

**Vanessa cruz Santos**

vanessacruz@hotmail.com

Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro(RJ), Brasil.

**Karla Ferraz dos Anjos**

karla.ferraz@hotmail

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia/PPGENF/UFBA. Salvador (BA), Brasil.

**Jaine Karenly da Silva**

jainekarenly@yahoo.com.br

Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil.

**Jerusa Mota Santana**

jerusanutri@gmail.com

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia/ ISC/UFBA. Salvador(BA), Brasil.

**Ivan de Sousa Araújo**

saraujo.psiquiatria@gmail.com

Médico, Professor especialista, Universidade de Salvador/UNIFACS. Salvador (BA), Brasil.

**Faculdade Adventista da Bahia**

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:  
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional  
REBRASF

## SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA SEGUNDO A RAÇA-COR DA PELE NO BRASIL

*REALITY ABOUT THE KNOWLEDGE OF COMPLICATIONS  
AND TREATMENT BY DIABETICS IN MUNICIPALITY  
OF CACHOEIRA IN THE PERSPECTIVE OF SELF-CARE  
SUPPORTED*

### INTRODUÇÃO

Estatísticas relacionadas ao suicídio apresentam distribuições que oscilam entre diversos países do mundo, por diferenciais de raça/cor da pele, grupos etários, condições socioeconômicas, entre outros aspectos<sup>[1]</sup>. Entre os grupos etários, na adolescência, essas estatísticas vêm se elevando progressivamente, mundialmente e em países em desenvolvimento, como o Brasil.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>[2]</sup>, a adolescência é definida por limites cronológicos de 10 a 19 anos de idade. Este tem sido considerado um período vulnerável ao comportamento suicida<sup>[3]</sup>, em especial devido às mudanças físicas, emocionais, mentais e sociais que ocorrem nessa fase da vida.

No mundo<sup>[2]</sup>, o suicídio tornou-se a segunda causa de mortes entre adolescentes e jovens e no Brasil<sup>[4]</sup>, em 2016, alcançou a quarta causa nesse mesmo grupo etário, constituindo-se assim um complexo problema de saúde pública mundial.

Entre 2000 e 2012, aqui em nosso país o coeficiente de mortalidade nacional de suicídio na população elevou-se a 33,3%. Dentre este coeficiente, os adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos apresentaram aumento da variação percentual no coeficiente de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, respectivamente 40% e 33,5%<sup>[5]</sup>.

O suicídio é um evento multifatorial, ou seja, diversos são os motivos associados à ideação suicida, entre eles destacam-se: orientação sexual, histórico familiar de suicídio, sintomas depressivos<sup>[6]</sup>, solidão, tristeza<sup>[7]</sup> bullying

[8], nível socioeconômico desfavorável e raça/cor da pele, especialmente os indígenas [9].

A raça/cor da pele dos adolescentes tem influenciado nas disparidades em acesso aos serviços e ações de prevenção ao suicídio no Brasil. Diante desta realidade, 44,8% dos suicídios que ocorrem na população indígena, por exemplo, foram cometidos por adolescentes, valor oito vezes maior que o observado entre brancos nessa mesma faixa etária e maior também em comparação aos adolescentes negros (pretos e pardos) [10].

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar o coeficiente de mortalidade por suicídio na adolescência segundo a raça-cor da pele no Brasil de 2000 para 2010.

## MÉTODO

Realizou-se estudo ecológico, com dados secundários, advindos do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, por meio de coleta no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus), do Ministério da Saúde, no mês de julho de 2018.

Foram calculados os coeficientes de mortalidade por suicídio na adolescência (10-19 anos de idade) e suas variações, estratificados segundo os grupos de causas: Autointoxicações (X60-X69) e Lesões autoprovocadas (X70-X84). Foram considerados como suicídio todos os óbitos causados com a intencionalidade do próprio indivíduo, segundo a 10ª Classificação Internacional de Doenças, [11].

Analisaram-se os coeficientes de mortalidade por suicídio no grupo estudado, segundo os autodeclarados por raça/cor da pele, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a saber: branca, preta, parda, amarela e indígena [12].

Os anos analisados foram 2000 e 2010, devido a necessidade de dados populacionais referentes à raça/cor da pele dos adolescentes, que foram baseados nos resultados dos Censos Demográficos dos respectivos anos, disponibilizados pelo IBGE [12]. Para tabular os dados e realizar a análise descritiva, foram utilizadas as ferramentas desenvolvidas pelo Datasus- TabWin e TabNet.

Por se tratar de dados públicos, o projeto dessa investigação foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, como disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12/12/2012.

## RESULTADOS

Em 2000 no Brasil, 97 adolescentes cometeram suicídio por autointoxicação (0,2/100 mil hab.), índice elevado para 124 (0,3/100 mil hab.) em 2010. A variação do coeficiente de mortalidade por suicídio, segundo esse grupo de causa, foi de 0,9/100 mil hab. de 2000 para 2010, o equivalente a 33,0% de aumento. Os adolescentes pardos apresentaram maior coeficiente de mortalidade por suicídio (0,3/100 mil hab.) em 2000, enquanto que nenhum amarelo e indígena cometeu suicídio. Em 2012 (ou 2010?) os pardos permanecem com maior coeficiente de mortalidade por suicídio (0,4/100 mil hab.), já os brancos apresentaram o menor coeficiente (0,2/100 mil hab.) e variação estável de 2000 para 2010. O maior crescimento percentual de mortalidade por autointoxicação foi de 59,5, encontrado entre os pretos (Tabela 01).

**Tabela 01** – Coeficiente de mortalidade por suicídio entre adolescentes no Brasil por grupo de causas (Autointoxicação - X60-69), segundo a raça/cor em 2000 e 2010. Rio de Janeiro (RJ), 2018.

Raça/cor	2000	2010	Variação do coef.	% da Variação do coef.
	N (Coef.) <sup>a</sup>	N (Coef.) <sup>a</sup>		
Branca	46 (0,2)	39 (0,2)	0,0	0,0
Preta	3 (0,1)	8 (0,3)	0,1	59,5
Parda	48 (0,3)	73 (0,4)	0,1	37,5
Amarela	-	2 (0,4)	0,4	-
Indígena	-	2 (1,1)	1,1	-
<b>Total</b>	<b>97</b> <b>(0,2)</b>	<b>124</b> <b>(0,3)</b>	<b>0,9</b>	<b>33,0</b>

a) Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes

O coeficiente de mortalidade por suicídio na adolescência, causado por Lesão autoprovocada, aumentou de 468 (1,3/100 mil hab.) em 2000 para 549 (1,6/100 mil hab.) em 2010. A variação desse coeficiente foi de 0,2 /100 mil hab., equivalente a 21,0% de elevação. Os indígenas tiveram os maiores coeficientes de mortalidade em 2000 (13,4/100 mil hab.) e em 2010 (20,8/100 mil hab.), além de apresentarem o maior percentual de variação de 2000 para 2010, que foi de 55,0%, seguido dos pardos cuja variação correspondeu a 44,3%. Enquanto que os autodeclarados brancos se mantiveram estáveis e os amarelos apresentaram diminuição de 28% no período (tabela 02).

**Tabela 02** – Coeficiente de mortalidade por suicídio entre adolescentes no Brasil por grupo de causas (Lesão autoprovocada - X70-84), segundo a raça/cor em 2000 e 2010. Rio de Janeiro (RJ), 2018.

Raça/cor	2000	2010	Variação do coef.	% da Variação do coef.
	N (Coef.) <sup>a</sup>	N (Coef.) <sup>a</sup>		
Branca	252 (1,4)	207 (1,4)	0,0	0,0
Preta	23 (1,0)	31 (1,2)	0,1	17,5
Parda	171 (1,1)	272 (1,6)	0,5	44,3
Amarela	1 (0,8)	2 (0,5)	-0,2	-28,0
Indígena	21 (13,4)	37 (20,8)	7,4	55,0
<b>Total</b>	<b>468</b> <b>(1,3)</b>	<b>549</b> <b>(1,6)</b>	<b>0,2</b>	<b>21,0</b>

a) Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam que o coeficiente de mortalidade por suicídio por autointoxicação e lesão autoprovocada se elevou de 2000 para 2010, principalmente entre adolescentes indígenas, seguidos dos negros (pretos e pardos). Estes dados podem estar relacionados a diversos fatores (sociais, culturais, econômicos), além de lacunas nos serviços de saúde mental do Brasil, principalmente na atenção básica à saúde, sustentando a teoria da rede complexa de interação não apenas biológica, mas a interação sociocultural e ambiental envolvida no desfecho estudado.

Os indígenas e negros identificados nesta pesquisa como grupos mais suscetíveis ao suicídio são aqueles que, por vezes, também vivenciam situações de alta vulnerabilidade, como a baixa escolaridade<sup>[9]</sup>, o que gera desemprego, pobreza, insegurança alimentar e nutricional de moderada a grave, expondo esses adolescentes e suas famílias à fome e à miséria, ou seja, produtos da desigualdade social, os chamados fatores “suicidogênicos”<sup>[13]</sup>.

Embora haja uma barreira cultural que dificulte uma análise mais acurada sobre o fenômeno do suicídio em adolescentes indígenas, este parece decorrer de múltiplos fatores inter-relacionados, entre eles as condições psiquiátricas prévias<sup>[14]</sup>, a perda do espaço territorial e da cultura, a discriminação histórica, as precárias condições sociais, uso de drogas<sup>[15]</sup>, a violência sexual nas adolescentes<sup>[16]</sup>, presenciar o ato suicida na família<sup>[17]</sup>.

Assim, na tentativa de prevenir o suicídio na adolescência, em especial na população indígena, é preciso produzir ferramentas de prevenção condizentes com a realidade de grupos indígenas de diferentes regiões do país. Apesar disso, ainda há necessidade de fortalecer as redes comunitárias de proteção e promoção da saúde dos jovens indígenas e, para isso são necessárias ações intersetoriais, para além do setor saúde<sup>[10]</sup>.

## CONCLUSÕES

O suicídio entre adolescentes no Brasil tem se elevado. Os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio causado por autointoxicação ocorreram entre os pardos e o maior crescimento percentual de 2000 para 2010 foi entre os pretos. Os suicídios causados por lesão autoprovocada foram mais evidentes entre os indígenas, população que apresentou maior crescimento percentual de mortalidade por esta causa na década estudada. Em contrapartida, os adolescentes autodeclarados brancos apresentaram variação dos coeficientes de mortalidade por suicídio, para ambas as causas, estável de 2000 para 2010.

Diante dos achados, é importante que os adolescentes de modo geral, e em especial os negros (pretos e pardos) e indígenas, mais acometidos pelo suicídio, sejam alcançados pelos serviços de saúde pública que abarquem a promoção da saúde mental, a prevenção do suicídio e que ofereçam estratégias terapêuticas necessárias, a fim de ao menos reduzir o suicídio nesta população.

## REFERÊNCIAS

1. Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. Rev. Bras. Psiquiatr. 2018;40(1):12-18.

2. World Health Organization. Relatório global sobre o estado da segurança viária 2015. [Internet] Geneva, 2015. [acesso em 20 jul 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2015/Summary\\_GSRRS2015\\_POR.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Summary_GSRRS2015_POR.pdf)
3. BARROS, A.P.R.; COUTINHO, M.P.L.; ARAÚJO, L.F.; CASTANHA, A.R. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*. 2006; 23(1):19-28.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. [Internet] Brasília, 2013. 15 p. [acesso em 20 jul 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos2.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>
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso-Brasil, 2014.
6. Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:28-78.
7. Baggio A, Palazzo, Aerts DRGC. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(1):142-150.
8. Rivers I, Noret N. 2010. Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. *Crisis*, 2010; 31(3):143-148.
9. Machado DB, Santos DN. "Suicide in Brazil, from 2000 to 2012." *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2015: 45-54.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011, Brasília, 2013. 164 p.
11. International Classification of Diseases: ICD-10. Geneva, World Health Organization; 1992.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo 2000 e 2010. [Internet] Rio de Janeiro. 2010 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9663-censo-demografico-2000.html?edicao=9771&t=sobre>
13. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(2):145-62.
14. Abraham ZK, Leo Sher L. Adolescent suicide as a global public health issue. *Int J Adolesc Med Health*. 2017:1-9.
15. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Suicídio adolescente em povos indígenas. São Paulo: Arte Brasil; 2014.
16. Berzuini VLP. Saúde reprodutiva em foco: conversando com universitárias da etnia Guarani-Kaiowá [dissertação] Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco; 2008.
17. Lazzarini TA, Gonçalves CCM, Benites WM, Silva LF, Tsuha DH, Ko AI, et al. Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:56.