UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Curso de Graduação em Gestão Pública

Jéssica Consuelita Barbosa do Nascimento

UM ESTUDO SOBRE O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO JOVEM NEGRA NO BRASIL

Belo Horizonte
2023

Jéssica Consuelita Barbosa do Nascimento

UM ESTUDO SOBRE O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO JOVEM NEGRA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Coordenação Didática do Curso de Gestão Pública da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ludmila Ribeiro

Belo Horizonte
2023

Jéssica Consuelita Barbosa do Nascimento

UM ESTUDO SOBRE O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO JOVEM NEGRA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Coordenação Didática do Curso de Gestão Pública da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

_____

Prof.ª Dr.ª Ludmila Mendonça Lopes Ribeiro – Departamento de Sociologia/ UFMG
(Orientadora)

_____

Profª Maria Elisa Rocha Couto Gomes
(Banca Examinadora)

_____

Profª Dra. Luiza Meira Bastos
(Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 07 de julho de 2023.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que já sofreram ou sofrem com algum transtorno relacionado à saúde mental. Sei, por experiência familiar, o quanto o estigma social que enfrentam é mais uma barreira para a difícil tarefa de buscar um tratamento e a alcançar uma qualidade de vida adequada que consequentemente amenizaria o sofrimento psíquico que por muitas vezes se sobressai ao físico, mas que infelizmente não possui o mesmo amparo social.

AGRADECIMENTOS

A minha família materna a quem devo toda a minha admiração e agradecimentos pois sempre me ampararam no que fosse necessário, motivando e acreditando no meu potencial até quando eu mesmo não acreditava. Em especial a minha mãe como exemplo de força, minha irmã pelo exemplo de paciência e pela minha falecida avó pelo de amor e acolhimento, que sempre me ouvia, cuidava e protegia sempre que eu precisava.

Aos meus amigos da Gestão Pública Murilo Rodrigues, Thomás Pereira, Roberta Maia, Hudson Machado, que me acompanharam nesta longa (e quase infinita) jornada, por todo o apoio, colaboração e principalmente pela amizade e companheirismo que se estendeu para além do campus da UFMG. Muito obrigada por cada momento.

A todos os meus professores que tive contato ao longo da vida que instituíram minha base educacional e principalmente aos docentes da comunidade da UFMG que me proporcionaram o que alguém pode esperar de melhor em um ensino, fortalecendo e aprimorando o meu senso crítico sempre com um escopo buscando uma Gestão Pública qualificada e voltada para a justiça social. Meus sinceros agradecimentos.

À minha professora e orientadora, Ludmila, a quem tanto admiro pelos trabalhos acadêmicos e pelos projetos que desempenha com maestria, estes que são de extrema relevância para a sociedade, por aceitar me orientar, pela genuína vontade de ajudar, prestando todo o apoio, com toda a paciência e disponibilidade ao longo de todo o processo mesmo em momentos difíceis. Não poderia ter escolhido alguém melhor. Foi uma honra ser sua orientanda.

A todos, muito obrigada!

“O suicídio é significativo, sobretudo como sintoma de uma sociedade doente, que necessita de uma transformação radical.”
Sobre o suicídio. (Karl Marx).

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender a dinâmica do suicídio entre a população jovem negra no Brasil, analisando seu comportamento, os possíveis fatores que contribuem para suas causas. Para tanto, realizamos uma pesquisa teórica abrangente sobre o tema e encontramos diferentes abordagens existentes, como a psicanalítica, psicológica, sociológica e etnográfica. Após análise, optamos pela abordagem sociológica, pois ela possibilita a compreensão do fenômeno do suicídio por meio da análise do contexto social no qual o indivíduo está inserido. A fim de fundamentar essa perspectiva, foi essencial analisar dados, utilizando as informações do Ministério da Saúde, que abrangem óbitos decorrentes de lesões autoinfligidas, classificadas na CID-10, no capítulo XIX, como lesões, envenenamentos e outras causas externas. Esses dados permitem coletar informações sobre pessoas atendidas e caracterizar os casos como autoextermínio. Em relação ao período analisado, adotamos o intervalo de 1996 até agosto de 2022 (os dados mais recentes disponíveis até a elaboração deste trabalho, porém o último ano não está completo pois não estão disponíveis na base do Ministério da Saúde). Além disso, selecionamos um fator sociodemográfico para delimitar o estudo: a faixa etária dos jovens, abrangendo pessoas de 15 a 29 anos, tendo em vista que a raça negra será o foco principal desta pesquisa. Os resultados indicam que o sexo masculino é o mais propenso a cometer suicídio, quando avaliamos as raças os pardos são os mais afetados, comparando o estado civil ser solteiro é um fator de risco, ao comparar os meses não conseguimos fazer uma correlação de um mês com maior incidência de suicídio, portanto os homens negros e solteiros estão mais vulneráveis ao suicídio.

Palavras-chave: Saúde Pública; Políticas Públicas; Suicídio; Juventude; Raça.

ABSTRACT

This study aims to understand the dynamics of suicide among the young black population in Brazil, analyzing their behavior and the possible factors that contribute to its causes. To do so, we carried out a comprehensive theoretical research on the subject and found different existing approaches, such as psychoanalytic, psychological, sociological and ethnographic. After analysis, we opted for the sociological approach, as it makes it possible to understand the phenomenon of suicide through the analysis of the social context in which the individual is inserted. In order to substantiate this perspective, it was essential to analyze data, using information from the Ministry of Health, which cover deaths resulting from self-inflicted injuries, classified in ICD-10, in Chapter XIX, as injuries, poisoning and other external causes. These data make it possible to collect information about people assisted and characterize cases as self-extermination. Regarding the analyzed period, we adopted the interval from 1996 to 2022 (the most recent data available until the elaboration of this work). In addition, we selected two sociodemographic factors to delimit the study: the age group of young people, covering people from 15 to 29 years old, and the black race, which will be the main focus of this research. The results indicate that males are more likely to commit suicide, when we evaluate the races, brown people are the most affected, comparing marital status being single is a risk factor, when comparing the months we were unable to make a one-month correlation with a higher incidence of suicide. black men are more vulnerable to suicide.

Keywords: Public Health; Public policy; Suicide; Youth; Race.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipos e natureza das violências 21
Figura 2 – Comportamento suicida ao longo da vida 24
Figura 3 – Fluxo de encaminhamento da ficha de notificação epidemiológica de violência 38
Figura 4 – Disposição espacial do suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) no território brasileiro 52
Figura 5 – Diagrama da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de indivíduos em situação de violência nos níveis de atenção à saúde estabelecido pelo Ministério da Saúde 58
Figura 6 – Fluxo de atendimento geral a pessoas em situação de violência auto infligida na rede SUS-BH 59
Figura 7 – Apresentação das instituições que compõem a rede de atendimento intersetorial 60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade que consultaram médico, por períodos, segundo as características selecionadas 31
Gráfico 2 – Distribuição percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade que consultaram médico, por períodos, segundo as características selecionadas 32
Gráfico 3 – Proporção das pessoas com 18 anos ou mais que ficaram internadas por cor ou raça por tipo de atendimentos ofertados 33
Gráfico 4 – Proporção na força de trabalho, desocupada e subutilizada 34
Gráfico 5 – Rendimento médio real habitual do trabalho principal das pessoas ocupadas 35
Gráfico 6 – Taxa de homicídios por sexo e raça no ano de 2020 36
Gráfico 7 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por idade 40
Gráfico 8 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por raça 42
Gráfico 9 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por sexo 43
Gráfico 10 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) relacionando raça e sexo 44
Gráfico 11 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) considerando os anos de escolaridade 46
Gráfico 12 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por estado civil 48
Gráfico 13 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por local de ocorrência onde houve o autoextermínio 49
Gráfico 14 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) considerando o método utilizado para consumar o ato 51
Gráfico 15 – Distribuição do suicídio ao longo dos meses apenas os que foram classificados corretamente pelo CID 54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de violência, definições e classificações 23
Quadro 2 - Estudo do contexto socioeconômico x suicídio 28

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEPS	Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
GEEPI	Gerência de Vigilância Epidemiologia
GVSI	Gerência de Vigilância em Saúde e Informação
IASP	Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DataSUS)
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Tentativa de Autoextermínio
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **13**
Hipóteses e objetivos **15**
Dados e métodos **18**
Organização do texto **18**

CAPÍTULO 1 – Conceitos de saúde e suicídio **20**
1.1 As diversas abordagens do suicídio **25**

CAPÍTULO 2 – A raça como fator importante para entendimento dos riscos de suicídio **30**

CAPÍTULO 3 - Análise do comportamento do suicídio no Brasil **38**
3.1 Padrões de suicídio entre jovens no Brasil, por idade **39**
3.2 Padrões de suicídio entre jovens no Brasil, por raça **41**
3.3 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por sexo **42**
3.4 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por anos de escolaridade **45**
3.5 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por estado civil **47**
3.6 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por local do óbito **48**
3.7 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por arma utilizada **50**
3.8 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por estado **52**
3.9 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por mês **52**

CAPÍTULO 4 – As respostas do poder público ao suicídio **55**
4.1 O que é o TAE? **56**
4.2 Quais são as estruturas disponíveis para atendimento do TAE? **56**

CONCLUSÃO **64**

REFERÊNCIAS **67**

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um tema envolto em tabus, e quando nos aprofundamos no suicídio, a complexidade se intensifica ainda mais. Existe um consenso na sociedade de que falar sobre o assunto pode incentivar aqueles que já contemplam o ato de tirar suas próprias vidas ou que não se sentem à vontade para abordar um tema que requer sensibilidade para lidar com emoções e singularidades. Além disso, o preconceito perpetrado por algumas religiões em relação aos suicidas agrava a situação.

Ao longo dos anos, temos testemunhado uma série de campanhas informativas que visam divulgar, desmistificar e incentivar a população a dialogar sobre a prevenção do suicídio. Um exemplo notável é o movimento do Setembro Amarelo, uma iniciativa que ocorre durante todo o mês, dedicada à prevenção do suicídio. Essa campanha teve início em 2014 e é uma importante ação para conscientizar e combater o suicídio em nível global. A nível mundial, a campanha foi criada pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que designaram o dia 10 de setembro como o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio.[1] Essa data tem como objetivo estimular os países a adotarem estratégias de enfrentamento do suicídio e promover a conscientização sobre a importância da prevenção.

Campanhas como o Setembro Amarelo representam um esforço conjunto para combater o estigma associado ao suicídio, proporcionando um espaço seguro para conversas abertas sobre o assunto. O objetivo é informar as pessoas sobre os sinais de alerta, as estratégias de prevenção e os recursos disponíveis para aqueles que necessitam de apoio emocional. Além disso, busca-se desmistificar a ideia de que falar sobre o suicídio possa desencadear o comportamento suicida, enfatizando que o diálogo aberto e empático pode, na verdade, ajudar a salvar vidas.[2]

É preocupante constatar que o Brasil apresenta altos índices de suicídio, como revelam pesquisas realizadas antes da pandemia. Segundo Silva *et al.* (2018), com base em dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DataSUS), a prevalência do suicídio no país é um fenômeno alarmante. Atualmente, de acordo com

[1] Nesse sentido, ver: SETEMBRO AMARELO (2023). Disponível em: https://www.setembroamarelo.com/. Acesso em: 21 jan. 2022.
[2] Nesse sentido, ver: OMS (2022). Disponível em: https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2021. Acesso em:13 jan. 2021.

dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa a oitava posição no ranking mundial, com 11.821 casos registrados em 2012, ficando atrás apenas da Índia, Rússia, Japão, Coreia do Sul e Paquistão.

É válido destacar que, embora a saúde pública brasileira tenha um campo de pesquisa consolidado em várias áreas, a saúde mental, em particular o tema do suicídio, apresenta uma quantidade menor de autores dedicados a essa temática. Como mencionado por Waiselfisz (2014, *apud* SILVA *et al.,* 2018, p. 4), "o número de estudos que focam no suicídio é bastante reduzido". Essa constatação ressalta a necessidade de inclusão de novos pesquisadores e a promoção de comunicação entre diferentes áreas do conhecimento, a fim de obter uma visão abrangente que permita compreender as dinâmicas e implementar medidas apropriadas para a redução das taxas de suicídio.

A pandemia do COVID-19 tem destacado e reforçado a importância de políticas públicas preventivas que garantam o acesso da população a profissionais de saúde mental. Além dos desafios relacionados à própria doença, tem sido observado um aumento significativo de sequelas em pacientes que foram infectados pelo vírus. Segundo Amy Tausch, uma das autoras da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os dados disponíveis sugerem que aproximadamente um terço das pessoas que tiveram COVID-19 receberam um diagnóstico de transtorno neurológico ou mental. Essa constatação ressalta a necessidade de se implementar estratégias efetivas para lidar com as consequências emocionais e psicológicas da pandemia.

A crise sanitária evidencia a importância de garantir o acesso a serviços de saúde mental, como parte integrante de uma abordagem holística para o bem-estar da população. Políticas públicas preventivas devem ser desenvolvidas e fortalecidas, com o objetivo de fornecer suporte adequado e tratamento para as pessoas afetadas por transtornos mentais decorrentes do COVID-19. Nesse contexto, os profissionais de saúde mental desempenham um papel fundamental. Eles oferecem suporte, orientação e tratamento para ajudar as pessoas a lidarem com as dificuldades emocionais e psicológicas decorrentes da atual situação. Através de terapias, aconselhamento e medicamentos quando necessário, esses profissionais auxiliam no enfrentamento dos desafios, promovem o autocuidado e a resiliência emocional.

No entanto, a literatura sobre o suicídio ainda é escassa quando comparada a

outros temas da saúde mental. Diante desse cenário, este trabalho busca oferecer uma visão específica, explorando a relação entre idade e raça nas análises dos padrões de suicídio no Brasil ao longo das últimas décadas. Ao explorar essas relações entre idade, raça e suicídio, este trabalho contribuirá para um entendimento mais abrangente do fenômeno, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais efetivas e políticas públicas direcionadas. Compreender os fatores de risco específicos e as necessidades das populações mais vulneráveis é essencial para a implementação de medidas de apoio e intervenção adequadas, visando a redução das taxas de suicídio e a promoção da saúde mental entre os jovens.

Hipóteses e objetivos

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) destacam que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo (SILVA *et al.*, 2018). Durante a adolescência e a transição para a vida adulta, que geralmente começa por volta dos 12 anos no Brasil (embora possa variar de acordo com a legislação de cada país), ocorrem mudanças hormonais, físicas, psicológicas e, principalmente, sociais. As pressões relacionadas ao planejamento de uma vida e carreira bem-sucedidas podem se tornar obstáculos para esses jovens adultos, podendo desencadear diferentes problemas, incluindo o suicídio.

Conforme observado pela psiquiatra Alexandrina Meleiro, da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (Abeps), entre os adolescentes há uma tendência crescente de desvalorização da vida e banalização da morte. É conhecido na literatura que os adolescentes são mais impulsivos, e isso tem sido intensificado e imediatizado pelas novas tecnologias. Essa análise ressalta a importância de compreender as particularidades do suicídio entre os jovens, considerando a influência de fatores sociais, emocionais e culturais. Além disso, a questão da raça também desempenha um papel crucial nessa análise, uma vez que a saúde mental pode ser afetada por diferentes formas de discriminação e desigualdades enfrentadas por grupos raciais específicos.[3]

[3] Nesse sentido, ver: FRAGA (2019). Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/geral-48890430. Acesso em: 15 mar. 2021.

No entanto, é importante destacar o fator biológico na análise do suicídio entre os jovens. O desenvolvimento cerebral durante a adolescência é um aspecto crucial a ser considerado. A neurociência tem investigado essa questão e identificado que o córtex pré-frontal, responsável por funções como o pensamento crítico, tomada de decisão, autocontrole, planejamento, atenção, organização, controle emocional, gerenciamento de riscos e impulsos, automonitoramento, empatia e resolução de problemas, é a última área do cérebro a se formar. Assim, ao considerar o fator biológico na análise, é possível obter uma compreensão mais abrangente dos fatores de risco envolvidos no suicídio entre os jovens. Isso reforça a importância de abordagens multidisciplinares que combinem conhecimentos da neurociência, psicologia, sociologia e outras áreas relevantes para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção eficazes. Ao integrar as perspectivas biológicas, psicossociais e ambientais, podemos direcionar esforços para promover a saúde mental e reduzir as taxas de suicídio entre os jovens.[4]

Essa análise inova ao propor estudar os padrões do suicídio com base na raça. No Brasil, é evidente que a população negra enfrenta maiores adversidades em comparação à população branca. Essas adversidades abrangem diversos aspectos, como saúde, acesso a serviços, oportunidades educacionais e emprego, entre outros. Neste cenário, os jovens negros podem estar mais vulneráveis e suscetíveis ao suicídio devido a uma série de fatores. Dados da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de 2017 mostram que a população negra enfrenta um maior estresse crônico em comparação à população branca, o que inclui uma maior incidência de ansiedade, hipertensão, diabetes, acidentes cardiovasculares, doenças físicas, estupros, internações e transtornos mentais. Essas ocorrências são consideradas fatores de risco para o suicídio, como apontado pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

Essas desigualdades sociais e de saúde enfrentadas pela população negra podem agravar os problemas emocionais e psicológicos, contribuindo para um maior risco de suicídio entre os jovens negros. Portanto, é fundamental considerar a interseção entre raça, saúde mental e suicídio para uma compreensão abrangente dos fatores de risco e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes.

---

[4] Nesse sentido, ver: FERNANDES (2019). Disponível em: https://www.edifyeducation.com.br/blog/neurociencia-entenda-como-funciona-o-cerebro-do-adolescente/. Acesso em: 21 jan. 2022.

Ao incluir a dimensão racial nas análises sobre suicídio, podemos compreender melhor as especificidades e desafios enfrentados pelos jovens negros. Essa perspectiva permite identificar as desigualdades e os fatores de risco específicos que afetam essa população, direcionando esforços para políticas públicas e ações mais efetivas. A implementação de políticas públicas voltadas para a saúde mental e o bem-estar dos jovens negros é fundamental para enfrentar as desigualdades e prevenir o suicídio. Essas políticas devem considerar as particularidades socioculturais, as experiências de discriminação e os fatores de estresse crônico enfrentados por essa população. Ações específicas, como o fortalecimento do acesso a serviços de saúde mental, a promoção de campanhas de conscientização e a criação de espaços seguros para expressão e apoio, são essenciais.

Com o objetivo de aprimorar os conhecimentos sobre autoextermínio, analisamos o comportamento e o perfil dos indivíduos que cometem suicídio, levando em consideração principalmente sua raça. Essa análise se faz necessária para compreender a dinâmica desse fenômeno e permitir o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. Embora as mulheres representem a maioria dos dados relacionados a tentativas de suicídio, são os homens que apresentam uma maior taxa de consumação.

Conforme apontado por Ramos (1974):

> [...] os homens tendem a escolher métodos mais violentos, que oferecem menor margem de erro. Esse fato não está ligado apenas à questão da intencionalidade. Certamente, homens e mulheres se conformam aos estereótipos predominantes em sua cultura. (RAMOS, 1974, p. 92).

Essa afirmação reforça a influência dos papéis sociais de gênero, que também se reflete na escolha dos métodos de autodestruição.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é explorar dados oficiais sobre suicídio, coletados por meio de estudos, e observar como raça e idade estão relacionadas a esse fenômeno. Com isso, pretende-se problematizar quais fatores podem ser cumulativos e agravantes, bem como analisar como as políticas públicas atuais são direcionadas ou não a essa população.

Dados e métodos

O trabalho será desenvolvido em um período específico, de 1996 a agosto de 2022, abrangendo os dados disponíveis na base de dados do DATASUS até o momento. Essa escolha de período se deve à alteração da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). A partir da versão 10, foram incluídos critérios raciais essenciais para o desenvolvimento deste estudo, portanto, o ano inicial da análise será 1996. Até a data de desenvolvimento deste estudo, os dados mais recentes disponíveis na base de dados do DATASUS referem-se a 2022, por isso, será considerado nosso marco temporal final. As categorias incluídas para compor o que chamamos de suicídio neste trabalho são identificadas pelos seguintes códigos da CID-10: X70 a X84. Esses códigos abrangem diferentes métodos de autodestruição intencional, como enforcamento, afogamento, disparo de armas de fogo, dispositivos explosivos, entre outros.

Considerando os objetivos deste estudo, os dados extraídos do DATASUS para casos de suicídios consumados entre 1996 e 2022 serão apresentados em duas vertentes principais: (i) compreender a relação entre suicídio e a população jovem negra e (ii) explorar a hipótese de que o racismo estrutural contribui para uma maior vulnerabilidade desse grupo social. Para abordar essas questões, faremos uso da literatura pertinente relacionada ao suicídio, bem como estudos que abordam a interseccionalidade de forma mais abrangente.

Organização do texto

O presente trabalho será dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo terá uma abordagem teórica e será destinado à apresentação dos conceitos de saúde definidos pela OMS e do suicídio. Serão explorados trabalhos que abordaram exaustivamente esse tema, trazendo diferentes perspectivas, como a abordagem psicanalítica, psicológica, psicossociológica e etnográfica.

No capítulo 2, analisamos os dados que revelam a maior vulnerabilidade social enfrentada pela população negra, o que pode resultar em uma maior exposição a problemas de saúde pública, incluindo o risco de suicídio. No capítulo 3, exploramos os dados do DataSUS sobre suicídio, com foco especial na população jovem e negra. Essa abordagem permite discutir os aspectos relacionados à raça e como eles podem

influenciar a ocorrência do suicídio. No penúltimo capítulo, abordaremos as políticas públicas atualmente desenvolvidas para a contenção da violência autoinfligida, que é o suicídio. Investigaremos se essas políticas são direcionadas de forma específica para a população em questão.

O último segmento do trabalho será dedicado às considerações finais sobre os resultados encontrados, consolidando as descobertas e oferecendo uma conclusão coerente com o estudo realizado.

CAPÍTULO 1 - Conceitos de saúde e suicídio

Para abordarmos um tema relacionado à saúde, é importante começarmos definindo o conceito. A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. No entanto, Segre e Ferraz (1997) criticam esse conceito, argumentando que ele não é aplicável à realidade e é utópico, uma vez que não se pode alcançar um estado de perfeito bem-estar. Além disso, a perfeição é subjetiva e varia de acordo com a percepção de cada indivíduo em relação a uma determinada situação.

Como bem observou Karl Marx em relação à citação de um poeta, "O que traz a tua felicidade é minha aflição; O prêmio de tua virtude é meu castigo". Portanto, parece quase impossível alcançar e manter constantemente o equilíbrio nas três dimensões mencionadas no contexto de saúde: física, mental e social. Especialmente na sociedade moderna em que vivemos, onde o trabalho consome a maior parte do tempo, torna-se inviável cuidar e prestar atenção constante aos outros aspectos da vida.

Para os propósitos deste trabalho, consideraremos a definição da OMS, uma vez que ainda não houve uma reformulação desse conceito. No entanto, adotaremos uma abordagem crítica, reconhecendo que alcançar plenamente esse estado não é o objetivo neste contexto. Podemos adotar a indagação de Segre e Ferraz (1997, p. 542) de que "a saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade". O termo "razoável" nos permite considerar uma realidade mais próxima e plausível, levando em conta que a vida não segue uma linha reta. Portanto, a saúde também pode ser entendida como o resultado da relação entre o indivíduo e a realidade em que está inserido.

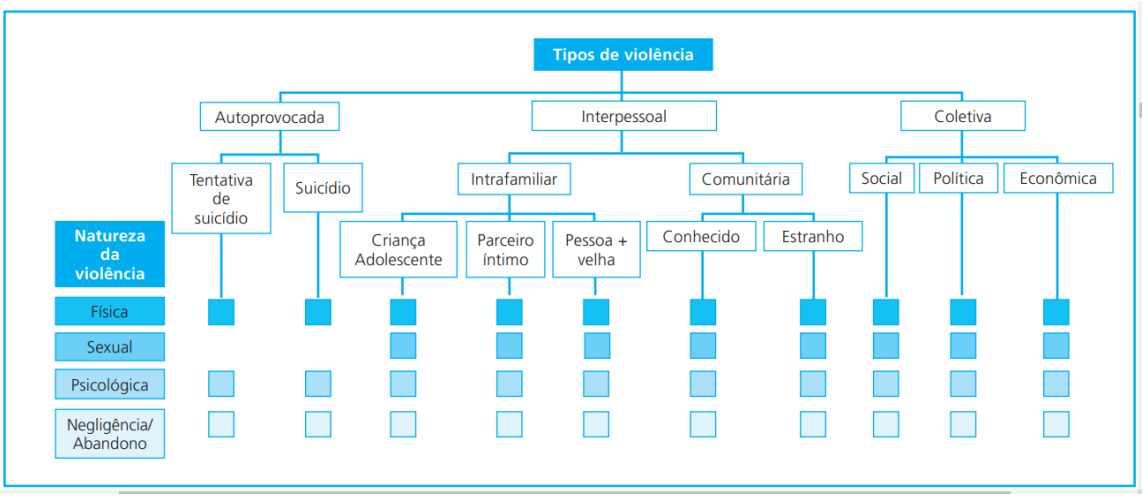
A OMS também define o que é violência, categoria na qual o suicídio se enquadra. O Ministério da Saúde apresenta a seguinte definição de violência:

> Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG *et al*. 2002, p 5).

É importante destacar que a definição da OMS sobre violência também inclui os acidentes, uma vez que muitas vezes é difícil distinguir e determinar a

intencionalidade dos eventos. Em 2002, a OMS identificou e categorizou os diferentes tipos de violência, estabelecendo três grandes categorias com base no agente que exerce a violência: (i) violência autoprovocada, (ii) violência interpessoal e (iii) violência coletiva (KRUG *et al*., 2002, p. 5). A partir dessas categorias, foram estabelecidos subgrupos para mapear e detalhar o agressor, bem como a natureza da violência. Um fluxograma detalhado que ilustra essas categorias e subgrupos pode ser encontrado na figura 1.

Figura 1 – Tipos e natureza das violências



Fonte: Krug *et al.* (2002).

O mapeamento apresentado na Figura 1 permite uma compreensão mais abrangente e específica dos diferentes contextos e formas de violência. É relevante ressaltar que essa abordagem da OMS nos ajuda a compreender que a violência, incluindo o suicídio, pode ter múltiplos fatores e motivações. Ao analisar e estudar esses diferentes aspectos, podemos ter uma visão mais abrangente e embasada para a formulação de políticas públicas e intervenções eficazes na prevenção e enfrentamento da violência.

O tipo de violência ao qual este trabalho se constitui está localizado no grande grupo de violência autoprovocada. No entanto, é importante destacar que os indivíduos que são objeto de estudo enfrentam diariamente outros tipos de violência, que podem ser fatores contribuintes para a consequência final do suicídio. Infelizmente, como já mencionado, é evidente que as pessoas negras são mais vulneráveis a diversos tipos de violência, incluindo violência física, psicológica, sexual e negligência por parte do Estado.

Para exemplificar essa relação entre os diferentes tipos de violência e o suicídio, é possível observar que a vivência constante dessas violências pode desencadear um sofrimento psicológico significativo, levando ao aumento do risco de suicídio. Portanto, é fundamental analisar o contexto mais amplo em que ocorrem essas violências, reconhecendo as interconexões entre elas e sua influência no desfecho trágico do suicídio. É importante ressaltar que esses diferentes tipos de violência podem estar interconectados. Por exemplo, uma pessoa que sofre violência física também pode ser vítima de violência psicológica, pois essa experiência pode causar medo e traumas. Neste trabalho, abordaremos o suicídio como uma forma de violência autoinfligida, que pode ser resultado de outras formas de violência direta sofridas pela população negra, como violência física, psicológica, sexual e, principalmente, a negligência no acesso a políticas públicas. De acordo com a definição do Ministério da Saúde, o suicídio é considerado um ato de violência autoinfligida.

> O suicídio é um ato deliberado, iniciado e concluído por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de sua morte. Ainda que possa haver ambivalência na ação, é escolhido um método que a pessoa considere ser fatal (OMS, 2001; CFM, 2014). Nesse sentido, o suicídio é um dos elementos do comportamento suicida - que envolve a ideação, o planejamento e a tentativa de autoextermínio. (OMS, 2022).

O Quadro 1 resume os principais tipos de violência definidos pela OMS, incluindo o suicídio como uma categoria. Esse quadro serve como uma base para compreender a variedade de formas de violência que podem afetar os indivíduos e a importância de considerar a interseção entre esses diferentes tipos de violência ao abordar a questão do suicídio.

Quadro 1 – Tipos de violência, definições e classificações

Tipo de violência	Definição	Classificações
Violência autoprovocada ou auto-infligida	Cometida pelo próprio sujeito	**Comportamento suicida:** Está relacionado com a ideação suicida e com automutilação sem a real intenção do suicídio.
		Suicídio: É classificado à medida que o autor elabora um plano de extinguir sua vida e busque métodos e recursos para que seja executado.
Violência Interpessoal	É a incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela negociação, uma saída pacífica para os problemas	**Violência intrafamiliar:** Ocorre nas relações de subordinação e entre gerações no núcleo familiar onde a vítima convive com o autor.
		Violência comunitária: Praticada entre indivíduos que não possuem laços sanguíneos ou de parentesco, mas pode ou não, ser um conhecido da vítima. Ex: Membro da comunidade, integrante de grupo religioso, submetendo a vítima a estupros, importunação sexual, violência física, etc, geralmente ocorre nas escolas, instituições religiosas, locais de trabalho, asilos, prisões, na rua, comunidades, condomínios.
Violência coletiva	"Diferentemente das outras duas grandes categorias, as subcategorias da violência coletiva sugerem possíveis motivos para a violência cometida por grandes grupos ou por países. "	**Violência social**: Quando ocorre genocídio de grupos étnicos específicos.
		Violência política: Podemos exemplificar através das guerras, independente de qual seja o motivo que a desencadeou.
		Violência econômica: "Possui o objetivo de obter vantagem e lucro. É nessa natureza de violência ao qual o Estado geralmente se encontra uma vez que é caracterizada pela exclusão ou negligência do indivíduo devido a sua raça, classe, etnia, religião."

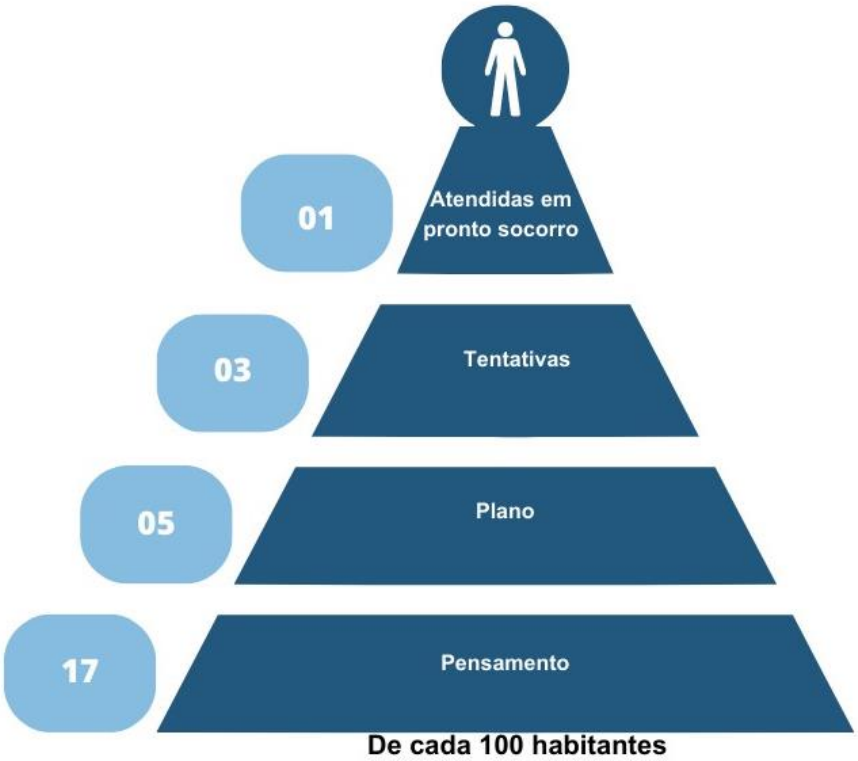
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de OMS (2022).

Uma informação relevante do Quadro 1 é a distinção feita pela área da saúde entre a conduta suicida, que envolve a retirada da própria vida, e a ideação suicida, que consiste nos pensamentos relacionados a tirar a própria vida ou estar morto/a. A ideação suicida é um fator importante para intervenções, pois quanto mais frequente e detalhada, maior é o risco de ação efetiva do ato suicida (CALDEIRA, 2015 *apud* CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, 2020). É importante ressaltar que nem todos os pensamentos de ideação suicida resultam em uma tentativa de suicídio bem-sucedida. Mesmo que alguém pense em

tirar a própria vida, nem sempre isso se concretiza. No entanto, é evidente que a existência de ideação suicida aumenta o risco potencial de uma pessoa realizar o ato suicida.

Considerando que os indivíduos negros são mais afetados pela violência letal e intencional, é esperado que eles sejam maioria entre aqueles que apresentam ideação suicida e que praticam o autoextermínio. Diante dessa problematização da ideação suicida, que antecede o ato em si, Botega *et al.* (2014) descreve as etapas do comportamento suicida ao longo da vida.

Figura 2 – Comportamento suicida ao longo da vida



Fonte: Botega *et al.* (2014).

A Figura 2 indica que há um grande número de pessoas que têm pensamentos suicidas, ou seja, a ideação suicida. Em seguida, uma parcela menor, menos de um terço, passa para a fase do planejamento e, por fim, para a tentativa de suicídio. No entanto, apenas uma em cada dezessete pessoas efetivamente concretiza o ato suicida, retirando sua própria vida.

É importante ressaltar que este trabalho não tem a intenção de realizar uma análise detalhada sobre o conceito de suicídio e suas tipologias, revisando toda a

bibliografia existente sobre o tema. Isso exigiria tempo e recursos que, no momento, não temos e não é nosso foco principal. O objetivo é dialogar com alguns trabalhos referenciados na área de estudos sobre suicídio, partindo do pressuposto de que essa conduta é indicativa da perda do bem-estar físico, psicológico e social, culminando na retirada da própria vida. Para isso, farei referência ao trabalho de Edith Ramos, intitulado "Anatomia do suicídio", publicado em 1974. A autora realizou um trabalho minucioso durante mais de dois anos, relacionando diferentes abordagens sobre o suicídio, incluindo autores com perspectivas e interpretações diversas sobre o fenômeno, relacionando-o à perspectiva de bem-estar físico, mental e social, conforme proposto pela OMS.

Ramos (1974) menciona cinco abordagens do suicídio: 1) Abordagem sociológica; 2) Abordagem psicanalítica; 3) Abordagem psicológica; 4) Abordagem psicossociológica; 5) Abordagem etnográfica. Farei um resumo dessas abordagens para esclarecer e enfatizar a complexidade do tema e a importância de manter um debate acadêmico interdisciplinar e social que integre diferentes áreas de conhecimento. Ou seja, não é objetivo deste trabalho determinar qual abordagem é a melhor, mas sim abrir o debate sobre os tipos já identificados na literatura. A proposta é ressaltar que não temos conhecimento de um único fator que seja determinante para a causa desse fenômeno. Portanto, é necessário considerar todas as abordagens que contenham métodos lógicos e racionais, abrangendo variáveis explicativas, para que estudos futuros possam contribuir de forma resolutiva para a compreensão desse fenômeno.

1.1 As diversas abordagens do suicídio

Quanto a etimologia do suicídio advém do latim, onde “*sui* (si mesmo) e *cæderes* (ação de matar)”, criada em 1737, por Desfontaines, revelando o significado da palavra. (PENSO; SENA, 2020, p.2).

Émile Durkheim o define em sua obra O suicídio como:

> Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte. (DURKHEIM, 2019, p. 14).

O conceito de suicídio é aplicado exclusivamente aos seres humanos devido à sua capacidade cognitiva e lógica. No entanto, adotaremos uma perspectiva mais ampla do suicídio por meio da abordagem sociológica, que permite problematizar como a sociedade contribui para a ocorrência do suicídio. O sociólogo francês Émile Durkheim, considerado o pai da sociologia, foi o primeiro a observar o suicídio sob essa perspectiva. Dentro da abordagem sociológica, Durkheim identificou e exemplificou três categorias de suicídio: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio por anomia.

Segundo Durkheim, o suicídio egoísta ocorre devido à incapacidade do indivíduo de se integrar à sociedade (RAMOS, 1974, p. 80). Por outro lado, o suicídio altruísta é o oposto do egoísta, caracterizado pelo excesso de conexão e pelo sacrifício em nome de causas religiosas, políticas ou outras. Por fim, o suicídio por anomia é explicado por Durkheim como a perda das normas sociais que regulam a vida do indivíduo (RAMOS, 1974). Para facilitar o entendimento do suicídio anômico, podemos usar o exemplo do divórcio. De acordo com Durkheim, ao se divorciar, o indivíduo se desvincula das normas sociais às quais estava inserido, e a influência reguladora da sociedade conjugal cessa (RAMOS, 1974, p. 80). Para alguns indivíduos, essa perda de referência pode ser vivenciada como uma punição, especialmente para aqueles que estão acostumados com as doutrinas impostas e são retirados dos papéis e posições que antes ocupavam na sociedade. No casamento, você sabe a que grupo pertence e quais normas e regras deve seguir, mas, ao se divorciar, esses padrões são alterados.

Na segunda abordagem, temos a perspectiva psicanalítica. O médico psiquiatra Sigmund Freud interpretou o suicídio como uma incapacidade de expressar sentimentos agressivos, resultando em direcioná-los para si mesmo (RAMOS, 1974, p. 80).

Na terceira abordagem, a psicológica, geralmente realizada por meio de estudos de caso, não é possível abranger todas as suas nuances. O suicídio pode ser praticado como um ato mágico ou estar associado a condições como depressão, ansiedade ou outras patologias. De acordo com um adepto de Carl Gustav Jung, o suicídio pode ser visto como outros sintomas neuróticos, não sendo um ato racional realizado com fins racionais. É uma solução simbólica, na maioria das vezes, para um conflito, e os propósitos dessa solução simbólica podem ser inconscientes ou minimamente conscientes (RAMOS, 1974, p. 96).

A quarta abordagem é a psicossocial. O pesquisador Hendin a caracteriza não como uma fuga da vida, mas como um desejo de morrer (RAMOS, 1974, p. 88). Hendin conduziu sua pesquisa em três países escandinavos: Dinamarca, Suécia e Noruega. Ele constatou que uma análise baseada no contexto socioeconômico, no bem-estar social e cultural não foi suficiente para explicar os dados sobre suicídio em cada um desses países. Por exemplo, a Dinamarca e a Suécia apresentavam altos índices de suicídio em comparação com a Noruega, que tinha um dos índices mais baixos globalmente, de acordo com os dados da época. Hendin direcionou seu olhar para a interação entre as atitudes sociais e a psicodinâmica das constelações familiares para entender essa diferença (RAMOS, 1974, p. 88). A seguir, apresento o Quadro 2 com os métodos comparativos avaliados e as conclusões a que o autor chegou, visando uma exposição clara dessas abordagens.

De acordo com Ramos (1974), Hendin concluiu que, para compreender a dinâmica do suicídio, é necessário estudá-lo dentro de um contexto cultural e considerá-lo como um fenômeno psicossocial. Essa abordagem ressalta a importância de analisar não apenas fatores individuais, mas também os aspectos sociais, culturais e familiares que podem contribuir para o surgimento e a ocorrência do suicídio. A compreensão do suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado requer uma visão integrada que considere tanto os aspectos psicológicos quanto os fatores sociais e culturais envolvidos. Nas palavras da autora:

> O suicídio é uma forma de “comunicação” e se a *mensagem* é um “grito de socorro” que representa uma forma de *comunicação indireta*, é inegável que uma carta, um bilhete, uma nota proveniente de um suicida traduz uma mensagem, cujos aspectos latentes significarão muitíssimo, pois, em muitos casos, será o equivalente desse grito de socorro, de um epitáfio, de um ato de última vontade, de um testamento. (RAMOS, 1974, p. 90).

A abordagem etnográfica, mencionada por Ramos (1974), destaca a existência de estilos culturais de suicídio, reconhecendo que as práticas e as percepções em relação ao suicídio podem variar entre diferentes culturas. Um exemplo citado é o Japão, que apresenta altos índices de suicídio e é considerado um exemplo dessas práticas culturais.

Quadro 2 - Estudo do contexto socioeconômico x suicídio

Países pesquisados	Posição considerando os índices de suicídio no mundo	Predominância do suicídio	Educação e dependência	Mães e o cuidado	Personalidades
Dinamarca	Índice de suicídio entre os mais altos do mundo junto com o Japão	Ocorre mais frequentemente, quando a patologia depressiva é desencadeada pela perda de uma pessoa, com a qual o suicida mantinha estreita relação de dependência.	O principal método para disciplinar uma criança é o de inculcar-lhe sentimento de culpa. A submissão, a dependência aos pais é encorajada, enquanto a agressão é severamente condenada	As mães se sentem culpadas pela sua aversão à contingência de terem de cuidar de seus filhos.	Deprimidos
Suécia	Índice de suicídio entre os mais altos do mundo junto com o Japão	O insucesso no trabalho, nas realizações individuais produzem o que o autor chama de "performance failure". É evidente naquela sociedade, sua conotação com o suicídio. Entre as suecas, também resulta, parcialmente, da "performance failure", mas, ao contrário dos homens, esse sentimento não tem conotação com o trabalho, mas com as relações heterossexuais.	São estimulados à autossuficiência muito precocemente. Cedo, são retirados do convívio materno diário.	As mães suecas também consideram esse cuidado um fardo, mas não experimentam sentimento de culpa como ocorre com as dinamarquesas.	Esquizóides
Noruega	Índice de suicídio entre os mais baixos do mundo	O trabalho, por seu lado, é visto como prazer e não como dever. A contemplação e a fantasia oferecem mais incentivos que a ambição e a competição.	A frustração de dependência é menor, porque esta não é encorajada excessivamente, nem a independência é forçada prematuramente. A dependência é permitida, mas não estimulada. A criança e o jovem recebem estímulos para serem bons, e não para serem bem-sucedidos.	Os noruegueses aprendem a aceitar as frustrações, mediante a racionalização e defesas paranoicas, deixando em segundo plano a autocensura. Assim, reduzem a necessidade de suicídio como forma de autopunição por um insucesso.	Paranóides

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Ramos (1974).

Diante das diversas abordagens existentes e da falta de consenso na academia, é evidente que o suicídio é um fenômeno complexo e multidimensional. A maioria dos estudiosos reconhece sua natureza multicausal, compreendendo que não pode ser atribuído a um único fator. Existe um reconhecimento de que o suicídio é um fato social, influenciado por fatores individuais, sociais, culturais e familiares.

Para este trabalho, a abordagem sociológica foi escolhida como referência, entendendo o suicídio como um fenômeno social e multifacetado. O objetivo principal é analisar os padrões de suicídio na população jovem negra no Brasil, buscando identificar possíveis variações ao longo do tempo. O foco está em compreender as variáveis envolvidas e propor hipóteses explicativas, visando contribuir para a prevenção do suicídio e melhorar os métodos de compreensão e intervenção diante dessa realidade. O trabalho busca entender o perfil dos indivíduos afetados pelo suicídio, com o intuito de aprimorar a prevenção e oferecer insights para lidar com o fenômeno do suicídio na população jovem negra no Brasil.

CAPÍTULO 2 – A raça como fator importante para entendimento dos riscos de suicídio

A questão racial no Brasil possui características particulares devido ao processo histórico de colonização e exploração da mão de obra negra através da escravidão. O país foi formado a partir da miscigenação, resultando em uma mistura de raças e culturas, especialmente através dos abusos sexuais praticados contra mulheres indígenas e negras. No entanto, mesmo com essa diversidade racial, a sociedade brasileira ainda enfrenta um problema grave de racismo, com a concepção de uma suposta supremacia racial branca sobre os negros e a ignorância em relação ao processo de formação do país.

O reconhecimento do racismo institucional no Brasil levou o Ministério da Saúde a estabelecer, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Essa política visa combater as desigualdades e promover a equidade na saúde, levando em consideração as especificidades e demandas da população negra. Como aponta Kalckmann (2007):

> A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra constitui um marco importante para a redução das desigualdades raciais na área da saúde. A partir dela, são implementadas ações voltadas para o enfrentamento do racismo e da discriminação racial no contexto da saúde, a promoção da equidade e a garantia do acesso, acolhimento e qualidade na atenção à saúde da população negra. (KALCKMANN, 2007, p. 47).

É reconhecido que a prática do racismo institucional na área da saúde afeta principalmente as populações negra e indígena no contexto brasileiro (KALCKMANN, 2007, p. 48). A raça pode determinar quais comorbidades as pessoas estão mais suscetíveis a desenvolver. Por exemplo, entre os negros, há uma maior prevalência de doenças como hipertensão, diabetes mellitus tipo II, anemia falciforme e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Embora as duas últimas doenças sejam determinadas geneticamente, a hipertensão e a diabetes poderiam ser facilmente prevenidas e controladas. No entanto, o racismo institucional presente nessas instituições de saúde leva a um quadro mais complexo e grave da saúde dos pacientes quando eles procuram tratamento.

De acordo com Ministério da Saúde na obra Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016 as principais causas associadas ao

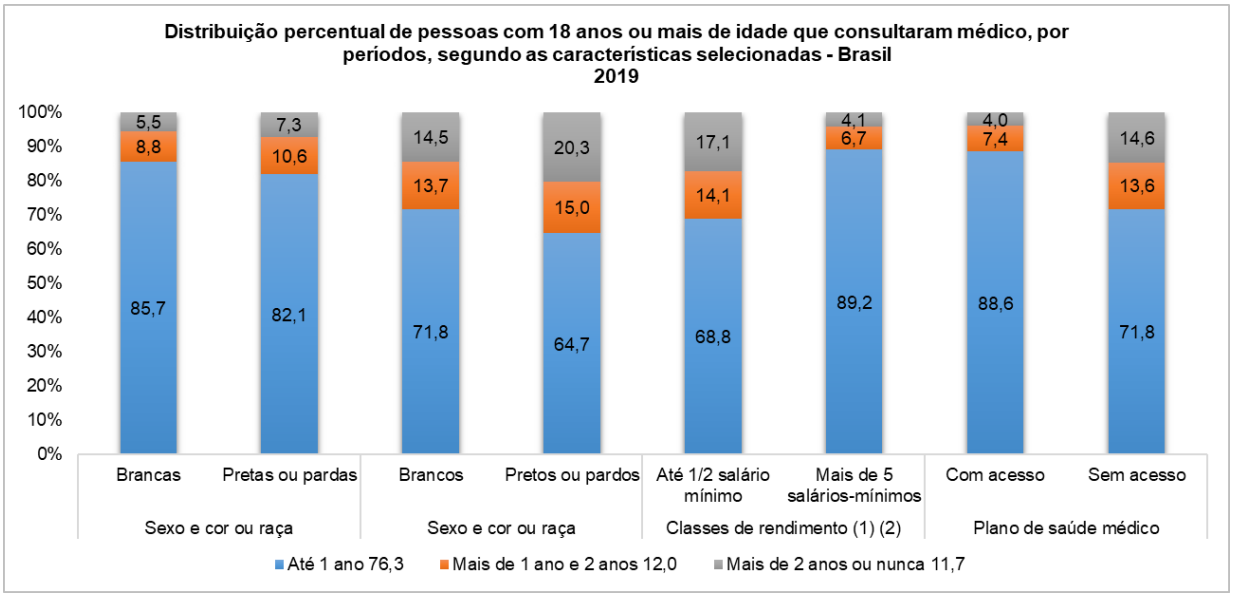
suicídio em negros são:

> O não lugar, ausência de sentimento de pertença, sentimento de inferioridade, rejeição, negligência, maus tratos, abuso, violência, inadequação, inadaptação, sentimento de incapacidade, solidão, isolamento social. Além desses possui outros fatores relacionados como a não aceitação da identidade racial, sexual e afetiva, de gênero e de classe social. (BRASIL, 2010).

Por isso é importante o levantamento de dados relacionados a questões sociais e econômicas para se estudar o suicídio entre os jovens negros, pois possuem mais fatores de risco associados a desigualdade social, além do racismo que enfrentam diariamente. Portanto, vamos apresentar como a raça se encontra quando tratamos de poder aquisitivo, estudos, acesso à saúde, posse de bens móveis, entre outros.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral, no 4º trimestre de 2022, a população brasileira era de 214.680 milhões de habitantes, sendo que a população parda representava 45,6%, a população preta 10,4% e a população branca 42,9% desse total. Apesar de constituírem a maioria da população brasileira atualmente, os negros não apresentam os maiores percentuais de utilização dos serviços de saúde, como indicado pelos dados do IBGE e ilustrado nos gráficos a seguir.

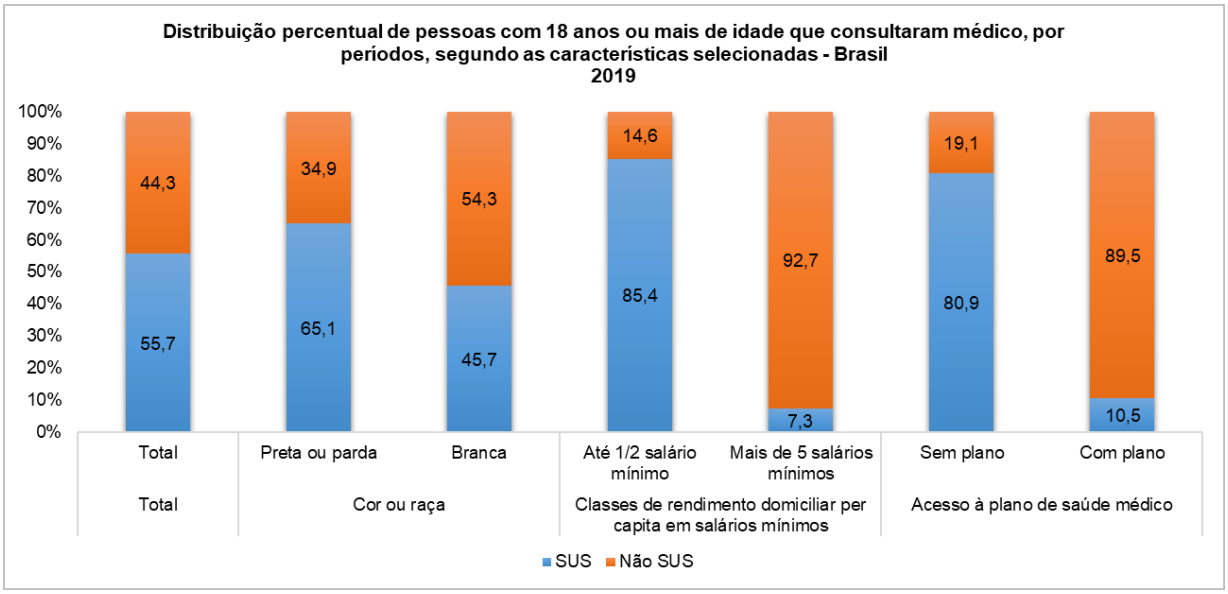
Gráfico 1 – Distribuição percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade que consultaram médico, por períodos, segundo as características selecionadas



Fonte: IBGE (2019).

Observamos no gráfico que, na avaliação das categorias entre 1 e 2 anos e 2 anos ou nunca, tanto os homens quanto as mulheres negras obtiveram maior porcentagem, ou seja, nesse grupo não foram realizadas consultas regulares ou sequer passaram por alguma consulta ao longo da vida. Quando avaliamos até 1 ano percebemos que a frequência das consultas também é maior entre os brancos do que nos negros. Temos que considerar também a proporção de utilização dos Sistema Único de Saúde (SUS) comparando os negros e brancos, como realizado pelo gráfico a seguir, extraído da plataforma do IBGE.

Gráfico 2 – Distribuição percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade que consultaram médico, por períodos, segundo as características selecionadas

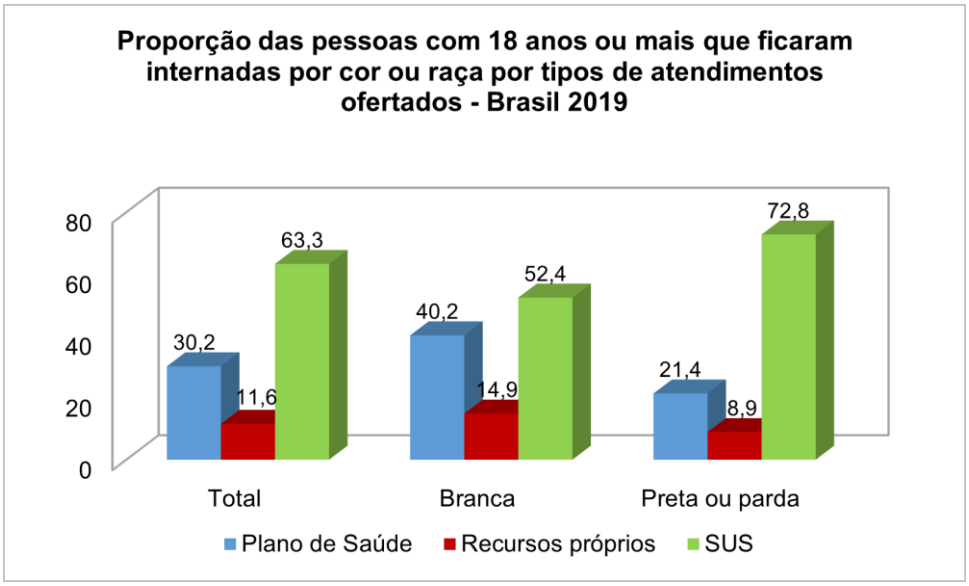


Fonte: IBGE (2019).

Nota: Distribuição percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade que tiveram atendimento de saúde, por tipo de atendimento ofertado, segundo características selecionadas - Brasil (2019).

Esses dados mostram que os negros utilizam mais os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em comparação aos brancos. A proporção de utilização do SUS pelos negros é de 65,1%, enquanto para os brancos é de 45,7%. Isso indica que uma parcela significativa da população negra depende do financiamento público para acessar os serviços de saúde. Além disso, é importante mencionar a quantidade de internações por raça entre os adultos com mais de 18 anos de idade.

Gráfico 3 – Proporção das pessoas com 18 anos ou mais que ficaram internadas por cor ou raça por tipo de atendimentos ofertados



Fonte: IBGE (2019).

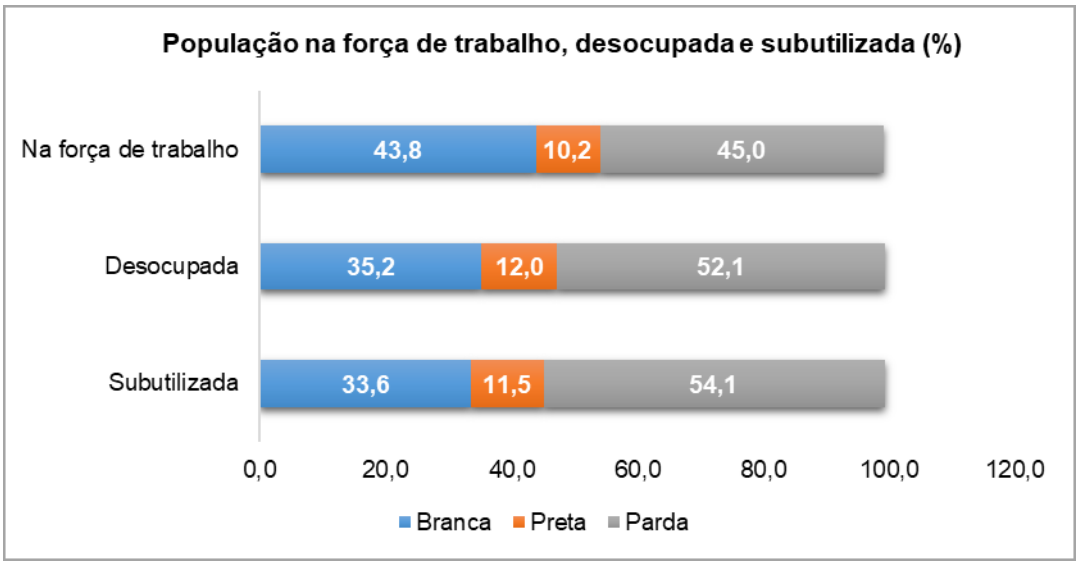
Notas: 1. A única ou a última internação em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores à data da entrevista. 2. Os percentuais não somam 100%, pois há planos de saúde por coparticipação nos quais os beneficiários pagam mensalidades e desembolsam parte do valor dos procedimentos que realizam.

Em resumo, os dados apresentados mostram que os negros dependem em maior medida do Sistema Único de Saúde (SUS) em comparação aos brancos. Enquanto 55,1% dos brancos possuem recursos próprios ou planos de saúde para acessar atendimentos de saúde, apenas 30,3% da população negra possui essa condição. Isso indica que os negros têm uma menor capacidade de utilizar recursos privados ou de pagar por serviços de saúde, o que os torna mais dependentes do SUS para obter atendimento médico. Essa dependência pode estar relacionada a questões socioeconômicas, como menor renda e acesso limitado a planos de saúde privados. Essa disparidade na capacidade de acesso a recursos próprios de saúde entre negros e brancos evidencia uma desigualdade no sistema de saúde, destacando a importância de políticas e ações que busquem garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde para todos os grupos raciais.

Os dados do IBGE indicam que os negros e pardos enfrentam maiores dificuldades de acesso a oportunidades de emprego, educação, segurança e saneamento em comparação aos brancos no Brasil. No campo do emprego, os negros e pardos estão mais propensos à subutilização da mão de obra, ao desemprego e ao trabalho informal. Além disso, recebem menores rendimentos em relação aos

brancos, mesmo quando comparado o nível de escolaridade. Essa desigualdade se reflete também na ocupação de cargos gerenciais, onde os negros e pardos estão sub-representados. Essa disparidade evidencia a existência de um racismo estrutural que limita as oportunidades e o acesso igualitário ao mercado de trabalho para essa parcela da população.

Gráfico 4 – Proporção na força de trabalho, desocupada e subutilizada



Fonte: IBGE (2021).

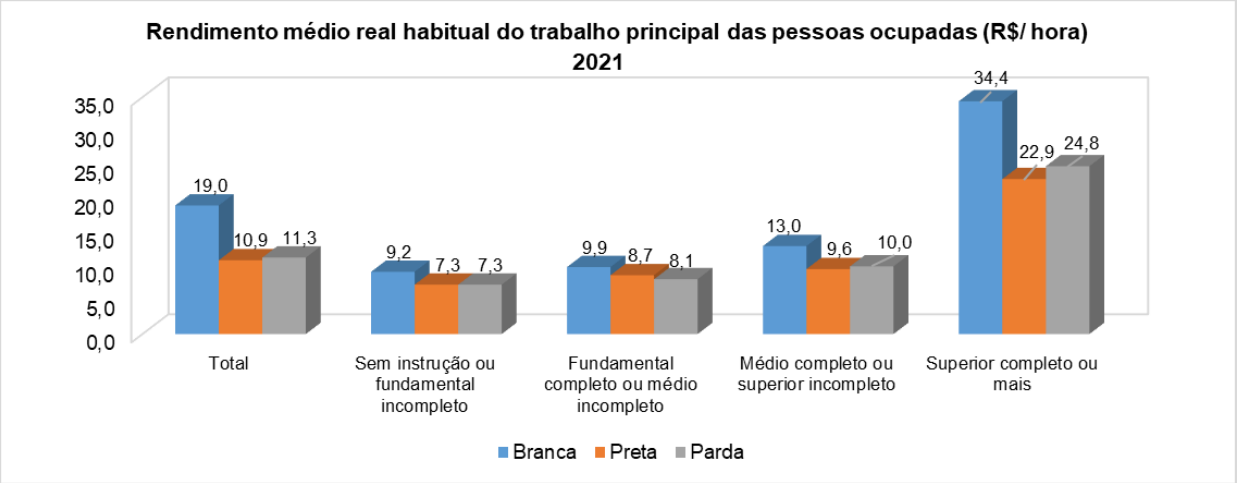
Portanto, tanto pretos quanto pardos, enfrentam uma maior taxa de subutilização da mão de obra, desemprego e menor participação na força de trabalho em comparação aos brancos. A taxa de subutilização da mão de obra entre os brancos é de 33,6%, enquanto entre os pretos é de 11,5% e entre os pardos é de 54,1%. Essa subutilização engloba pessoas desocupadas, subocupadas por insuficiência de horas trabalhadas ou na força de trabalho potencial.

Em relação à taxa de desocupação, os brancos apresentam uma taxa de 35,2%, enquanto entre os pretos é de 12,0% e entre os pardos é de 52,1%. A taxa de desocupação representa a proporção de pessoas desempregadas em relação à população economicamente ativa. Quanto à participação na força de trabalho, os brancos representam 43,8%, os pretos 10,2% e os pardos 45,0%. A participação na força de trabalho indica a proporção de pessoas economicamente ativas em relação à população em idade de trabalhar.

Esses dados evidenciam as desigualdades raciais existentes no mercado de

trabalho brasileiro, onde os negros enfrentam maiores dificuldades de inserção, maior desemprego e subutilização da mão de obra em comparação aos brancos. Essas disparidades são reflexos do racismo estrutural presente na sociedade e reforçam a necessidade de políticas de promoção da igualdade racial e de combate às desigualdades sociais e econômicas. Por outro lado, a falta de acesso a empregos de qualidade e melhores condições de trabalho contribui para a reprodução das desigualdades sociais e econômicas enfrentadas pelos negros no Brasil. Essa situação se relaciona diretamente com a carência de atendimento no SUS, uma vez que a falta de emprego formal e renda adequada dificulta o acesso a planos de saúde privados e aumenta a dependência dos serviços públicos de saúde.

Gráfico 5 – Rendimento médio real habitual do trabalho principal das pessoas ocupadas



Fonte: IBGE (2021).

Nota: Valores deflacionados para reais médios de 2021.

Os dados do IBGE revelam que as violências apresentam padrões distintos de acordo com o sexo e raça. No caso das mulheres, as violências ocorrem com maior frequência no ambiente doméstico, enquanto no caso dos homens, a vulnerabilidade está mais relacionada ao ambiente comunitário. Quando se trata de homicídios, os homens têm uma maior probabilidade de serem vítimas em comparação às mulheres, independentemente da raça. No entanto, ao observar a taxa de homicídios entre os homens por raça, identifica-se uma disparidade significativa. Os homens pretos possuem quase o dobro de chance de serem mortos em relação aos homens brancos, enquanto os homens pardos têm mais do que o triplo de chance. Esses números

evidenciam a desigualdade racial no acesso à segurança e a exposição diferenciada a situações de violência letal.

Gráfico 6 – Taxa de homicídios por sexo e raça no ano de 2020

Fonte: IBGE (2020).

Essas discrepâncias destacam a necessidade de abordagens específicas para enfrentar as diferentes formas de violência que afetam homens e mulheres, considerando também as dimensões raciais. É fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que visem combater o racismo estrutural, promover a igualdade de gênero e garantir a segurança e o bem-estar de todos os indivíduos, independentemente de seu sexo ou raça.

Essa realidade é ainda mais preocupante em relação às mulheres negras, especialmente no contexto da saúde materna. Estudos mostram que essas mulheres têm maior risco de receber cuidados pré-natais inadequados, realizarem menos consultas obstétricas do que o recomendado e enfrentarem dificuldades no acesso aos serviços de maternidade, como a privação de direito ao acompanhante durante o parto. Ou seja, as disparidades apresentadas nesta seção evidenciam a persistência de desigualdades e obstáculos que as mulheres negras enfrentam no sistema de saúde e em outros setores da sociedade. Apesar de constituírem uma parcela significativa da população brasileira, ainda enfrentam dificuldades em alcançar igualdade de oportunidades, acesso a bens e serviços de qualidade e representatividade política.

Esses dados de contexto são importantes porque fatores como desigualdade social, falta de acesso a recursos, discriminação racial, violência, pressões socioeconômicas, problemas familiares e falta de suporte emocional podem contribuir para o aumento do risco de suicídio entre os jovens, independentemente da raça. Exatamente por estar mais vulnerável a essas situações, os jovens negros e pobres tendem a estar mais expostos à ideação suicida e suicídio propriamente dito.

A ideação suicida entre jovens no Brasil é uma preocupação séria e requer atenção e intervenções adequadas. A ideia suicida é um indicador preocupante de sofrimento psicológico e que precisa ser levada a sério. Fatores de risco associados à ideação suicida entre jovens incluem transtornos mentais, como depressão e ansiedade, experiências de bullying, abuso físico ou sexual, problemas familiares, falta de suporte emocional e acesso a meios letais.

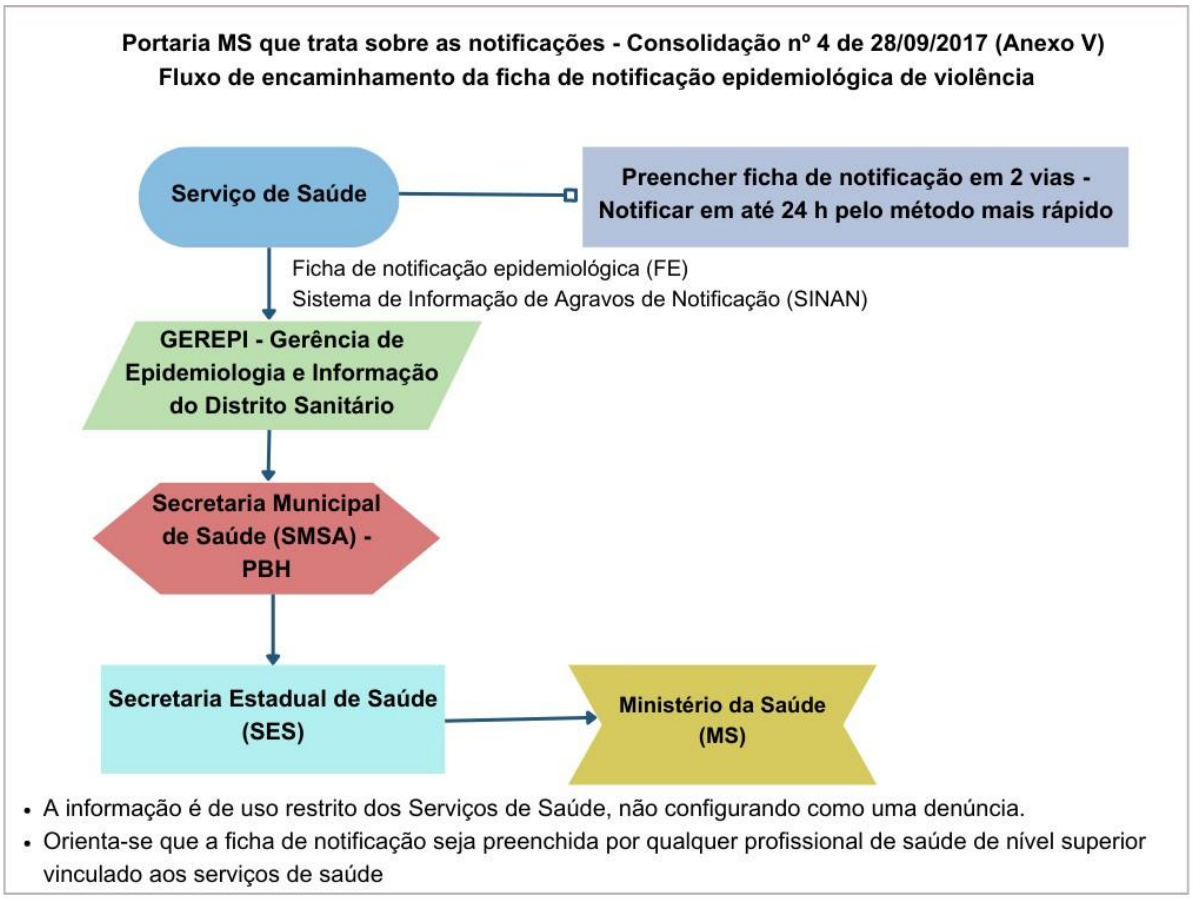
Infelizmente, não há dados sobre a ideação suicida propriamente dita. De acordo com informações do Ministério da Saúde do Brasil, o suicídio é a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no país. Em 2019, foram registrados 1.173 óbitos por suicídio nessa faixa etária. Além disso, estima-se que a taxa de tentativas de suicídio seja muito maior do que a taxa de suicídio consumado, o que indica a presença de um número considerável de jovens em situação de vulnerabilidade.

Existem evidências de que os jovens negros enfrentam desafios específicos que podem aumentar o risco de suicídio em comparação com outros grupos raciais. O racismo estrutural, a discriminação racial, a desigualdade socioeconômica e as disparidades de acesso a recursos podem influenciar a saúde mental e aumentar a vulnerabilidade ao suicídio. Neste ínterim, dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, mostraram que a taxa de suicídio entre jovens negros no Brasil era significativamente maior em comparação com jovens brancos. Em 2019, a taxa de suicídio entre jovens negros foi de 4,6 por 100.000 habitantes, enquanto entre jovens brancos foi de 2,7 por 100.000 habitantes.

CAPÍTULO 3 - Análise do comportamento do suicídio no Brasil

Os dados analisados neste capítulo foram extraídos do DATASUS, abrangendo todos os registros relacionados à violência autoprovocada que resultou em morte. Para compreender como esses dados são produzidos, segue o fluxo de encaminhamento da ficha de notificação epidemiológica de violência (Figura 3):

Figura 3 - Fluxo de encaminhamento da ficha de notificação epidemiológica de violência



Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – PBH (2015).

O sistema é iniciado com a identificação do caso, quando o profissional de saúde identifica um caso de violência autoprovocada que resultou em morte e preenche a ficha de notificação epidemiológica. Em seguida, a ficha de notificação é encaminhada para a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde, que é responsável pela coleta e análise dos dados. Esses dados são consolidados pela Secretaria Estadual de Saúde, que consolida os dados de todas as fichas de notificação recebidas,

realizando a análise epidemiológica e estatística.

Por fim, há o envio dos dados para o DATASUS, que é o sistema de informações em saúde do Ministério da Saúde. O DATASUS é responsável pelo armazenamento e disponibilização dos dados para consulta e análise. Logo, os dados utilizados neste capítulo foram extraídos deste sistema, para entender de maneira mais detalhada quais são os padrões relacionados à violência autoprovocada (BRASIL, 2023).[5]

O impacto do suicídio vai além da pessoa que comete o ato e tem um impacto significativo em seu círculo social. De acordo com estimativas do Ministério da Saúde, o suicídio pode afetar diretamente cerca de seis pessoas. Essas pessoas incluem familiares, amigos próximos e outros indivíduos que tinham um vínculo emocional com a pessoa que cometeu o suicídio.

Quando um suicídio ocorre em local público, o impacto pode ser ainda mais abrangente, afetando centenas de pessoas que presenciam ou ficam sabendo do ocorrido. Portanto, é essencial considerar a importância de implementar políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio e estabelecer fluxos de atendimento específicos para atender às necessidades desses indivíduos e suas redes de apoio.

Em casos de suicídio ocorrendo em locais de trabalho, repartições públicas, escolas, asilos e outros ambientes comunitários, é fundamental realizar ações preventivas com a comunidade local. Isso pode incluir programas de conscientização, capacitação de profissionais, fornecimento de suporte emocional, criação de ambientes acolhedores e estratégias de intervenção precoce.

Em suma, o suicídio pode deixar um profundo impacto emocional e psicológico nas pessoas próximas, causando dor, luto, culpa, confusão e outros sentimentos complexos. Essas pessoas enfrentam um processo de luto único e podem experimentar consequências de longo prazo em sua saúde mental e bem-estar.

3.1 Padrões de suicídio entre jovens no Brasil, por idade

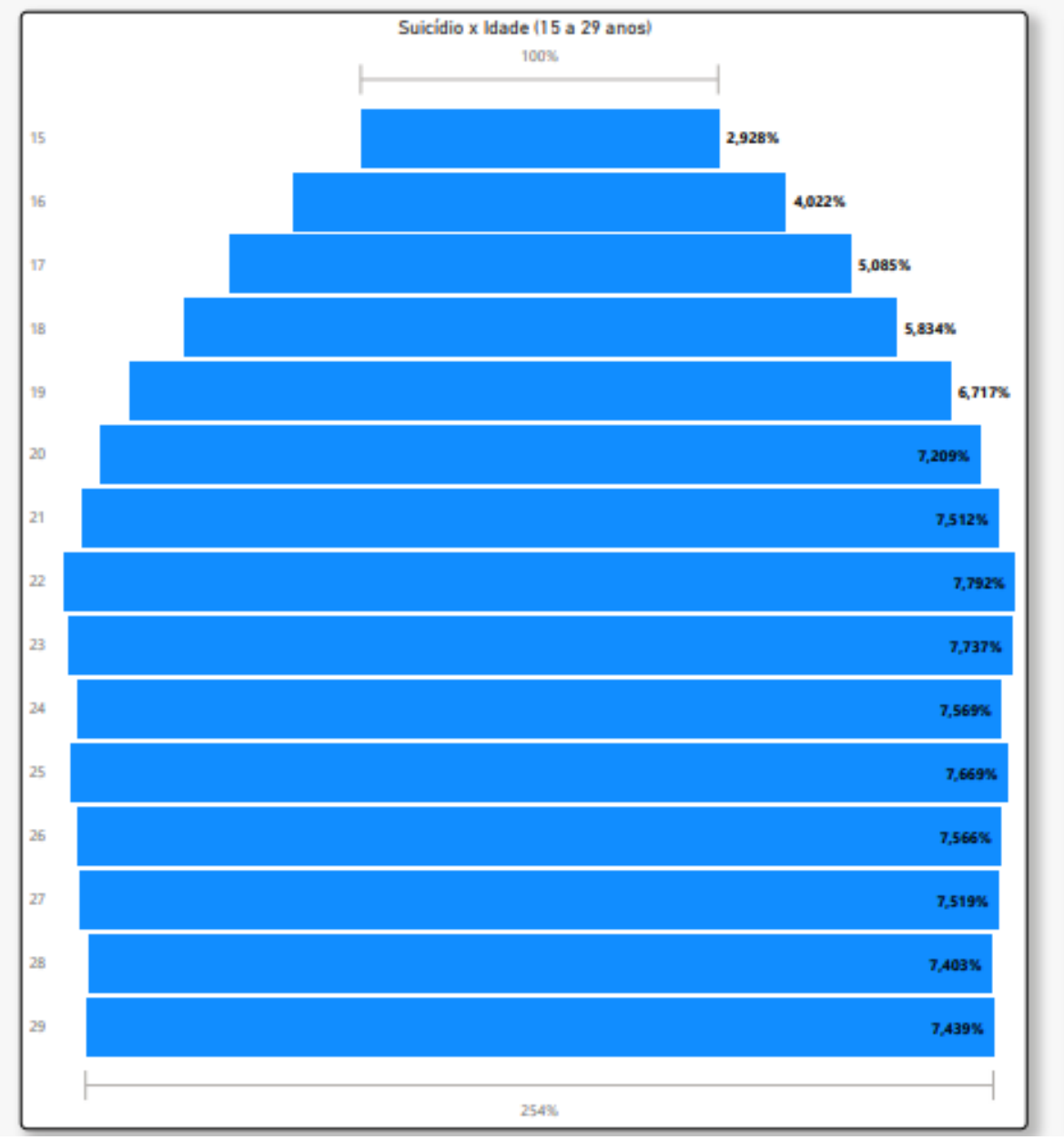
Ao analisarmos os dados de suicídio no Brasil, optamos por focar na faixa etária entre 15 e 29 anos. Essa escolha se deve ao fato de que os jovens passam por mudanças biológicas e psicossociais significativas nessa fase da vida. Eles enfrentam a adaptação

[5] É importante destacar que esse fluxo pode variar em diferentes regiões ou sistemas de saúde, mas a essência é notificar, consolidar e disponibilizar os dados para fins epidemiológicos e de monitoramento da violência autoprovocada.

a uma nova experiência de vida, repleta de decisões importantes e expectativas em relação ao futuro. Infelizmente, nem todos conseguem lidar com essa carga social e de tomada de decisões, o que pode levá-los a buscar métodos de fuga da sociedade, como o uso de álcool, drogas ou medicamentos, sejam eles associados ou não.

O gráfico abaixo tem como objetivo identificar qual idade é a mais afetada dentro da faixa etária selecionada, ou seja, qual idade devemos concentrar as estratégias de prevenção.

Gráfico 7 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por idade



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

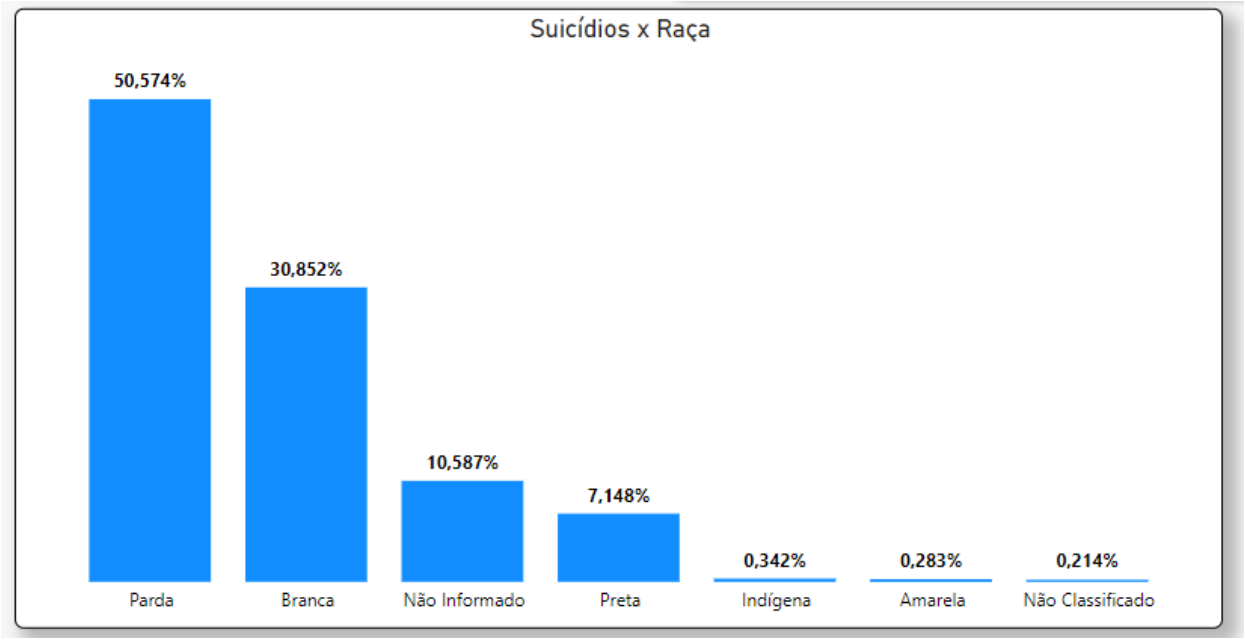
Observamos que, dentro da faixa etária estudada, os dados revelam que o menor percentual de suicídio está entre os jovens de 15 anos, com um índice de 2,92%. Esse índice aumenta para 4,02% aos 16 anos, 5,085% aos 17 anos e 6,71% aos 19 anos. A partir dos 20 anos até os 29 anos, a percentual se mantém estável em 7%, com pequenas variações dentro desse grupo. Portanto, podemos compreender que a idade é um fator de risco para o suicídio, sendo que os percentuais tendem a aumentar à medida que os jovens avançam para a idade adulta dentro dessa faixa etária.

3.2 Padrões de suicídio entre jovens no Brasil, por raça

A população negra e parda enfrenta maiores desigualdades sociais no nosso país e é frequentemente alvo de racismo tanto por parte da sociedade em geral quanto por instituições. Esses fatores podem ser considerados como atenuantes para a ocorrência de suicídio entre esses grupos. As experiências de discriminação racial e as disparidades sociais podem causar um impacto significativo na saúde mental e no bem-estar emocional das pessoas negras e pardas. O racismo estrutural e institucionalizado pode gerar sentimentos de inferioridade, exclusão e estresse crônico, levando a um aumento do risco de problemas de saúde mental, incluindo o suicídio.

Diante da percepção das desigualdades existentes e das implicações raciais, verificamos se os índices de suicídio são maiores na população negra, o que podemos constatar no gráfico abaixo:

Gráfico 8 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por raça



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

É preocupante constatar que, ao somar os dados dos indivíduos negros e pardos, eles correspondem a mais de 60% dos suicídios registrados, enquanto os brancos representam 30,85% dos casos. Além disso, há uma porcentagem considerável de casos em que a etnia não é informada, totalizando 10,58%. Os indígenas representam 0,34% dos casos, os amarelos 0,28% e os não classificados 0,21%.

Esses números destacam a disparidade existente no que diz respeito à ocorrência de suicídio entre diferentes grupos étnicos no país. Eles também reforçam a importância de abordar as desigualdades sociais e raciais, bem como as questões específicas enfrentadas pela população negra e parda, a fim de reduzir os fatores de risco associados ao suicídio nesses grupos.

3.3 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por sexo

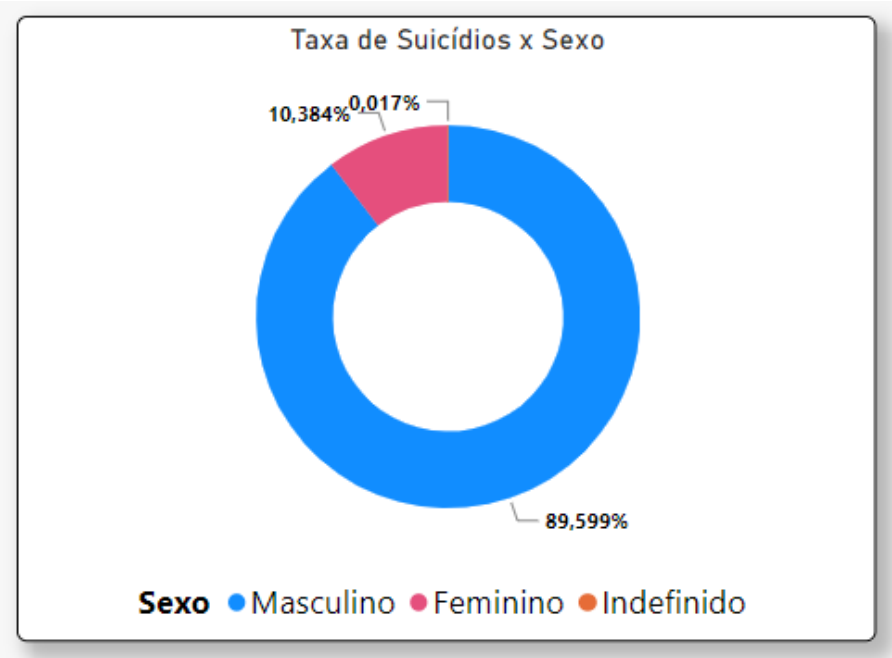
De acordo com Silva *et al.* (2018), os homens jovens apresentam uma incidência maior de suicídio em comparação com as mulheres jovens. Essa disparidade pode ser atribuída a diversos fatores.

Uma explicação possível é que os homens têm uma maior propensão a utilizar métodos mais letais ao tentar o suicídio, como enforcamento, armas de fogo ou saltos de alturas elevadas. Esses métodos têm uma taxa de letalidade maior em comparação com as tentativas de overdose de medicamentos, por exemplo, que são mais comuns entre as mulheres.

Outro fator que contribui para essa diferença é a menor busca de ajuda profissional por parte dos homens para problemas de saúde mental. Estereótipos de gênero e normas sociais podem influenciar a percepção dos homens em relação à busca de apoio emocional ou terapia, levando-os a enfrentar sozinhos suas dificuldades emocionais. Isso pode resultar em um subdiagnóstico e uma subestimação dos problemas de saúde mental entre os homens jovens.

A análise por sexo torna-se essencial para que ao identificá-lo possamos elaborar políticas públicas para reduzir a sua incidência de suicídios.

Gráfico 9 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por sexo



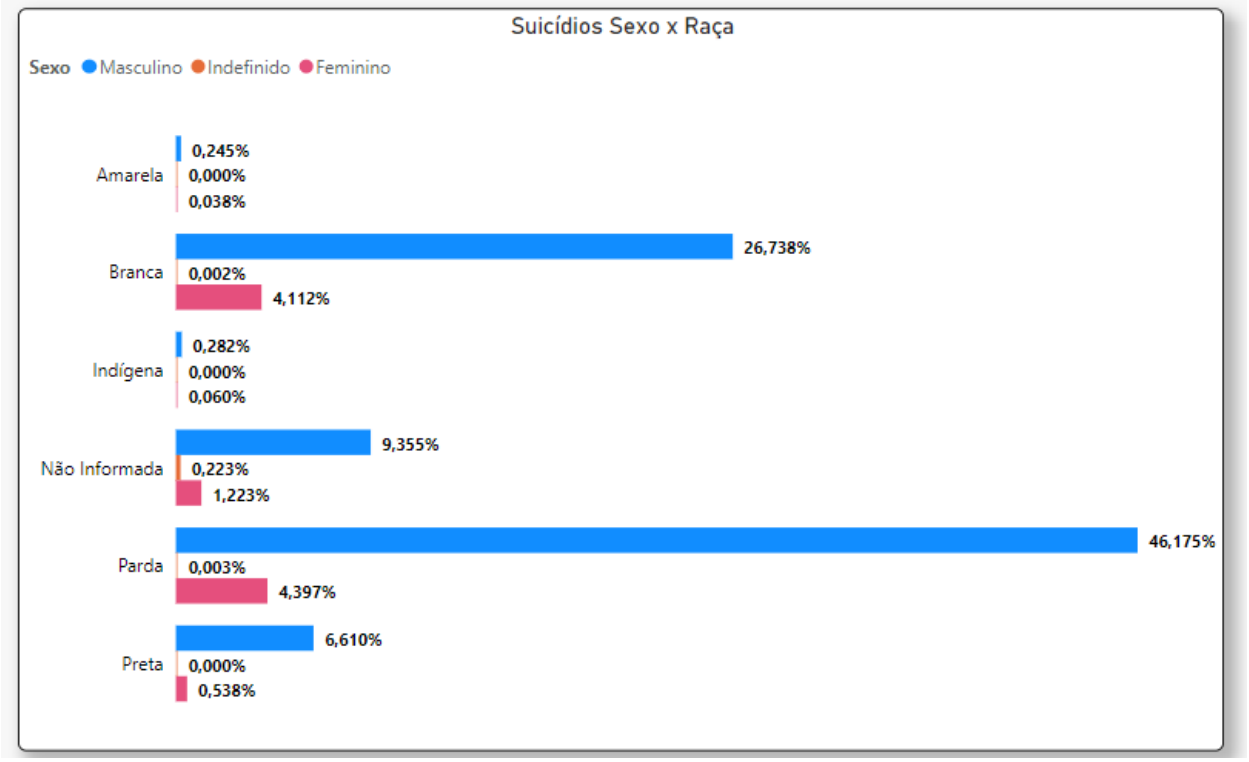
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

Observamos que a incidência de suicídios é mais prevalente entre os homens, representando 89,59% dos casos, enquanto nas mulheres essa porcentagem é de 10,38%. É importante ressaltar que, embora os índices de suicídio sejam mais altos entre os homens, há evidências comprovadas de que as mulheres têm uma maior

taxa de tentativas de autoextermínio, o que não foi considerado neste estudo.

Combinando agora as informações de sexo e raça, para os jovens com idade entre 15 e 29 anos, é possível observar que os homens negros podem apresentar uma vulnerabilidade maior ao suicídio devido a fatores como estereótipos de masculinidade, discriminação racial e desigualdades socioeconômicas. No gráfico 10, podemos observar que, independentemente da raça analisada, os homens apresentam taxas mais altas de suicídio em comparação às mulheres.

Gráfico 10 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) relacionando raça e sexo



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

Entre os indivíduos de raça preta, os homens representam 6,61% dos casos de suicídio, enquanto as mulheres correspondem a 0,53%. Para os pardos, a diferença é ainda mais significativa, com os homens representando 46,17% e as mulheres 4,39%. Nos casos em que a raça não foi informada, os homens correspondem a 9,35% e as mulheres a 4,11%. Entre os indígenas do sexo masculino, a taxa é de 0,28%, enquanto entre as mulheres indígenas é de 0,06%. Na raça branca, os homens concentram 26,73% dos casos de suicídio e as mulheres 4,11%. Para os indivíduos de origem asiática, que são classificados como amarelos, a taxa é de 0,24% para os

homens e 0,03% para as mulheres.

É importante ressaltar que os dados de suicídio podem estar subnotificados, pois alguns casos são classificados como acidentes de trânsito, acidentes domésticos, entre outros, o que obscurece as estatísticas, conforme já mencionado neste estudo.

3.4 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por anos de escolaridade

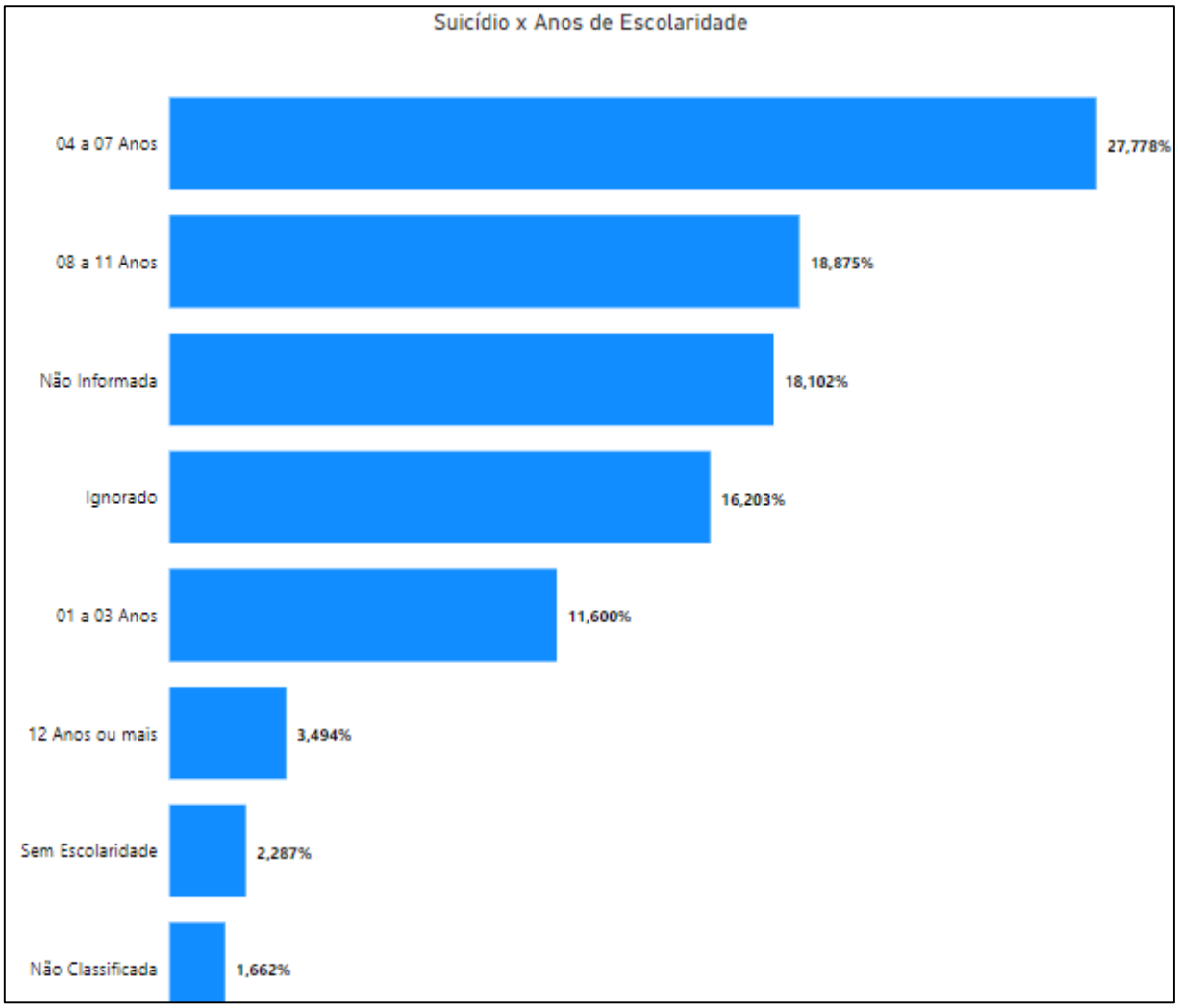
A educação desempenha um papel crucial na redução das desigualdades sociais e, por conseguinte, na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. É um elemento essencial para o desenvolvimento de cada cidadão como membro da sociedade. De acordo com os dados divulgados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a proporção da população que possui ensino superior ainda é relativamente baixa em relação ao total da população. Essa disparidade é ainda mais evidente quando analisamos a situação dos indivíduos negros, cujo acesso ao ensino superior é ainda mais limitado.

Aqui tentamos compreender a associação entre a escolaridade e as taxas de suicídio. Pensando na vulnerabilidade que desagua em autoextermínio, é possível pressupor que níveis mais baixos de escolaridade estão associados a um maior risco de suicídio, enquanto níveis mais altos de educação estão relacionados a taxas mais baixas de suicídio.

Várias razões podem contribuir para essa associação. A educação pode fornecer habilidades de resolução de problemas, pensamento crítico e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudáveis, que são importantes para lidar com situações de estresse e adversidades. Além disso, a educação pode aumentar o acesso a oportunidades econômicas e recursos sociais, como emprego, renda e suporte social, que podem proteger contra o suicídio.

O gráfico abaixo foi elaborado com a intenção de identificar se níveis maiores de escolaridade correspondiam a um fator de proteção ao suicídio.

Gráfico 11 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) considerando os anos de escolaridade



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

Podemos observar que as pessoas com níveis de escolaridade entre 4 e 7 anos são as mais afetadas pelo suicídio, representando 27,77% dos casos. Em seguida, temos aqueles com escolaridade entre 8 e 11 anos, com 18,87%. É importante ressaltar que em 18,10% dos casos a informação sobre a escolaridade não foi fornecida, e em 16,20% dos casos a informação foi ignorada no preenchimento dos dados.

Para aqueles com 1 a 3 anos de escolaridade, o percentual é de 11,60%. Já para os indivíduos com 12 anos ou mais de estudo, o percentual é de 3,49%. Aqueles sem nenhum nível de escolaridade representam 2,28% dos casos, e 1,66% dos casos não possuem classificação do CID.

Através da análise desses dados não conseguimos destacar e comprovar a correlação entre a escolaridade e o suicídio.

3.5 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por estado civil

O estado civil vai além de ser uma escolha individual, uma vez que possui uma carga social significativa sobre as relações humanas. O casamento, por exemplo, é um evento social com características normativas e, em alguns casos, coercitivas. Ele reflete a maneira pela qual os indivíduos se apresentam e se enquadram na sociedade moderna, definindo atributos e status para cada um deles.

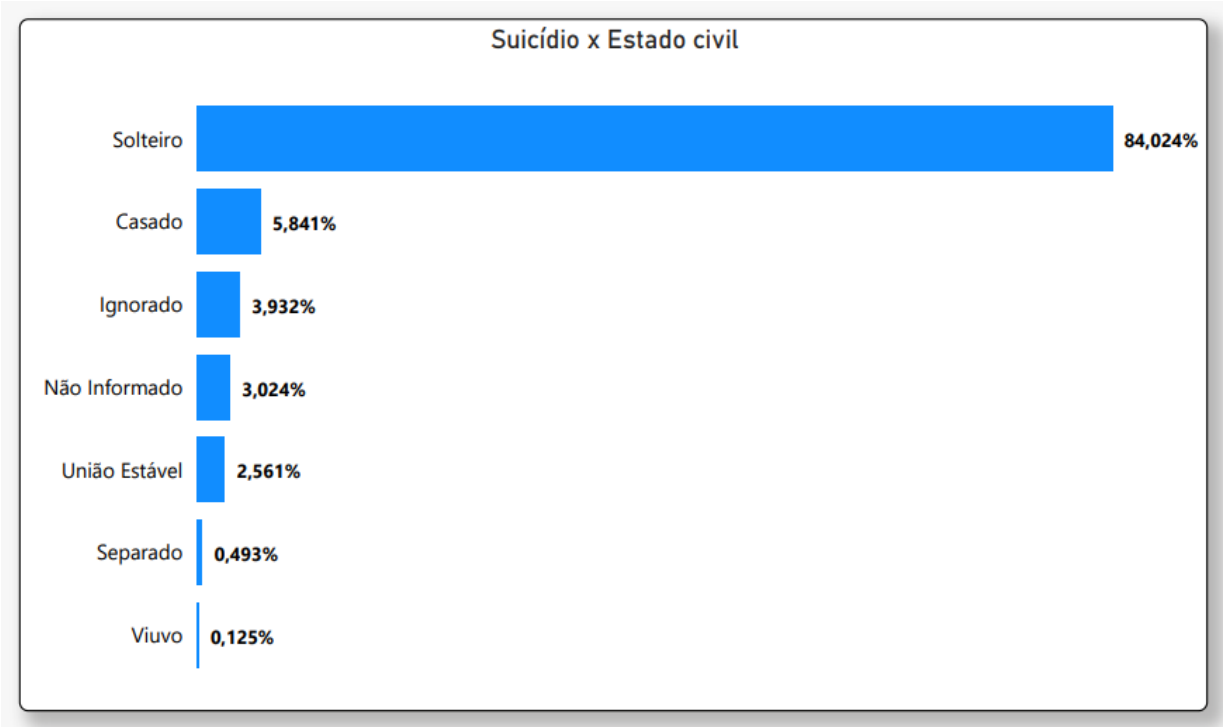
O estado civil é mais do que uma simples formalidade legal, ele carrega consigo valores culturais, expectativas sociais e implicações práticas. O casamento, por exemplo, muitas vezes é considerado uma instituição fundamental para a formação de famílias e para a estabilidade social. Ele pode fornecer certas vantagens legais e econômicas, como benefícios fiscais e direitos sucessórios.

No entanto, é importante reconhecer que as normas e expectativas sociais em relação ao estado civil têm evoluído ao longo do tempo. Hoje em dia, há uma maior valorização da liberdade individual e da diversidade de formas de relacionamentos, como o casamento civil, uniões estáveis e outras configurações familiares. A compreensão e o respeito pela variedade de escolhas e arranjos relacionados ao estado civil são essenciais para uma sociedade inclusiva e pluralista.

O estado civil também pode estar relacionado ao risco de suicídio, embora a associação possa variar em diferentes contextos e populações. Alguns estudos sugerem que certos estados civis podem estar associados a um maior risco de suicídio, enquanto outros estados civis podem estar associados a um menor risco. Pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas têm sido identificadas como tendo um risco ligeiramente maior de suicídio em comparação com pessoas casadas. Isso pode ser atribuído a vários fatores, como maior isolamento social, menor apoio emocional, dificuldades relacionais, estresse financeiro e outros fatores de risco adicionais associados a determinados estados civis.

Ao considerar o estado civil como um marco social, que estabelece a posição do indivíduo na sociedade, torna-se pertinente avaliar como cada categoria se comporta ao estudarmos o suicídio.

Gráfico 12 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por estado civil



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

O índice de suicídio é mais alto entre os solteiros, representando 84,02% dos casos, seguido pelos casados, com 5,84%. Os casos em que o estado civil é ignorado correspondem a 3,93%, enquanto aqueles em que não há informação sobre o estado civil representam 3,02%. Entre os indivíduos em união estável, o índice é de 2,56%, enquanto para os separados é de 0,49% e para os viúvos é de 0,12%.

É importante observar que esses dados se referem a uma faixa etária específica de 15 a 29 anos, o que reduz as chances de altas porcentagens em algumas categorias, como é o caso dos viúvos e até mesmo de separados pois muitos ainda não consolidaram essas relações. Essa faixa etária está em um período de transição para a vida adulta, o que implica em maturação das relações afetivas, pressões sociais, busca por um parceiro(a) e experiências de desilusões amorosas. Esses fatores são apontados como riscos para o suicídio.

3.6 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por local do óbito

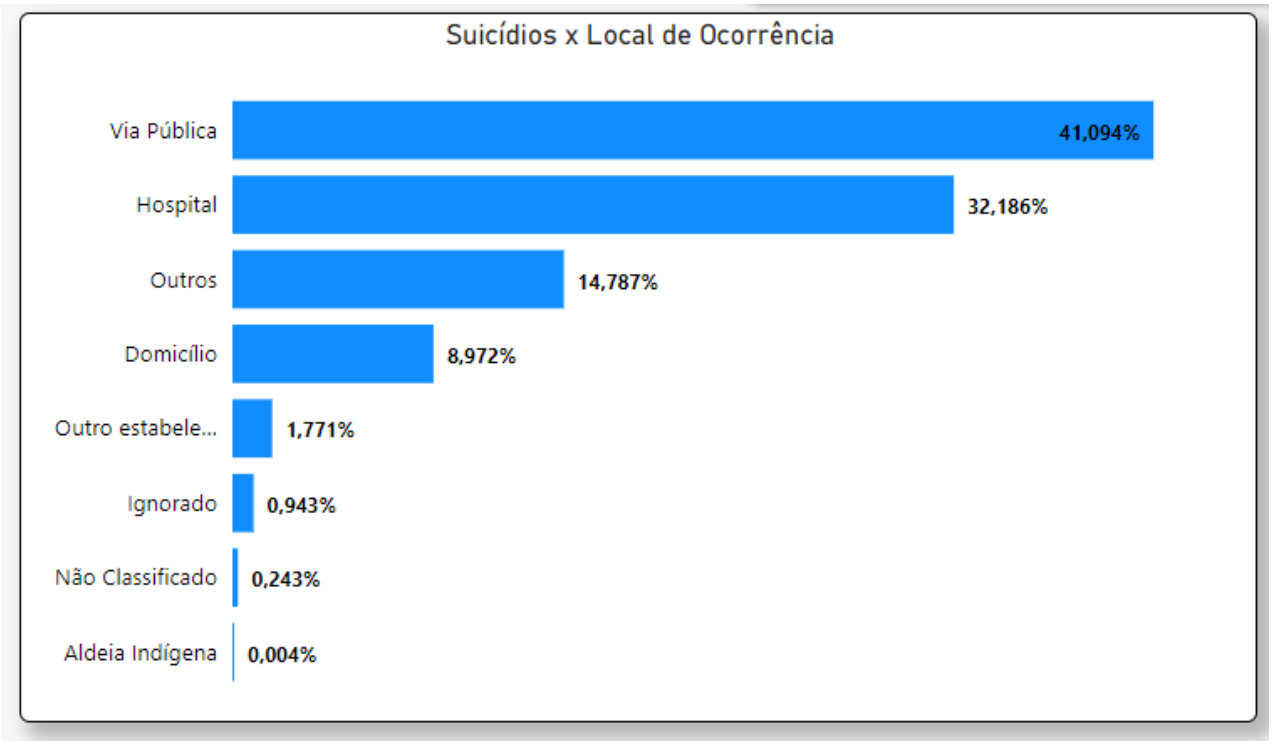
O suicídio pode ocorrer em uma variedade de locais, influenciado por diversos

fatores. Alguns dos locais mais comuns onde o suicídio pode ocorrer incluem residências particulares, áreas públicas, instituições de ensino, áreas rurais e urbanas. A escolha do local para cometer suicídio pode depender de fatores individuais, como a disponibilidade dos meios para realizar o ato. Por exemplo, uma pessoa que tem acesso a armas de fogo pode escolher a própria residência como local. Já outras podem optar por áreas públicas, como pontes ou estações de metrô, devido à facilidade de acesso e à maior visibilidade do ato.

Além disso, o estado emocional e a situação pessoal de cada indivíduo também podem influenciar na escolha do local. Algumas pessoas podem preferir locais mais isolados, como áreas rurais, enquanto outras podem sentir-se mais inclinadas a cometer suicídio em ambientes urbanos, onde há maior probabilidade de serem encontradas rapidamente.

O mapeamento do local onde ocorreu o suicídio é importante para que possamos mensurar o seu impacto em outros indivíduos que podem desenvolver Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) após presenciarem o fato.

Gráfico 13 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) por local de ocorrência onde houve o autoextermínio



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

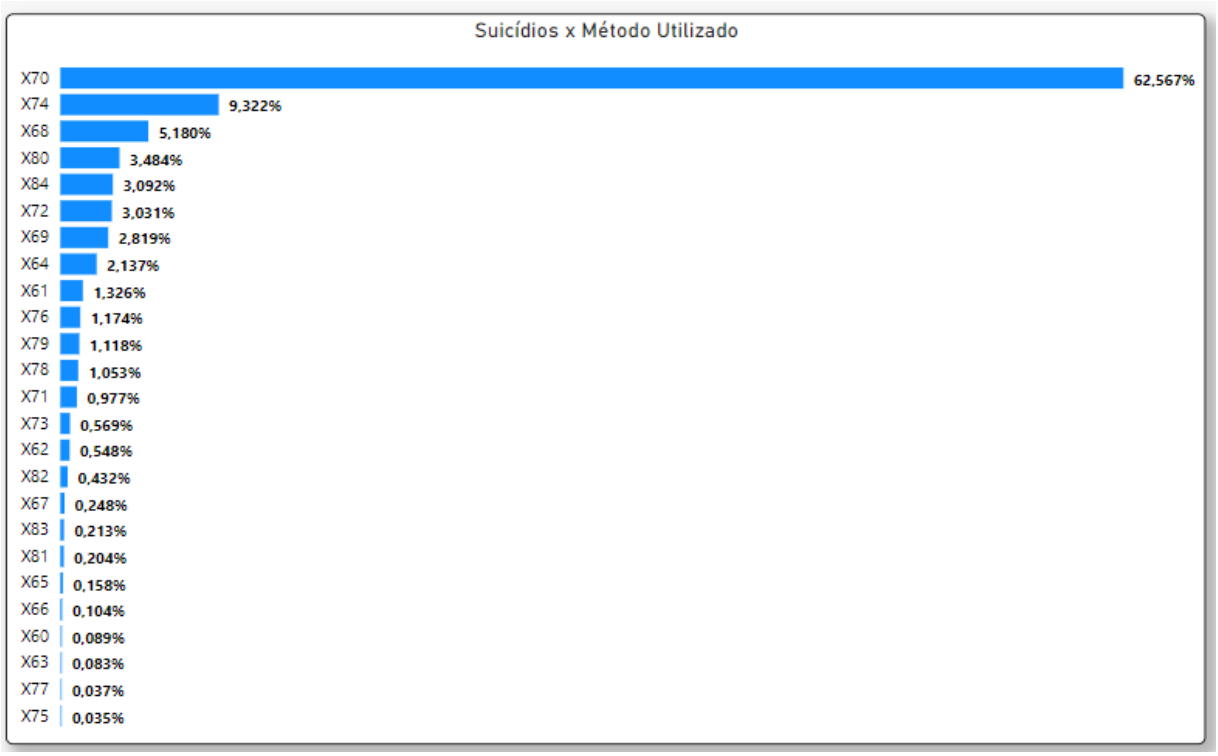
De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no Brasil, a maioria dos suicídios ocorre em vias públicas, representando 41,09% dos casos. Em segundo lugar estão os hospitais, com 32,18% dos suicídios registrados. Os domicílios correspondem a 8,97% dos casos, enquanto outros locais somam 14,78% das ocorrências. Além disso, os dados indicam que 1,77% dos suicídios ocorrem em outros estabelecimentos de saúde, enquanto 0,94% são classificados como ignorados. Há também 0,24% de casos não classificados especificamente, e as aldeias indígenas apresentam a menor taxa de suicídio, com apenas 0,004% dos casos registrados.

3.7 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por arma utilizada

O acesso a armas de fogo pode aumentar o risco de morte por suicídio, devido à letalidade desse método. Países com alta disponibilidade de armas de fogo tendem a ter taxas de suicídio por arma de fogo mais altas. Os dados apresentados no Gráfico 14 indicam os métodos mais utilizados nos casos de suicídio no Brasil.

A análise da incidência do método utilizado possibilita a implementação de políticas públicas que contribuem para a redução do acesso a esses métodos, temos como exemplo o estatuto do desarmamento que impacta diretamente na redução do acesso as armas de fogo, a prescrição de medicamentos controlados, e a proibição da venda de pesticidas em comércios.

Gráfico 14 – Padrão de suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) considerando o método utilizado para consumar o ato



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

Legenda: X70 - Lesão Autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação; X74 - Lesão Autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada; X68 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas; X80 - Lesão Autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado; X84 - Lesão Autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.; X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão; X69 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas; X64 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas; X61 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte; X76 - lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas; X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente; X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante; X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão; X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre; X62 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte; X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor; X67 - Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores; X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados; X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento; X65 - Auto-intoxicação voluntária por álcool; X66 - Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores; X60 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos; X63 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo; X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes; X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos.

O método mais frequente é o enforcamento, representando 62,57% dos casos. Em seguida, temos a arma de fogo não especificada (9,32%), intoxicação

por pesticidas (5,18%), precipitação de local elevado (3,48%), meios não especificados (3,09%), disparo de arma de fogo de mão (3,03%), uso de produtos químicos (2,81%) e o uso de drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (2,13%).

3.8 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por estado

Com base nos dados disponíveis até setembro de 2021, é correto afirmar que os estados da Região Sul do Brasil, como Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, têm apresentado taxas mais elevadas de suicídio em comparação a outros estados. No entanto, isso não significa que os demais estados do país não enfrentem desafios significativos em relação ao suicídio.

Figura 4 – Disposição espacial do suicídio na população jovem no Brasil (1996 a 2022) no território brasileiro

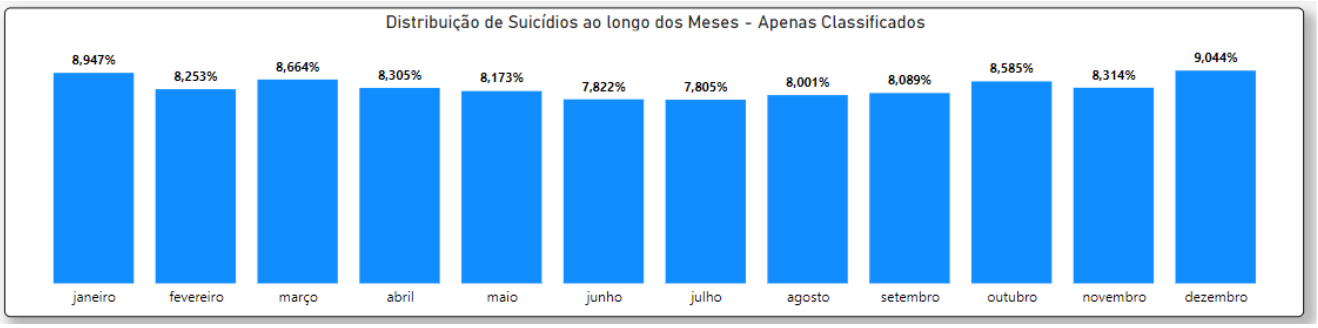
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

3.9 Padrões de suicídio entre jovens e negros no Brasil, por mês

Nesta avaliação buscamos compreender se o mês do ano impactava

diretamente nos índices de suicídio, se sim, se havia relação com algum evento festivo realizado durante o ano. Somente através dessa análise não conseguimos afirmar, mas possivelmente as festas do final de ano como o Natal e o Ano Novo, onde há uma aglomeração familiar e de amigos podem impactar diretamente nos níveis de suicídio, essa época do ano também é quando ocorre uma reflexão maior sobre a vida. Isso porque, como indica o gráfico 15, podemos observar que não há uma distinção excessiva entre os meses em relação aos índices de suicídio. Os cinco meses com o maior número de suicídios são dezembro, janeiro, março, outubro e novembro.

Gráfico 15 – Distribuição do suicídio ao longo dos meses apenas os que foram classificados corretamente pelo CID



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (2023).

Nota: Neste gráfico extraímos da análise os dados que constavam como ignorados.

O mês de dezembro concentra a maior porcentagem da série observada, com 9,04% dos casos de suicídio. Em seguida, janeiro apresenta 8,95%, março 8,66%, outubro 8,58% e novembro 8,31%. Esses dados sugerem que esses meses podem apresentar uma maior incidência de suicídios em relação aos demais meses possivelmente devido as comemorações já mencionadas, porém não podemos afirmar que são decisivas, pois não há uma discrepância entre a série temporal avaliada.

Podemos observar que os dados sobre o suicídio ainda possuem muitas informações subnotificadas ou ignoradas ao preencher as fichas de notificação como: a raça, estado civil, o método utilizado, anos de escolaridade, dados que são essenciais para identificar os padrões e definir as fragilidades e assim implementar políticas que atendam as particularidades de cada grupo.

CAPÍTULO 4 – As respostas do poder público ao suicídio

Abordagem e o atendimento às pessoas que tentaram suicídio ou que estão em risco de suicídio são fundamentais para prevenir a reincidência e oferecer suporte adequado. O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil desempenha um papel crucial nesse contexto, oferecendo serviços de saúde mental e estabelecendo estratégias de prevenção e acompanhamento.

O atendimento no SUS para indivíduos que praticaram a Tentativa de Auto Extermínio (TAE) é realizado principalmente nos serviços de urgência e emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais. Após a avaliação médica e estabilização física, é fundamental que essas pessoas sejam encaminhadas para avaliação psiquiátrica e psicológica, a fim de identificar possíveis transtornos mentais subjacentes e fornecer o suporte necessário. No entanto, muitas vezes, a estrutura de atendimento no SUS pode ser limitada e não garantir uma continuidade adequada do cuidado. É necessário um trabalho integrado e coordenado entre diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, para fornecer uma abordagem abrangente e personalizada para cada indivíduo.

Além disso, a reestruturação do atendimento no SUS para evitar a reincidência do suicídio requer a implementação de estratégias de longo prazo. Isso inclui a criação de equipes especializadas em saúde mental, o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, o aumento do acesso a tratamentos psicoterapêuticos e medicamentosos, a capacitação de profissionais de saúde na identificação e manejo do risco suicida, a promoção da educação em saúde mental nas escolas e comunidades, e a intensificação das ações de prevenção e conscientização. Por isso, é fundamental garantir um acompanhamento adequado e um plano de cuidados personalizado para cada pessoa que passou por uma tentativa de suicídio, com ênfase na oferta de suporte emocional, intervenções terapêuticas, estabelecimento de redes de apoio social e monitoramento contínuo do risco suicida.

Neste capítulo, examinaremos a estrutura do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) em relação àqueles que realizaram tentativas de suicídio (Tentativa de Auto Extermínio - TAE). Avaliaremos se a atual estrutura desse acompanhamento precisa ser reestruturada e, se sim, discutiremos quais medidas podem ser adotadas

para prevenir a reincidência.

4.1 O que é o TAE?

A tentativa de suicídio diz respeito a qualquer conduta suicida não fatal ou dano provocado em si mesmo intencionalmente, enquanto o suicídio é reconhecido como o ato de matar a si mesmo (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

É fundamental analisar como o atendimento é organizado no SUS para pessoas que passaram por TAE e isso envolve avaliar os serviços disponíveis, a qualificação dos profissionais envolvidos no cuidado, essa avaliação é de extrema importância, uma vez que estudos demonstraram que esses pacientes podem enfrentar preconceito e situações vexatórias durante o atendimento. É fundamental considerar medidas de reestruturação que garantam uma abordagem mais compassiva e livre de estigmas, visando melhorar a eficácia na prevenção da reincidência.

Assim, é importante considerar se a estrutura atual do atendimento no SUS é suficiente para abordar todas as necessidades dos indivíduos que passaram por TAE. Caso haja falhas ou limitações, é necessário propor medidas de reestruturação que promovam um acompanhamento mais efetivo e abrangente. Entre as possíveis melhorias, podemos mencionar a criação de equipes especializadas em saúde mental, a ampliação da rede de atenção psicossocial, o aumento do acesso a tratamentos psicoterapêuticos e medicamentosos, o treinamento de profissionais de saúde na identificação e manejo do risco suicida, a promoção da educação em saúde mental nas escolas e comunidades, e a implementação de ações de prevenção e conscientização.

4.2 Quais são as estruturas disponíveis para atendimento do TAE?

Um estudo realizado por Rosana Machin, intitulado "Nem doente, nem vítima: o atendimento às 'lesões autoprovocadas' nas emergências", aborda essa situação específica. A autora realizou uma pesquisa de campo em 2004, em uma unidade de saúde, na qual entrevistou profissionais responsáveis pelo atendimento, fez observações e levantou documentos. Seu estudo revelou conflitos morais por parte

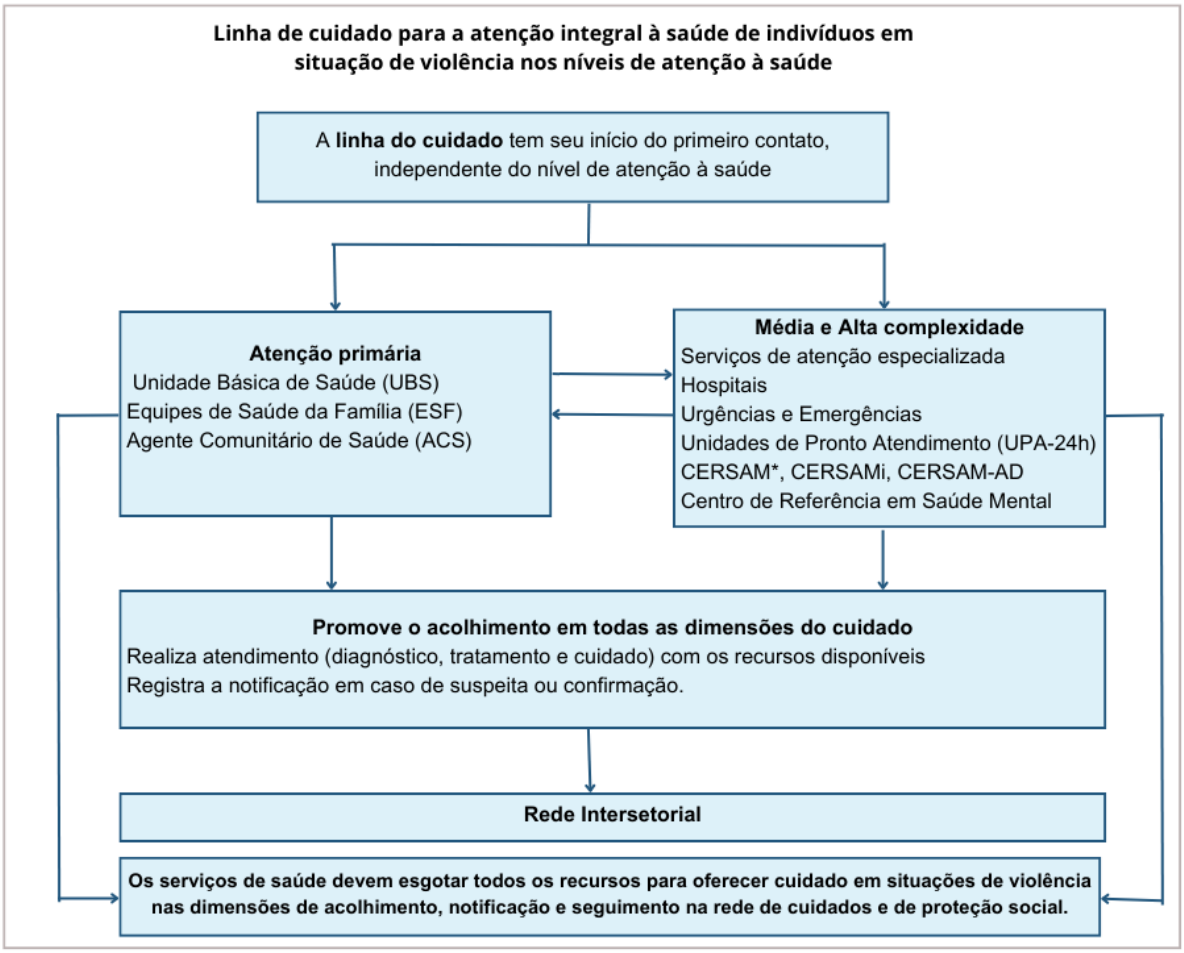
dos profissionais de saúde, resultando em procedimentos dolorosos e situações vexatórias que acabavam punindo os pacientes. Esses fatos, destacados pela autora, devem ser considerados na avaliação do atendimento a esses usuários e na percepção dos profissionais em relação à sua própria atividade. Isso significa que é necessário enfrentar essas questões e promover uma mudança de mentalidade, a fim de garantir um atendimento mais humanizado, empático e livre de estigmas. Em suas palavras:

> A classificação de um ato como autoprovocado (tentativas de suicídio, abuso de álcool, drogas ou medicação) acarreta implicações no atendimento, apontando para uma inelegibilidade do fenômeno, que coloca em questão alguns preceitos do modelo biomédico nas formas de gestão da vida. O atendimento a um paciente de tentativa de suicídio é um atendimento que tem que ser feito mesmo “nas coxas”, né, como se diz, “não precisa se esmerar”, ele não quer viver (médica). (MACHIN, 2009, p. 7).

Antes da tentativa de suicídio, a pessoa deveria poder recorrer a uma série de serviços de cuidado. A linha de cuidado é dividida em três categorias: atenção primária, média complexidade e alta complexidade. Apesar de existir uma percepção comum, tanto entre profissionais de saúde quanto no senso comum, de que há uma hierarquia entre essas categorias, esse entendimento está equivocado.

Embora a atenção primária não esteja envolvida no atendimento de casos de urgência e emergência, ela desempenha um papel fundamental na construção do vínculo com os pacientes. É por meio da atenção primária que é estabelecido um contato direto e uma relação de confiança com os indivíduos, o que permite sua inserção na rede de acompanhamento e cuidado. Esse papel é desempenhado, em grande parte, pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), profissionais que realizam visitas domiciliares regulares para identificar as demandas dos usuários, acompanhá-los e são essenciais no cuidado, se apresentando como um elo entre autoridades para que sejam acionadas em casos de violências ou violações de direitos.

Figura 5 – Diagrama da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de indivíduos em situação de violência nos níveis de atenção à saúde estabelecido pelo Ministério da Saúde



Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos de Brasil (2010).

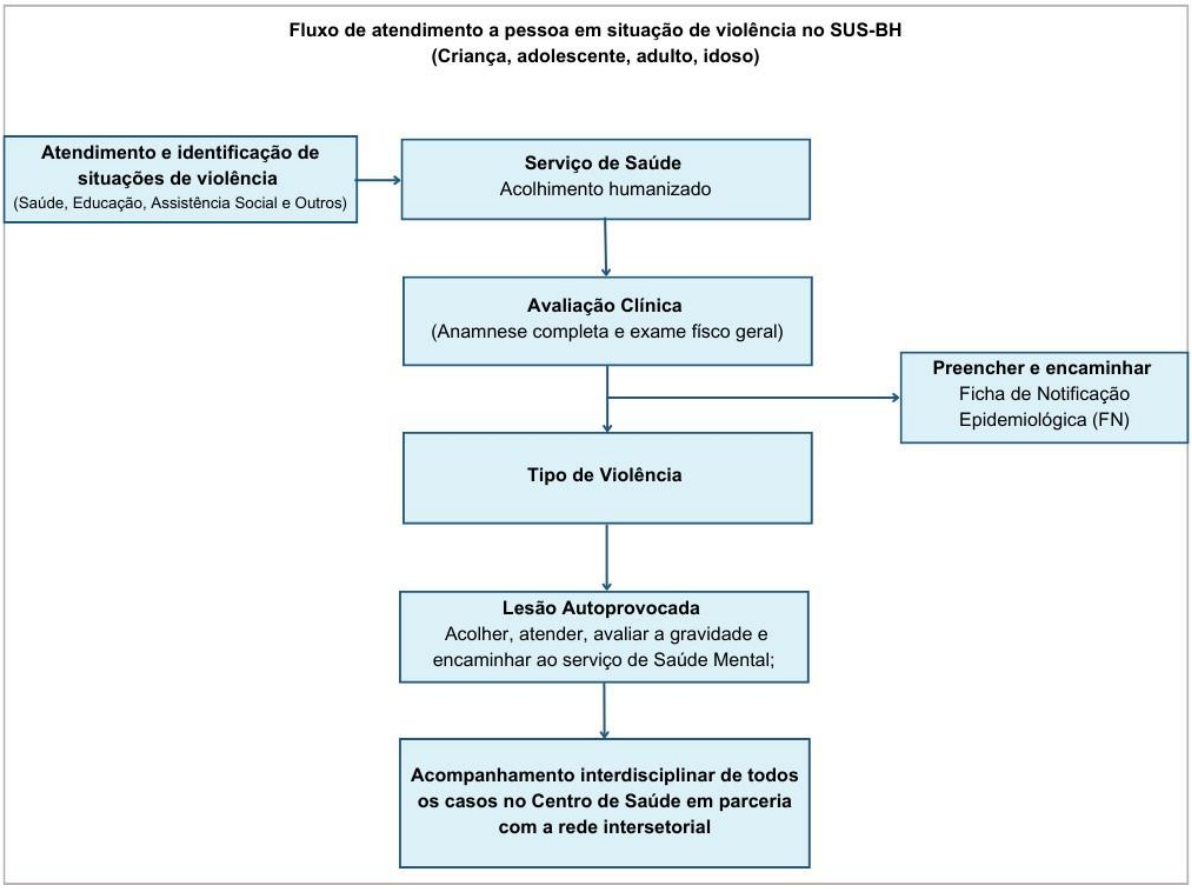
Portanto, é importante reconhecer que a atenção primária, embora não atenda a casos de urgência e emergência, possui um papel essencial na promoção do vínculo e no estabelecimento de uma relação de confiança com os pacientes, o que viabiliza sua inclusão na rede de cuidados e acompanhamento.

Uma vez que se registra a Tentativa de Autoextermínio (TAE), o sujeito é encaminhado a um outro fluxo de processamento, que tende a variar de acordo com que se percebe da situação e de sua gravidade. Ou seja, não existe um fluxo detalhado sobre como deve ocorrer o manejo desses pacientes dentro da rede. Em vez disso, há um protocolo de condutas a serem seguidas durante a avaliação clínica do profissional. Assim, cabe ao profissional realizar a estratificação do risco e encaminhar o paciente para o procedimento ou unidade de saúde adequada, levando

em consideração também o método utilizado para a consumação do ato.

Normalmente, nessas situações, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionado. O SAMU faz parte da rede psicossocial e tem como objetivo fornecer socorro imediato. São eles os responsáveis por salvar a vida do paciente devido à agilidade empregada no atendimento. Após o atendimento do SAMU, o paciente é encaminhado para um hospital para a continuidade dos cuidados e estabilização. Posteriormente, ele é incluído no acompanhamento da rede interdisciplinar, de acordo com o fluxo aposto na Figura 6.

Figura 6 - Fluxo de atendimento geral a pessoas em situação de violência auto infligida na rede SUS-BH

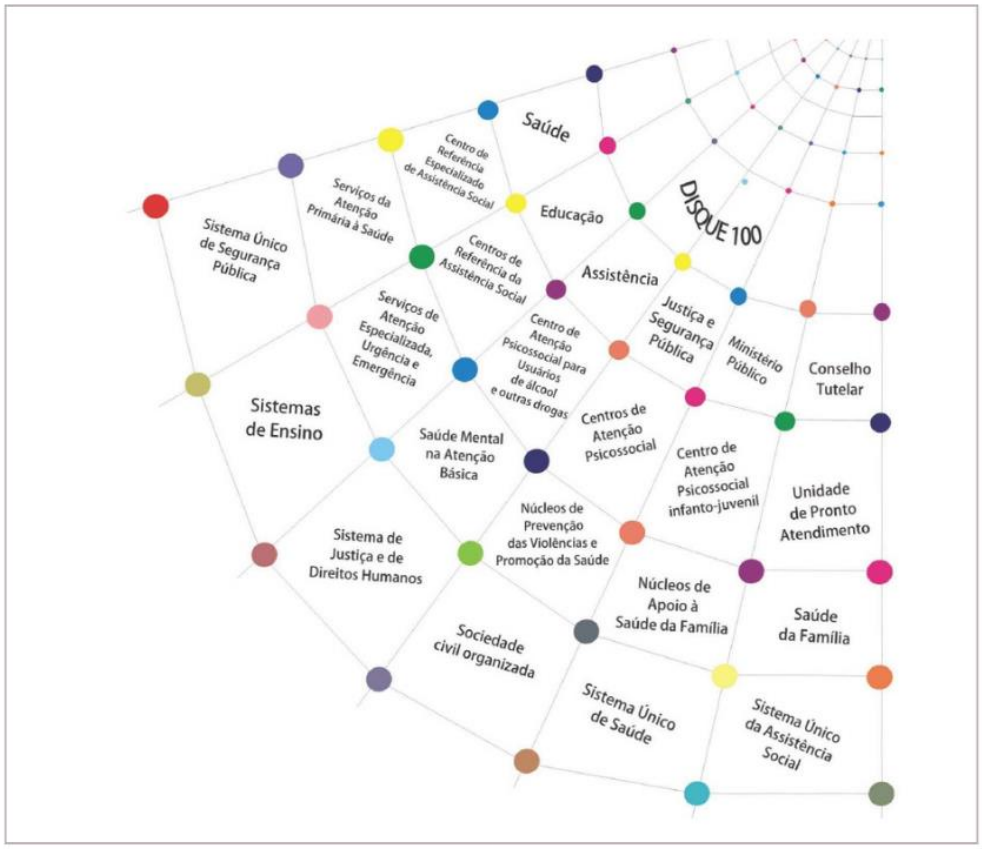


Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos de Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – PBH (2015).

É possível observar que os casos de violência autoprovocada requerem um acompanhamento interdisciplinar e uma abordagem em rede intersetorial. Essa rede abrange não apenas os serviços de saúde, mas também outros setores, como proteção social, justiça, direitos humanos e segurança pública. O objetivo é planejar

conjuntamente ações que atendam às necessidades desse público, considerando o espaço territorial em que atuam. Um mapa sintético de como a rede de atendimentos funciona está na Figura 7.

Figura 7 – Apresentação das instituições que compõem a rede de atendimento intersetorial



Fonte: Brasil (2010).

A rede intersetorial pode ser acionada após identificação da violação de direitos humanos por algum órgão ou pelo disque 100, o disque 100 consiste em um canal de atendimento do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania que funciona 24 horas por dia para recebimento de denúncias relacionadas a violação de direitos humanos, as denúncias podem ser de atos que estão ocorrendo no momento ou de eventos passados.

Atualmente o disque 100 não está concentrado somente através de ligações, mas também pelo aplicativo de mensagens Telegram, E-mail, Site e pelo Aplicativo de Direitos Humanos Brasil.

O disque 100 analisa e recebe denúncias de violação de direitos humanos

relacionadas à diversos grupos como: pessoas idosas, crianças e adolescentes, pessoas deficientes, privadas de liberdade, população LGBTQIA+, violência contra jornalistas e comunicadores, violência contra imigrantes e refugiados, entre outros (BRASIL, 2018).

O disque 100 é um mecanismo utilizado para garantir os direitos fundamentais estabelecidos na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 5º, permitindo que ocorra as denúncias e que sejam anônimas para também resguardar a integridade física do denunciante que também pode acompanhar a denúncia através do protocolo gerado durante o atendimento.

Para que o atendimento em rede seja bem-sucedido, é crucial estabelecer uma comunicação assertiva entre as equipes, de modo a serem agentes de saúde em determinado território. Em um trabalho em rede, não há hierarquia, ou seja, todas as partes são importantes em suas atividades e devem buscar constantemente uma construção coletiva e compartilhada. A relação estabelecida pela rede faz toda a diferença no cuidado prestado aos indivíduos em situação de violência autoprovocada. De acordo com os autores:

> Se as aproximações são definidas de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação, a rede se torna uma rede fria. Mas na medida em que consigam reconhecer que são complementares e compreender suas finalidades de produção de saúde ampliada; podemos dizer que as equipes estão conseguindo construir uma rede quente, propiciando a autonomia e participação ativa dos usuários na construção das estratégias de cuidado. Assim, essas equipes e trabalhadores poderão ter maior potência no seu agir, maior agilidade na tomada de decisões e atuação em tempo mais adequado, diminuindo o sofrimento dos usuários e familiares. (BRASIL, 2013).

O preconceito não se restringe apenas aos médicos, mas também se estende à equipe de enfermagem, aos seguranças e a outros usuários. Observa-se que, dentro da equipe de enfermagem, os pacientes estão sujeitos a um atendimento de qualidade inferior e, muitas vezes, punitivo, devido às circunstâncias que os levaram à unidade de saúde. É preocupante constatar que qualquer profissional que ocupe essa posição, como os membros da equipe de enfermagem, que têm um contato mais próximo e são responsáveis pelo cuidado dos pacientes, possa submetê-los a situações depreciativas. Isso ocorre devido à incapacidade de separar suas convicções pessoais do seu atendimento profissional, violando assim o juramento realizado no exercício de sua função. Novamente, Machin (2009) nos ajuda a entender essa questão ao acionar o modelo biomédico como direcionador da abordagem:

> O modelo biomédico tem por base o conhecimento sobre o corpo como lócus privilegiado da doença e voltado para aspectos técnico-científicos, que acabam por alimentar uma prática reparadora de lesões e disfunções com pouca ênfase nas relações humanas e nos fatores psicológicos e sociais. O trabalho na urgência e emergência, por demandar habilidades técnicas com base no conhecimento biomédico para lidar com o risco de vida iminente, acaba por reforçar a visão do paciente como um corpo biológico, que requer do médico uma intervenção técnica. Contudo, a realidade anatomofisiológica da doença reconhecida pelo médico não corresponde à vivência psicológica e social daqueles que a sofrem. (MACHIN, 2009).

Para que o TAE não aconteça novamente, é crucial garantir um acompanhamento adequado e um plano de cuidados personalizado para cada pessoa que o tenha vivenciado. Isso inclui oferecer suporte emocional, intervenções terapêuticas, estabelecer redes de apoio social e realizar um monitoramento contínuo do risco suicida.

Para reduzir as ocorrências de tentativas de autoextermínio (TAE) e sua reincidência, é necessário um acompanhamento qualificado e assertivo, considerando a natureza multicausal desse fenômeno. Isso requer a criação de um fluxo específico e de um local de apoio centralizado, com uma equipe composta por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, em conjunto com a rede de saúde existente. Esses profissionais devem ser treinados e capacitados para evitar o preconceito e a discriminação que os usuários enfrentam em outras instituições de saúde, além de estarem aptos a realizar as intervenções necessárias nesse tipo de evento. A escuta qualificada e o cuidado assertivo seriam promovidos por meio desse modelo de atendimento.

A compreensão, estruturação e implementação de políticas públicas eficazes são fundamentais para reverter esse cenário preocupante de aumento de casos de TAE. É necessário analisar a efetividade das políticas existentes, explorar a viabilidade de novos métodos de análise e buscar a unificação dos sistemas de saúde em diferentes níveis governamentais, a fim de promover um cuidado integral e abrangente nessa área sensível da saúde mental.

Um aspecto crucial é a unificação dos sistemas intermunicipais e estaduais, uma vez que o histórico do paciente não é compartilhado entre essas esferas, o mesmo ocorre entre as instituições, sendo elas estaduais ou municipais como: UPA’s, CERSAM’s, UBS e Hospitais. Isso dificulta o acompanhamento quando o usuário muda de residência para outra localidade ou até mesmo quando é realizado o

encaminhamento entre as unidades. Além disso, é viável considerar a implementação de projetos-piloto em municípios específicos após um mapeamento adequado da situação. Um exemplo de pesquisa relevante nesse contexto é o estudo transversal "Atendimento pré-hospitalar às tentativas de suicídio" realizado pelos autores (MOURA; *et al.* 2022).

Assim, é importante que os trabalhos futuros priorizem o desenvolvimento de políticas públicas eficazes nesse tema, especialmente no âmbito federal e no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Dada a relevância mundial desse problema de saúde pública, que afeta diretamente jovens e adultos, é fundamental reavaliar se as políticas públicas existentes são efetivas e considerar a implementação de métodos adicionais de análise.

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi apresentar o comportamento do suicídio nos jovens negros do Brasil e a partir dele colocar o suicídio como pauta de discussão na Gestão Pública evidenciando a raça como um fator de risco e a relevância social do tema, além de fomentar a elaboração de políticas públicas afim de reduzir a sua incidência.

Diante do estudo realizado sobre o suicídio da população jovem negra no Brasil, podemos compreender que a raça deve ser considerada como um fator relevante para a análise do suicídio no contexto brasileiro, devido à nossa construção social. Os fatores de risco que levam ao suicídio entre brancos e negros são distintos, o que evidencia a necessidade de um olhar diligente para o segmento racial.

A relevância desse estudo reside no fato de que ao direcionar nossa atenção para esse grupo específico, podemos formular políticas públicas voltadas principalmente para a redução das desigualdades sociais, que têm sido comprovadamente um fator de risco para o suicídio.

Os dados do IBGE corroboram que os negros e pardos são afetados em todas as análises que envolvem renda e acesso a bens e serviços. Além disso, observa-se que os pardos apresentam altos níveis de suicídio.

As conclusões que podemos obter a partir deste estudo são as seguintes:

a) O sexo masculino é o mais propenso a cometer suicídio;
b) Os métodos mais utilizados são o enforcamento e armas de fogo, seguidos pela intoxicação por pesticidas;
c) Os pardos são a raça mais afetada, seguidos pelos brancos e negros;
d) Os locais mais frequentemente utilizados para o suicídio são as vias públicas, hospitais e domicílios;
e) Os solteiros são mais propensos ao suicídio, seguidos pelos casados;
f) Não é possível determinar a escolaridade com os níveis disponíveis nos dados;
g) Não foi possível identificar um mês específico com maior incidência de suicídio;
h) Na faixa etária analisada, os jovens entre 15 e 19 anos são menos afetados pelo suicídio.

Essas conclusões destacam a necessidade de abordagens específicas para

lidar com as questões relacionadas ao suicídio, considerando fatores como raça, gênero, métodos utilizados e locais de ocorrência. Isso pode direcionar a formulação de políticas mais eficazes de prevenção e redução das taxas de suicídio, especialmente entre a população jovem negra no Brasil.

Ao pesquisar a estrutura da política de saúde mental no Brasil, considerando seu fluxo e rede, podemos compreender que existem fragilidades a serem solucionadas.

As políticas públicas devem atuar nos seguintes aspectos: na prevenção e na crise. Na prevenção é necessário um comprometimento dos parlamentares para que possibilite a elaboração de políticas sociais efetivas que possam reduzir as desigualdades sociais existentes.

Uma outra política que pode ser implementada é um programa que prevê um acompanhamento com psicólogos nas instituições de ensino, através da psicologia escolar realizando grupos com os alunos e acompanhando seu desenvolvimento, além da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) priorizando aqueles que possuem uma maior vulnerabilidade social ou que já estão inseridos ou viveram em algum contexto de violência.

Programas de conscientização e fortalecimento da educação tanto para a redução do suicídio quanto para o racismo na população.

No contexto de crise pode-se instituir um local para atendimento exclusivo para esses grupos, onde serão acompanhados por uma equipe multidisciplinar, permitindo também o atendimento dos familiares dos pacientes, para que possam lidar o trauma diante da tentativa de autoextermínio ou do luto.

Incluir/ aumentar o efetivo de psicólogos atendendo nas unidades básicas de saúde e nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Incentivar a formação de médicos psiquiatras para que possam realizar o acompanhamento desses pacientes.

Elaborar um plano de cuidado específico para as TAE e para os familiares afetados por ela ou pelo suicídio.

Instituir um espaço próprio de acolhimento com profissionais capacitados para uma escuta qualificada e livre de estigmas.

Unificação ou comunicação direta entre as instituições de saúde e entre as esferas federal, estadual e municipal principalmente para esses casos que necessitam de um acompanhamento constante.

Portanto, os desafios para lidar com esse fenômeno são complexos e desafiadores, é necessário um comprometimento da sociedade para que possamos avançar nas propostas e consequentemente nas políticas para reduzir esse número lamentável, os desafios são muitos, mas são necessários para que possamos preservar vidas.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida:** epidemiologia. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Saúde Mental atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Disque 100.** Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/disque-100/disque-100. Acesso em: 10 jun. 2023.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL. **Falando abertamente sobre suicídio**. *[S. l.],* 2023. Disponível em: http://www.cvv.org.br/. Acesso em: 10 jun. 2023.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da Violência 2021.** São Paulo: FBSP, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os desafios para a psicologia.** Brasília: CFP, 2013. 152p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL – CRPDF. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação**. Brasília: CRP, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ - CRP-PR. As várias mortes da pandemia. **Contato,** Curitiba, ano 22, 131. ed., set/out. 2020.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, *[S. l.],* v. 11 (Sup), p. 1163-1178, 2007.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, *[S. l.],* v. 38 n. 3, p. 450-464, jul./set. 2018.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio:** estudo de sociologia. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

FELTRIN, Rafael Jasper. **Determinantes socioeconômicos do suicídio em Santa Catarina:** uma análise com dados em painel. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduando em economia) - Departamento de Economia e Relações Internacionais, UFSC, 2023.

FERNANDES, Andreia. Neurociência: entenda como funciona o cérebro do adolescente. **Edify Education,** *[S. l.],* 7 fev. 2019. Disponível em: https://www.edifyeducation.com.br/blog/neurociencia-entenda-como-funciona-o-cerebro-do-adolescente/. Acesso em: 21 jan. 2022.

FRAGA, Olívia. Existe alguma ligação entre crise econômica e aumento nas taxas de suicídio? **BBC News Brasil,** 15 jul. 2019. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/geral-48890430. Acesso em: 15 mar. 2021.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, *[S. l.],* v. 22, n. 1, jan./mar., p. 50-60, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas**: Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, n.48, 2. ed., 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2021.

KALCKMANN, Suzana. Racismo Institucional: um desafio para a eqüidade no SUS? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

KRUG, E. G. *et al*. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, Carlos Vital T. Corrêa; CAVALCANTI, Emmanuel Fortes S. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina (CFM); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP), 2014.

LIMA, Cláudia Araújo de *et al*. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.

LIMA, Luana; PAZ, Francisco Phelipe Cunha. **A morte como horizonte? Notas sobre suicídio, racismo e necropolítica**. Juiz de Fora: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – UFJF, v. 16 n. 1, jun. 2021.

MACHIN, Rosana. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. **Ciência & Saúde Coletiva**, *[S. l.],* v. 14, n. 5, p. 1741-1750, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MOURA, Edmércia Holanda *et al.* Atendimento pré-hospitalar às tentativas de suicídio: um estudo transversal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** *[S. l.],* v. 7, n. 1, p. 92-9, 2022.

NAVASCONI, Paulo Vitor Palma; SILVA, Lucia Cecilia da. **Conducta suicida en adolescentes y jóvenes brasileños**. Maringá: Universidad Estatal de Maringá, n. 37. fev./jul. 2017.

NJAINE, K., ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

NUNES, Christiane Girard Ferreira; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Dossiê Saúde mental pela perspectiva das ciências sociais. **Revista Sociedade e Estado**, *[S. l.],* v. 35, n. 1, jan./abr. 2020.

OLIVEIRA, Reinaldo José de. Segregação racial, territórios negros e saúde mental. **Odeere: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade – UESB**, Feira de Santana, v. 2 n. 4, jul./dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio 2022**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2021. Acesso em:13 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **OPAS destaca crise de saúde mental pouco reconhecida causada pela COVID-19 nas Américas**. Genebra: OMS, 24 nov. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/24-11-2021-opas-destaca-crise-saude-mental-pouco-reconhecida-causada-pela-covid-19-nas. Acesso em 21 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros**. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: Transtornos mentais e Comportamentais Departamento de Saúde Mental, 2000.

ORGANIZACIŎN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Genebra: OMS, 2020.

PENSO, Maria Aparecida; SENA, Denise Pereira Alves de. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. **Revista Sociedade e Estado,** *[S. l.],* v. 35, n. 1, jan./abr. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE – PBH. **Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência**. Belo Horizonte: PBH, 2015.

RAMOS, Edith. Anatomia do suicídio. **Arq. Bras. Psic. Apl**., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2), p. 79-98, abr./jun. 1974.

SÁ, Naíza Nayla Bandeira de *et al.* Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Revista Med. Minas Gerais,** *[S. l.],* v. 20, n. 2, p. 145-152, 2010.

SCAVACINI, Karen; SILVA, Daniela Reis e. **Atualizações em suicidologia**: narrativas, pesquisas e experiências. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2021. 349p.

SEGRE, Marco. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, *[S. l.],* v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SETEMBRO AMARELO. **A campanha Setembro Amarelo salva vidas!** *[S. l.],* 2023. Disponível em: https://www.setembroamarelo.com/. Acesso em: 21 jan. 2022.

SILVA, Bráulio Figueiredo Alves da *et al*. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado,** *[S. l.],* v. 33, n. 2, maio/ago. 2018.

SILVA, Huanna Beatriz Serra; GOMES, Ana Beatriz Melo. Suicídio como questão de saúde pública e a (não) atuação preventiva do SUS no Brasil. *In:* IX JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. São Luis, Universidade Federal do Maranhã, 20 a 23 ago. 2019. **Anais** [...]. São Luis, ago. 2019.

SOUZA, Lucia Ferraz Varges de. Interseccionalidade em educação e saúde: o livro Cenários da Saúde da População Negra no Brasil - Diálogos e Pesquisas, 2016. **Odeere: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporâneidade – UESB**. Salvador, v. 2, n. 4, jul./dez. 2017.

TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; SOUZA, Luana Elayne Cunha; VIANA, Luciana Maria Maia. O suicídio como questão de saúde pública. **Rev. Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-3, jul./set., 2018.

VEIGA, Lucas Motta. Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. **Fractal, Rev. Psicol**., *[S. l.],* v. 31, n. esp., p. 244-248, set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND FOOD; AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Preventing suicide**: a resource for pesticide registrars and regulators. Geneva: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Preventing suicide suicide A global imperative**. Geneva: World Health Organization; 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019:** global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2014.