

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NEUZA KOMACHEUSKI STASZKO

**MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM JOVENS/ADULTOS NO LITORAL DO
PARANÁ: UM ESTUDO COM DADOS DESCRITIVOS ENTRE OS ANOS DE 2008 E
2015**

MATINHOS
2020

NEUZA KOMACHEUSKI STASZKO

**MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM JOVENS/ADULTOS NO LITORAL DO
PARANÁ: UM ESTUDO COM DADOS DESCRITIVOS ENTRE OS ANOS DE 2008 E
2015**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do
Curso de Administração Pública da UFPR Litoral.

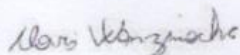
Orientador: Clovis Wanzinack.

MATINHOS
2020

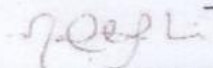
ATA FINAL DE DEFESA DE TCC DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Aos dezesseis dias do mês de junho de 2020, as 11:00hrs reuniram-se virtualmente em banca, local: <https://meet.jit.si/bancatccneuza>, sob a presidência do Prof. Dr. Clóvis Wanzinack, o professor Dr. Marcos Cláudio Signorelli e a professora MSc. Tainá Ribas Mélo, para examinar o trabalho de autoria da acadêmica Neuza Komacheuski Staszko. O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Mortalidade por suicídio em jovens / adultos no litoral do Paraná: um estudo com dados descritivos entre os anos de 2008 e 2015, recebeu conceito APL, tendo sido APROVADA.

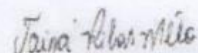
Matinhos, 16 de junho de 2020.



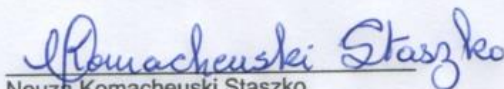
Clóvis Wanzinack
Professor Orientador



Marcos Cláudio Signorelli
Membro da banca avaliadora



Tainá Ribas Mélo
Membro da banca avaliadora



Neuza Komacheuski Staszko
Acadêmica

MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM JOVENS/ADULTOS NO LITORAL DO PARANÁ: UM ESTUDO COM DADOS DESCRITIVOS ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2015

Neuza Komacheuski Staszko¹

Clovis Wanzinack²

Resumo

Objetivo: Levantar os dados de mortalidade por suicídio entre jovens adultos (20 a 59 anos) do litoral paranaense e às possíveis variáveis que levam a esta autoagressão. **Métodos:** A análise é feita com dados oficiais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e do Ministério da Saúde seguindo a classificação de categorias do CID 10 (Código Internacional de Doenças). **Resultados:** Os números encontrados no litoral do Paraná surpreendem e, mesmo sabendo da influência, das demandas recentes de notificação, nestes índices tornam-se relevantes para um estudo. A pesquisa demonstra que os índices de suicídio no Paraná e no Brasil estão em uma crescente acentuada, mostrando a importância de uma visão mais delicada sobre esse assunto. Ainda há indícios de que apenas uma pequena proporção do comportamento suicida chegue ao atendimento das equipes de saúde; há correlações entre diagnósticos psiquiátricos e o suicídio principalmente nos quadros de transtornos de humor e nos transtornos relativos ao uso de substâncias psicotóxicas; o fator de viver sozinho tende a aumentar o risco de suicídio; no litoral do Paraná há maior incidência de suicídio é no gênero masculino e nas faixas etárias de 20-29 anos e 40 -49 anos e que os principais meios utilizados para o suicídio são o enforcamento (CID 10 - X70) e a intoxicação por uso ou abuso de substâncias psicoativas (CID 10 – X64). **Conclusão:** Quadros de sofrimento psíquico e saúde mental são indicadores de destaque e por isso mereceram certa atenção neste trabalho. Entende-se que este conhecimento auxilia na prevenção e manejo destes casos e que algumas questões mais específicas a respeito do perfil das pessoas que cometem suicídio e a da influência que a sazonalidade do litoral tem nesses diagnósticos precisam ser melhor investigados.

Palavras-chave: depressão; suicídio saúde; jovens; adultos.

Abstract

Objective: To collect suicide mortality data among young adults (20 to 59 years old) from the paraná coast and to the possible variables that lead to this self-aggression. **Methods:** The analysis is done with official data from IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) and the Ministry of Health following the classification of ICD categories 10 ((International Code of Diseases). **Results:** The numbers found on the coast of Paraná surprise and, even knowing the influence, of the recent demands of notification, these indexes become relevant for a study. The research shows that suicide rates in Paraná and Brazil are on a sharp rise, showing the importance of a more delicate view on this subject. There are still indications that only a small proportion of suicidal behavior reaches the care of health teams; there are correlations

¹ Graduanda de Administração Pública na UFPR Litoral.

² Doutor em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional de Blumenau e professor do Curso de Administração Pública na UFPR Litoral.

between psychiatric diagnoses and suicide, especially in cases of mood disorders and disorders related to the use of psychotic substances; the factor of living alone tends to increase the risk of suicide; in the coast of Paraná there is a higher incidence of suicide in males and in the age groups of 20-29 years and 40 -49 years and that the main means used for suicide are hanging (CID 10 - X70) and intoxication for the use or abuse of psychoactive substances (CID 10 - X64). **Conclusion:** Pictures of psychological distress and mental health are outstanding indicators and therefore deserve some attention in this study. It is understood that this knowledge helps in the prevention and management of these cases and that some more specific questions regarding the profile of people who comment on suicide and the influence that the seasonality of the coast has on these diagnoses need to be better investigated.

Keywords: depression; Suicide, health. young; adults.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o suicídio não apenas está entre as dez principais causas de morte em todas as faixas etárias, como também está entre as duas ou três causas mais frequentes de morte para o grupo de adolescentes e adultos jovens. “O Brasil é o oitavo país em número de suicídios no mundo”. Segundo Rodolfo Luis Kowalski em reportagem do Bem Paraná afirma que no Paraná estudos apontam um recorde no número de suicídios com dados de duas mortes ao dia, mas também tem índices maiores para homens que para mulheres em todos os municípios.

Segundo Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Centro de Epidemiologia (Curitiba, 2015), os dados podem ser subestimados, , para preservar a família ou por erro de diagnóstico, sendo que em muitas vezes os suicídios podem ser declarados no atestado de óbito como mortes por causas externas.

O suicídio ou lesão autoprovoçada, em termos históricos, tem longa data já tendo sido tratado como relevante no fenômeno social desde a Grécia Antiga e destacadamente no século XVIII. Estudos de Durkheim, principalmente em sua obra “O suicídio”, defendendo a tese do suicídio como cunho social, apontam o suicídio como resultado de pressão social e tem como fator de proteção a coesão social, ou seja, a relação saudável entre diversificados grupos de indivíduos (RIBEIRO E MOREIRA,2018)

Ribeiro e Moreira (2018) em uma análise do suicídio baseados na teoria de Durkheim,concluem que as redes sociais afetam a base comportamental por meio de mecanismos de acesso a recursos disponíveis na sociedade e por vínculos sociais na forma de engajamento, suporte e influência. Indiretamente estas colocações apontam os efeitos negativos da modernização e do individualismo na saúde mental dos indivíduos e reforçam que quando a perda de fatores sociais é minimizada e outros mecanismos de proteção social são aplicados há uma estabilização ou redução nas taxas de mortalidade por lesão autoprovoçada. Minayo e

Cavalcante (2010) trazem mesma afirmação a respeito da conectividade social e da participação na vida comunitária representarem medidas protetivas em relação ao comportamento suicida.

O Conselho Federal de Psicologia (2014, p. 25) relembra que as estatísticas da OMS colocam o suicídio como as dez principais causas morte no Brasil e com altos índices entre adolescentes e adultos jovens. Esse é um dado relevante ao considerar as fases de desenvolvimento humano, para as quais implica-se maior desenvolvimento da autonomia e responsabilidade, na adolescência e na juventude, ou seja, períodos da vida em que o indivíduo define sua ocupação, sua profissão, escolhe seu parceiro para viver e que apresenta maior vulnerabilidade de fatores e econômicos. Essa faixa etária pode ser representada por uma faixa significativa de indivíduos que não estão de bem com a vida, portanto, não têm uma boa qualidade de vida e isso interfere na relação com as pessoas com quem o indivíduo convive.

Segundo o Psicanalista e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, Marcos Vinícius Brunhari, citado em reportagem da Folha de Londrina (PRAZERES, 2014) sobre o tema suicídio entre jovens paranaenses: “Há um elemento que facilita esse entendimento, que é a presença do sofrimento psíquico. Ele é relacionado à condição humana, é um fator que não se reduz ao transtorno psiquiátrico e deve ser considerado em qualquer trabalho dirigido ao tema do suicídio”.

Para melhor compreender tem-se no século XXI uma redefinição do conceito de saúde mental acompanhando um novo paradigma de holisticidade da saúde. Para a OMS, definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças”. Dessa maneira, a saúde mental de uma pessoa se relaciona com a maneira que ela reage às exigências da vida e, ao mesmo tempo, ao modo que harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções ao longo dos vários momentos desafiantes da vida humana.

Para alguns teóricos o suicídio é considerado um transtorno de saúde do indivíduo podendo ser foco de intervenção dos diferentes profissionais que integram a Rede de Saúde Mental, a destacar a psiquiatria e a psicologia. A ampliação do conceito de saúde e a valorização da prevenção e promoção de saúde e da Atenção Primária em Saúde corrobora com a conceituação do suicídio como uma questão individual com causas sociais. Em tempo, é preciso considerar a correlação entre diferentes tipos de violência autodirigida conforme reforçam Minayo e Cavalcante (2010, p.751): “Para a OMS, a violência autodirigida se manifesta de duas formas: no comportamento suicida (por meio de pensamentos, tentativa e pelo suicídio consumado) e por meio de atos violentos provocados contra a própria pessoa, como é o caso das mutilações”.

Em meio a este contexto a morte por suicídio representa um sério problema de saúde pública. Normalmente causa grande comoção nas populações mais suscetíveis e um desconforto maior nas pessoas que residem em municípios menores. Estes últimos, por vezes, têm expressiva população de baixa e média renda e diversas carências na estruturação das políticas públicas. Por exemplo, rede de Saúde sem completude no seu quadro profissional e de equipamentos em funcionamento de maneira que encontra dificuldades em atender às demandas de saúde geral e mental das comunidades. Além disso, nem todos os profissionais sentem-se capacitados na abordagem dos casos relacionados a ideação e consumação de tentativa suicídio o que faz com que alguns casos possam ser manejados inadequadamente. Sobre este contexto os dados levantados serão analisados ao longo deste estudo.

Colocaria aqui seu objetivo: Exemplo: Dessa maneira o objetivo geral do estudo foi. Fazer levantamento e análise dos dados de mortalidade por suicídio (CID 10 X60 – X84) – lesões autoprovocadas intencionalmente de jovens e adultos (20 a 59 anos) e suas causas. Os objetivos específicos foram: como estão os registros dos comportamentos suicidas no litoral do Paraná? Suas causas tem correlações com diagnósticos psiquiátricos? Os índices de suicídio estão crescentes? Há predominância de gênero no suicídio? Quais os principais meios de suicídio mais utilizados segundo notificações no litoral do Paraná?

Material e Métodos

A pesquisa aconteceu na base de dados online de revistas científicas e estatísticas oficiais relacionadas ao Ministério da Saúde com os seguintes descritores: depressão, jovens/adultos, suicídio, saúde.

Num segundo momento estes dados foram refinados nas categorias: municípios do litoral do Paraná (Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná) e faixa etária jovens/adultos (20 a 59 anos) no período de 2008 a 2015.

Todos os dados foram extraídos de sistemas de informações governamentais como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e consideraram a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial de Saúde, nas categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente). Eles são relativos ao período de 2008 a 2015.

Num terceiro momento os dados foram confrontados com referencial teórico consolidando a pesquisa e os resultados apresentados no Paraná e Brasil.

Resultados e Discussão

O universo mental e as relações sociais, com suas muitas representatividades e vulnerabilidades representam a complexidade do que é saúde mental. Esta mesma saúde mental que não permitiria um processo de autolesão intencional. Historicamente houve uma dificuldade de definição de suicídio e foi com um olhar mais sociológico que o sociólogo francês Émile Durkheim definiu a existência de três tipos de suicídio: o egoísta (resultado de um processo de individualização e perda do sentido da vida – comprometimento na saúde mental), o altruísta (resultado de uma valorização maior da sociedade do que de sua própria vida – kamikazes e terroristas); e, o anômico (resultado de um colapso social – crise econômica). (KOWALSKI, 2017). Ou seja, o suicídio é um fato social e deve ser analisado dentro de contextos sociais:

“No final do século XIX Émile Durkheim revolucionou ao analisar o problema valendo-se de um olhar sociológico, abordando o suicídio como um fato social, uma doença de época cuja causa principal seria a anomia – um estado marcado pela falta de regulamentação, de normas, horizontes infinitos e tormento, enfim, a desordem social.” (KOWALSKI, 2017).

Ao longo de toda história e em todas as culturas o suicídio sempre se fez presente, contudo, até o século XXI ele não era devidamente registrado por notificações. Segundo esquema de Comportamento suicida ao longo da vida (Botega et al., 2005) as notificações/registros são bem menores do que as reais intenções. Detalhadamente, para cada 100 mil habitantes 17 pessoas que intencionam cometer, 5 realmente planejam o ato, 3 colocam o plano em prática e apenas 1 destes chega ao atendimento médico e é notificado.

Em seus escritos Bertolote *et al.* (2002) vai demonstrando as correlações os diagnósticos psiquiátricos e o suicídio. Disparadamente o Transtorno do Humor (35,8%) e o Transtorno por uso de substância psicoativa (22,4%) estão relacionados ao ato de lesão autoprovocada. Seguindo a estes, já em nível mediano de influência no ato, estão os Transtornos de Personalidade (11,6%) e a Esquizofrenia (10,6%). Os demais diagnósticos, entre eles o de ansiedade e transtorno de ajustamento, somam juntos 16,1% nos índices de correlação ao ato contra a própria vida. Por fim, 3,2% dos que cometeram suicídio não tinham nenhum diagnóstico na área de saúde mental.

Estudos de neurociências também enfatizam a relação do humor deprimido as possibilidade de atentados contra a própria vida usando bases teóricas da psicofisiologia da alteração de humor. Isto está relatado por Minayo e Cavalcante (2010, p.753) citando estudos

de Mann et al. (*Toward a clinical modelo of suicidal behaviour in psychiatric patients*, 1999) : “Mann *et al.* consideram que baixos níveis de serotonina podem estar associados a comportamentos agressivos e impulsivos de pacientes deprimidos que apresentam evidencia de tristeza, desesperança e ideação suicida”.

Há de se entender primeiro o que é um comportamento suicida:

“O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento”. (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014, p.09).

Segundo considerações da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) são considerados fatores de risco para o suicídio, em ordem de relevância: tentativa prévia de suicídio; doença mental; sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade; idade (algumas faixas etárias são de maior risco); gênero (óbitos por suicídio são em torno de três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres, sobretudo acima dos 30 anos de idade); doenças clínicas não psiquiátricas (em pacientes com câncer; HIV; doenças neurológicas, como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia; doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; doença pulmonar obstrutiva crônica; além de doenças reumatológicas, como o lúpus eritematoso sistêmico; eventos adversos na infância e na adolescência (maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar, entre outros fatores, podem aumentar o risco de suicídio); história familiar e genética (estudos de genética epidemiológica mostram que há componentes genéticos, assim como ambientais envolvidos); fatores sociais (quanto maiores os laços sociais em uma determinada comunidade, menores seriam as taxas de mortalidade por suicídio).

No Brasil são registradas em torno de 130 mortes por ano, das quais 62% são de homens que estão na faixa etária dos 15 aos 39 anos. Considerado uma epidemia mundial tem índices de impressionar, mesmo sabendo das possíveis subnotificações:

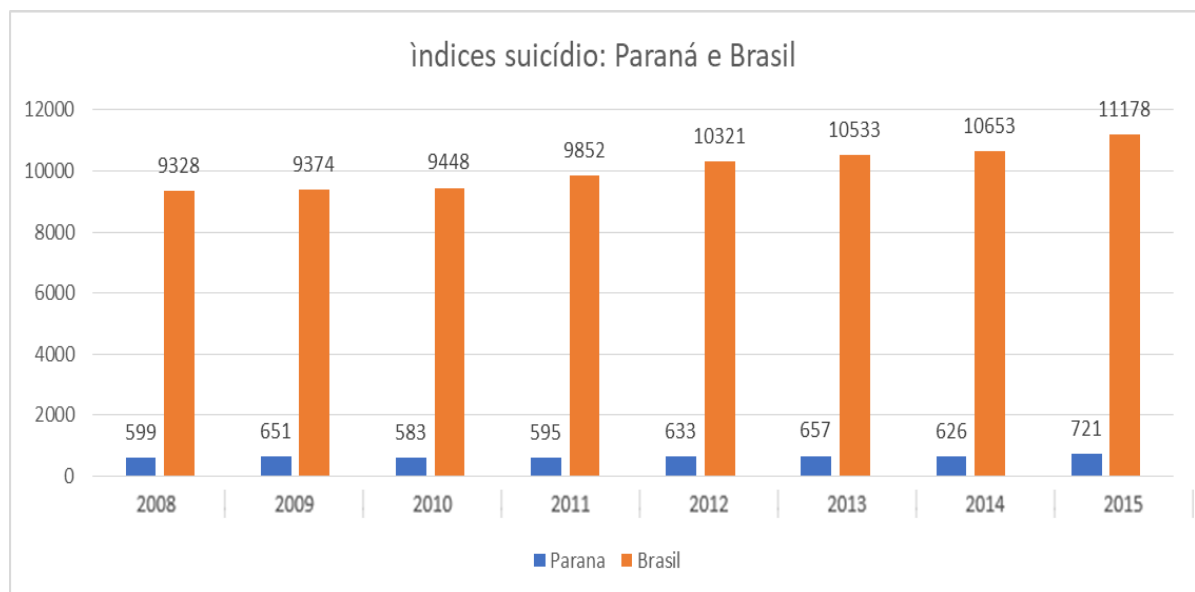
“Mais de um milhão de pessoas tiram a própria vida todos os anos no mundo. (...). Os países de baixa e média renda são os que têm a maior parte da carga suicida global, isso inclui o Brasil – cujo índice anual ultrapassou os nove mil em 2011. Estes locais estão relativamente menos equipados para impedir o suicídio, pois estão pouco capacitados para acompanhar a demanda crescente

que vai da assistência à saúde, em geral, até a assistência especializada em saúde mental”. (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 10).

Nos gráficos abaixo haverá informações detalhadas sobre o assunto, pois segundo Ribeiro, Castro, Scatena e Haas (2018) “o Brasil é o oitavo país em número de suicídios no mundo”.

Ainda em análises preliminares mostrou-se gritante no espaço territorial do litoral paranaense o modo crescente e de alto impacto de vulnerabilidade dos jovens e adolescentes em relação ao suicídio. No Paraná estudos apontam um recorde no número de suicídio com dados de duas mortes ao dia, com índices maiores para homens que para mulheres em todos os municípios.

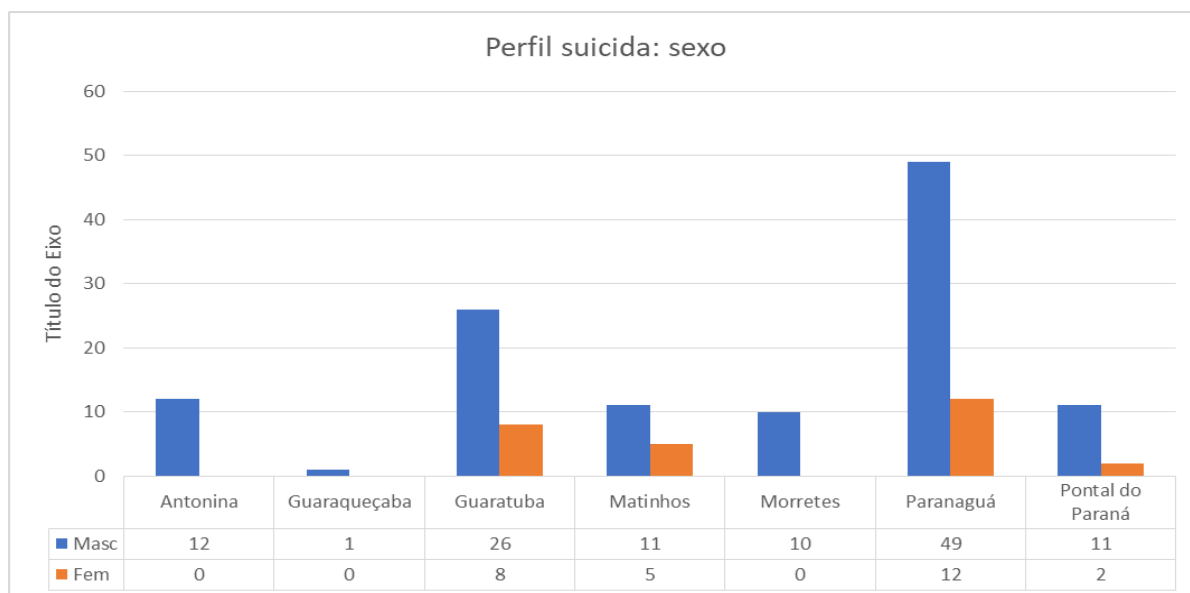
Gráfico 01: Números absolutos de suicídio entre 2008 a 2015 no estado do Paraná e no Brasil.



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

Conforme gráfico mostrado acima no período representado no Estudo o índice de crescimento no Paraná foi de 20,36% e no Brasil foi de 19,83%. Nota-se que os índices de suicídio no Paraná e no Brasil estão em uma crescente acentuada, mostrando a importância de uma visão mais delicada sobre esse assunto.

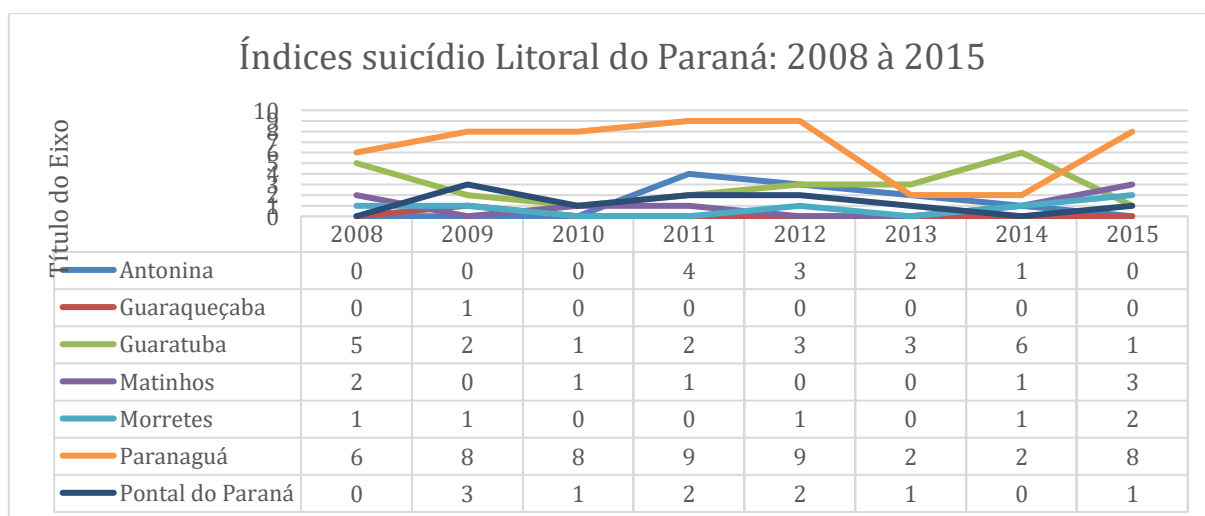
Gráfico 02: Números absolutos de suicídio entre 2008 a 2015 no litoral do Paraná por sexo



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

No Brasil, conforme dados coletados no DATASUS, os índices de óbito por suicídio são crescentes desde 2008. Em 2008, 2009 e 2010 os índices de suicídio nacional chegam perto da marca de 10 mil registros e tornam-se maior que este parâmetro após 2011. Regionalmente os índices de nosso estado se mantêm crescentes variando de 6 a 8 centenas em números.

Gráfico 03: Números absolutos de suicídio entre 2008 a 2015 no litoral do Paraná



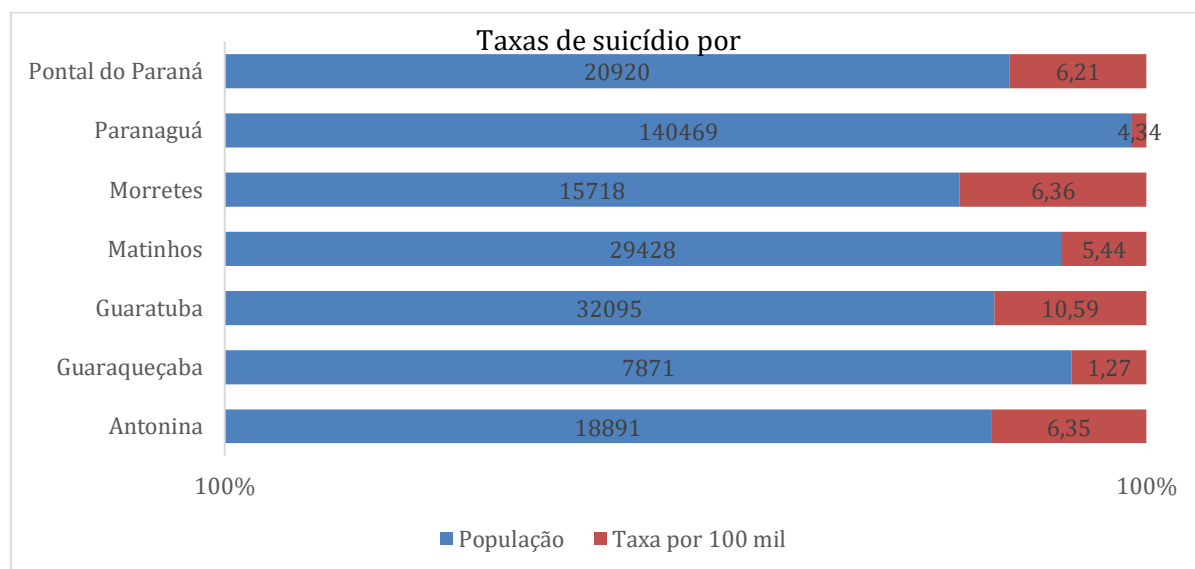
Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

Mais relevante nesta primeira tabela é que os índices em cinco dos sete municípios que compõem o litoral paranaense estão iguais ou maiores que os do Estado e do Brasil. Os

municípios de Antonina, Guaratuba e Morretes ultrapassam tanto o índice estadual quanto o nacional.

As notificações por lesões autoprovocadas no Brasil chegaram a um aumento de aproximadamente 1000% neste período. Por exemplo, dados do Viva Sinan/MS, mostram 2.319 notificações por lesões autoprovocadas em 2009 e 21.635 destas mesmas notificações em 2014.

Gráfico 04: Números de suicídio no litoral do Paraná por 100.000 habitantes.



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

Comparativamente temos no Paraná o índice de 6,33 por 100 mil habitantes enquanto o índice de mesma referencia no Brasil é de 5,48. O litoral tem índice maior que o do Brasil com uma realidade diferente entre os sete municípios, dados decrescente ao longo deste período, exceto para o município de Guaratuba. Mas ainda assusta os dados que entre os jovens o suicídio representa a terceira principal causa de morte nessa faixa etária no país.

“O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado um aumento de mais de 30% em jovens.” (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014, p.15).

No contexto da atualidade cabe análise e reflexões semelhantes em relação ao suicídio persuasivo efeito Werther, ou seja, nas supostas “brincadeiras” entre adolescentes (Baleia Azul, Jogos do Desmaio) que se popularizaram virtualmente a partir de 2014 e que, principalmente, afetam uma parcela vulnerável da população, os adolescentes, ainda em processo de

consolidação de identidade e suscetíveis a sugestões e desafios grupais. Não há regra geral, mas um número significativo deste público enfrenta algum tipo de sofrimento psíquico, inclusive com tendência suicida, nessa fase do desenvolvimento humano e, justamente por este motivo acabam se tornando mais vulneráveis a estas “brincadeiras” ditas como inofensivas.

Sobral Sanare (2017, p.29) destaca que “O suicídio encontra-se, na maior parte dos países, entre as dez primeiras causas de mortalidade, sendo mais comum entre adolescentes e adultos jovens, consistindo em um sério problema de saúde pública”.

E ainda, que em estudos científicos anteriores, triados brevemente em bases de pesquisas de artigos científicos, há nos próprios títulos de estudos uma relevância do suicídio com abuso sexual e outras formas de violência, uso de drogas, depressão, não heterossexualidade e risco sexual. Todas estas informações preliminares aguçaram ainda mais o interesse no aprofundamento desta pesquisa. Ribeiro e Moreira (2018, p. 2829) trazem dados a respeito:

“O risco elevado de suicídio na faixa de 18 a 24 anos para os que sofreram algum tipo de abuso sexual ou associado a uma série de exposições não controladas a drogas e sexo são elementos importantes para as políticas setoriais. Riscos associados a questões de gênero de caráter homoafetivo são evidenciados em estudo populacional, sendo os mesmos riscos observados quanto a classificação de depressão. Estes estudos mais específicos de base populacional revelam aspectos importantes para as explicações sociológicas por se remeterem a fatores comportamentais. Igualmente, os estudos ecológicos realçam a influência dos fatores socioeconômicos”.

Considerado o suicídio como um agravante de saúde pública é que vão sendo implementadas várias políticas públicas na área de Saúde Mental no Brasil. Dentre estas a mais recente foi publicada no corrente ano de 2019 e versa sobre as notificações relacionadas aos casos de Lesões Autoprovocadas (Filho et al., 2019, p 8):

“Considerando que o fenômeno do suicídio vem de forma agravante na saúde pública, que afeta a sociedade em todos seus aspectos e que pode ser prevenido com políticas públicas eficazes em todas as esferas governamentais, no início do ano de 2019 foi instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, Lei 13.819/2019, tornando obrigatório notificações compulsórias de forma sigilosa e rigorosa dentro dos todos ambientes de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares. Além das notificações, vem fortalecer a criação de um sistema em nível nacional onde os estados e municípios devem contribuir com a política criando meios de comunicação gratuitos, promover a saúde mental, controlar os fatores determinantes e condicionantes de saúde mental, dentre outros, tornando possível identificar a real situação de cada local e contribuindo para que medidas preventivas sejam realizadas”

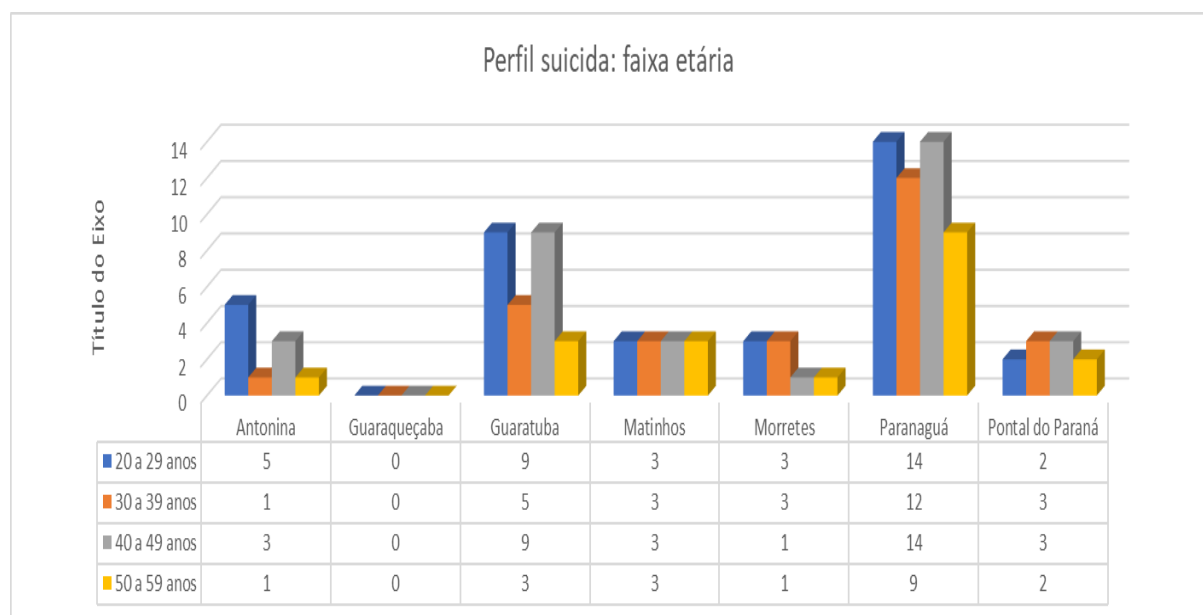
Souza (2007) ressalta Políticas Públicas como campo de conhecimento no qual são analisadas as ações do governo e, quando necessário, proposto mudanças nas direções tomadas. Essas três definições apontam a Política Pública enquanto intencionalidade de ação do governo. Nas Políticas Públicas a territorialização na atenção da rede psicossocial reporta a responsabilização pela demanda de determinada fatia populacional.

“Nesta perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um ‘lugar’ na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares”. (BRASIL, 2015, p. 9-10).

Pensando a relação saúde mental e índices de suicídio numa análise simples tem-se os seguintes dados do litoral paranaense.

Segundo dados de análise epidemiológica dos óbitos por suicídio compilados pela autora deste artigo confirma-se apontamentos estatísticos já mencionados anteriormente de que o Brasil, por ser um país populoso, está entre os dez países em números absolutos de suicídio, representando a terceira causa de morte na faixa etária entre 15 a 29 anos.

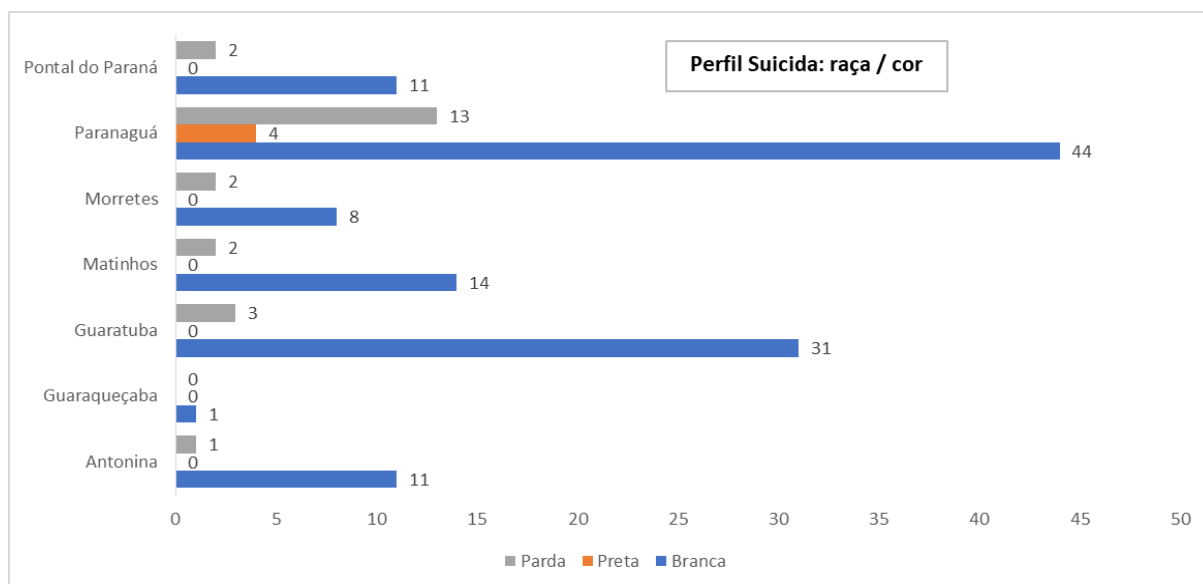
Gráfico 05: Números absolutos de suicídios por faixa etária



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

Em todos os municípios o número de suicidas do gênero masculino foi de pelo menos o dobro do feminino, grande maioria declaradamente de raça branca e a faixa etária de maior prevalência deste tipo de autoagressão foi a de 20 a 29 anos e de 40 a 49 anos como mostram os gráficos 5 e 6:

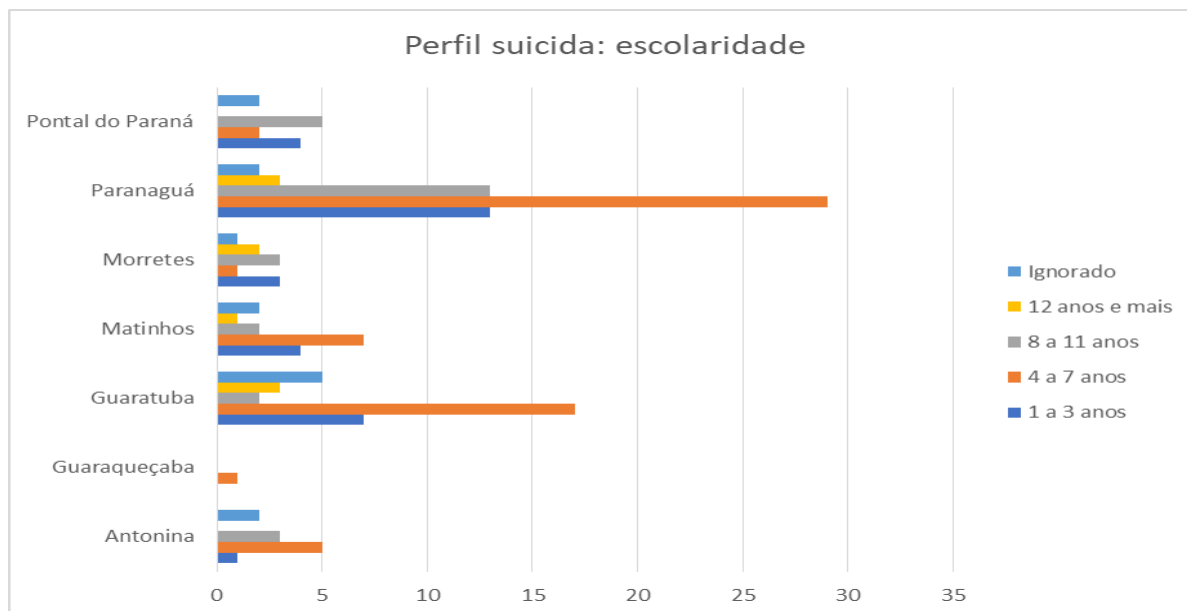
Gráfico 06: Números absolutos por raça/cor nos municípios do litoral do Paraná



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

Quanto à escolaridade e estado civil há predominância entre os solteiros com 4 a 7 anos de escolaridade (ainda do Ensino Fundamental) como mostra o gráfico 7 abaixo. Infelizmente não temos dados completos e suficientes para a importante discussão sobre a influencia da escolaridade no índice de suicídio no litoral do Paraná.

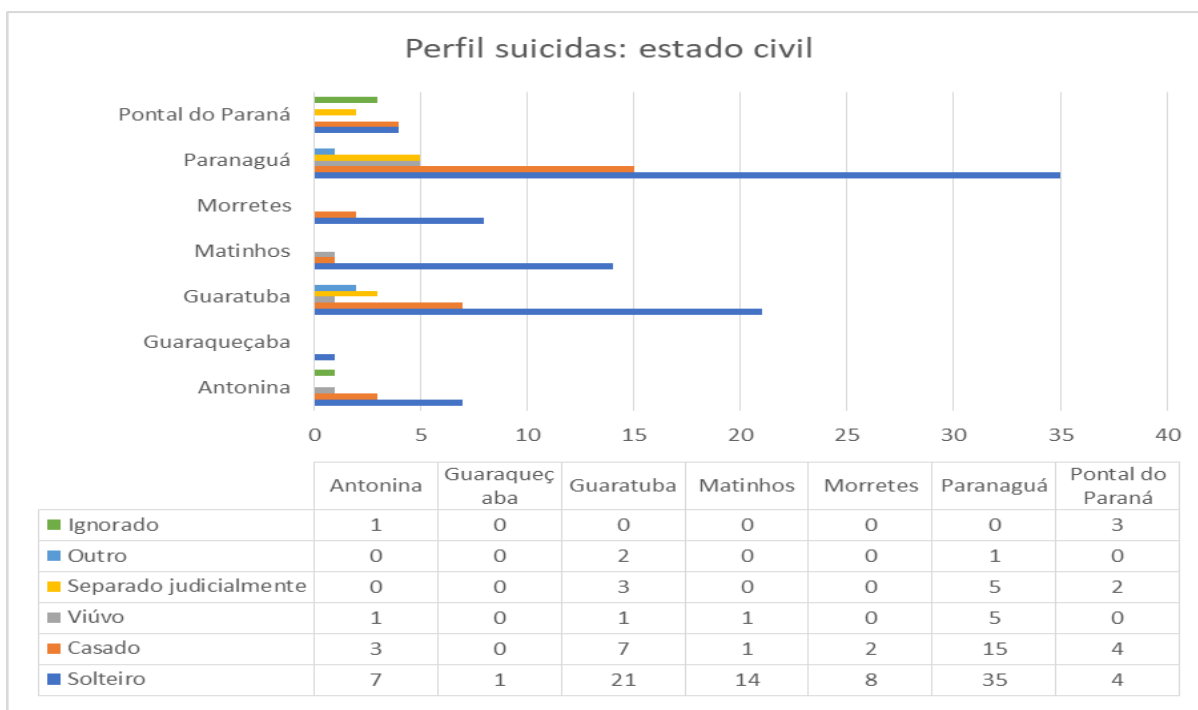
Gráfico 07: Números de suicídios por escolaridade no litoral do Paraná



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

Como em outros referenciais de pesquisa e de teoria o viver sozinho aparece como condicionante que aumenta o risco de suicídio: “Viver sozinho parece aumentar o risco de suicídio, com taxas mais elevadas entre indivíduos divorciados ou que nunca se casaram”. (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014, p. 22). No caso isto fica registrado apenas como um dado curioso pois a referencia é feita em relação condição civil da pessoa (solteiro) e mais estudos a respeito não foram suficientemente explorados para que possa ter relevância maiores discussões a respeito. Apenas Vidal CEL, et al (citado em Filho et al., 2019, pág.7) referem diversas pesquisas apontando maior índice de suicídio entre solteiros com a suposição dos solteiros serem mais vulneráveis aos abalos emocionais diante da ausencia de vínculos sentimentais (laços amorosos) e os casados terem menor índice de suicídio devido os vínculos do casamento reforçados pelos filhos.

Gráfico 08: Números absolutos de suicídios conforme estado civil no litoral do Paraná



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

No panorama sobre a temática suicídio de jovens/adultos em território brasileiro e paranaense foram importantes referenciais teóricos. Com múltiplas causas a mortalidade por suicídio tem como principais fatores: doenças mentais (transtornos de humor e esquizofrenia), traumas, transtornos de personalidade, bullying, desemprego, dor crônica e isolamento social. A lesão autoprovocada são por enforcamento, disparo de arma de fogo, precipitação de superfície elevada, autointoxicação e impacto de veículo automotor. A escolha do meio de atentar com sua própria vida parece estar relacionado ao grau de letalidade, ou seja, destacam-se como mais letais o enforcamento, a arma de fogo, a precipitação de lugares elevados e o persuasivo efeito Werther (óbitos por influência de divulgação na mídia).

Ao refletir e publicizar suas pesquisas acerca da mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil Cicogna, Hillesheim e Hallal (2019) afirmam que “o suicídio é um fenômeno complexo, de impacto tanto individual como coletivo, que ocorre por um convergência entre fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais e culturais, combinados com experiências de trauma e perda.”

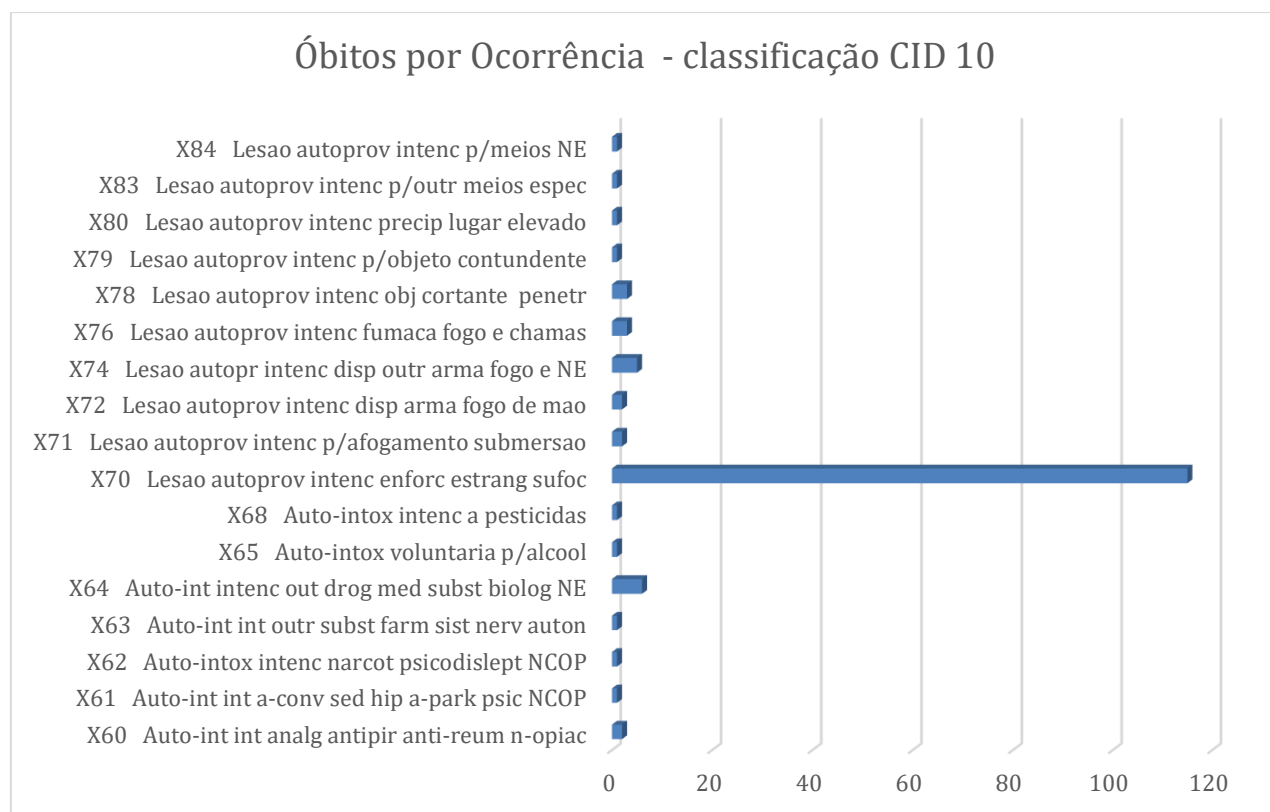
Por essa razão devemos colocar um olhar mais apurado sobre esse assunto que vem em um número crescente na sociedade. A psicóloga Raphaela Ropelato entrevistada por Kowalski (2018) conclui que “o aumento nos índices de suicídio refletem dois fatores: o aumento da

notificação e também a crescente do problema em decorrência de fatores externos como o estresse”.

Além disso, como afirma Wanzinack, Temoteo e Oliveira (2017, p.115) “o ambiente escolar é um lugar favorável e reconhecido a ações de promoção na área de saúde. As intervenções em ambientes escolares tende a ser mais eficientes e efetivas devido ao alto fluxo de adolescentes/jovens”. Apontamento relevante que considera a ampliação da efetividade das ações intersetoriais no contexto das Políticas Públicas. Setores como Educação, Saúde e Assistência Social e outros correlacionados podem atuar juntos como atores de Promoção e Prevenção de Saúde.

E numa última análise, a das causas segundo categoria CID-10 (estabelecido em 1993) o principal meio utilizado para atentar contra a própria vida foi o de enforcamento / estrangulamento / sufocamento:

Gráfico 09: Estatísticas de causa mortis conforme Classificação Internacional de Doenças (CID 10)



Fonte: SIM DATASUS, 2019 compilada pela autora.

Estas estatísticas em conjunto corroboram com outros estudos a respeito do tema apontando algumas questões a serem consideradas: Taxas de suicídio são mais elevadas no

gênero masculino; Na idade adulta, pela faixa etária de maior prevalência, pode estar relacionada à maturidade emocional e qualidade das vinculações sociais do indivíduo; Prevalece como meio de atentar contra a própria vida o enforcamento por seus altos índices de letalidade, fácil acesso e baixo custo; Questões socioeconômicas podem ser indicadores relevantes na taxa de homicídio (a considerar a sazonalidade de algumas áreas litorâneas e/ou o pequeno porte de outras destas cidades).

Atentos a todos estes dados existem instituições atuando na prevenção do suicídio. A que tem sede em diferentes unidades federativas e destaca-se no Paraná é Centro de Valorização da Vida (CVV) do terceiro setor e do setor público tem papel relevante o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e as ações da Atenção Primária em Saúde com as suas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sobrenome Filho et al. (2019, p.4) reforçam o papel da Rede de Saúde Mental ao reafirmar de Oliveira EFA, 2011:

“No processo de implementação da Política de Saúde Mental no Brasil, a partir da publicação da Lei nº 10.216 dispondo sobre um novo modelo assistencial de proteção e direito às pessoas portadoras de transtorno mental, pode ser observado um aumento progressivo de uma assistência em saúde mental extra hospitalar, de base comunitária, proporcionando aos portadores a oportunidade de serem reinseridos na comunidade e no seio familiar”.

Em Paranaguá, de 2017 a 2019, houve regulamentação de atendimento psicológico em algumas Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família apoiadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (extinto em 2020 pelo governo Federal), a qual cabia o papel de matriciamento e regulação dos atendimentos com base em estratificação de risco. Caso necessário, conta-se no litoral com 1 CAPS e os atendimentos hospitalares são direcionados ao Hospital Regional de Litoral. Tentativa e/ou ideação suicida são consideradas prioridades para atendimento.

Em reportagem da coluna bem estar do Jornal O Globo (MOREIRA, 2018) traz a afirmação do Ministério da Saúde de que “o risco de suicídio é reduzido em 14% em municípios com a presença de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”. Aqui salienta-se a importância das Políticas Públicas de Saúde Mental e suas intervenções dentro de uma Rede de apoio estruturada. Uma Atenção Primária em Saúde Mental (equipes das Unidades Básicas de Saúde e NASF com o Programa de Saúde da Família) tem papel fundamental na vigilância, promoção e prevenção dos quadros de doenças e sofrimento psíquico e, por conseguinte, nas situações que envolvem tendências e ideações suicidas. A Atenção Secundária em saúde mental (Ambulatórios, CAPS e Hospital Dia) são fundamentais na reabilitação psicossocial dos

usuários e reinserção na sociedade e por isso tem impacto importante na redução de agravos em Saúde Mental. Enquanto a Atenção Terciária (Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), por sua maior complexidade, tem função de estabilização do quadro de saúde mental do usuário para posterior reinserção social e continuidade do acompanhamento da Atenção Primária em Saúde.

Considerações Finais

Por todas as teorias e dados analisados fica claro que a taxa de suicídio tem-se elevado e que resulta de uma interação de fatores complexos: físicos, mentais, sociais, neurobiológicos e socioeconômicos. Em outras palavras, o suicídio é um tema complexo e multifatorial inerente a todas as classes sociais e gêneros e correlacionado a estigmas e problemas psiquiátricos.

Assim, há de se considerar que inúmeros fatores relacionados ao estigma social, aos valores familiares e religiosos e o medo de consequências civis e criminais levam a negação da oficialização do registro. Sendo assim, podem existir dados muitos maiores dos que os oficialmente encontrados nos sistemas de informações. E, acredita-se que a ampliação do conhecimento acerca do perfil epidemiológico do suicídio, ao esclarecer os efetivos fatores de risco, na região possibilita a organização de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas.

Medidas de prevenção e promoção da Saúde Mental assim como de reabilitação são fundamentais para mudar esse cenário. Existem políticas públicas bem formuladas que devem ser utilizadas na prevenção do suicídio. A existência de CAPS podem ser uma alternativa de implementação Políticas Públicas de Saúde Mental, atrelados a uma Atenção Primária fortalecida com equipe multi interprofissional, pautada na prática de matriciamento e Projeto Terapêutico Singular, de maneira a minimizar internações hospitalares, embora muitas vezes as mesmas ainda sejam necessárias. Mas não Políticas de Saúde podem ser agentes de prevenção de suicídio, as Políticas de Educação e Assistência Social também favorecem as intervenções e aplicadas enquanto ações de Rede ampliam a resolutividade das ações. Com estas considerações ressalta-se a necessidade de se quebrar o tabu do suicídio entre as pessoas e deixar de ser proibido ou visto como uma pessoa fracassada, é importante a orientação sobre as formas de doença que levam ao suicídio e a prevenção vinculada à família e ao município.

Pelas estatísticas fica demonstrado que as cidades litorâneas do Estado do Paraná apresentam vulnerabilidade no que tange o tema suicídio e por isso merecem maior atenção da Políticas Públicas de Saúde Mental e na quebra dos estigmas relacionados ao tema abordado neste artigo.

Algumas questões ficam para serem melhor exploradas em levantamento e análise de dados em futuras pesquisas: sobre os números e notificações e sobre o viver sozinho como fator que favorece o comportamento suicida.

Qual será o real aumento absoluto nos índices de suicídio e/ou o quanto este aumento está relacionado a uma forma mais organizada de levantamento de dados através de notificações? Quais as condições da colocação “solteiros” relaciona-se ao suicídio? Aqueles (as) que vivem sozinhos (as)? Aqueles (as) que tinham a expectativa de formar família? E um dado que não tem muitos detalhes na coleta de dados consultada e que chama atenção é se a escolaridade pode ser um fator protetivo em relação ao suicídio? Neste mesmo sentido fica a pergunta se a sazonalidade, característica comum do litoral do Paraná, pode ter correlações com o índice de suicídio?

Referências

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir** / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014, 52p.

Bertolote JM, Fleischmann A. **Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective**, 2002.

Brasil, 2019. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Disponível em <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-abril-de-2019-85673796> . Acesso em 10 de setembro de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1.271, de 24 de junho de 2014**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014. 9(108): seção I, p. 67.

Botega NJ, D'Oliveira CF, Cais CF, Stefanello S. **Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade**. São Paulo: Unicamp, 2009.

Centro de Epidemiologia Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Perfil da Mortalidade por suicídio no Município de Curitiba 2015**. Disponibilizado em ambiente virtual pelo Departamento de Saúde Mental de Curitiba. Acesso em Junho de 2019.

Cicogna, Júlia Isabel Richter; Hillesheim, Danúbia; Hallal, Ana Luisa de Lima Curi. **Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 200 e 2015**. J. Bras. Psiquiatr., vol. 68, no.1 Rio de Janeiro. Jan/Mar 2019. Epub May 13, 2019. www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852019000100001&script=sci_arttext&ting=pt acessado em Julho de 2019.

Conselho Federal de Psicologia **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 152p.

Durkheim E. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Filho Erivaldo da Silva Soares; Correia, Ludmilla Carolinne Santana; Lima, Patricia Rogalski; Gomes, Helierson; Jesus, Andrielly Gomes de. **O suicídio no Estado do Tocantins**. Revista Eletronica Acervo Saude/ Electronic Journal Collection Health, vol 11 (12), 2019, p.1-9.

Kowalski, Rodolfo Luis. **Paraná registra sete suicídios a cada quatro dias**. Coluna Bem Paraná, 21/09/2017. www.bemparana.com.br/noticia/parana-registra-sete-suicidios-a-cada-quatro-dias-#.XNHP9-hKiUk acessado em maio de 2019.

Kowalski, Rodolfo Luis. **Paraná registra recorde de suicídios; são pelo menos dois casos por dia**. Portal Bem Paraná, 12/08/2018. <https://www.bemparana.com.br/noticia/parana-registra-recorde-de-suicidios-sao-pelo-menos-dois-casos-por-dia#.Xk-feWhKjIV> acessado em julho de 2019.

Minayo, Maria Cecília de Souza; Cavalcante, Fátima Gonçalves. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura**. Revista de Saúde Pública 2010, 44 (4): 750-7.

Moreira, Braitner. **Suicídios aumentam 2,3% em 1 ano, e Brasil tem 1 caso a cada 46 minutos**. Dados foram apresentados pelo Ministério da Saúde nesta quinta-feira. Presença de Centros de Atenção Psicossocial reduz risco de morte. Coluna Bem Estar, Jornal O Globo, 20/09/2018. <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/09/20/suicidios-aumentam-23-em-1-ano-e-brasil-tem-1-caso-a-cada-46-minutos.ghtml> Acessado em Julho de 2019.

Prazeres, Diego. **Um drama paranaense – Em um ano, suicídio entre jovens cresce 17% no PR**. Folha de Londrina – O Jornal do Paraná. Londrina, 02 de agosto de 2014. <https://www.folhadelondrina.com.br/reportagem/um-drama-paranaense---em-um-ano-suicidio-entre-jovens-cresce-17-no-pr-889144.html> acessado em julho de 2019.

Ribeiro, José Mendes; Moreira, Marcelo Rasga. **Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil**. Ciencia & Saúde Coletiva, 23 (9): 2821 – 2834, 2018.

Ribeiro, Nilva Maria; Castro Sybelle de Souza; Scatena, Lucia Marina; Haas, Vanderlei José. **Análise da Tendência Temporal do Suicídio e de Sistemas de Informações em Saúde em relação às Tentativas de Suicídio**. Texto Contexto Enferm, 2018, 27 (2):e2110016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016> . Acessado em Outubro de 2019.

Sanare, Sobral. **Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio**. V.16 Suplemento n.01, p.29-34, 2017.

Wanzinack, Clovis; Temoteo, Andreia; Oliveira, Adriana Lucinda de. **Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015**. Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar, Matinhos, v.10, n.2, p. 106-117, jul.-dez.2017, ISSN1983-8921.