

INCIDÊNCIA DE SUICÍDIO CONSUMADO EM CIDADES DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA, BRASIL

Incidence of consummate suicide in Midwest cities of Santa Catarina, Brazil

Incidencia del suicidio consumado en ciudades del medio oeste de Santa Catarina, Brasil

CAROLINE CARBONI⁸,
ADRIANO SCHLÖSSER⁹

Resumo: O objetivo deste estudo foi identificar a incidência de suicídio consumado e características dos indivíduos que cometeram suicídio em 9 municípios da região do Meio Oeste de Santa Catarina, Brasil (Videira, Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibiama, Iomerê, Pinheiro Preto, Monte Carlo, Salto Veloso e Tangará) entre janeiro de 2014 e julho de 2019, com o intuito de traçar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no local. Através dos dados disponíveis no Instituto Geral de Perícias de Videira obteve-se os seguintes resultados: ocorreram 71 suicídios na região, com variação entre 10 e 15 mortes anuais, sendo 2014 e 2017 os anos com maiores registros. O maior número de suicídios está entre a população masculina, adultos, casados e que possuem o Ensino Fundamental Incompleto. Entre os homens a faixa etária mais acometida foi entre os 20 a 39 anos e entre as mulheres foi entre 40 a 59 anos. O enforcamento foi a causa mais frequente do suicídio na amostra geral, seguido das armas de fogo (entre os homens) e a intoxicação exógena (entre as mulheres). Os meses com mais ocorrências registradas foram abril e julho. Não foi identificado, com base nas frequências, relação direta entre ingestão de álcool, drogas ou medicamentos no ato do suicídio. Videira representou 52% de todas as mortes por suicídio da região, seguido pelo município de Fraiburgo, com 25%.

Palavras-chave: suicídio; epidemiologia; mortalidade.

Abstract: *The objective of this study was to identify the incidence of consummate suicide and the characteristics of individuals who committed suicide in 9 municipalities in the Midwest region of Santa Catarina, Brazil (Videira, Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibiama, Iomerê, Pinheiro Preto, Monte Carlo, Salto Veloso and Tangará) between January 2014 and July 2019, in order to trace the epidemiological profile of victims in the area. From the data available at the Videira General Institute of Forensics, the following results were obtained: 71 suicides occurred in the region, ranging from 10 to 15 annual deaths, with 2014 and 2017 being the years with the highest records. The highest number of suicides is among the male, adult, married and with incomplete elementary school education. Among men, the most affected age group was between 20 and 39 years old and among women it was between 40 and 59 years old. Hanging was the most frequent cause of suicide in the overall sample, followed by firearms (among men) and exogenous intoxication (among women). The months with the most occurrences recorded were April and July. It was not identified, based on the frequencies, a direct relationship between alcohol, drug or medication intake at the time of suicide. Videira accounted for 52% of all suicide deaths in the region, followed by the municipality of Fraiburgo, with 25%.*

Keywords: *suicide; epidemiology; mortality.*

Resumen: *El objetivo de este estudio fue identificar la incidencia del suicidio consumado y las características de los individuos que se suicidaron en 9 municipios de la región Medio Oeste de Santa Catarina, Brasil (Videira, Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibiama, Iomerê, Pinheiro Preto, Monte Carlo, Salto Veloso y Tangará) entre enero de 2014 y julio de 2019, con la intención de trazar el perfil epidemiológico de las víctimas de suicidio en la región. A través de los datos disponibles en el Instituto General de Investigaciones de Videira se obtuvieron los siguientes resultados: hubo 71 suicidios en la región, con un rango entre 10 y 15 muertes anuales, siendo 2014 y 2017 los años con mayores registros. El mayor número de suicidios se da entre la población masculina, adultos, casados y con educación primaria incompleta. Entre los hombres, el grupo de edad más recurrente fue el de 20 a 39 años y entre las mujeres, el grupo de edad de los 40 a 59 años. El ahorcamiento fue la causa más frecuente de suicidio en la muestra general, seguida por armas de fuego (en los hombres) y la intoxicación*

⁸ Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus Videira/SC, Brasil. Graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Videira/SC, Brasil. E-mail: carol.carboni@hotmail.com . ORCID: 0000-0002-3070-248X.

⁹ Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus Videira/SC, Brasil. Coordenador do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, campus Videira. Doutor em Psicologia (UFSC/SC) e Pós-Doutor em Ciências do Movimento Humano (UDESC/SC), Videira/SC, Brasil. E-mail: adriano.psicologia@yahoo.com.br . ORCID: 0000-0002-1728-1414.

exógena (en las mujeres). Los meses con más suicidios registrados fueron los de abril y julio. No se identificó, en base a las frecuencias, una relación directa entre la ingesta de alcohol, drogas o medicación en el momento del suicidio. Videira representó el 52% de todas las muertes por suicidio en la región, seguida por el municipio de Fraiburgo, con el 25%.

Palabras clave: suicidio; epidemiología; mortalidad.

1. Introdução

O suicídio é considerado um problema de Saúde Pública que afeta homens e mulheres de todas as partes do mundo e vêm chamando atenção pelo crescimento entre a população mais jovem. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é definido como o ato de dar fim à própria vida, sendo uma das dez principais causas de morte a nível mundial, representando 1,4% de todas as mortes (Who, 2014). Oliveira, Koch, D. B., Oliveira, Ramos e Souza (2016) estimam que 2020 pode alcançar o montante de 2,4% da população mundial. Tal fenômeno vem ganhando cada vez mais relevância social e científica, devido aos altos índices encontrados em diversas regiões do mundo. Embora os números nacionais não sejam considerados altos pela Organização Mundial da Saúde, a região Sul apresenta a maior incidência de suicídio no Brasil (Schmitt, Lang, Quevedo, & Colombo, 2008), tornando relevante estudar quais os dados presentes no município Videira/SC, visto a inexistência de estudos descritivos sobre a temática na região e identificar o perfil epidemiológico tanto dos óbitos por suicídio como do comportamento suicida neste local. O município de Videira está localizado no Meio-Oeste Catarinense e é situado no Vale do Rio do Peixe.

Colonizado por italianos e alemães, o município está a 450 km da capital do Estado, Florianópolis, e, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma área de 378,127 km² (IBGE, 2017) fazendo limites com os municípios de Caçador e Rio das Antas, ao Norte; Pinheiro Preto, ao Sul; Fraiburgo e Tangará, a Leste; e Arroio Trinta e Iomerê, a Oeste. Possui clima úmido do tipo temperado, com as estações bem definidas e temperaturas médias que variam de 35° C no verão a 0° C no inverno. Atualmente, sua população estimada pelo IBGE (2017) para 2019 é de 53.065 habitantes e tem nas atividades industriais, comerciais e agrícolas a base de sua economia. No setor primário, o destaque é a fruticultura de pêssego, ameixa e uvas, sendo a maior produtora do estado de frutas de caroço; na pecuária, destaca-

se na criação de suínos, aves e bovinos de leite; e no comércio e indústria, o forte são as cantinas de vinho, indústrias de sucos e a empresa BRF S.A., uma das maiores produtoras de proteína animal do mundo, absorve a maior fatia da produção de aves e suínos do município e da região, gerando milhares de empregos. Operacionalmente, o suicídio pode ser definido como dar fim na própria vida voluntariamente (Daolio & Silva, 2009), consistindo em um fenômeno antagônico que desafia diversas áreas do conhecimento, como a Psicologia, Filosofia, Direito, Enfermagem, Psiquiatria, Bioética, inclusive as religiões e o próprio senso comum. Segundo Schlösser, Rosa e More (2014), o suicídio é um fenômeno amplo, oriundo de diversas causas, podendo envolver fatores ambientais, psicológicos, culturais, biológicos e políticos, englobando a existência do sujeito. A consumação do suicídio é entendida como consequência final de um acúmulo de acontecimentos que contribuem para esta tomada de decisão. O suicídio consumado seria o ato final de um conjunto de situações que põem em risco a vida do sujeito, denominado: comportamentos suicidas.

De acordo com Schlösser, Rosa e More (2014), o comportamento suicida pode ser definido como a preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar dano a si mesmo. São englobados neste quesito as ideias e desejos suicidas (ideação suicida), os comportamentos (ou condutas) suicidas sem resultado de morte e/ou os suicídios consumados (Psic, 2011). Segundo Botega (2014), de um total de 172 países membros, a OMS considera que apenas 60 enviam dados de boa qualidade, na maioria, nações desenvolvidas. E é justamente nos 112 restantes que se encontram 78% dos suicídios registrados no mundo. De acordo com os dados da OMS (2014), a Europa é a região que evidencia os índices mais altos (14,1/100 mil), seguida pelo Sudeste Asiático, com 12,9 suicídios por 100 mil habitantes. Ao se avaliar a taxa dos países africanos, que é de 8,8 a cada 100 mil, ou das Américas, 9,5 por 100 mil, fica notório que há distorções associadas à subnotificação. É o caso do Brasil, cujo índice é considerado baixo, 6,3/100 mil,

mas que necessita melhorar a qualidade de seus dados. Falar sobre suicídio ainda é tabu na sociedade atual, o que torna complexa a análise dos dados. Existem dois fatores que dificultam a análise dos dados concretos sobre suicídio no mundo: o sub-registro e a subnotificação. Em 2006, por exemplo, o IBGE comparou suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros e estimou que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro). Quanto às estatísticas fornecidas pelo Ministério da Saúde, o IBGE infere que 13,7% dos óbitos ocorridos, no mesmo ano, em hospitais podem não ter sido notificados (subnotificação). Além da dificuldade com relação aos registros, existe outro fator que dificulta a contabilização exata dos suicídios. Botega (2014) afirma que muitas formas de dar cabo à própria vida acabam veladas sob outras denominações de causa de morte, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada”. Segundo Lovisi, Santos, Legay, Abelha e Valencia (2009), no Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26). Os principais meios utilizados são: enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%).

Entre as mulheres, os principais meios são: enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%). Nos dados divulgados pela OMS em 2014, foram constatadas maiores taxas de suicídio entre os homens, sendo que os dados mundiais mostram que 47,9% dos países possuem taxa de suicídio masculino igual ou acima de 15/100 mil, estando 19,5% entre 10 e 14,9/100 mil. Já em relação às mulheres, 46,9% dos países registram índices abaixo de 5/100 mil e 40,7% entre 5 e 9,9/100 mil. Embora o índice masculino global seja praticamente o dobro do feminino, chegando ao triplo em países desenvolvidos, os dados também indicam que as tentativas de suicídio em mulheres são exorbitantes. Para Botega (2014) os métodos que os homens utilizam são mais letais (como armas de fogo e enforcamento), o que tem impacto direto nos dados. As causas de um suicídio são invariavelmente mais complexas que um acontecimento recente, como a perda do emprego

ou um rompimento amoroso (fatores precipitantes), sendo que a existência de um transtorno mental se encontra presente na maioria dos casos (Botega, 2014). Bertolote e Fleischmann (2002) elaboraram uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, os resultados demonstraram que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental. Ademais, os transtornos mentais mais frequentemente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco (Botega, 2014). A situação de risco é ainda maior quando mais de uma dessas condições se correlacionam, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação. No contexto do Sul brasileiro, de acordo com o Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2017 (Brasil, 2017), a região Sul fica nitidamente em destaque no quesito suicídio. O Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná respondem por uma taxa de 23% dos casos e considerando que os Estados detêm somente 14% da população nacional, o número é preocupante. Na região Sudoeste, de acordo com os dados, são registrados 38% dos suicídios, porém a região possui 42% da população brasileira, o que torna o risco menor nesta área, se comparado com a região Sul. Segundo Schmitt et al. (2008) as pesquisas disponíveis acerca do suicídio na Região Sul do Brasil indicam que, em Santa Catarina, o coeficiente de mortalidade em decorrência desta causa seja em torno de 7/100 mil habitantes, representando quase o dobro da média nacional. Assim como no Brasil, as taxas de morte por suicídio no Estado apresentam variabilidades consideráveis entre as regiões. Uma pesquisa divulgada pela Secretaria Estadual da Saúde em 2001 constatou que neste ano a mortalidade por suicídio na região do Extremo Oeste de Santa Catarina chegou a 11/100 mil habitantes, sendo superior ao coeficiente de mortes por homicídio na mesma região (Peixoto, 2003).

De acordo com pesquisa feita por Oliveira et al. (2016) o total de suicídios registrados entre os anos de 1996 a 2015 no Meio-Oeste catarinense foi de 1.159, sendo que a taxa proporcional média do

período foi de 11,74 a cada 100 mil habitantes, ficando atrás apenas da região Grande-Oeste, que teve a taxa de 13,30 a cada 100 mil habitantes. Ambos os índices podem ser considerados altos pela classificação proposta, com base no diagrama da OMS (WHO, 2014) – coeficiente entre 10 a 15 a cada 100 mil habitantes. A região do Vale do Itajaí também apresentou índice alto, com 10,97 (Oliveira, 2016). O presente trabalho buscou identificar a incidência de suicídio consumado e características dos indivíduos que cometeram suicídio em 9 municípios da região do Meio Oeste de Santa Catarina (Videira, Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibiam, Iomerê, Pinheiro Preto, Monte Carlo, Salto Veloso e Tangará) entre janeiro de 2014 e julho de 2019. Pretende-se com isso, criar evidências que subsidiem pesquisas futuras na área, bem como para que sirvam de apoio para a confecção de políticas públicas de enfrentamento do problema.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, por meio da análise dos prontuários de indivíduos que cometeram suicídio no município de Videira e regiões abrangidas pelo Instituto Geral de Perícias (IGP) da cidade (Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibiam, Iomerê, Pinheiro Preto, Monte Carlo, Salto Veloso e Tangará). Estudos de natureza exploratória tem por objetivo desenvolver e esclarecer fenômenos ainda em formulação, enquanto os descritivos buscam a descrição de características de determinados fenômenos (Gil, 1999).

Amostra

A amostra caracteriza-se como não probabilística e intencional, selecionando-se um subgrupo populacional, podendo esta ser representativa de toda população (GIL, 1999). Não obstante, sendo este um estudo documental, os dados provenientes da amostra serão retirados dos prontuários, não havendo limite de idade ou delimitação de sexo. O período selecionado de coleta de dados será o de prontuários de suicídios entre janeiro de 2014 e julho de 2019, de todas as cidades que o IGP de Videira tem acesso. A escolha deste período temporal ocorreu devido à impossibilidade de verificação de dados anteriores a esta data, ocasionada pela perda dos documentos após uma enchente no local.

Procedimentos para coleta de dados

Os prontuários foram fornecidos através da parceria com o Instituto Geral de Perícias (IGP) do município de Videira. O IGP é um órgão vinculado à Secretaria de Segurança Pública, sendo atualmente estruturado em quatro institutos: Instituto de Análises Forenses (IAF), Instituto de Criminalística (IC), Instituto de Identificação Civil e Criminal (II) e o Instituto Médico Legal (IML), contando também com sua própria Academia de Perícia (ACAPE) e com sua própria Corregedoria. Os dados foram obtidos junto ao IML de Videira, que é responsável pelos dados estatísticos sobre perícias em medicina legal de nove cidades da região: Videira, Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibiam, Iomerê, Pinheiro Preto, Monte Carlo, Salto Veloso e Tangará. Inicialmente, foi solicitada a permissão ao IGP para atuar como instituição coparticipante da pesquisa, autorizando o acesso aos prontuários de ocorrências. Após a permissão, foram agendadas as datas de visitação do local da pesquisa, em que os dados foram coletados através de um formulário de questões elaborado para esta pesquisa, recolhendo os seguintes dados dos prontuários de suicídio: sexo, idade, raça/etnia, município, tipo de residência (urbana ou rural), método utilizado, data, estado civil, escolaridade e resultado do exame de alcoolemia e exame toxicológico. A coleta foi realizada em três períodos distintos, sendo analisados os laudos de atendimentos do IGP provenientes de suicídio. Ao todo, foram levantados dados de 71 casos de suicídio, bem como as informações sociodemográficas.

Procedimento de análise de dados

Os dados foram digitados em uma planilha por meio do *software* Microsoft Excel. Posteriormente, foi realizada análise descritiva dos dados disponibilizados de todas as variáveis apresentadas no formulário desta pesquisa, apresentando assim indicadores oficiais da região.

Aspectos éticos

De acordo com a norma 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade do Oeste de Santa Catarina, sob protocolo n.11272019.6.0000.5367. A privacidade das informações dos prontuários foi mantida em sigilo, sendo apenas computadas as

informações quantitativamente. O Termo de Consentimento da Instituição Coparticipante foi lido e assinado pelo responsável do IGP.

Resultados

Em 2018, de todos os atendimentos realizados pelo IGP de Videira, 24% das mortes foram por comportamento suicida, totalizando 15 casos. O ano de 2019 ocupou, até o mês de julho, o segundo lugar, apresentando 22% do total de ocorrências atendidas por suicídios, somando 10 mortes. Em terceiro

lugar, no ano de 2016, 22% das ocorrências atendidas foram casos de suicídio, somando 15 mortes. Em 2015, os suicídios na região representaram 20% dos atendimentos, somando 11 mortes. Em 2017, 19% dos atendimentos realizados, 10 mortes, e em 2014, os suicídios somaram 17% dos atendimentos totais, com 10 óbitos no total. A média total de suicídios no período analisado foi de 11,8 por ano (DP = 2,5). Na análise geral, foram constatados 71 suicídios entre janeiro de 2014 a julho de 2019. A Figura 1 apresenta a frequência de suicídios ao longo dos anos de acordo com o sexo.

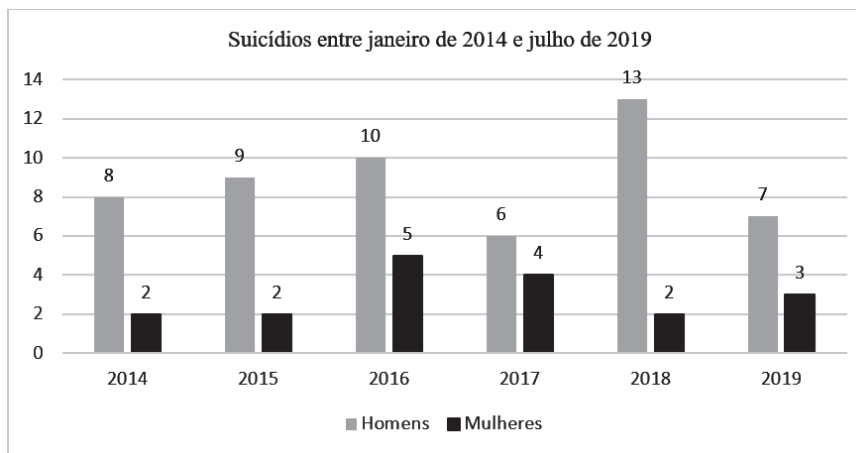


Figura 1. Distribuição do número de suicídios por gênero entre janeiro de 2014 e julho de 2019.

Observa-se que em todos os anos analisados, o número de suicídios na população masculina foi expressivamente superior à feminina, com exceção dos dados de 2017, quando houve seis mortes masculinas e quatro femininas. Ressalta-se que os dados do ano de 2019 foram coletados até julho de 2019, não sendo identificado se superou os dados de 2018. Quanto à quantidade de suicídios por

município, a Figura 2 apresenta que, na amostra total, 52% eram moradores de Videira e 25% eram de Fraiburgo. Na sequência aparecem os municípios de Monte Carlo e Tangará (com 7% cada), Arroio Trinta (com 3% das mortes por suicídio), Água Doce, Ibiã, Iomerê e Salto Veloso (com 1% cada). No município de Pinheiro Preto não houve nenhuma ocorrência de suicídio no período estabelecido.

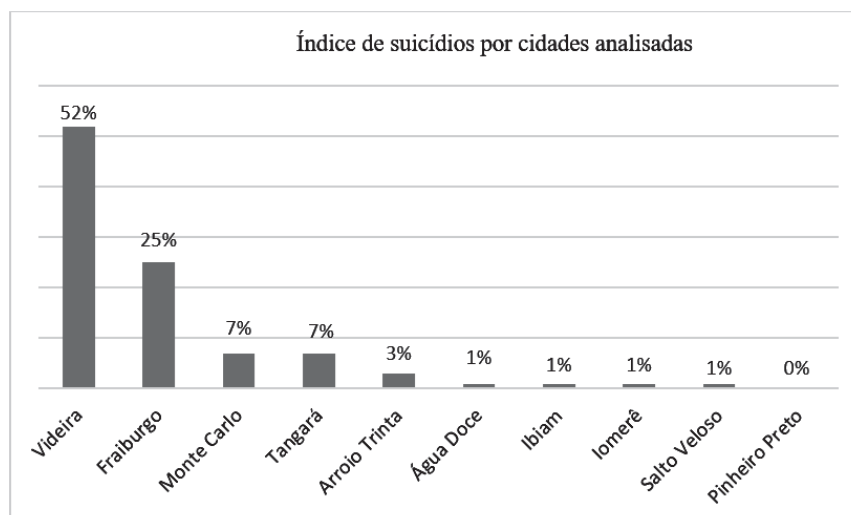


Figura 2. Distribuição do número de suicídios por cidades entre janeiro de 2014 e julho de 2019.

Por sua vez, a Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos contidos nos prontuários. Com relação às diferenças entre os sexos, dentre a amostra masculina, o somatório dos suicídios chegou a 53, representando 75% da amostra, enquanto que na amostra feminina foram 18, alcançando 25% da amostra total. Com relação à faixa etária, 38% do grupo masculino cometeu suicídio entre os 20 a 39

anos, seguido por 32% entre 40 a 59 anos. Entre as mulheres, a faixa etária mais acometida foi entre 40 a 59 anos, representando 56% das mortes femininas, seguida pela faixa etária dos 20 a 39 anos, com 33%. Na somatória de ambos os gêneros, a faixa etária mais acometida foi entre 40 a 59 anos, englobando 38,03% do total da amostra.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de mortalidade por suicídio entre janeiro de 2014 e julho de 2019 nas cidades analisadas.

Variáveis	Masc.		Fem.		TOTAL		
	53	%	18	%	71	%	
Faixa Etária	40-59	17	32%	10	56%	27	38,03%
	20-39	20	38%	6	33%	26	36,62%
	>60	13	25%	2	11%	15	21,13%
	10-19	3	6%	0	0%	3	4,23%
Raça/Etnia	Branco	43	81,13%	14	77,78%	57	80,28%
	Pardo	10	18,87%	4	22,22%	14	19,72%
	Preto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Escolaridade	E.F. incompleto	21	39,62%	9	50%	30	42%
	E.M. completo	11	20,75%	6	33%	17	24%
	E.F. completo	12	22,64%	1	6%	13	18%
	E.M. incompleto	4	7,55%	1	6%	5	7%
	E.S. completo	3	5,66%	1	6%	4	6%
	E.S. incompleto	1	1,89%	0	0%	1	1%
	Não Informado	1	1,89%	0	0%	1	1%
Estado Civil	Casado	19	36%	7	39%	26	37%
	Solteiro	17	32%	5	28%	22	31%
	União Estável	9	17%	2	11%	11	15%
	Divorciado/Separado	4	8%	2	11%	6	8%
	Viúvo	4	8%	1	6%	5	7%
	Não Informado	0	0%	1	6%	1	1%
Localidade	Urbana	38	72%	16	89%	54	76%
	Rural	15	28%	2	11%	17	24%
Cidade	Videira	31	58%	6	33%	37	52%
	Fraiburgo	12	23%	6	33%	18	25%
	Monte Carlo	3	6%	2	11%	5	7%
	Tangará	3	6%	2	11%	5	7%
	Arroio Trinta	2	4%	0	0%	2	3%
	Água Doce	1	2%	0	0%	1	1%
	Ibiam	0	0%	1	6%	1	1%
	Iomerê	1	2%	0	0%	1	1%
	Salto Veloso	0	0%	1	6%	1	1%
	Pinheiro Preto	0	0%	0	0%	0	0%

Com relação à cor de pele, apenas brancos e pardos tiveram registros de suicídio na região analisada, sendo que 80,28% dos dados referem-se a pessoas brancas e 19,72% a pessoas pardas. Dentre os negros, não houve nenhum registro de suicídio no período estipulado. Quanto à localidade onde essas pessoas residiam, 76% moravam no meio urbano das cidades e 24% eram do meio rural. No tocante ao estado civil, observou-se que 37% da amostra eram casados, 31% eram solteiros, 15% estavam em uma união estável, 8% eram separados ou divorciados, 7% eram viúvos e 1% dos dados não foram informados nos prontuários do IGP. Notou-

se que tanto entre os homens quanto entre as mulheres, o índice de suicídio foi maior entre os casados, representando 36% da amostra masculina e 39% da amostra feminina. Acerca da escolaridade, observou-se também que 42% da amostra tinha Ensino Fundamental (E.F.) incompleto, seguido de 24% com Ensino Médio (E.M.) completo e 18% com E.F. completo. Notou-se que entre as mulheres, 50% possuía E.F. incompleto e entre os homens 39.62%. Com relação aos métodos de suicídio, a Tabela 2 apresenta a quantificação dos recursos utilizados, de acordo com o sexo.

Tabela 2. Dados referentes aos meios empregados para o suicídio e utilização de álcool, drogas ou medicações.

Sexo Variáveis	n.	Masc.		Fem.		TOTAL	
		53	%	18	%	71	%
Método	Enforcamento	38	72%	12	67%	50	70%
	Arma de Fogo	5	9%	1	6%	6	8%
	Intoxicação Exógena	3	6%	3	17%	6	8%
	Arma Branca	2	4%	1	6%	3	4%
	Queda de Altura	1	2%	1	6%	2	3%
	Afogamento	2	4%	0	0%	2	3%
	Colisão de Carro	1	2%	0	0%	1	1%
	Asfixia Química	1	2%	0	0%	1	1%
	Exame Alcoolemia	Não	34	64%	11	61%	45
Sim		10	19%	3	17%	13	18%
Não Coletado/Localizado		9	17%	4	22%	13	18%
Exame Toxicológico	Não	31	58%	7	39%	38	54%
	Sim	13	25%	7	39%	20	28%
	Não Coletado/Localizado	9	17%	4	22%	13	18%

Observou-se que os métodos mais utilizados pelos homens foram: enforcamento (72% dos casos) e arma de fogo (9% dos casos); enquanto os métodos mais utilizados pelas mulheres foram: enforcamento (67%) e intoxicação exógena (17%). Outros recursos menos utilizados foram identificados, como o suicídio com arma branca, queda de altura, colisão de carro, asfixia química e afogamento, apresentados na Tabela 2. Com relação aos dados de exames de alcoolemia e toxicológico, das informações obtidas, observou-se que 63% da

amostra não fizeram uso de álcool antes de efetuar o suicídio, e 54% não fez uso de nenhum medicamento ou droga. Ressalta-se, contudo, que 18% dos laudos não foram localizados, coletados ou não havia chegado o resultado até o fechamento da análise, restringindo a quantidade de informações disponíveis. Entre os exames que deram positivo, constatou-se que 18% da amostra total fizeram uso de álcool antes de tirar a própria vida e 28% fez uso de algum medicamento ou droga.

Tabela 3. Número total de mortes por suicídio em Videira e região entre janeiro de 2014 e julho de 2019.

MÊS	ANO						TOTAL
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Janeiro	1	1	3	2	0	0	7
Fevereiro	0	0	2	0	2	3	7
Março	1	2	0	1	0	3	7
Abril	1	2	4	1	1	1	10
Maió	1	0	0	0	0	0	1
Junho	1	1	1	0	2	1	6
Julho	0	1	1	2	4	2	10
Agosto	2	1	0	0	1	-	4
Setembro	1	0	2	0	1	-	4
Outubro	0	1	0	2	2	-	5
Novembro	1	1	1	1	1	-	5
Dezembro	1	1	1	1	1	-	5
TOTAL	10	11	15	10	15	10	

Com relação aos meses com maior frequência de suicídio, a Tabela 3 apresenta as frequências, verificando-se que abril e julho foram os meses com maior número de suicídio no período analisado, totalizando 10 mortes cada. Na sequência aparecem janeiro (7) e fevereiro (7), março (6) e junho (6), novembro (5) e dezembro (5), agosto (4) e setembro (4) e o mês de maio com apenas um suicídio registrado em todo o período analisado.

Discussão

Estudos epidemiológicos sobre a mortalidade por suicídio possibilitam o reconhecimento de grupos de alto risco na população, contribuindo para a elaboração de estratégias de intervenção e aumentando o entendimento sobre condições sociais, a fim de desenvolver programas eficazes destinados à prevenção do comportamento suicida. Ao se analisar os dados de suicídio, devem-se considerar a complexidade de precisar a dimensão de um possível sub-registro decorrente de alteração da causa básica, em alguns casos, pode ocorrer também a não diferenciação de um caso de suicídio a um evento decorrente de um acidente ou homicídio, também pode estar relacionado com motivações religiosas, sociais, culturais, entre outras (Brasil, 2005). No Brasil e em outros países, a qualidade de dados disponibilizados referentes aos óbitos é um fator que limita as pesquisas sobre a mortalidade por suicídio (Werlang & Botega, 2014).

Constatou-se que a variação do número de mortes por suicídio em Videira e região abrangente foi entre 10 e 15 anualmente, sendo que 2014 e 2017 foram os anos com menor índice. Em 2018 houve um aumento, totalizando 15 suicídios e o ano de 2019 foi analisado até o mês de julho, com o montante de 10 mortes, podendo ser ainda maior até o fim do período. Embora não haja substancial variação entre um ano e outro, nota-se que o índice de mortes por suicídio não tem diminuído. Em relação ao gênero, o estudo realizado vai ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais que sustentam que a taxa de mortalidade por suicídio é maior entre os homens (Lovisi et al., 2009; Bertolote, 2012; Botega, 2014; Santos et al, 2018; Naghavi, 2019). Hawton (2000) em seu estudo sobre a diferença de gêneros no comportamento suicida, afirma que embora as mulheres tendam a tentar o suicídio com mais frequência, os homens possuem mais êxito. Tal afirmação sugere que os índices de suicídio sejam maiores em homens em virtude da tendência a escolher métodos mais letais. Esta informação é relevante na busca por estratégias que efetivamente minimizem o comportamento suicida, visto que o suicídio consumado se configura como a etapa final de todo um processo que, via de regra, atenta contra a vida do sujeito. Santos et al. (2018) em pesquisa sobre a mortalidade por suicídio no Estado do Sergipe, afirma que a alta prevalência de suicídio no público masculino está relacionada a tendências comportamentais que incluem competitividade,

impulsividade e dificuldade para expor os seus sentimentos. Por outro lado, as mulheres possuem menor taxa de suicídio podendo estar associada a uma menor prevalência ao alcoolismo, crenças religiosas mais fortes e atitudes mais flexíveis em relação às habilidades sociais. Além disso, de acordo com os autores, as mulheres reconhecem mais cedo sinais e fatores de risco para depressão, suicídio e doenças mentais, solicitando ajuda. Ademais, os resultados desta pesquisa vão ao encontro de resultados de outras produções com população brasileira (Schmitt et al., 2008; Lovisi et al., 2009; Moreira, Félix, Flôr, Oliveira, & Albuquerque, 2017) que apontam que o método mais utilizado para efetivação do suicídio é através do enforcamento, tanto para o sexo masculino (72% dos casos) quanto no feminino (67% dos casos). Em segundo lugar, para o público masculino, aparece a utilização de armas de fogo, enquanto que o segundo método mais utilizado dentre o público feminino é a intoxicação exógena. Canetto e Sakinofsky (1998) apontam que a letalidade do método não está diretamente relacionada com a intenção de morte em si, mas à preferência do sexo na escolha do método suicida. Por exemplo, a utilização de arma de fogo, mesmo que acessível a ambos os sexos, é melhor aceita para os homens que a intoxicação exógena, e vice-versa. Os métodos utilizados para cometer suicídio dependem também dos costumes específicos do lugar e os diferentes contextos históricos (Who, 2002). Referente à faixa etária, a pesquisa corrobora parcialmente com o estudo de Lovisi et al. (2009), que analisou a epidemiologia dos suicídios ocorridos no Brasil entre 1980 a 2006, e observou que a taxa de mortalidade por suicídio é mais alta entre os mais velhos (Lovisi et al., 2009). Constatou-se que em Videira e regiões abrangentes, as maiores taxas de suicídio são entre indivíduos de 40 a 59 anos, seguido de 20 a 39 anos e na sequência acima de 60 anos. A faixa etária com menor mortalidade por suicídio foi entre 10 e 19 anos, de acordo com os resultados obtidos nesta amostragem. O Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2017 (Brasil, 2017) informou que, independente do sexo, as maiores taxas de suicídio no Brasil foram observadas na faixa etária de 70 e mais anos, o que não se verificou nas regiões analisadas. Bachmann (2018) realizou uma revisão analisando globalmente os índices e dados epidemiológicos sobre comportamento suicida, e

constatou que durante a segunda e terceira décadas de vida, o suicídio é a segunda principal causa de morte. Porém as taxas globais de suicídio aumentam gradualmente até os 70 anos ou mais. As características sociodemográficas mais prevalentes nas pessoas que cometeram suicídio no período estudado incluíram em sua maioria ter um companheiro/companheira e ser da raça/etnia branca, tanto no gênero feminino quanto no masculino. Estes resultados vão de encontro com um estudo epidemiológico feito em Sorocaba/SP, que mostrou que algumas características sociais, tais como condição de solteiro, divórcio ou viuvez são fatores de risco associados ao suicídio (Freitas, Seiwald, Parada, & Hubner 2013). Diverge também ao Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde divulgado em 2017, que afirma que o perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio teve proporção maiores entre os solteiros (as), viúvos (as) ou divorciados (as) (Brasil, 2017). Quanto à escolaridade das pessoas que se suicidaram em Videira/SC e região, no período analisado, independente do gênero, a maioria possuía Ensino Fundamental Incompleto. Os dados corroboram com as informações do Boletim Epidemiológico de 2017 (Brasil, 2017), que afirma que as maiores taxas de suicídio foram observadas em sujeitos com até três anos de estudo. Com relação à sazonalidade associada ao suicídio, não foi identificado tal fenômeno neste estudo, pois os meses com maiores índices de suicídio foram abril (que apresenta temperaturas altas) e julho (que apresenta temperaturas baixas) no Sul no Brasil. Porém, notou-se que de 2015 até 2019 houve um aumento no número de mortes por suicídio nos meses mais quentes do ano (de janeiro a abril). Taylor, Watkins, Marshall, Dascombe, & Foster (2016) e Trezza et al. (2015), verificaram em suas pesquisas que o aumento da temperatura é prejudicial ao desempenho cognitivo e à tomada de decisão das pessoas. Em 2018, houve um acréscimo considerável de suicídios em julho, que contabilizou quatro mortes, voltando a diminuir novamente em 2019. Nos outros meses mais frios, o número de mortes foi menor. Embora não haja consonância a respeito dos motivos que levam à sazonalidade, algumas pressuposições são levantadas, como o fato de que a vida social se tornar mais ativa nos meses mais quentes, podendo gerar estresse acentuado em pessoas com quadro de depressão e aumentar o risco

de morte por suicídio (Maia, 2016). Os resultados encontrados no estudo de Lins (2019) também sugerem que pode haver um efeito causal positivo quando há a introdução do horário de verão e aproveitamento dos dias mais longos. Todavia, outros estudos explicitam que a luz solar interage com o neurotransmissor serotonina, de modo que a exposição à luz poderia alterar seus níveis e influenciar comportamentos e emoções, como impulsividade e agressividade (Lambert, Reid, Kaye, Jennings, & Esler, 2002; Devriese, Christophe, & Maes, 2004). Foram coletados também os resultados dos exames de alcoolemia e exames toxicológicos para verificar a correlação entre a utilização dessas substâncias antes da morte por suicídio. A associação entre álcool e suicídio foi observada em estudos em vários países, inclusive no Brasil, com alcoolemias positivas, em média, em um terço das vítimas de suicídio (Gonçalves, Ponce, & Leiton, 2015). Em Videira e região este dado não foi confirmado, sendo que em sua totalidade, tanto no exame de alcoolemia quanto no toxicológico, a maioria das pessoas que cometeram suicídio não fizeram utilização de nenhuma substância. Um dado pertinente refere-se ao exame toxicológico na amostra feminina da pesquisa. O levantamento de dados apontou que metade das mulheres que cometeram suicídio no período analisado fizeram utilização de medicamentos/drogas no momento de suas mortes. Porém, ressalta-se que 18% dos laudos não foram localizados, coletados ou não havia chegado o resultado até o fechamento da análise, restringindo a quantidade de informações disponíveis.

Considerações finais

Através do estudo realizado foi possível atingir o objetivo de identificar o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio nas cidades analisadas. Constatou-se que o maior número de mortalidade por suicídio está entre a população masculina, adultos, casados e que possuem o Ensino

Fundamental Incompleto. O enforcamento foi a causa mais frequente do suicídio, seguido das armas de fogo (entre os homens) e a intoxicação exógena (entre as mulheres). Os meses com mais ocorrências registradas foram abril e julho, já o com menos ocorrências é maio, não havendo padrões conclusivos de sazonalidade, embora se reconheça um aumento de notificações nos meses mais quentes do ano (janeiro a abril). Verificou-se também que não há correlação direta entre a ingestão de álcool, drogas ou medicamentos no ato do suicídio. Porém ao se analisar a amostra feminina separadamente, o uso de medicamentos se torna mais expressivo. O município de Videira registrou 52% das mortes por suicídio na região estudada, sendo seguido pelo município de Fraiburgo, com 25% das ocorrências, portanto, são regiões que necessitam maior atenção no que diz respeito à temática da prevenção. É relevante destacar que os sub-registros e subnotificações relacionados ao ato suicida têm resultado em maior complexidade na condução desse problema de saúde pública. A pesquisa é um recurso importante na área da saúde e auxilia na condução de recursos e estratégias com maior efetividade. Assim, precisa-se levar em consideração a busca por alternativas mais assertivas para contornar a subnotificação nos registros de óbitos que, na atualidade, impedem a genuinidade. Faz-se necessário dar seguimento aos estudos na região, investigando-se os aspectos sociais e culturais que podem exercer influência no comportamento suicida da população. Mesmo que o número de suicídio na região analisada não seja alarmante em sua totalidade, pesquisas mostram que as tentativas de suicídio superam os óbitos e são um fator de predisposição para uma futura efetivação da morte. Portanto, torna-se fundamental o aprimoramento de ações educativas que objetivem a divulgação dos riscos, propostas de prevenção e complicações relacionadas ao suicídio, sobrepondo à atenção primária e tendo como alvo tanto a população geral quanto os grupos de risco específicos, visando, desta forma, melhorar as estatísticas apresentadas.

Referências

- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. DOI: 10.3390/ijerph15071425.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo, SP: Ed. Unesp.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 181-185. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>>.

- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. DOI: 10.1590/0103-6564D20140004.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Grupo de trabalho interinstitucional para implantação da estratégia nacional de prevenção do suicídio*. Portaria Nº 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005.
- Brasil, Ministério da Saúde (2017). Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, 48(30), 1-14, 2017.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 28(1), 1-23. DOI: 10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x.
- Daolio, E. R., & Silva, J. V. (2009). Os significados e os motivos do suicídio: As representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. *Bioethikos*, 3(1), 68-76. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/68a76.pdf>>.
- Freitas, M. N. V., Seiwald, M. C. N., Parada, R. A., & Hubner, C. Von K. (2013). Suicídio consumado na cidade de Sorocaba/SP: Um estudo epidemiológico. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 15(13), 53-58. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/9925/pdf>>.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, R. E. M., Ponce, J. C., & Leyton, V. (2015). Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça*, 20(1), 9-14. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v20i1p9-14.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 177, 546-550. DOI: 10.1192/bjp.177.6.484.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2017). Panorama Municipal de Videira/SC. *Cidades, Brasília: cidades.ibge.gov.br*, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/videira/panorama>>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). *Tábuas completas de mortalidade*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- Lambert, G.W., Reid, C., Kaye, D. M., Jennings, M. B. B. S., & Esler, M. B. B. S. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *The Lancet*, 360(9.348), 1.840-1.842. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11737-5.
- Lins, J. G. M. G. (2019). Três ensaios sobre Saúde Pública. *Tese de Doutorado*. Departamento de Economia. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, p. 111.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 86-93. DOI: 10.1590/S1516-44462009000600007.
- Maia, P. B. (2016). Mortalidade por suicídio no Estado de São Paulo. *Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo*, 16(3), 1-14.
- Moreira, R. M. M., Félix, T. A., Flôr, S. M. C., Oliveira, E. N., & Albuquerque, J. H. M. (2017). Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. *SENARE, Sobral*, 16(1), 29-34. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1136>>.
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364, e194. DOI: 10.1136/bmj.194.
- Oliveira, R. M., Koch, D. B., Oliveira, M. R. de, Ramos, F., & Souza, M. C. S. A. de (2016). Estudo Epidemiológico de suicídios no Vale do Itajaí-SC. *Saber Humano*, 6(8), 175-191. DOI: 10.18815/sh.2016v6n8.145.
- Peixoto, H. C. G. (2003). Redução da Redução da morbimortalidade por acidentes e violências: diagnóstico do problema em Santa Catarina. *Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina*. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/doc_tecnicos>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- Psic, S. C. C. B. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas em niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 11(1), 62-67. DOI: 10.4067/S0370-41062000000300002.
- Santos, A. D. dos, Guimarães, L. M. L., Carvalho, Y. F. de, Viana, L. da C., Alves, G. L., Lima, A. C. R., Santos, M. B., Góes, M. A. de O., & Araújo, K. C. G. M. de. (2018). Spatial analysis and temporal trends of suicide mortality in Sergipe, Brazil, 2000-2015. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(4), 269-276. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0028.
- Schmitt, R., Lang, M. G., Quevedo, J., & Colombo, T. (2008). Perfil Epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista Psiquiátrica RS*, 30, 115-123. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a07>.
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas em Psicologia*, v. 22(133), 133-145. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-11>.
- Taylor, L., Watkins, S. L., Marshall, H., Dascombe, B. J., & Foster, J. (2016). The Impact of Different Environmental Conditions on Cognitive Function: A Focused Review. *Frontiers in Physiology*, 6, 372. DOI: 10.3389/fphys.2015.00372.
- Trezza, B. M., Apolinário, D., Oliveira, R. S. de, Busse, A. L., Gonçalves, F. L. T., Saldiva, P. H. N., & Jacob-Filho, W. (2015). Environmental heat exposure and cognitive performance in older adults: a controlled trial. *Age (Dordrecht, Netherlands)*, 37(3), 43. DOI: 10.1007/s11357-015-9783-z.
- Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization (WHO) (2000). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: Who Press.
- World Health Organization (WHO) (2002). *World report on violence and health*. Dahlberg LL, Biroux B, Stouthamer-Loeber M, Van Kammem WB, editors. Geneva.