquisa quantitativa. Segundo Minayo (2000), considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

Os dados desta pesquisa foram coletados através de pesquisa documental, que conforme Gil (1999) é muito parecido com a pesquisa bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, presídios, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc.

Essa pesquisa configura-se por um estudo descritivo e exploratório. De acordo com Gil (1994, p. 45), um estudo descritivo “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população de fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis”. As pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. Segundo Gil (1999, p.43), “as pesquisas exploratórias tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais preciosos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

3.2 População e amostra

Para Gil (1999), população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Comumente fala-se da população como referência ao total de habitantes de determinado lugar. Para o mesmo autor, amostra é um subconjunto da população, por meio do qual se estabelece ou se estimam as características dessa população. Nessa pesquisa temos uma amostra não probabilística e intencional. De acordo com Gil (1999, p. 104), “a amostragem

não probabilística consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerada representativa de toda população”.

3.3 Procedimento de coleta de dados

O primeiro passo para iniciar a coleta de dados foi comparecer ao local da pesquisa, ou seja, na Delegacia de Polícia Civil, entrando em contato com o responsável e solicitando uma autorização para iniciar a pesquisa. Em seguida foi realizado um levantamento dos inquéritos, e a partir disso estabeleceu um número significativo para compor a amostra. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário elaborado pela pesquisado.

3.4 Procedimento de análise de dados

Para análise dos dados coletados através da pesquisa documental, foi feito um levantamento quantitativo, que segundo Lakatos e Marconi (1999, p. 43),

Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são concretos e menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos criam-se índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico de informação.

Gil (1994), afirma que a análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação.

3.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense) de Criciúma-SC. A privacidade dos pacientes foi respeitada, sendo os dados obtidos utilizados somente para realização de estudos científicos, não havendo a possibilidade de qualquer tipo de

identificação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos responsáveis pelas “pastas ou prontuários” onde constam os dados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Caracterização da Amostra

Foi realizado um estudo observacional descritivo, documental e quantitativo, com dados obtidos de documento arquivados na Delegacia de Polícia de Urussanga. O município soma uma população de 20 mil habitantes, e foram analisados 82 prontuários sendo que nestes estavam registrados 108 mortes de jovens com idade entre 15 a 24 anos no período de 2000 a 2010. O número de óbitos é maior que o número de prontuários, pois alguns são referentes a mortes com mais de uma pessoa.

4.2 Relação da Amostra

4.2.1 Causas de Mortalidade

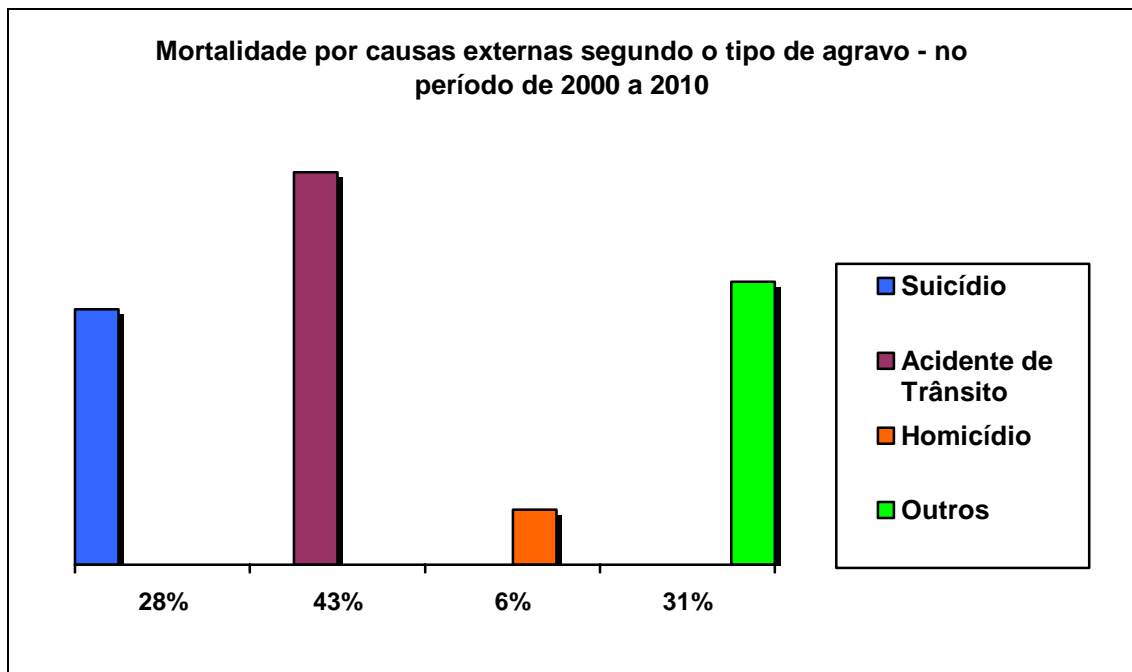


Figura 1 – Mortalidade por causas externas segundo o tipo de agravo
Fonte: Dados da pesquisadora.

Segundo a mortalidade por causas externas a maior prevalência é no acidente de trânsito (43%), seguida pelo suicídio (28%), homicídio (6%), e outros (31%).

As causas do suicídio são numerosas e complexas. Elas são geralmente analisadas sob três fatores. O sociológico, que segundo Durkheim (2004) em seu estudo caracterizou três tipos: o suicida egoísta, o altruísta e o anômico, conforme já descritos na revisão teórica dessa pesquisa; O psicológico, a partir da concepção freudiana e o fisiológico, todos já descritos na revisão teórica dessa monografia, a partir de Kaplan; Sadock; Grebb (1997). Nessa pesquisa não tivemos dados que pudessem caracterizar os jovens estudados, quanto aos fatores apresentados pelas referências estudadas.

4.2.2 Suicídio de acordo com o gênero

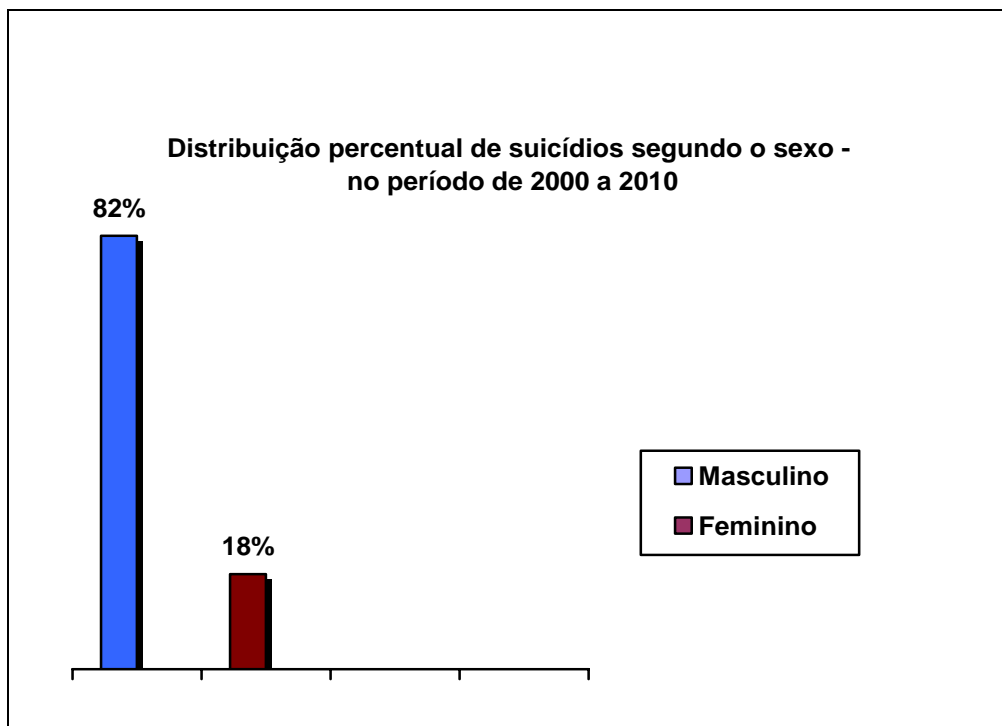


Figura 2 – Distribuição percentual do suicídio de acordo com o gênero.
Fonte: Dados da pesquisadora

A maior prevalência do suicídio é no sexo masculino, com 82% dos casos, enquanto que no sexo feminino o percentual é de 18%. Através da observação dos casos de suicídios, pode-se constatar que há certos fatores que estão relacionados a uma maior ou menor probabilidade de cometer o suicídio.

De acordo com a literatura, as mulheres tentam o suicídio 4 vezes mais

que os homens, mas os homens o cometem (isto é, morrem devido a tentativa) 3 vezes mais do que as mulheres. A explicação para isso, deve-se a eficácia da ação, discussão do próximo item a ser analisado.

4.2.3 Métodos de suicídio no gênero feminino

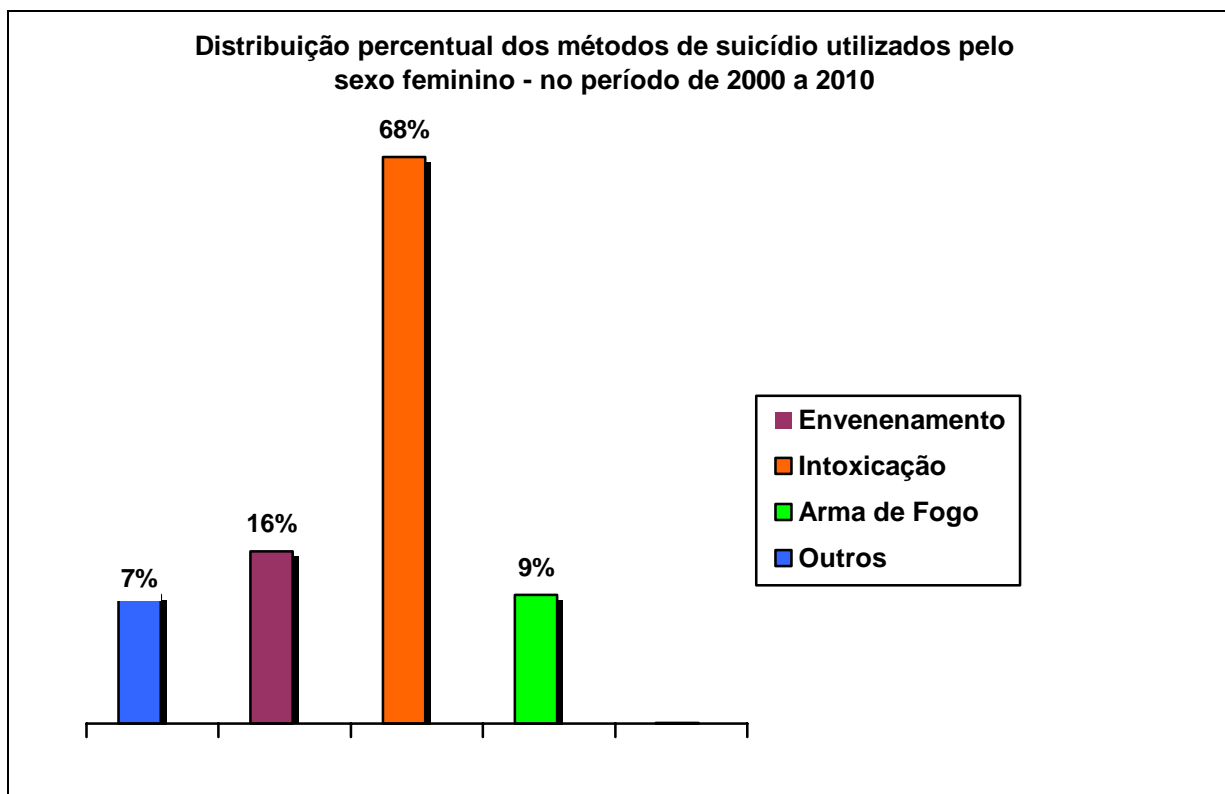


Figura 3 - Distribuição percentual dos métodos de suicídio feminino
Fonte: Dados da pesquisadora

No sexo feminino o método mais utilizado é a intoxicação com 68%, seguido do envenenamento com 16%, arma de fogo com 9%, e outros com 7%.

4.2.4 Métodos de suicídio no gênero masculino

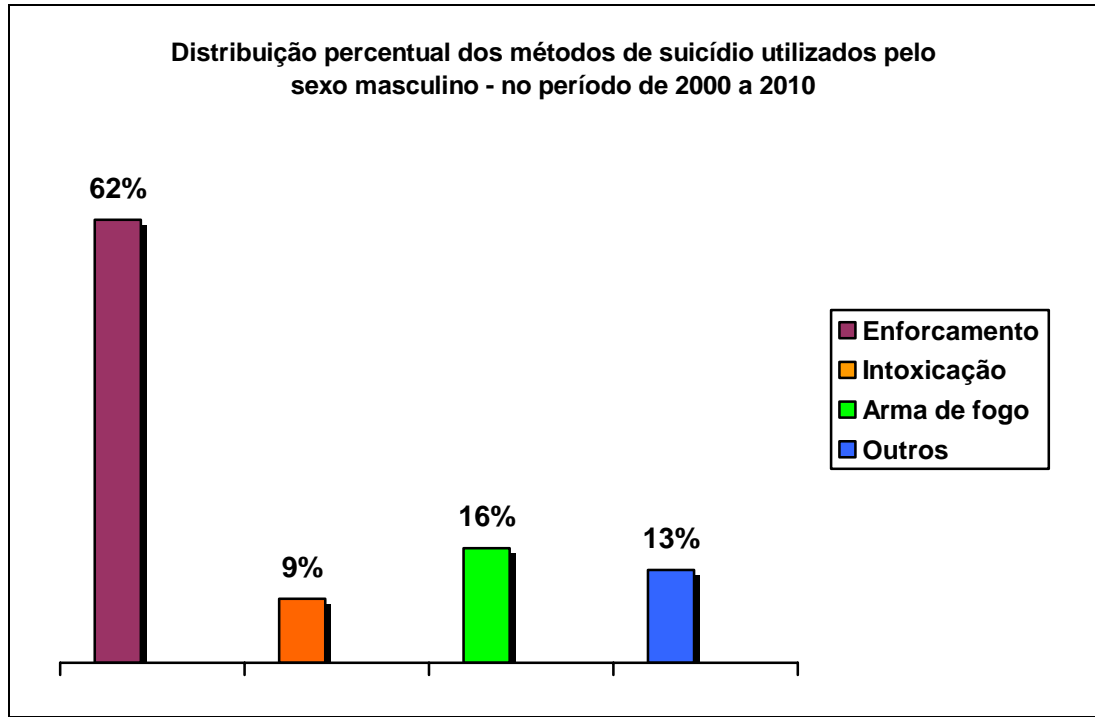


Figura 4 Distribuição percentual dos métodos de suicídio masculino
Fonte: Dados da pesquisadora

Os jovens do sexo masculino usam o método do enforcamento, com 62%, seguido da arma de fogo com 16%, intoxicação com 9% e outros com 13%. Entre os homens, o uso de armas de fogo e o enforcamento são as principais formas de suicídio utilizadas.

Fazendo a discussão sobre o suicídio, o sexo e o método utilizado, segundo Silva (1992), embora as mulheres sejam mais propensas a tentar suicídio e os estudos apontam que uma explicação para isso é a tendência maior da mulher à depressão, e como já verificamos na revisão, a depressão desempenha papel importante no suicídio, porém dados de pesquisas anteriores apontam que os homens, quando pensam em realizar o ato (suicídio), obtêm maior sucesso, pois utilizam métodos ou técnicas mais violentas, que possibilitam maior eficácia.

4.2.5 Suicídio por faixa etária

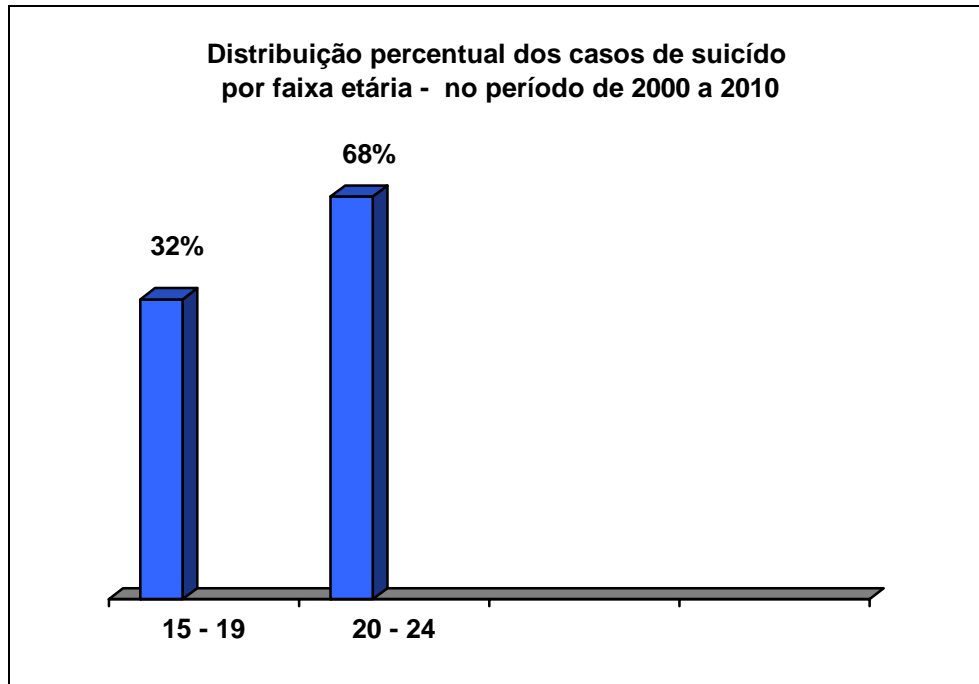


Figura 5 - Distribuição percentual dos suicídios por faixa etária
Fonte: Dados da pesquisadora

Em relação à idade a maior prevalência é entre 20 e 24 anos com uma porcentagem de 68%, já dos 15 aos 20 anos é de 32%.

As taxas de suicídio entre os jovens têm aumentado de tal maneira que hoje este é o grupo de maior risco em um terço dos países, tanto os desenvolvidos quanto os subdesenvolvidos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

4.2.6 Casos de suicídio distribuídos por meses

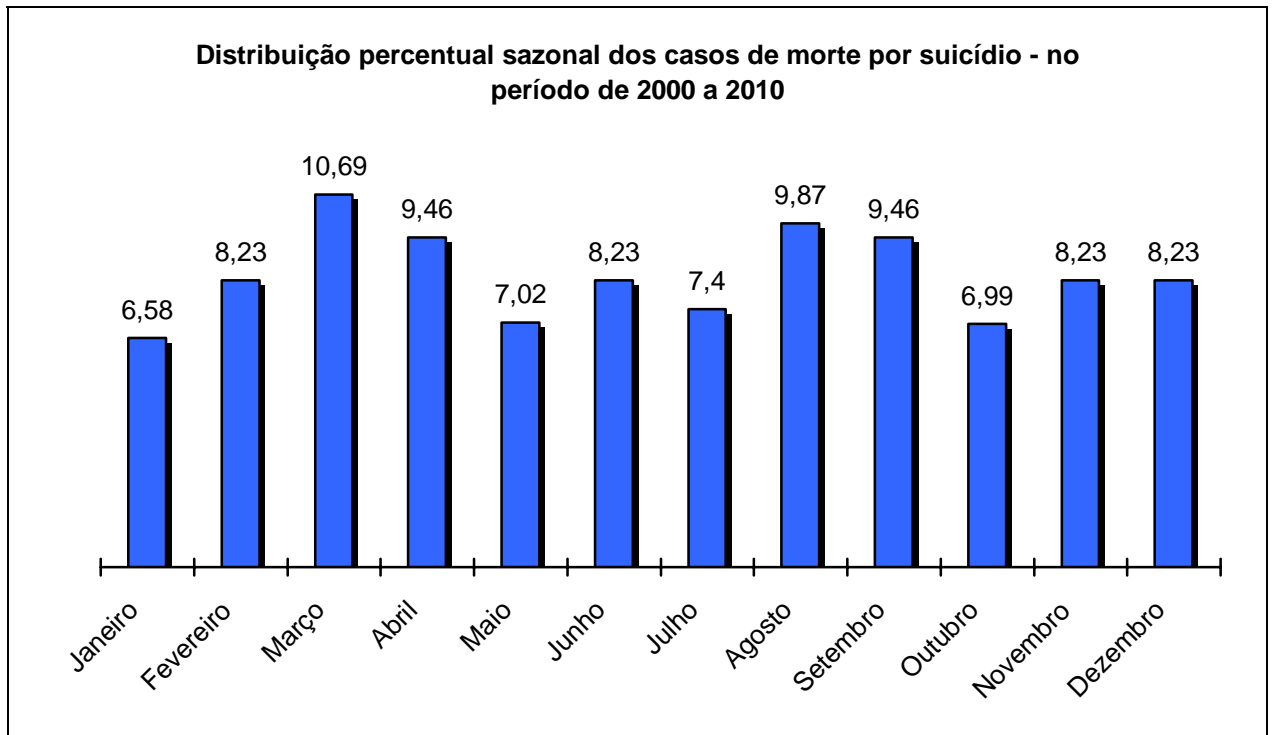


Figura 6 - Distribuição percentual por meses
Fonte: Dados da pesquisadora

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), não há registros de nenhuma correlação sazonal com o suicídio, existindo apenas um pequeno aumento na primavera e outono.

Também não foram constatadas diferenças significativas entre os meses do ano neste estudo, havendo apenas um discreto aumento nos meses de março e agosto.

5 CONCLUSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio tem aumentado sua incidência mundial e tem ocupado lugar de destaque entre as causas de morte. Essa projeção global indica que o comportamento suicida constitui um problema significativo de saúde pública. A atuação profilática em relação ao comportamento suicida requer um conhecimento prévio a respeito dos fatores de risco envolvidos, apontados pela literatura. Com relação à juventude existe uma estreita correlação de transtornos de humor e uso de substâncias com a prática do suicídio, nos estudos analisados para essa monografia.

Através desta pesquisa buscou-se descrever os casos de suicídios em jovens da cidade de Urussanga. Pode-se observar que o problema não é exclusivo de grandes cidades, mas também de pequenos municípios como é o caso da cidade de Urussanga.

Em relação aos objetivos, entende-se que foram alcançados, já que foi possível descrever aspectos relacionados aos casos de suicídio, considerando que o suicídio é a segunda causa de morte dos jovens do município, com 28% dos casos, o que é considerado um percentual bastante importante, já que a 1ª causa são os acidentes; a distribuição percentual de suicídios segundo o sexo é de 82% no sexo masculino e 18% no feminino, na faixa etária de 20 a 24 anos tem uma porcentagem de 68%, já dos 15 aos 20 anos é de 32%; os meses de março e agosto são os com maior prevalência seguidos pelo mês de setembro, o que demanda de um estudo mais específico, já que a literatura não apresenta dados significativos sobre sazonalidade de suicídios; O método mais utilizado para o suicídio foi o enforcamento no sexo masculino (62%), e a intoxicação (envenenamento) no sexo feminino (68%).

Esses dados revelam que existe sim um grande problema social a ser resolvido principalmente na juventude, onde os profissionais precisam estar atentos aos sinais para que em seu fazer clínico consigam atuar de maneira mais eficaz nos possíveis casos.

De acordo com Monteiro (2004), essa fase é carregada de decisão e reflexão, sendo que alguns jovens não têm condições ou estrutura para lidar com algumas situações que vivem e quando isso acontece, sentem-se desorientados por completo, buscando no suicídio a solução para sua inquietação.

Consideraram-se satisfatórias as escolhas metodológicas e os instrumentos utilizados para a realização deste trabalho, visto que os objetivos foram alcançados, e que os colaboradores da instituição foram muito prestativos.

Por ser o suicídio um tipo de morte freqüente e evitável, esse estudo demonstra a necessidade de maior atenção à população de risco por parte dos profissionais de saúde, além de um aprimoramento no atendimento a todos os pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos em quaisquer graus, focando principalmente em medidas preventivas eficazes que consigam posteriormente melhorar os dados estatísticos e apresentar um bom reflexo social.

REFERÊNCIAS

- 1 ANGERAMI, Valdemar. **Suicídio, uma alternativa de vida: uma visão clínica existencial.** São Paulo: Liberdade, 1986.
- 2 DURKHEIM, Émile. **O suicídio – Estudo de sociologia.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- 3 ESSLINGER, Ingrid; KOVÁCS, Maria Júlia. **Adolescência: Vida ou Morte?** São Paulo/SP, 1999.
- 4 GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- 5 _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- 6 GELDER, Michael; MAYOU Richard; GEDDES, John. **Psiquiatria.** 2. ed. Rio de Janeiro RJ: Guanabara Koogan, 2002. 156- 166p.
- 7 GUERRA , Lara Ferreira. **O suicídio na adolescência.** 2006. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=277> . Acesso em 19 de julho de 2010
- 8 KALINA, Eduardo.; KOVADLOFF, Santiago. **As cerimônias da destruição.** Tradução de Sonia Alberti. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Alves S/A, 1983. 172p.
- 9 KAPLAN, Harold I.; SADOCK , Benjamin J.; GREBB, Jack A.. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 7. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 1997. 753- 761 p.
- 10 LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 4º ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- 11 MONTEIRO, G. S. (2004). **Prevenção do suicídio na juventude,** 2009. Disponível em:[http://www.radioriodejaneiro.am.br/anx/imprensa/14_GM_Prevencao SuicidioJuventude_EspCiencia.pdf](http://www.radioriodejaneiro.am.br/anx/imprensa/14_GM_Prevencao_SuicidioJuventude_EspCiencia.pdf). Acesso em: 20 de novembro de 2010.
- 12 NES, (Núcleo de Estudos do Suicídio). **O suicídio adolescente em Portugal,** 2002. Disponível em: <http://www.tu-importas.com/geral/Investigacao.asp>. Acesso em 6 de agosto.
- 13 OMS, **Organização Mundial de Saúde.** Disponível em: www.oms.gov.br. Acesso em 16 de setembro de 2010.

14 SILVA, Marcimedes Martins. **Suicídio – Trama da Comunicação**. 1992. 135f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, 1992. Disponível em: http://entline.free.fr/ebooks_br/00825%20-%Suic%20-%Trama%20da%20Comunica%E7%3o.pdf. Acesso em: 6 julho de 2010.

15 SILVA, Benedicto. **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1986.

16 SCHIMITT, Ricardo; Quevedo, João; CHACHAMOVICH, Eduardo; KAPCZINSKI, Flávio. **Emergências Psiquiátricas**. Porto Alegre, RS: Artmed, p. 149- 165, 2001.

17 WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza. **Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência**. Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal Of Psychology, Porto Alegre, RS, v. 39, n. 2, p.259-266, 18 nov. 2004. Disponível em: www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf. Acesso em: 27 de dezembro 2010.

Anexo

Anexo A**TERMO DE CONSENTIMENTO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Estamos realizando um projeto para o Trabalho de Conclusão de Curso de Saúde Mental(TCC).O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos: “Descrever os casos de suicídios em jovens da cidade de Urussanga”. Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista.

A coleta de dados será realizada pela aluna Renata Sartor (fone: (48) 9976-9909) da Pós-Graduação de Saúde Mental da UNESC e orientado pela professora Regina Teixeira. O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC) _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Apêndice

