

## Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil

An approach to suicide among adolescents and youth in Brazil

José Mendes Ribeiro <sup>1</sup>  
Marcelo Rasga Moreira <sup>1</sup>

**Abstract** *This essay article examines suicide among young people in Brazil on the basis of Durkheim's classical approaches as revisited in current discussions of social integration networks. It presents arguments regarding the behaviour of suicide mortality rates in the light of classical public health assumptions as to social causality in processes of health and illness. The mortality rates, updated in line with international statistics, review of data in Brazilian studies and recent series for Brazil, reveal suicide "aptitudes" by age, sex and social group. The linear and non-linear nature of the trends are treated in the context of pathways in complex social systems. Current data were prospected in the Ministry of Health's National Mortality Information System and World Health Organisation databases. In this policy analysis study, a conceptual outline was built up from classical theory updated to the present-day context, analysis of data relevant to the study object and observation of target groups for comprehensive, inclusive policies. The results of this analysis reveal that adolescents and young people are highly liable to growing, sustained, high-impact vulnerability to suicide.*

**Key words** *Durkheim, Suicide, Youth*

**Resumo** *O artigo analisa de forma ensaística o suicídio entre jovens no Brasil a partir das abordagens clássicas de Durkheim atualizadas pelo debate contemporâneo sobre redes de integração social. Apresenta argumentação sobre a evolução das taxas de mortalidade por suicídio segundo as premissas clássicas da saúde pública sobre as causas sociais no processo saúde-doença. As taxas de mortalidade são atualizadas segundo estatísticas internacionais, revisão de dados em estudos nacionais e séries recentes para o Brasil e que evidenciam a existência de estoques nacionais de suicídio segundo idade, sexo e grupos sociais. O caráter linear e não linear das séries são tratados no contexto das trajetórias em sistemas sociais complexos. Os dados atualizados são pesquisados no Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde e nas bases da Organização Mundial de Saúde. O estudo utiliza o modelo de análise de políticas onde a base conceitual é construída a partir de teorias clássicas e atualizadas ao contexto atual, da análise dos dados relevantes ao objeto e da observação de grupos alvo de políticas públicas inclusivas e abrangentes. Os resultados desta análise atestam a alta relevância dos adolescentes e jovens brasileiros como vulneráveis ao suicídio de modo crescente, sustentado e de alto impacto.*

**Palavras-chave** *Durkheim, Suicídio, Juventude*

<sup>1</sup> Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. ribeiro@ensp.fiocruz.br

## Introdução

O suicídio constitui-se em um dos mais antigos temas relacionados à saúde dos indivíduos e à forma como são afetados pelas sociedades e coletividades nas quais vivem. Em termos históricos, sua relevância no plano social pode ser identificada desde a Grécia antiga. Em tempos modernos, ao menos desde o século XVIII, tem sido tratado como fenômeno social e segundo perspectivas históricas, sociológicas, econômicas e filosóficas.

Para entender sua radicalidade, seus estudiosos, histórica e esquematicamente, alinharam-se a posições que o consideram desde o ato mais individual do ser humano até os que o compreendem como uma decorrência da pressão social – o que esvazia a individualidade como causa –, passando por aqueles que, de diferentes e pouco articuladas maneiras, pretendem articular em suas explicações as dimensões individuais e sociais.

No âmbito dos que analisam o suicídio em suas dimensões individuais, destacam-se os que estudam os aspectos clínicos individuais, usualmente analisados de modo agregado por especialidades como a epidemiologia e a saúde pública. Nestes casos, o suicídio é considerado um transtorno da saúde do indivíduo e analisado por profissionais relacionados à saúde mental e pelas diversas escolas de psiquiatria e psicologia.

Não desdenhando dessas explicações, Durkheim<sup>1</sup> situa-se em polo oposto. Preocupado em consolidar as bases da sociologia como ciência social, considera que os casos de suicídio em que os indivíduos apresentam transtornos mentais são, sim, casos para a psicologia. Porém, para ele, cada sociedade, em qualquer tempo histórico, tem *uma disposição definida para o suicídio* composta por pessoas que não apresentam transtornos mentais. Nestes casos, o suicídio é fruto da pressão ordenadora que a coesão social exerce sobre os indivíduos. Aqui, não cabe falar em problemas de saúde individuais, mas em problemas sociais e econômicos.

De certa forma, o conceito ampliado de saúde expresso em Alma-Ata e a incorporação dos determinantes sociais situam o campo da saúde pública – cuja origem tem pilares na medicina, nas ciências sociais e na epidemiologia – como aquele que tenta produzir uma síntese desses dois grandes polos explicativos sobre o suicídio. Embora não haja entre os estudiosos deste campo uma unidade que articule as diferentes formas de se produzir tal síntese, é possível perceber um consenso genérico em compreender o suicídio como uma questão individual com causas sociais.

Situando-se neste campo, o presente artigo tem como objetivo contribuir para uma melhor compreensão do suicídio entre adolescentes e jovens no Brasil. Para isto (i) organiza – de forma ensaística – um aporte conceitual com base na obra de Durkheim e daqueles que atualizaram seu trabalho; (ii) situa e analisa os dados brasileiros de suicídio no contexto internacional; (iii) investiga a produção acadêmica brasileira visando destacar os principais estudos sobre suicídios de adolescentes e jovens e destes extrair dados epidemiológicos e séries históricas; (iv) analisa o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) buscando os dados que permitam a mais atual caracterização do suicídio de adolescentes e jovens; e (v) analisa estes dados a partir da base conceitual elaborada a fim de identificar o potencial explicativo para o suicídio de adolescentes e jovens em uma sociedade contemporânea.

### O debate sociológico desencadeado por Durkheim e suas implicações para os estudos brasileiros

Em 1895, Durkheim, um dos fundadores da sociologia como ciência social e responsável por sua inserção no contexto universitário europeu, lançou “As Regras do Método Sociológico”, no qual explicava que o objeto de estudo do sociólogo são os ‘fatos sociais’, que se caracterizam por: não serem redutíveis a produtos do pensamento e da vontade individual, por isso tratados como ‘coisa’; em decorrência, são externos aos indivíduos e sobre eles se impõem; tal imposição exerce pressão e coerção sobre os indivíduos de forma a ordenar-lhes a vida.

Perseguindo o rigor metodológico, Durkheim dedica-se a estudar o suicídio, tendo como um de seus intuítos demonstrar como aquele que seria o ato mais radicalmente individual do ser humano pode ser analisado como um fato social. Com isso, pretende demonstrar que as causas do suicídio são de cunho social.

Em 1897, publicou os resultados de seus estudos sobre o suicídio, apresentando uma teoria que ainda hoje demonstra vigor explicativo. Neste artigo pretende-se contribuir para que esta capacidade seja um pouco mais esclarecida, o que significa também apontar lacunas e próximos passos investigativos.

Em “O Suicídio”, Durkheim desenvolve uma ainda hoje surpreendente tese central, a de que há um estoque regular de suicídios em cada sociedade e existem regularidades que podem ser identificadas de modo a determinar as causas sociais

dos mesmos para grupos sociais, comunidades ou nações:

*...Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado.*

*...se, em vez de vermos neles [nos suicídios] apenas acontecimentos particulares isolados uns dos outros e que necessitam cada um por si de um exame particular, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada, o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas constitui em si um fato novo e sui generis, que possui a sua unidade e a sua individualidade, a sua natureza própria por conseguinte, e que, além disso, tal natureza é eminentemente social...*

*Cada sociedade tem, portanto, em cada momento da sua história, uma aptidão definida para o suicídio<sup>1</sup>.*

Com o uso criativo e rigoroso das estatísticas disponíveis, de caráter descritivo, Durkheim, elabora uma tipologia do suicídio fundada no protagonismo das causas sociais e na subordinação da miríade de casos individuais ao ambiente social, político e econômico: suicídios egoístas (decorrentes da individualização exacerbada e da perda de laços coletivos); altruístas (por excesso de subordinação e lealdade a estruturas sociais segundo honra e heroísmo) e anômicos (crises sociais generalizadas e baixa regulação).

Como cada sociedade possui sua própria taxa de suicídios, há uma economia que equilibra tal taxa e a relação entre os tipos de suicídio. Portanto, o problema para o sociólogo é compreender as causas (logicamente, sociais) que levam ao aumento da taxa de suicídios, uma vez que indicam, em última instância, que a coesão social está perdendo seu poder organizativo da vida, que, na teoria Durkheimiana, representa o grande risco com que as sociedades convivem.

Autor da virada do século XIX para o século XX, contemporâneo das grandes transformações sociais da época, Durkheim, ao identificar tendências de crescimento das taxas de suicídio na Europa não adota explicações que tentavam associar as então novas formas de comportamento ao enfraquecimento da coesão social, que se expressavam em medidas conservadoras como as tentativas de proibir o divórcio para preservar os laços familiares, de retomar o domínio da ordem religiosa sobre a política ou de se coibir a organização dos trabalhadores.

Ao contrário, observa na profissionalização acelerada de sua época a oportunidade para a re-

forma do antigo código corporativo fundado em comunidades fechadas (guildas e similares) e as potencialidades das novas identidades corporativas profissionais como base para a formação de coletividades superiores à família, à religião e à nação. Tais avanços, que identifica como a passagem da solidariedade mecânica das antigas sociedades para a solidariedade orgânica das sociedades que se tornavam modernas, não são, para ele, desestabilizadoras da sociedade. São, isto sim, motivadoras da coesão social e, portanto, não seriam causas para o aumento do suicídio.

As ideias de Durkheim repercutiram no ambiente das ciências humanas no Brasil (como de resto no mundo), inclusive no setor saúde e com atualizações relevantes devido à reestruturação observada no debate sobre a eutanásia e o conjunto da bioética.

Como destacou Nunes<sup>2</sup>, Durkheim não inventou a explicação social para o suicídio, já em curso a partir de teorias morais, porém foi o teórico que elaborou um modelo coerente. Pode-se reforçar este ponto afirmando que seu trabalho, além da proposição de um modelo explicativo ancorado em dados objetivos sobre o suicídio em diversos países e regiões, inaugurou a explicação coerente para os eventos sociais baseados em evidências e argumentação contundente. O uso das estatísticas disponíveis (nem todas corroboradas *a posteriori*) é um dos pontos altos de seu estudo. Em termos contemporâneos, pode-se apontar o caráter precursor da análise de problemas sob a ótica da multicausalidade.

Na base desta teoria está a controversa relação entre indivíduo e sociedade e em que medida o primado de um sobre o outro influi nas sociedades. O debate sobre as relações entre o individualismo e a desestruturação das coletividades tem sido um tema importante na sociologia contemporânea, com destaque para as teses sobre as sociedades pós-industriais. Importantes autores estudaram este tema, tais como Offe<sup>3</sup>, que faz uma importante atualização do tema; e Putnam<sup>4</sup>, que estuda as redes de proteção social e seus reflexos sobre a qualidade das políticas públicas e da vida do indivíduo.

Em influente estudo, Berkman et al.<sup>5</sup> revisou a literatura especializada do pós-guerra que repercutiu as teses de Durkheim na forma de determinações sociais sobre os efeitos das relações sociais sobre a saúde, o comportamento e a formação de identidades sociais. Argumentam 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. As análises e as controvérsias observadas acerca da estrutura, dos processos e dos mecanismos de influência das diferentes abordagens sobre redes sociais e saúde devem ser vistos sob a constatação de que “teóricos em redes compartilham muitas das premissas centrais de Durkheim e dos funcionalistas estruturais”<sup>5</sup> com relação a este tema.

O modelo conceitual apresentado<sup>5</sup> é fundado em cadeias explicativas a partir de condições sociais estruturais que afetam redes sociais. Estas geram oportunidades de atuação de mecanismos psicossociais que afetam a saúde por meio de trilhas de determinações. Nas trilhas relacionadas a um plano de ação em micro nível ocorreriam as manifestações em saúde em termos comportamentais, psicológicos e fisiológicos.

A síntese de Berkman et al.<sup>5</sup> representou uma validação discursiva e a atualização das teses de Durkheim para explicar, como assinalou, o “evento individual mais íntimo” como um fato social. Colocou, seguindo a tradição sociológica, pode-se dizer predominante na entrada do século XXI, os mecanismos de formação de redes de integração social no centro da explicação dos processos saúde-doença.

Os efeitos desta conjugação entre o modelo durkheimiano e este modelo explicativo sobre o modo como as redes sociais influenciam a saúde, levou a *Social Science and Medicine*, um dos principais periódicos internacionais na análise da saúde a partir de categorias sociológicas, a editar um número comemorativo quinze anos depois, destacando que estes autores “não apenas capturaram o espírito de Durkheim, mas também alavancaram imediatamente os avanços metodológicos e computacionais”<sup>6</sup>.

Por outro lado, as teses de Durkheim hoje mais diretamente traduzidas na forma de efeitos protetores em saúde em decorrência de fatores de coesão social podem ser preservadas no seu fundamento mesmo que sejam observadas controvérsias acerca das suas conclusões no seu livro clássico. Isto ocorre quando se tratam das diversas publicações que reproduziram suas estatísticas nos tempos atuais e com os recursos computacionais e *big data* hoje disponíveis. Além disso, a própria interpretação original a partir de seus dados pode ser contestada.

Por exemplo, Kushner e Sterk<sup>7</sup> argumentam que Durkheim, ao não utilizar os dados disponíveis a época sobre tentativas de suicídio não consumado de mulheres, minimizou o sofrimento feminino nas famílias e o caráter protetor atribuído a este ambiente no tipo egoísta. O mesmo

se aplicaria ao tipo altruísta e os militares e, desta forma, os mecanismos de determinação social seriam de ordem distinta e as conexões sociais com a saúde de características mais complexas.

Em termos de sociedades complexas e as relações entre comunitarismo, capital social e efeitos benéficos em saúde e que refletem a agenda dominante na saúde pública e altamente influenciada pelo discurso durkheimiano, conexões podem ser identificadas no próprio plano macro institucional de países desenvolvidos. Johnson et al.<sup>8</sup> apontam que, apesar de se observar uma relação entre proteção social, comunitarismo e resultados favoráveis em saúde, padrões institucionais bastante distintos como na aplicação da lei (*commonlaw* versus *civil law*) produzem resultados diversos e não diretamente alinhados ao modelo dominante, apesar dos melhores resultados observados na Escandinávia quanto às principais variáveis societárias.

Representando as análises atuais no plano internacional, excelente estudo de Condorelli<sup>9</sup> atualiza as teses de Durkheim sobre os efeitos negativos da modernização e do individualismo sobre a desestruturação de redes tradicionais de proteção a partir de teorias da complexidade. De relação mais direta com os objetivos deste artigo, deve ser destacado o caráter não linear destes efeitos em sociedades contemporâneas. Aponta, a partir de uso de dados e matemática avançada, que os efeitos da individualização em diferentes sociedades sobre o suicídio não são indefinidamente aditivos (ou lineares)<sup>9</sup>. Em sociedades desenvolvidas, mecanismos adaptativos observados em séries longas mostram que, após um certo patamar, a perda de fatores sociais protetores é minimizada e outros mecanismos de proteção social atuam de modo a estabilizar ou reduzir as taxas de mortalidade.

As repercussões das teses de Durkheim foram também relevantes nas ciências humanas no Brasil e os ecos na saúde pública foram intensos e geram até hoje o seu uso em termos metodológicos e a verificação por estudos de base populacional e por séries temporais de seus achados iniciais. As controvérsias entre os diferentes campos das emergentes ciências humanas em suas progressivas subdivisões dominaram a teoria sociológica na virada do século XIX para o XX. Em linhas gerais, campos durkheimianos, marxistas e weberianos formaram a matriz da sociologia como especialidade e profissão. As repercussões no Brasil foram muito associadas ao desenvolvimento do pensamento *comteano* e positivista, como discutido por Teixeira<sup>10</sup>. Inclusive, possíveis pontos

de contatos entre os pensamentos de Durkheim e Karl Marx têm sido discutidos<sup>11</sup>.

Apesar de tentador buscar uma atualização do pensamento de Durkheim para a análise de políticas contemporâneas, este não é um objetivo do presente artigo. Inclusive, destaque-se, o excelente estudo de Gonçalves et al.<sup>12</sup>, tratado adiante, analisou estatísticas para o caso brasileiro e, essencialmente, validou as teses do estudo clássico. Vários artigos de enfoque epidemiológico publicados por autores brasileiros citam o seu estudo clássico como ponto de partida para reflexões<sup>13-17</sup>.

Como lembram Cruz Neto e Moreira<sup>18</sup>, o que Durkheim pretendeu foi demonstrar que um ato individual como o suicídio tem raízes e motivações inequivocamente sociais. No presente artigo, busca-se mais a frente discutir algumas raízes e motivações para o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil.

### **O suicídio no mundo e a situação de adolescentes e jovens no Brasil**

Os dados brasileiros, quando comparados com os dos demais países, permitem dimensionar o fenômeno em perspectiva comparada e perceber que as taxas nacionais não se situam entre as mais elevadas. No entanto, percebe-se que se destacam com relação ao crescimento entre as populações mais jovens em elevada escala do ponto de vista comparativo.

Os dados sobre os países são compilados e divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>19</sup>, calculados para o ano de 2015 e divulgados em 2018 mostram que a média global da taxa de suicídios por 100m foi de 10,7. Segundo as grandes regiões, há forte variação, desde o Mediterrâneo Leste (3,8), passando por África (8,8), as Américas (9,6) e Sudeste da Ásia (12,9) até a maior prevalência observada na Europa (14,1). Neste aspecto, a taxa brasileira de 6,3 situa-se bem abaixo da média global e das grandes regiões.

Um aspecto importante é que a taxa bruta de mortalidade por lesões autoprovocadas global caiu de 12,2 por 100m em 2000 para 10,7. Esta redução deve ser atribuída à importante diminuição das taxas observadas em países de baixa e média renda que foi acompanhada de um pequeno aumento para os países de alta renda.

Isto pode ser observado segundo as estimativas globais de mortalidade por lesões autoprovocadas para as economias nacionais agrupadas por grupos de renda pelos critérios do Banco Mundial. Segundo os dados da OMS, a taxa de mor-

talidade bruta para as economias de baixa renda diminuiu de 9,0 por 100m habitantes em 2000, para 8,1 em 2015. Evoluções semelhantes ocorreram para as economias de renda média inferior (de 12,2 em 2000 para 10,7 em 2015) e de renda média superior (de 11,9 em 2000 para 9,8 em 2015). No caso das economias de alta renda, as estimativas apontaram um pequeno aumento da taxa de 14,2/100m em 2000 para 14,5/100m em 2015. Mesmo que se leve, necessariamente, em consideração as grandes diferenças em termos de sistemas de informações e de culturas de notificação dos suicídios, as diferenças nos estoques de suicídios segundo países são muito evidentes.

Os dados apresentados na Tabela 1 tem caráter ilustrativo e apenas uma análise longitudinal mais detalhada poderia comprovar o caráter realmente incremental ou não das taxas de suicídio. No entanto, a simples observação dos dados estimados para o ano de 2015 em países de diferentes continentes, culturas, sistemas políticos e econômicos mostra que o suicídio guarda fortes características locais. Logo, para além de fatores biológicos e neurofisiológicos que têm sido identificados no plano individual, diferenças observadas inclusive entre países de tipos de desenvolvimento próximos, além de compartilharem sistemas políticos e econômicos e proximidade geográfica fortalecem as dimensões sociais e culturais envolvidas nestes agravos.

Segundo estes dados, o Brasil possui taxas bem menores que outros importantes países sul-americanos, como a Argentina e o Chile. Igualmente, com relação ao México e aos demais países da América do Norte. Em ambos os casos, poderia se advogar o caso da dimensão católica, mas tal tradição na formação sul-americana contradiz conclusões apressadas. Os dados selecionados para a Europa, um continente com forte compartilhamento de sistemas e valores, mostram uma diversidade acentuada e sugerem a influência de fatores. É de se destacar as taxas elevadas para a África, em contraponto ao que se observa como associação do suicídio à maior renda.

Para compreender a questão dos estoques de suicídios em cada sociedade, a Tabela 1 apresenta uma amostra intencional de países ordenados segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). As diferenças no período de 2000 a 2015 são observadas entre países de IDH semelhantes e graus semelhantes de desenvolvimento social.

Os dados da Tabela 1 permitem algumas observações importantes. O grupo de muito alto desenvolvimento humano cobre até a Federação Russa e as taxas de mortalidade observadas para

**Tabela 1.** Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas por 100.000 hb, países selecionados, 2000-2015 e ordenados pelo IDH de 2015.

Países	IDH	CM	CM	CM	CM
	2015	2000	2005	2010	2015
Austrália	0,939	13,40	11,90	12,10	11,80
Alemanha	0,926	14,60	13,60	13,50	13,40
Dinamarca	0,925	15,50	14,70	11,70	12,30
Holanda	0,924	9,70	9,80	9,80	11,90
Irlanda	0,923	12,50	11,50	11,60	11,70
Canadá	0,920	12,40	12,60	12,70	12,30
Estados Unidos	0,920	10,80	11,70	13,00	14,30
Suécia	0,913	15,10	15,70	14,60	15,40
Japão	0,903	24,40	24,70	24,30	19,70
França	0,897	20,20	19,20	18,40	16,90
Bélgica	0,896	22,60	20,50	20,30	20,50
Itália	0,887	7,50	7,20	7,00	7,90
Chile	0,847	10,80	10,30	12,00	9,90
Portugal	0,843	7,40	10,90	13,50	13,70
Hungria	0,836	32,40	26,30	25,50	21,60
Argentina	0,827	13,30	12,20	12,90	14,20
Federação Russa	0,804	38,70	33,60	25,70	20,10
Uruguai	0,795	16,30	14,90	16,40	17,00
Turquia	0,767	13,40	11,50	10,50	8,70
México	0,762	3,40	4,00	4,20	5,00
Brasil	0,754	5,20	5,90	5,90	6,30
China	0,738	11,00	9,90	9,80	10,00
Jamaica	0,730	0,20	1,90	0,50	1,40
Botswana	0,698	11,50	11,20	10,20	9,70
Indonésia	0,689	3,10	3,20	3,10	2,90
África do Sul	0,666	10,10	9,70	10,10	10,70
Namíbia	0,640	10,00	9,10	8,70	7,70
Índia	0,624	17,80	17,50	17,10	15,70

Fontes: OMS; PNUD/ONU.

Obs: IDH segundo estimativas para 2015.

a série e para as medidas em 2015 são bastante diferentes e sustentadas no período. Por exemplo, países que compartilham sistemas políticos e culturas próximas como Alemanha, Dinamarca e Holanda apresentam taxas bem inferiores a França e Bélgica. Países como Japão, Hungria e Federação Russa que possuem perfis sociais, políticos e culturais distintos apresentam taxas de mortalidade por suicídio próximas e bem elevadas. Entre países latino-americanos, as diferenças entre as taxas do Chile para 2015 (9,90) e a Argentina (14,20) são elevadas. Com relação aos países de desenvolvimento humano alto, Brasil e México compartilham taxas muito baixas se comparadas ao grupo anterior e uma grande diferença quanto ao Uruguai. Com relação aos países de desenvol-

vimento médio selecionados (ordenados de Botswana até Índia), as séries são altamente singulares e as diferenças bastante expressivas.

Embora a Tabela 1 apresente uma seleção intencional, este é o mesmo padrão de diversidade de estoques nacionais de suicídio observado para o conjunto de países quando tomados caso a caso.

Ainda para a população global, na Tabela 2 são apresentadas as taxas de mortalidade bruta para a série resumida de 2000 a 2015 por sexo e faixa etária. São observadas as grandes diferenças por sexo, com o maior peso do suicídio entre homens e que se avolumam acima dos 30 anos. Em todas as condições, o padrão observado é o da redução de taxas ao longo do período.

**Tabela 2.** Mortes por lesões autoprovocadas, coeficientes de mortalidade bruta por 100 mil, estimativas de totais globais, 2000-2015.

Sexo	Faixa etária	2000	2005	2010	2015
Total		12,22	11,61	11,23	10,73
Masculino	Total (todas idades)	15,55	14,67	14,16	13,61
Feminino		8,84	8,51	8,26	7,80
Masculino	0-28 dias	0,00	0,00	0,00	0,00
	1-59 meses	0,00	0,00	0,00	0,00
	5-14 anos	1,23	1,14	1,1	1,10
	15-29 anos	17,12	15,6	14,84	14,06
	30-49 anos	20,91	18,87	17,62	16,54
	50-59 anos	25,98	23,47	21,72	19,74
	60-69 anos	30,53	27,44	25,65	23,80
	70+ anos	47,11	44,47	41,89	40,98
Feminino	0-28 dias	0,00	0,00	0,00	0,00
	1-59 meses	0,00	0,00	0,00	0,00
	5-14 anos	1,13	1,07	1	0,92
	15-29 anos	13,00	12,15	11,46	10,34
	30-49 anos	9,47	8,81	8,21	7,65
	50-59 anos	10,62	9,89	9,81	9,36
	60-69 anos	14,50	13,57	13,32	12,92
	70+ anos	22,25	21,33	20,48	19,74

Fonte: WHO, 2018.

Desta forma, o caso brasileiro, como visto a seguir apresenta uma evolução distinta dos agregados globais. O aumento das taxas de mortalidade por suicídio para a população geral é acompanhado de evoluções específicas por faixa etária e segundo grupos sociais específicos.

Para compreender melhor esta complexidade, há necessidade de selecionar estudos em particular, observar os casos e as séries estudadas e atualizá-las segundo os dados disponíveis nos sistemas de informações governamentais.

### O suicídio de adolescentes e jovens no Brasil e as implicações para as populações jovens

Os efeitos individuais e sociais do suicídio entre jovens no Brasil são analisados a partir dos casos registrados como lesões autoprovocadas intencionalmente. Deve ser lembrado que os problemas de falta de registros completos são importantes e vão além das lacunas típicas destas bases administrativas. Para o suicídio, fatores largamente conhecidos influenciam na negação de registro, tais como os efeitos do estigma social e familiar, aspectos religiosos, proteção relacionada a eventuais indenizações por seguros, sofrimento

familiar decorrente de investigações e processos legais e outras questões de caráter social.

Estudos em fontes primárias são úteis para contornar estes efeitos, como alguns destacados adiante. Por outro lado, para a elaboração de séries temporais longas, o uso de bases de dados administrativos (como o SIM) e uma seleção de alguns estudos ajuda a analisar as tendências nacionais desde a década de 1980.

No Quadro 1, apresentam-se os resultados de uma seleção dos principais estudos nacionais sobre tendências e características do suicídio entre jovens segundo distribuições inclusive anteriores à série inaugurada em 1996 com o uso da CID-10 e que serve de fonte para este artigo. Permite, igualmente, destacar fatores de risco específico a partir de alguns estudos de base populacional.

Segundo os dados apresentados no Quadro 1, algumas conclusões podem ser elaboradas:

(i) De acordo com as 3 séries longas nacionais citadas – desde 1980 para o Brasil –houve aumento sustentado das taxas de mortalidade geral e em 2 delas as variações mais expressivas foram para os mais jovens;

(ii) As reduções nas taxas de internação por suicídio devem ser ajustadas à redução nas inter-

**Quadro 1.** Taxas de mortalidade por suicídio entre jovens no Brasil, regiões e municípios, estudos e resultados selecionados.

Ano <sup>Referência</sup>	Abrangência	Resultados
1976-2001 <sup>17</sup>	Campinas (SP)	Queda nas taxas anuais para 15-34 anos; taxas não aumentam com menor de nível socioeconômico
1980-2000 <sup>20</sup>	Brasil	Aumento de 21% na taxa bruta desde 1980; maior risco para homens e na faixa acima de 65 anos; expressivo aumento para 15-24 anos
1998-2002 <sup>12</sup>	Brasil	Aumento sustentado das taxas por 100m e "efeito de contágio" espacial para áreas vizinhas
2002-2013 <sup>21</sup>	Brasil	Taxas de Hospitalizações por 100m para 10-19 anos caíram de 4,4 para 3,3 e para 20-29 de 7,4 para 5,6 e redução na taxa geral
2004-2014 <sup>22</sup>	Brasil	Aumento da taxa geral e mais expressivo para 10-19 e aumento para 20-29 anos desde 2010
2005 <sup>23</sup>	Pelotas (RS)	Prevalência de ideação suicida para 11-15 anos em 14,1% e associada a sexo feminino, drogas lícitas ou ilícitas e depressão
2007-2008 <sup>24</sup>	Pelotas (RS)	Risco de suicídio de 8,6% para jovens de 18-24 anos e mais significativo para vítimas de abuso sexual
2007-2008 <sup>25</sup>	Pelotas (RS)	Jovens de 18-24 anos com risco de suicídio de 8,6% e associado a violências, abuso de drogas e comportamento sexual de risco
2009 <sup>16</sup>	Presidente Prudente, Assis e Ourinhos (SP)	Não heterossexuais com maior risco de ideações e tentativas de suicídio seguidos por bissexuais ou outros para 12-20 anos
2010 <sup>15</sup>	Estados	Suicídio relacionado a alta renda e não correlacionado ao homicídio; grande diferença entre estados
2014 <sup>13</sup>	24 capitais e DF	Em emergências e urgências, faixa de 0-9 anos representou 2,9% do total de atendimentos por lesão autoprovocada e a de 10-19 ficou em 18,8%

Fontes: <sup>17</sup> Marín-León e Barros; <sup>20</sup> Mello-Santos et al.; <sup>12</sup> Gonçalves et al.; <sup>21</sup> Monteiro et al.; <sup>22</sup> Pinto et al.; <sup>25</sup> Ores et al.; <sup>16</sup> Teixeira-Filho e Rondini; <sup>15</sup> Bando e Lester; <sup>13</sup> Bahia et al.; <sup>24</sup> Mondin et al.; <sup>23</sup> Souza et al.

nações gerais do setor público para o período<sup>26</sup>, porém atenção deve ser dada ao alto impacto dos atendimentos de jovens e crianças em serviços de urgência e emergência;

(iii) Os estudos de base populacional em municípios do sul e sudeste do país revelam fatores de risco associados às populações jovens que exigem especial atenção como as associações à abuso sexual, violência, uso de drogas, depressão, não heterossexualidade e risco sexual;

(iv) Associação à maior renda ou não vinculação à diminuição de renda; e

(v) As grandes variações observadas conforme estados ou municípios específicos sugerem que, em um país das dimensões do Brasil, as diferenças regionais e locais podem reproduzir aquelas percebidas desde Durkheim para países europeus de menores dimensões geográficas.

Ainda com relação aos estudos realçados no Quadro 1, alguns destaques devem ser feitos quanto aos achados em estudos longitudinais e transversais. Uma primeira observação diz respeito à convergência entre as séries históricas (temporais/preditivas ou não) para distribuições nacionais gerais ou estratificadas por sexo e fai-

xas etárias. Os dados nacionais discutidos nos estudos com fontes em bases administrativas, entretanto, tendem à convergência pelo fato dos pesquisadores utilizarem as mesmas fontes e as diferenças se darem quanto aos períodos estudados. Alguns estudos analisam as séries utilizando testes de autocorrelação e outros procedimentos de modo a conferir valor preditivo e de causalidade enquanto séries temporais<sup>12,14,17</sup>. Mesmo os estudos de base populacional, mais voltados a busca por associações, utilizam em seus preâmbulos e em análises as séries históricas observadas principalmente a partir da base do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).

Em comum aos estudos longitudinais analisados, observa-se o aumento dos coeficientes de mortalidade por lesões autoprovocadas no Brasil e aumento da participação de diferentes faixas etárias de adolescentes e jovens com um padrão de destaque. As séries mais robustas e de maior abrangência seguem a tradição da literatura especializada e os dados comparados internacionais com relação ao risco crescente para os mais jovens.

Com relação aos estudos transversais baseados em dados administrativos<sup>13</sup> ou de base populacional<sup>15,16,23-25</sup>, observa-se em geral o comportamento da população mais jovem igualmente convergente aos dados das séries. No entanto, tais tipos de estudos permitem uma abordagem mais específica do fenômeno entre estas populações pelo fato de visarem variáveis associadas mais ligadas à agenda política da proteção à infância e adolescência no país.

Isto pode ser constatado pela afluência de jovens de 10 a 19 anos aos serviços de urgência e emergência com a participação de 18,8% dos atendimentos para o grupo de lesões autoprovocadas<sup>13</sup>, como destacado anteriormente. O risco elevado de suicídio na faixa de 18 a 24 anos para os que sofreram algum tipo de abuso sexual<sup>24</sup> ou associado a uma série de exposições não controladas a drogas e sexo<sup>25</sup> são elementos importantes para as políticas setoriais. Riscos associados a questões de gênero de caráter homoafetivo são evidenciados em estudo populacional<sup>16</sup>, 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.

Os fundamentos teóricos discutidos anteriormente e os estudos nacionais selecionados formam a base para o entendimento sobre o suicídio entre jovens que os dados a seguir ajudam a elucidar.

### **O suicídio de adolescentes e jovens no Brasil: 1996-2015**

Quando se observam exclusivamente os dados absolutos sobre as lesões autoprovocadas no país, pode-se ter a dimensão real destes agravos, afora meios que sejam adotados para estimar as subnotificações. O Código Internacional de Doenças – 10 (CID-10) foi estabelecido em 1993 pela OMS e as estatísticas sob esta codificação são disponíveis no Brasil para as séries do SIM a partir da sua primeira grande atualização de 1996. Para o período de uso do CID-10 no país entre 1996 e 2015, os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) mostraram para estes vinte anos um total de 172.051 suicídios. Dentre estes, foram registrados 52.388 casos de jovens entre 15 e 29 anos de idade (30,5%). Os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente para este período têm importância para o

conjunto das causas externas. Para o período de 1996-2015, foram observados no Brasil 2.656.876 óbitos por causas externas para todas as idades, dentre os quais os suicídios representaram 6,5%. Quando tomados apenas os óbitos por causas externas para 15-29 anos, os suicídios representam 5,2% para esta faixa etária. Em termos de mortalidade geral, as lesões autoprovocadas intencionalmente representam 0,8% para todas as idades e 3,6% para a faixa de 15 a 29 anos. É importante destacar que no Brasil, assim como em outros países, a maior mortalidade por suicídio situa-se entre os mais idosos, apesar do crescimento mais acelerado entre os mais jovens.

Estes números, afora os efeitos individuais e sociais de cada morte observada, revelam a importância do tema no país. Em termos de debate nacional, há uma relevante literatura sobre o suicídio a partir de abordagens políticas, filosóficas e epidemiológicas. O foco em grupos vulneráveis (indígenas e jovens) é, também, evidente. Alguns destes estudos de maior consistência e relevância para os objetivos deste artigo foram analisados e contribuíram para traçar um quadro evolutivo e presente do suicídio de adolescentes e jovens entre nós no tópico anterior.

A análise dos dados mais recentes sobre mortalidade por lesões autoprovocadas para as populações mais jovens no país corrobora e complementa os achados observados nestes estudos. As tabelas a seguir tratam destes dados segundo faixas etárias, sexo e cor e seus achados, em sentido mais geral, podem ser explicados pelo tipo de abordagem adotado por Durkheim e em desenvolvimentos posteriores da teoria das causas sociais no processo saúde-doença.

Em consonância com os achados citados, as taxas de mortalidade total e para ambos os sexos aumentaram de modo paulatino no tempo, sendo a maior variação para o sexo masculino e faixa de 20 a 29 anos de idade, como mostrado na Tabela 2 sobre as taxas brutas de mortalidade por lesões autoprovocadas e as de mortalidade geral para o país no período 1996 a 2015 com destaque para adolescentes e jovens.

Os dados apresentados por sexo e faixas etárias para a população de adolescentes e jovens e totais gerais permitem uma análise mais detalhada do comportamento de cada grupo. Inicialmente deve-se destacar que o coeficiente de correlação entre as taxas de mortalidade geral e lesões autoprovocadas totais por sexo foi calculado em 0,9763. Isto demonstra uma correlação quase absoluta entre estas séries para o período de 1996 a 2015.

Os coeficientes de correlação foram calculados também segundo sexo e faixas etárias de adolescentes e jovens para a mesma série histórica. Para a faixa de 10 a 14 anos de idade, a correlação se mostrou fraca (0,0942). No entanto, para os grupos mais populosos, a correlação é fortalecida. Para a faixa de 15 a 19 anos, a correlação foi elevada e calculada em 0,6531 e para o grupo de 20 a 29 anos de idade manifesta-se o padrão de correlação quase absoluta no valor de 0,9734.

Portanto, a dissociação entre a mortalidade geral e a relacionada a lesões autoprovocadas voluntariamente é observada apenas para a faixa etária de 10 a 14 anos de idade. Ou seja, no Brasil o suicídio em populações mais jovens tende a acompanhar a distribuição etária e por sexo da mortalidade geral.

Estes resultados sugerem que este fenômeno deve ser tratado no contexto da mortalidade geral devido ao seu peso relevante e às tendências observadas. É possível considerar que o crescimento da mortalidade geral em um país de urbanização acelerada e ainda em andamento carregue junto a mortalidade por suicídio entre jovens como um fator associado em comum ao determinado tipo de urbanização acompanhado de exclusão social nas distribuições de recursos e de oportunidades.

Em termos mais específicos, os dados da Tabela 3 mostram o impacto sobre a faixa etária de 20-29 anos e do sexo masculino. Para este grupo, a estabilidade das taxas é evidente ao longo da série estudada e revela um nítido estoque social de suicídios. A estabilização de um patamar em torno de 10,0/100m nas taxas para esta faixa etária ao longo de 20 anos chama a atenção. Estes dados sugerem que esta população jovem possui uma vulnerabilidade estrutural e sustentada de difícil abordagem pelas tímidas políticas disponíveis para a questão do suicídio no país. Por refletir fatores como as relações nos mercados de trabalho e os padrões de urbanização, devem ser objeto de estudos avançados e de políticas públicas mais robustas. O próprio aumento total das taxas de mortalidade por suicídio para o sexo feminino no período (de 1,77 em 1996 para 2,32 em 2015) deve ser considerado com preocupação, inclusive pelo igual padrão sustentado para o grupo de 20 a 29 anos.

Dados para distribuição do suicídio segundo cor devem ser analisados segundo a premissa, sustentada na literatura especializada, pela qual no Brasil os indivíduos de cor preta e parda apresentam os piores indicadores de renda e de escolaridade. Seguindo o padrão internacional evidenciado desde o estudo original do Durkheim, a

mortalidade por suicídio é maior entre os grupos de maior renda e escolaridade, indiretamente representados pela cor branca. Estes dados, entretanto, devem ser aprofundados segundo correlações mais detalhadas em função, não apenas quanto a maior especificação destas premissas adotadas, mas pela elevada proporção na variável "Outras". Uma consulta aos dados disponíveis para o ano de 2015, mostra as taxas em 6,04 para os brancos, em 4,89 para os pardos e em 3,13 para os negros.

Dados mais detalhados com as taxas de mortalidade segundo cor e idade foram organizados para o ano de 2010, embora o campo "ignorado" gere distorções que afetam a maior precisão da análise.

Na Tabela 4, com uma distribuição mais detalhada por faixa etária e cor, o padrão de 2015 se reproduz. A cor branca apresenta taxas gerais para a cor branca em 5,32, seguidas por parda (4,29), preta (3,54) e amarela (1,78). Estes resultados se mantêm, em linhas gerais, para as faixas de 20-29 e de 30-39 anos, embora as diferenças entre as cores branca e parda sejam minimizadas.

Um ponto importante a ser considerado nesta tabela são as informações sobre a mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente entre a população indígena com uma taxa elevada de 11,37 por 100 mil. As quatro faixas que cobrem as idades de 20 a 39 anos revelam números bastante acentuados e um fenômeno muito singular que afeta as populações indígenas no país. Há uma literatura abundante no país sobre a condição indígena e sobre a própria questão do suicídio.

Embora este debate não seja o objetivo direto deste artigo, é importante destacar estudos como o de Grubits et al.<sup>27</sup> sobre o grupo Guarani/Kaiowá do Mato Grosso do Sul, onde foram observados 410 suicídios entre 2000 e 2008, dentre os quais 65,0% com idades entre 15 e 29 anos. Os autores oferecem uma importante discussão acerca das causas e das dimensões sociais deste fenômeno, com análise caso a caso tais como confinamentos compulsórios, superpopulação, sistemas de crenças e imposição de valores culturais.

Os dados e as análises aqui desenvolvidas são destinadas a produzir insumos para decisões de políticas governamentais para a vulnerabilidade crescente do suicídio entre adolescentes e jovens. Além disso, o debate sociológico sobre as causas sociais no processo de saúde e doença mostra-se substantivo e produz cada vez novos elementos de análise como no caso do desenvolvimento de diversas formas de redes de proteção social.

**Tabela 3.** Taxas brutas de mortalidade geral e de lesões autoprovocadas voluntariamente por 100.000 hb. segundo sexo e faixas etárias selecionadas, Brasil, 1996-2015.\*

Ano	Faixa Etária / Sexo	Mortalidade por lesões autoprovocadas				Mortalidade Geral			
		10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (a)	10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (b)
1996	Masculino	0,75	5,32	10,28	6,89	52,25	164,13	299,05	684,46
	Feminino	0,58	2,23	2,26	1,77	31,86	56,53	85,94	472,83
	Total	0,66	3,78	6,22	4,29	42,16	110,36	191,09	577,18
1997	Masculino	0,57	4,66	9,96	6,98	48,95	168,26	295,74	671,49
	Feminino	0,61	2,12	1,98	1,76	29,02	53,54	80,72	461,82
	Total	0,59	3,39	5,92	4,33	39,08	110,93	186,82	565,20
1998	Masculino	0,53	4,85	9,61	6,93	44,60	169,02	292,74	681,12
	Feminino	0,51	2,17	2,39	1,78	29,60	54,10	80,92	471,82
	Total	3,35	9,78	5,45	4,32	37,17	111,57	185,44	575,03
1999	Masculino	0,51	4,65	9,35	6,56	43,48	167,62	285,43	677,35
	Feminino	0,40	1,62	1,82	1,48	27,36	50,96	76,14	469,20
	Total	0,45	3,13	5,54	3,98	35,50	109,30	179,41	571,84
2000	Masculino	0,47	3,80	8,79	6,46	43,53	165,51	277,24	660,63
	Feminino	0,49	2,04	2,06	1,60	28,84	48,55	71,51	456,50
	Total	0,48	2,93	5,39	3,99	36,27	107,35	173,46	556,97
2001	Masculino	0,61	5,23	10,07	7,28	43,72	165,87	274,83	661,33
	Feminino	0,61	2,49	2,04	1,78	26,56	47,66	69,28	456,49
	Total	0,61	3,87	6,02	4,49	35,24	107,08	171,14	557,32
2002	Masculino	0,59	4,74	9,80	7,01	41,77	169,96	286,25	664,72
	Feminino	0,61	2,24	2,36	1,91	27,75	45,98	70,05	463,21
	Total	0,60	3,50	6,05	4,42	34,85	108,30	177,18	562,40
2003	Masculino	0,59	4,75	10,14	7,19	40,25	162,06	283,10	669,37
	Feminino	0,50	2,28	2,42	1,79	25,38	46,18	69,09	466,23
	Total	0,55	3,52	6,25	4,44	32,90	104,42	175,13	566,23
2004	Masculino	0,48	4,60	10,09	7,16	39,22	157,12	275,49	673,43
	Feminino	0,65	2,15	2,26	1,88	24,91	44,51	67,87	472,43
	Total	0,56	3,38	6,14	4,48	32,15	101,10	170,74	571,37
2005	Masculino	0,53	4,27	9,90	7,44	37,81	152,70	259,57	642,22
	Feminino	0,58	2,13	2,26	1,93	23,98	41,27	65,76	453,48
	Total	0,55	3,21	6,04	4,64	30,98	97,26	161,78	546,40
2006	Masculino	0,60	4,42	10,18	7,43	36,57	150,27	259,52	645,80
	Feminino	0,63	1,96	2,19	1,90	24,47	40,71	65,27	461,31
	Total	0,61	3,20	6,15	4,63	30,59	95,75	161,51	552,13
2007	Masculino	0,77	4,79	9,79	7,52	41,34	169,97	246,86	647,66
	Feminino	0,62	2,10	2,36	1,94	26,77	45,52	61,88	461,83
	Total	0,69	3,46	6,07	4,68	34,18	108,53	154,21	553,15
2008	Masculino	0,58	5,02	10,60	7,92	41,80	174,17	254,31	664,75
	Feminino	0,58	2,41	2,13	2,02	27,98	47,01	62,18	474,08
	Total	0,58	3,73	6,37	4,92	35,01	111,46	158,21	567,76

continua

**Tabela 3.** Taxas brutas de mortalidade geral e de lesões autoprovocadas voluntariamente por 100.000 hb. segundo sexo e faixas etárias selecionadas, Brasil, 1996-2015.\*

Ano	Faixa Etária / Sexo	Mortalidade por lesões autoprovocadas				Mortalidade Geral			
		10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (a)	10 a 14	15 a 19	20 a 29	Total (b)
2009	Masculino	0,64	5,04	10,31	7,97	41,84	173,14	259,33	671,15
	Feminino	0,64	1,66	2,24	1,92	27,76	47,71	65,82	483,82
	Total	0,64	3,37	6,28	4,90	34,92	111,33	162,65	575,83
2010	Masculino	0,62	5,08	10,56	7,90	40,03	174,66	265,34	695,21
	Feminino	0,56	2,02	2,35	2,13	26,38	47,44	65,19	500,40
	Total	0,59	3,56	6,43	4,95	33,32	111,52	164,77	595,80
2011	Masculino	0,67	4,96	11,01	8,24	39,14	180,40	258,27	706,50
	Feminino	0,54	2,35	2,46	2,13	24,56	48,93	64,20	513,79
	Total	0,61	3,66	6,71	5,12	31,97	115,16	160,76	608,16
2012	Masculino	0,87	5,48	10,55	8,49	40,40	196,43	262,58	706,10
	Feminino	0,47	2,31	2,21	2,28	24,73	48,62	61,83	515,12
	Total	0,67	3,91	6,36	5,32	32,70	123,07	161,72	608,64
2013	Masculino	0,80	2,78	11,28	8,36	38,93	198,81	255,43	691,25
	Feminino	0,58	1,05	2,41	2,19	24,07	49,01	61,34	514,47
	Total	0,69	1,92	6,83	5,24	31,64	125,09	159,14	601,82
2014	Masculino	0,92	2,77	11,16	8,41	38,58	208,86	263,16	692,82
	Feminino	0,74	1,12	2,37	2,18	23,64	46,56	61,75	518,83
	Total	0,83	1,95	6,75	5,25	31,26	129,02	163,25	604,77
2015	Masculino	0,87	3,00	10,82	8,70	35,35	200,69	255,82	702,41
	Feminino	0,66	1,21	2,42	2,32	22,31	45,98	59,99	535,66
	Total	0,77	2,11	6,61	5,47	28,96	124,60	158,70	618,00

Observação: Coeficiente de correlação entre (a) e (b) = 0,9763. \*Grande Grupo CID10: X60-X84.

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; IBGE (contagens e estimativas populacionais); MS/SVS/CGIAE e Ripsa (estimativas populacionais).

Nota: Excluídas frequências com sexo ignorado

**Tabela 4.** Taxa Bruta de Mortalidade por lesões autoprovocadas segundo faixa etária e cor, Brasil, 2010.

Faixa Etária	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
0 a 4 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
5 a 9 anos	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	414,94	0,02
10 a 14 anos	0,33	0,61	1,24	0,63	11,60	937,50	0,59
15 a 19 anos	3,04	2,53	1,13	3,57	33,94	9.345,79	3,56
20 a 29 anos	6,16	5,52	1,24	6,20	20,94	4.586,37	6,43
30 a 39 anos	6,59	4,77	2,99	6,50	17,23	6.494,33	6,74
40 a 49 anos	7,90	4,59	1,14	6,83	5,22	9.469,70	7,41
50 a 59 anos	8,21	3,41	1,98	4,75	1,85	12.984,05	6,73
60 a 69 anos	7,47	2,76	2,63	4,91	2,77	13.145,54	6,33
70 a 79 anos	8,84	3,74	5,34	6,45	0,00	21.014,49	7,92
Total	5,32	3,54	1,78	4,29	11,37	6.552,66	4,95

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; IBGE, Censo Demográfico de 2010.

## Considerações finais

Este artigo desenvolve, por meio de uma abordagem ensaística estruturada a partir da literatura especializada, da análise dos principais estudos nacionais sobre o tema e da atualização das séries históricas sobre o suicídio entre jovens e adolescentes no Brasil, uma reflexão onde os dados comparados internacionais ajudam a delinear as características e as tendências locais de um agravo à saúde de tamanha relevância. É comum na literatura especializada e nos estudos aqui analisados o reconhecimento de que os mais idosos apresentam maiores taxas de suicídio. Porém, isto é acompanhado por um aumento importante ao longo do tempo dos suicídios e das ideações suicidas entre as populações jovens e adolescentes.

Este fato, observado no Brasil por meio dos dados coletados em bases administrativas locais e pelas análises dos estudos longitudinais e aqueles de base populacional, deve orientar a ação política voltada para a saúde de crianças, jovens e adolescentes.

Dentre esta população, grupos vulneráveis por gênero e na qualidade de vítimas de violência devem ser considerados com um maior foco político em termos de proteção pública e de solidariedade social.

Após mais de cem anos do clássico estudo de Durkheim, as relações entre causas sociais e cau-

sas biológicas se tornam cada vez mais evidentes. Uma constatação que pode ser feita acerca de possíveis diferenças entre abordagens no campo da saúde a partir do tema do suicídio é que as publicações em importantes periódicos europeus e norte-americanos dão destaque aos temas associados a redes sociais protetoras e categorias analíticas como capital social e redes de integração ou de coesão social. No caso da literatura nacional, embora estes temas sejam tratados, há uma forte preocupação com algo caro para a formação da saúde pública no Brasil que é o peso da determinação ou causa social no processo saúde-doença. São temas correlatos no que se refere às funções do Estado moderno no sentido de fortalecer a capacidade comunitária de ação política e de intervir por meio de políticas para alterar fatores estruturais na produção de doenças e das desigualdades no adoecer.

O pensamento contratualista que, na filosofia política, disputa o protagonismo com o pensamento positivista, após um convívio idílico no início do século XIX, pode experimentar um reencontro em função do grande avanço das neurociências e da sociologia política e de suas intercessões. O tema do suicídio entre jovens representa um tema reemergente e este artigo busca, em sua essência, trilhar este caminho para estudos futuros.

## Colaboradores

JM Ribeiro e MR Moreira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

- Durkheim E. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011.
- Nunes ED. O suicídio – reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cad Saude Publica* 1998; 14(1):7-34.
- Offe C. *Disorganized Capitalism: Contemporary Transformations of Work and Politics*. Cambridge: MIT Press; 1985
- Putnam R. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press; 1993
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000; 51(6):843-857.
- Tsai AC, Pierce CM, Papachristos AV. From social networks to health: Durkheim after the turn of the millennium. *Soc Sci Med* 2015; 125:1-7.
- Kushner HI, Sterk CE. Critical concepts for reaching populations at risk. *Am J Public Health* 2005; 95(7):1139-1143.
- Johnson P, Brookes M, Wood G, Brewster C. Legal origin and social solidarity: the continued relevance of Durkheim to comparative institutional analysis. *Sociology* 2017; 51(3):646-665.
- Condorelli R. Social complexity, modernity and suicide: an assessment of Durkheim's from the perspective of a non-linear analysis of complex social systems. *Springerplus* 2016; 5(374):1-56.
- Teixeira RR. Três formulas para compreender "O Suicídio" de Durkheim. *Interface (Botucatu)* 2002; 6(11):143-152.
- Rodrigues MMA. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Sul-americana de Psicopatologia Fundamental* 2009; 12(4):698-713.
- Gonçalves LRC, Gonçalves LRC, Gonçalves E, Oliveira Junior LB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia* 2011; 21(2):281-316.
- Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos de vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2841-2850.
- Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro IJS, Nery AA, Casotti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocada-sintencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2017; 66(4):203-210.
- Bando DH, Lester D. An ecological study on suicide and homicide in Brazil. *Cien Saude Colet* 2014; 9(4):1179-1189.
- Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saude Soc* 2012; 21(3):651-667.
- Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):357-363.
- Cruz Neto O, Moreira MR. De Durkheim, Dolly e outros dinossauros: o museu das grandes novidades. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):444-445.
- World Health Organization (WHO). *ICD-11: Classifying disease to map how we live and die*. [acessado 2018 Fev 23]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>
- Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27(2):131-134.
- Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):689-700.
- Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro IJS, Nery AA, Casotti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2017; 66(4):203-210.
- Souza LDM, Silva RA, Jansen K, Kuhn RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2010; 32(1):37-41.
- Mondin TC, Cardoso TA, Jansen K, Konradt CE, Zalttron RF, Behenck MO, Mattos LD, Silva RA. *Cien Saude Colet* 2016; 21(3):853-860.
- Ores LC, Quevedo LA, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LDM, Pinheiro RT, Silva RA. Risco de suicídio e comportamento de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad Saude Publica* 2012; 28(2):305-312.
- Ribeiro JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):771-782.
- Grubits S, Freire HBG, Noriega JAV. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2011; 31(3):504-517.

Artigo apresentado em 31/10/2017

Aprovado em 26/02/2018

Versão final apresentada em 19/06/2018