

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLÁVIA CORADO ARAGÃO

DEPRESSÃO E A IDEAÇÃO SUICIDA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLÁVIA CORADO ARAGÃO

DEPRESSÃO E A IDEAÇÃO SUICIDA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Bruna Moretti Luchesi

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **DEPRESSÃO E A IDEAÇÃO SUICIDA: UMA REVISÃO DA LITERATURA** de autoria do aluno **FLÁVIA CORADO ARAGÃO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Ms. Bruna Moretti Luchesi
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que nos deu o dom da vida, que fizeste nos livres e dotados de capacidade de entender, pensar, descobrir, criar e até mesmo, questionar tudo a nossa volta. Não há, pois, melhor definição para seu ato que amor, nem melhor nome para chamá-lo que Pai. Obrigada, Pai pela dádiva dessa conquista, pela inteligência, perseverança e fé, pela determinação e oportunidade me fazendo sentir motivada em prosseguir cada vez mais, pois creio que estivesse sempre presente ao meu lado me abençoando, guiando e iluminando.

Aos meus pais, minha amada e admirável mãe Avelice, ao meu amado e querido Pai Newton, pelo incentivo, pela força, pelo apoio, amor, carinho nos momentos de angústia, compreensão nos momentos difíceis, pelas dificuldades vivenciadas a cada encontro semestral me fazendo sentir forte para continuar em frente e acreditar que sou capaz, vocês me ensinaram o verdadeiro sentido de uma família de união e perseverança.

Agradeço em especial ao meu namorado Waltervan pela força, paciência, compreensão, cumplicidade e apoio em mais conquista alcançada com seu suporte e companheirismo.

Agradeço minha adorada Amiga Fabia pelo apoio, incentivo, pela auxílio no término do projeto por acreditar na minha capacidade que eu poderia ir além do que imagina. Minha imensa gratidão!

A minha Professora Orientadora a Dra. Bruna Moretti Luchesi pela atenção, por sempre disponibilizar e dedicar parte do seu tempo em me orientar, pelas ideias, críticas, incentivo, pela construção do meu aprendizado e sugestões que contribuíram para realização deste trabalho e para meu crescimento pessoal e profissional Obrigada!

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indiretamente para a concretização de mais um passo importante na minha trajetória profissional, contribuindo para uma práxis humanizada e holística capaz de promover transformação e melhoria na Assistência de Enfermagem, minha eterna gratidão!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	12
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

RESUMO

Objetivo: identificar a associação entre a depressão e o risco de suicídio na população brasileira, assim como identificar os fatores associados ao risco de suicídio nos pacientes portadores de depressão. **Método:** estudo transversal de revisão da literatura, através de bancos de dados *Medline, Scielo, Lilacs e Birene*, no período 2005 a 2013. **Resultado e Análise:** foi possível identificar algumas tendências como: há um número reduzido de artigos que discutem o suicídio e o quadro depressivo. Alguns autores defendem que o suicídio pode ser resultado de um sentimento de falha e inutilidade social. Sentimentos estes que se refletem tanto na população idosa quanto adolescente e jovem. As estatísticas de suicídio distribuem-se desigualmente pelo mundo, pelos países, entre os sexos, grupos de idade e modo de perpetração. As TM por suicídio no Brasil apresentam crescimento significativo ao passar de 3,5/100.000 habitantes em 1991 para 4,0/100.00 em 2000. Os suicídios têm representado 0,6% no total de óbitos e correspondem a 5,6% das mortes por causas externas. Estudos realizados em diferentes cidades do Centro-Sul brasileiro indicam uma tendência de aumento na taxa de mortalidade por suicídio e a importância sobre a mortalidade masculina. O Rio Grande do Sul teve a maior taxa de óbitos por suicídio (10,5/100 mil), seguido por Roraima e Mato Grosso do Sul com 8,4/100 mil. **Considerações finais:** as pesquisas sobre comportamento suicida possuem um caráter mais pragmático, que apesar de pesquisar os fatores claramente associados ao suicídio, não conseguem oferecer uma amarração teórica consistente para os achados.

Palavras-chave: depressão, suicídio, epidemiologia, fatores associados, índice, tentativas.

1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm revelado que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que esses números têm aumentado de modo progressivo (MOLINA et al.; 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2000 a depressão foi a principal causa de incapacidade e o quarto fator contribuinte para a carga global da doença. Já no ano de 2003 o número de mortes por suicídio girou em torno de 900.000, o que representa uma morte a cada 35 segundos (BRASIL, 2006).

Segundo Nardi (2000), no Brasil existem aproximadamente 54 milhões de pessoas que em um determinado momento de suas vidas terão algum tipo de depressão, sendo 7,5 milhões terão episódios agudos e graves, muitas com risco de suicídio.

A depressão é um transtorno do humor grave e frequente, que ocorre em todas as faixas etárias, compromete toda a vida familiar, laboral e social do paciente, destrói famílias, carreiras e relacionamentos, reunindo várias das principais características de uma prioridade de Saúde Pública. Ela é prevalente, altamente incapacitante, comprometedora da saúde física, piora a qualidade de vida, elevando os custos nos serviços públicos de saúde (NARDI, 2000).

Diversos estudos (BURIOLA et al.; 2011, SOUZA et al.; 2011) comprovaram a existência de alguns fatores associados ao suicídio, como a dificuldade em elaborar perdas passadas, desestruturação e desajustes familiares, alienação social provocada pela própria pessoa ou por outros indivíduos, violências e as doenças mentais e problemas socioeconômicos entre outros. Nesse sentido, baixa escolaridade e pobreza, viuvez, perda de uma pessoa querida, separação afetiva, desentendimentos com familiares ou amigos, divórcio e solidão das grandes cidades são considerados fatores ou circunstâncias que podem aumentar o risco de suicídio por serem produtores de estresse, bem como outros, que incluem religião, problemas legais, desemprego e trabalho, especialmente o agrícola.

O uso abusivo de álcool e drogas, disponibilidade dos meios para efetuar o ato suicida, violência física e/ou sexual na infância, isolamento social, baixo suporte social e familiar, baixa qualificação profissional, histórico de tratamento psiquiátrico e distúrbios psíquicos (depressão, esquizofrenia ou falta de esperança) podem, ainda, ser contributivos para o aumento de risco e a consumação da tentativa de suicídio (SOUZA et al.; 2011).

No Brasil, os meios mais utilizados na prática do suicídio, entre os anos de 1980 e 2006 foram enforcamento (51,7% a 56,2%), armas de fogo (13,4% a 16,6%) e o envenenamento (4,8%

a 7,5%). Entre as formas mais raras estão a queda de altura (1,7% a 2,8%) e a carbonização parcial por chamas (2,6 %) (MINAYO et al., 2012). Estes dados são semelhantes de um estudo realizado em dez municípios brasileiros, com intuito de analisar 51 casos de suicídio de idosos visando conhecer a interação de variáveis associadas ao fenômeno. O enforcamento, nesse estudo, foi o meio mais utilizado para o suicídio tanto por homens (65%) quanto por mulheres (72,7%), seguido de armas de fogo (20%) e envenenamento (10%) em homens. Entre as causas menos frequentes, houve uma morte de homem por facada no peito e outra por afogamento; e dois de mulheres por chamas e um por queda de altura (CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

Dados da OMS em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos sofriam algum transtorno mental, sendo 35,8% de transtorno de humor, entre os gravemente deprimidos 15% suicidaram (BRASIL, 2006).

O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio, entretanto dados de várias regiões do país evidenciam taxas de suicídio consideradas moderadas e elevadas, segundo os critérios da OMS. Os maiores coeficientes de suicídio estão nos estados do sul do país e, recentemente, aumentaram na região Centro-Oeste (CONTE et al.; 2012).

Devido o crescente número de portadores de Depressão com risco de tentativas de suicídio no país, se faz necessário e imprescindível o reconhecimento dos sinais e sintomas dessa comorbidade, a fim de obter uma anamnese significativa, avaliação precisa e identificação em tempo hábil para que se possa realizar manejo adequado das situações de crises e surtos, prevenindo as tentativas e o risco de suicídio.

Da mesma forma, deve-se ressaltar a importância da avaliação dos fatores de risco associados. Uma vez que, desencadeados os sintomas, corre-se o risco de suicídio com rápidas e significantes transformações do quadro clínico, e que necessitam de cuidados específicos que gerem prognóstico e qualidade de vida.

A identificação eficaz e o reconhecimento dos sinais e sintomas depressivos possibilitarão a obtenção de dados significativos na construção de diretrizes e protocolos de atendimento, que contribuirão para promover um julgamento clínico capaz de proporcionar suporte para decisões clínicas com estratégias e ações de saúde. O resultado disso seria um tratamento adequado integrando e reabilitando o paciente a novos estilos de vida, favorecendo a manutenção da saúde, tornando-os independentes e autônomos nos cuidados básicos necessários.

Isso se mostra relevante, uma vez que profissionais capacitados adequadamente para as situações de crises e surtos psiquiátricos diminuem o agravamento do estado de saúde, a remissão de

novas internações e conseqüentemente os prejuízos funcionais, que deterioram o estado de saúde e qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem estar aptos para a detecção precoce dos sintomas e fatores associados. A identificação destes fatores possibilita estratégias de prevenção primária, uma vez que aborda estágios prévios para estabelecimento da doença mental, possibilitando traçar um perfil, plano de tratamento, reabilitação e a integralidade dos seus direitos plenos de cidadãos.

Assim, a obtenção de informações, cooperará para a implementação de diretrizes em saúde, para o planejamento de ações em conjunto entre os profissionais de saúde e principalmente, para o direcionamento de cuidados específicos nas tentativas de suicídio. Além disso, contribuirá para o desenvolvimento de fontes permanentes de pesquisa e educação, no sentido de evitar a progressão sintomática dessa patologia.

Essa pesquisa possui objetivo de identificar a associação entre a depressão e o risco de suicídio na população brasileira. Nessa perspectiva, esse estudo propõe ao desafio de avaliar o índice de depressão na população brasileira, assim como identificar os fatores associados ao risco de suicídio nos pacientes portadores de depressão.

Dessa forma, esse estudo pretende contribuir para enriquecimento e aprimoramento dos profissionais de saúde sobre depressão, promovendo um atendimento holístico e humanizado, garantindo ao indivíduo informação, independência e autonomia do seu estado psíquico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A elevada e crescente prevalência de depressão em populações de todos os continentes e os graves impactos que produz, configura a doença como um dos mais sérios problemas de saúde pública. A distribuição de sua prevalência ocorre de maneira desigual na população, é mais comum entre as mulheres (13,4%) do que os homens (8,3%), os mais jovens, os mais desprivilegiados economicamente e os que vivem sem companheiro/a (BOING et al.; 2012).

Em conjunto com isso, o suicídio ocupa um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais que provocam impacto sobre a saúde pública no mundo. Segundo informações da OMS, estima-se que se suicidaram 815 mil pessoas no ano de 2000, o que representa uma taxa de mortalidade de aproximadamente 14,5 em cada cem mil, uma pessoa a cada 40 segundos (BRASIL, 2005).

No Brasil, 24 pessoas morrem diariamente por suicídio, sendo que essa informação acaba por não ser divulgada. Assim, o impacto do suicídio é obscurecido pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito (NARDI, 2010; CHACHAMOVICH et al.; 2009).

Embora o Brasil apresente uma taxa geral de suicídios considerada baixa pela OMS, os dados identificados entre os anos 1994 e 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada como os do Leste Europeu, Lituânia, Rússia e Belarus. As taxas menores são encontradas nos países latino-americanos e em algumas regiões da Ásia, porém é notável uma ascensão nos coeficientes de suicídio nos estados do Sul, e um aumento na região Centro-Oeste (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; CONTE et al.; 2012).

Em Itabira, município com cerca de 100.000 habitantes as taxas de suicídio são mais elevadas do que as da população brasileira, o total de mortes por suicídio em um estudo realizado entre o período de 1990 e 2001 foi de 64, dos quais 54 homens e 10 mulheres, numa média de 5,3 casos por ano (SOUZA et al.; 2006).

Um estudo foi realizado em Florianópolis-SC para verificar a frequência de ideação suicida e os sintomas depressivos associados nos pacientes internados em enfermarias de clínica médica. Este estudo possuiu uma amostragem de 1.092 sujeitos, na qual 79 (7,2%) apresentaram ideação suicida. Foi observado que alguns sintomas estavam presentes em intensidade de moderada a grave, a citar: tristeza, sensação de fracasso, perda do interesse nas pessoas e insônia,

sendo um alerta para investigação de presença de ideação suicida (STEFANELO; FURLANETTO, 2012).

Em uma pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre-RS com adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos, totalizando uma amostragem de 526 adolescentes, 36% apresentaram ideação suicida. Destes, 36% também apresentaram sintomas de depressão e 28,6% de desesperança de moderada a grave (BORGES; WERLANG, 2006).

Em Pelotas-RS foi realizado um estudo com uma amostra de 1560 jovens de 18 a 24 anos. Desses, 72 (36,7%) apresentavam episódio depressivo maior, 48 (31,6%) tinham transtorno de ansiedade generalizada e 75 (37,7%) transtorno bipolar. No estudo, foi apontada a prevalência de risco de suicídio entre os jovens de 8,6% (ORES et al.; 2012).

No município de Independência-CE realizou-se um estudo de casos incluindo as tentativas e óbitos por suicídios ocorridos no ano 2005. No estudo, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 23/100.000 habitantes e os principais sinais e sintomas apresentados pelas vítimas antes da prática da tentativa de suicídio foram depressão, isolamento, tristeza profunda, insônia, anorexia, nervosismo, vontade de chorar e agressividade (PORDEUS et al.; 2009).

Outro estudo foi realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Pelotas-RS, composto por uma amostragem de 1.069 indivíduos, para a identificação de pacientes com depressão. A prevalência de depressão entre os usuários destas UBS foi de, 23,9% (n=256) e 14,9% dos entrevistados apresentaram risco de suicídio (MOLINA et al.; 2012).

Mais um estudo foi realizado com todos os casos de suicídios registrados no Instituto Medica Legal (IML) do município de Tubarão, SC, nos anos 2001 a 2005, representando a região Amarel, composta por 17 cidades. Nesse, ao todo, foram registrados 98 casos de suicídios. No ano de 2001 foram registrados 19 casos com uma incidência 19,4%, com coeficiente de 6,14 % para 100.000 habitantes, já no ano de 2002 houve 14 casos com incidência 14,3%, ocorrendo uma diminuição e nos anos consecutivos houve uma ascensão gradual obtendo-se 16 casos com incidência 16,3% no ano de 2003, 23 casos com incidência 23,5% em 2004 e 26 em 2005 com incidência 26,5%, atingindo uma taxa media de mortalidade por suicídios de 7,9 por 100.000 habitantes nos cinco anos estudados, os números de suicídio ficaram acima da media brasileira de 4 a 6 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes (VIANA et al.; 2008).

Na cidade de Erechim-RS, um estudo realizado com escolares adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, composta por uma amostragem de 204 adolescentes. Destes 65 (31,9%) apresentaram ideação suicida, dessa forma apresentaram taxas de depressão leve 6,9%, moderada

10,3% e grave 4,9%. Nesta amostra, estão associadas à presença de ideação suicida e depressão possuindo uma razão ou chance 12 vezes maior de desenvolver ideação suicida, quando comparado com adolescentes que não tem depressão (BORGES; WERLANG, 2006).

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de revisão da literatura. A busca foi realizada em bancos de pesquisas científicas em saúde *Medline*, *Scielo*, *Lilacs* e *Bireme* através do uso de palavras-chave, restringindo-se os anos de busca de 2005 a 2013. Não se limitou ao tipo de publicação. Utilizaram-se as seguintes palavras-chave: depressão, suicídio, epidemiologia, fatores associados, índice, tentativas. Foi realizada uma pesquisa cruzando-se o termo depressão com suicídio e demais termos mencionados. Encontrou-se 71 publicações e 04 manuais de saúde. O objetivo foi fazer uma revisão simples e de fácil consulta. Dessa forma, os artigos e foram selecionados com base na leitura dos resumos.

A partir do levantamento do material foi realizada uma leitura exploratória, visando verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa. Após a leitura exploratória procedeu-se à determinação do material que de fato interessou à pesquisa, caracterizando, assim, a leitura seletiva.

Posteriormente, foi realizada uma leitura analítica para ordenar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitaram a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. Em seguida, foi desenvolvida a leitura interpretativa do material selecionado com o objetivo de relacionar o que cada autor afirma sobre o problema para o qual se propõe uma solução. Os critérios de inclusão foram: serem publicados nos últimos seis anos e responderem aos objetivos do estudo. Foram excluídos os anteriores a 2005 ou que não respondiam aos objetivos. A seguir, os dados apresentados foram submetidos à análise de conteúdo. Posteriormente, os resultados foram discutidos com o suporte de outros estudos provenientes de revistas científicas e livros, para a construção do relatório final e publicação do trabalho.

Ademais, vale aqui ressaltar, este foi um estudo inicial que trouxe inúmeros questionamentos que devem serem explorados em pesquisas futuras.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Nos últimos seis meses ao se buscar as Bases de Dados Virtuais em Saúde, tais como a *LILACS, MEDLINE e SCIELO*, utilizando-se as palavras-chave: depressão, suicídio, epidemiologia, fatores associados, índice, tentativas de suicídio. Foi possível encontrar um número reduzido de artigos que tratam sobre a temática depressão e risco de suicídio 06. Tal número abreviado de publicações compendiou as possibilidades de visões sobre este tema, entretanto trouxe um importante dado para esta discussão: pouco se fala sobre a associação entre depressão e suicídio.

Este discurso escasso sobre uma temática que pesquisas demonstram possuir repercussão nacional (9.448 óbitos por suicídio no ano de 2010) pode representar um despreparo profissional para lidar com estes indivíduos fragilizados (BRASIL, 2010). Como pouco se fala sobre o assunto, poucos saberão agir frente a ele.

Entre os textos estudados, apenas um articulava a atuação do enfermeiro frente aos casos. Neste ponto, torna-se interessante aqui relatar sobre a atuação humanizada que este enfermeiro precisa apresentar.

Considerando as diversas possibilidades de atuação do enfermeiro, cabe a ele melhor compreender o paciente e sua família como um todo; para isto, precisa estar adequadamente preparado, ser ouvinte atencioso e fornecer suporte profissional e pessoal com vistas a diminuir o sofrimento, angústia e desespero vivenciados por essa família ser refletido na formação do profissional que lida com algo tão singelo como a vida (BURIOLA et al., 2011, p.711).

Frente ao paciente e a própria família deste torna-se fundamental que o profissional de saúde assuma uma postura que vai além da mera rotina assistencial. O profissional de saúde precisa estar preparado para minimizar o sofrimento e a angústia frequentes no paciente e nas famílias acometidas e, para isso, precisa ter o mínimo conhecimento da psiquiatria, controle emocional, dinâmica nos atendimentos e uma visão holística.

Muitas vezes a autodestruição pode estar relacionada a uma insatisfação com a vida, com um humor deprimido na maior parte do tempo e ou uma perda de interesse ou prazer pelas atividades (anedonia). Podendo também causar insônia ou hipersonia; perda ou ganho de peso (aproximadamente 5% em 1 mês); agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; auto-depreciação (inutilidade) ou culpa excessiva; redução da capacidade de concentração,

lentidão de pensamento ou indecisão; ideias recorrentes de morte ou suicídio. Ao apresentar cinco destes sintomas o sujeito, segundo o Manual Diagnóstico e Estatísticas de Transtornos Mentais volume 4 (DSM-IV), configura-se como um portador de um quadro depressivo.

A depressão é um transtorno do humor que eleva a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, sendo um importante problema de saúde pública na medida em que inclui tanto a incapacidade individual como problemas familiares em decorrência da doença. Tais fatos somam-se aos custos financeiros, à alta taxa de utilização de serviços de saúde e a diminuição da qualidade de vida (LEITE et al., 2006).

Segundo Chachamovich et al. (2009), a associação entre o quadro clínico de depressão maior e comportamento suicida tem sido vastamente descrita por diversos autores. Tais achados, de acordo com estes autores, parecem ser confirmados em diferentes estudos epidemiológicos sobre a associação entre depressão e o risco de suicídio. Do ponto de vista estudado é possível afirmar que “a depressão é a principal entidade nosológica associada a tentativas de suicídio, à ideação suicida e a planos suicidas”.

Conceitualmente, o suicídio pode ser definido como “o ato intencional de tirar a própria vida, iniciado e levado a cabo, por uma pessoa com conhecimento ou expectativa de resultado fatal” (VIEIRA et al.; 2009, p.1826). Deste ponto de vista, é possível afirmar que ele se configura como uma ação consciente de autodestruição que envolve a tríade: *vontade de morrer, de ser morto e de matar*. A OMS classifica o suicídio como uma violência auto infligida. Segundo Vieira et al. (2009), embasados na discussão da OMS, o delimita como um ato humano em que o indivíduo é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto desse fenômeno complexo, este ato abarca o interjogo de inúmeras variáveis do cotidiano e remete o indivíduo à ideia máxima da violência, ou seja, o *assassinato de si próprio*.

A violência auto infligida ocupa um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais que provocam impacto sobre a saúde pública no mundo. No conjunto das autoagressões, as auto-infligidas são a principal causa de mortes em vários países (a grande maioria dos países da Europa e quase que completamente a Ásia). Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2005), dos 15 aos 44 anos, as lesões e os traumas auto-infligidos são, hoje, a quarta causa de óbitos no perfil geral de mortalidade e a sexta maior, como origem de problemas de saúde e de incapacitações físicas no mundo.

As taxas de mortalidade por suicídio no Brasil apresentam crescimento significativo ao passar de 3,5 por cem mil habitantes em 1991 para 4,0 por cem mil em 2000 (BRASIL, 2005).

Estas taxas não são tão alarmantes, quando comparadas internamente com os índices de homicídio e externamente com as taxas de vários países da Europa e os da América do Norte, embora estejam elevadas em algumas cidades brasileiras e se incrementando na população jovem masculina.

As estatísticas de suicídio distribuem-se desigualmente pelo mundo, entre os diferentes países, entre os sexos, grupos de idade e modo de perpetração. No Brasil, os suicídios têm representado 0,6% no total de óbitos e correspondem a 5,6% das mortes por causas externas (MINAYO et al., 2012).

Estudos realizados (STEFANELLO; FURLANETTO, 2012; MOLINA et al., 2012; ORES et al., 2012; BORGES; WERLANG, 2006; CONTE et al., 2012; BURIOLA et al., 2011; SOUZA et al., 2006) em diferentes cidades do Centro-Sul brasileiro indicam uma tendência de aumento na taxa de mortalidade por suicídio e a magnitude da mortalidade masculina por esse acometimento.

Em 2006, foram identificadas 8.506 mortes por suicídio no Brasil, 6,7% do total de mortes naquele ano: mais de 23 óbitos por suicídios ao dia. Segundo essas pesquisas, a cada hora, uma pessoa morre por suicídio no Brasil. A taxa de óbitos por essa causa em 2006 foi de 4,6 por 100 mil habitantes. O Rio Grande do Sul teve a maior taxa de óbitos por suicídio (10,5/100 mil), seguido por Roraima e Mato Grosso do Sul com 8,4/100 mil. Os Estados com as menores taxas foram Pará (2,4/100 mil), Maranhão (2,5/100mil) e Rio de Janeiro (2,6/100 mil) (BRASIL, 2008).

Tais dados citados no MS (2008) corroboram com pesquisas do ano de 2010, tal qual é possível observar na Tabela 1. Nesta, o estado do Rio Grande do Sul permanece com maior incidência de Taxas de Mortalidade Específicas (TME) para o suicídio, passando para 16,0/100 mil no ano de 2010. Mato Grosso do Sul, neste mesmo ano, sofreu um aumento para 12,1/100 mil, ocupando o terceiro lugar na relação para o sexo masculino. Já Roraima apesar das taxas ter aumentado para 10/100 mil, ela passou a ocupar o quarto lugar e o segundo é assumido pelo estado de Santa Catarina com TME de 13,3/100 mil respectivamente no ano de 2010.

Tabela 1. Taxa de mortalidade Específica (TME) para suicídios, e taxa de mortalidade óbitos para suicídios, segundo Unidade da Federação no Brasil por sexo no período de 2010/ 100.000 habitantes.

Estado	Tentativas de	Óbitos por	Estado	Tentativas	Óbitos por
--------	---------------	------------	--------	------------	------------

	Suicídio M	Suicídio M		de Suicídio F	Suicídio F
Rio Grande do Sul	16,0	831	Roraima	5,0	11
Santa Catarina	13,3	411	Santa Catarina	3,8	119
Mato Grosso do Sul	12,1	148	Rio Grande do Sul	3,7	205
Roraima	10,0	23	Mato Grosso do Sul	3,3	40
Piauí	9,8	150	Piauí	3,2	51
Tocantins	9,7	68	Sergipe	3,0	32
Sergipe	9,7	97	Tocantins	2,8	19
Ceará	9,4	387	Distrito Federal	2,8	37
Paraná	9,2	471	Mato Grosso	2,7	40
Distrito Federal	9,0	111	Rondônia	2,5	19
Minas Gerais	8,9	861	Acre	2,5	9
Acre	8,7	32	Minas Gerais	2,4	241
Goiás	8,3	247	Ceará	2,3	101
Rondônia	7,9	63	Goiás	2,3	68
Mato Grosso	7,8	121	Paraná	2,2	117
São Paulo	7,8	1.557	Espírito Santo	2,2	39
Paraíba	7,6	138	Rio Grande do Norte	2,1	34
Amazonas	7,3	128	Amazonas	2,0	34
Amapá	7,2	24	São Paulo	1,9	407
Espírito Santo	7,0	121	Rio de Janeiro	1,8	153
Rio Grande do Norte	6,6	103	Amapá	1,8	6
Maranhão	5,2	170	Pernambuco	1,8	81
Bahia	4,9	339	Alagoas	1,4	22
Pernambuco	4,8	204	Bahia	1,3	93
Rio de Janeiro	4,7	356	Maranhão	1,1	38
Alagoas	4,2	63	Paraíba	1,0	20
Pará	4,0	151	Pará	1,0	37

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Os dados demonstrados da Tabela 1 e em estudos anteriores confirmam que há um aumento no número de óbitos por suicídio desde a região Norte a região Sul do Brasil. Entre os estudos selecionados é possível citar o trabalho de autópsias psicossociais realizadas por Cavalcante e Minayo (2012) em famílias de idosos suicidas, no qual as autoras investigaram frente aos familiares os hábitos de vida e ações dos idosos que concretizaram o ato de findar a própria vida. Citar os estudos destas autoras mostra-se fundamental uma vez que elas pesquisaram cidades de todas as regiões do Brasil, chegando a conclusões relevantes. A principal conclusão pode-se aqui destacar, é que “homens e mulheres estão igualmente em risco quando se isolam, se fecham, permanecem calados, deprimidos, introspectivos, solitários e tristes” (CAVALCANTE; MINAYO, 2012, p.1953).

No artigo destas autoras, igualmente de outros, a depressão e os estados depressivos são considerados fatores precipitantes do suicídio que dizem de uma elaboração falha de perdas sociais, perdas afetivas e sentimento de inutilidade por afastamento do trabalho, o que não deixa de ser também uma perda social (CAVALCANTI; MINAYO, 2012; CAVALCANTI et al., 2013). Mas este sentimento de depressão e elaboração falha de perdas não representa algo exclusivo de idosos, tanto que algumas pesquisas desenvolvidas no Brasil (MINAYO et al., 2012; SANTOS, 2008; BORGES; WERLANG, 2006) têm revelado a tendência progressiva de aumento nas suas taxas, principalmente entre as idades de 15 a 24 anos. No período de 1980 a 2000 a taxa de mortalidade por suicídio aumentou em 21%. O Brasil se encontra entre os 10 primeiros países com a maior frequência absoluta de óbitos por suicídios.

Como já supracitado, estes números estão aumentando e podem chegar a apresentarem-se como um problema de saúde pública, principalmente por ser um assunto delicado, muitas vezes pouco explorado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos textos lidos é possível concordar com Chachamovich et al. (2009), que as pesquisas sobre comportamento suicida possuem um caráter mais pragmático, que apesar de pesquisar os fatores claramente associados ao suicídio, não conseguem oferecer uma amarração teórica consistente para os achados. Tal fato corrobora com uma base teórica frágil sobre o fenômeno e conseqüentemente a poucas bases para instruir e gerar conhecimentos capazes de realizar uma conduta eficaz nas tentativas de suicídio. Assim os futuros profissionais de saúde necessitam de uma base teórica e metodológica que oferecesse suporte para suas futuras atuações.

Outro dado observado na pesquisa é que, apesar de sutilmente, muitos autores conjecturam uma relação existente entre os quadros depressivos e o risco de suicídio. Por isso tornam-se necessárias novas pesquisas focando em tal temática, uma vez que identificado o problema, no caso a depressão, será possível realizar um trabalho mais focado à prevenção e ao risco de suicídio. Principalmente, pois os números de suicídio estão aumentando progressivamente em algumas regiões, primordialmente na região Sul e o estado do Ceará. Cita-se aqui o estado do Ceará, porque ele está em uma região cujos índices são reduzidos, o que tornaria interessante, em estudos futuros investigar quais são os fatores que levam ao suicídio neste estado.

REFERÊNCIAS

BOING, Antonio Fernando et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev. Saúde Pública*, vol.46, n.4, pp. 617-623, 2012.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psic., Saúde & Doenças*, vol.7, n.2, pp. 195-209, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III.- Brasília: Organização Pan-America da Saúde, 2008. 60p: II(painel de Indicadores do Sus,5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Unicamp. Prevenção do suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BURIOLA, Aline Aparecida et al. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Esc. Anna Nery*, vol.15, n.4, pp. 710-716, 2011.

CHACHAMOVICH, Eduardo; STEFANELLO, Sabrina; BOTEGA, Neury; TURECKI, Gustavo. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol.31, suppl.1, pp. S18-S25, 2009.

CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.17, n.8, pp. 2017-2026, 2012.

DATASUS [Internet]. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - C.9. Taxa de mortalidade específica por causas externas. Linha. Unidade da Federação, Região, Região Metropolitana, Capital, Região e TME para suicídio, óbitos por suicídio no ano de 2010 por sexo. Acessado em Abril de 2014. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/c09.def>.

DSM-IV-TRtm (2002) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Traduzido por Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed. 4 ed. rev.

LEITE, Valéria Moura Moreira; CARVALHO, Eduardo Maia Freese de; BARRETO, Kátia Magdala Lima; FALCAO, Ilka Veras. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, vol.6, n.1, pp. 31-38, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev. Saúde Pública*, vol.46, n.2, pp. 300-309, 2012.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín.*, vol.39, n.6, pp. 194-197, 2012.

NARDI, Antonio Egidio. Depressão no Ciclo da Vida. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol.22, n.3, pp. 151-152, 2000.

ORES, Liliane da Costa et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, vol.28, n.2, pp. 305-312, 2012.

PORDEUS, Augediva Maria Jucá et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.14, n.5, pp. 1731-1740, 2009.

SANTOS, Simone Agadir de Azevedo. Prevalência de transtornos mentais nos casos de tentativas de suicídio atendidos em um hospital de emergência na cidade do Rio de Janeiro / Simone Agadir de Azevedo Santos – Rio de Janeiro: UFRJ / IESC, 2008.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza and CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.11, suppl., pp. 1333-1342, 2006.

SOUZA, Viviane dos Santos et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J. bras. psiquiatr.*, vol.60, n.4, pp. 294-300, 2011.

STEFANELLO, Bianca and FURLANETTO, Letícia Maria. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos. *J. bras. psiquiatr.*, vol.61, n.1, pp. 2-7, 2012.

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 Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, vol. 39, Num. 2 pp. 259-266, 2005.

VIANA, Greta Nazario; ZENKNER, Felipe de Moura; SAKAE, Thiago Mamôru and ESCOBAR, Bráulio Tercius. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J. bras. psiquiatr.*, vol.57, n.1, pp. 38-43, 2008.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.14, n.5, pp. 1825-1834, 2009.