

Suicídio, uma questão de saúde pública: características epidemiológicas do suicídio no Estado de Santa Catarina

Scheila Beatriz Sehnem*
Vanusa Palosqui**

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi descrever as características epidemiológicas do suicídio nas regiões das SDRs do estado de Santa Catarina, Brasil, no período de 2009. Investigar a relação do IDH, das cidades-sede das SDRs; o índice de suicídio e as políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio. Os dados foram coletados utilizando-se o Datasus, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) – Causas Externas. Os resultados mostraram que os homens cometem mais suicídio, a faixa etária com maior número de mortes por suicídios compreende entre 40 e 50 anos, o enforcamento apareceu como o método mais utilizado em ambos os sexos e pessoas casadas cometem mais o ato suicida. Palavras-chave: Suicídio. Perfil epidemiológico. IDH. Políticas públicas.

Abstract

The objective of this research was to describe the epidemiological characteristics of suicide in the regions of SDRs in the state of Santa Catarina, Brazil, during the year of 2009. Investigating the relationship of the HDI, the host cities of SDRs, the suicide rate and public policies aimed at suicide prevention. Data were collected using the Datasus, Mortality Information System (MIS) - External Causes. The results showed that more men commit suicide, the age group with the highest number of suicide deaths comprise 40 to 50 years, the hanging appeared as the most widely used method in both sexes and more married people commit the act of suicide.

Keywords: Suicide. Epidemiological profile. HDI. Public politics.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, o suicídio acarreta um impacto direto em, pelo menos, seis pessoas, chegando a afetar centenas, quando o evento ocorre na escola ou no trabalho.

Estudos de Schmitt et al. (2008) revelam um coeficiente no estado de Santa Catarina que gira em torno de 7/100.000 habitantes, o que representa quase o dobro da média nacional de 4,5/100.000.

*Mestre em Educação pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; professora do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Rua Getúlio Vargas, 2125, Bairro Flor da Serra, Joaçaba, SC, 89600-000; scheila.menezes@unoesc.edu.br

**Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina – Campus Joaçaba. vanusa.palosqui@hotmail.com

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos; a maioria corresponde às faixas mais jovens da população. No ano de 2000, um milhão de pessoas cometeu suicídio, uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada três segundos.

Trigueiro (2008 apud BALBO, 2010) aborda a questão do suicídio; o Brasil está entre os 10 países do mundo no *ranking*, cerca de 8.000 casos por ano. Acrescente-se a isso que muitas mortes não são registradas como suicídio, sem contar as tentativas infrutíferas de autoexterminio, que, segundo o autor, acontecem em uma esfera 10 vezes superior aos casos consumados.

Constata-se uma escassez de trabalhos recentes referentes ao suicídio no estado de Santa Catarina. Esta pesquisa vem de encontro a essa necessidade e busca apresentar características epidemiológicas do suicídio no Estado de Santa Catarina, investigando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e os altos índices de suicídio, identificando políticas públicas para a prevenção, no intuito de ressaltar a importância de se trabalhar preventivamente, sendo a única forma efetiva de enfrentar o problema e de melhorar a qualidade de vida da população.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação com abordagem quali-quantitativa desenvolvida por meio de pesquisa exploratória e documental. A pesquisa exploratória foi realizada com base nos dados referentes à mortalidade, coletados a partir do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) - Causas Externas do Ministério da Saúde -, disponível no *link*: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim_causas_externas.def>, no período de 2009. As análises foram ordenadas segundo variáveis demográficas clássicas, como idade, gênero, estado civil, meses do ano e meios mais utilizados para o suicídio. Nesta pesquisa também foram consultados dados populacionais, obtidos nos repositórios *on-line* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A pesquisa documental foi realizada a partir dos textos oficiais produzidos pelos governos (federal, estadual e municipal), a fim de constituir políticas ou deflagrar a conscientização da população para o problema em questão. Este trabalho de investigação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição e aprovado sob o parecer número 018/2010. Trata-se de uma pesquisa com recursos da Secretaria de Estado da Educação, artigo 171, chamada pública 002/2010.

Mapa 1 – Localização do estado de Santa Catarina, Brasil



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ocorreram 498 suicídios no estado de Santa Catarina no ano de 2009. A faixa etária com maior número de suicídios compreendeu dos 40 a 49 anos de idade, de 50 a 59 anos, de 20 a 29 anos, respectivamente.

Índices observados em estudos de Kaplan e Sadock (2007) retratam que as taxas de suicídio aumentam com a idade e ressaltam a importância da crise da meia-idade; pessoas mais velhas tentam suicídio com menor frequência do que as mais jovens, mas isso é consumado de forma mais efetiva. Na Tabela 1 identifica-se um aumento acelerado no número de mortes por suicídio nas faixas etárias mais jovens.

Tabela 1 – Mortalidade por suicídio conforme faixa etária, no estado de Santa Catarina (2009)

SDRs Ocorridas	10 - 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+
Araranguá	0	2	2	3	6	1	1	0	0
Blumenau	0	0	8	6	9	7	7	2	1
Braço do Norte	0	0	1	0	2	0	0	0	1
Brusque	1	0	1	3	6	3	0	0	0
Campos Novos	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Canoinhas	0	2	2	3	1	3	1	0	0
Caçador	0	2	2	3	3	1	1	0	0
Chapecó	0	1	5	2	5	2	4	1	1
Concórdia	1	1	2	1	3	6	4	1	0
Criciúma	0	1	6	10	6	4	3	3	0
Curitibanos	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Dionísio Cerqueira	1	0	2	1	1	1	4	1	0
Grande Florianópolis	0	2	13	9	14	6	6	1	1
Ibirama	0	1	2	1	2	1	4	0	0
Itajaí	0	2	9	6	8	9	2	0	0
Itapiranga	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Ituporanga	0	0	0	0	1	1	0	1	0
Jaraguá do Sul	0	1	5	2	1	3	1	0	0
Joaçaba	0	1	1	4	2	0	0	0	2
Joinville	0	1	7	1	10	8	4	3	0
Lages	0	3	3	1	6	4	1	0	1
Laguna	0	0	1	0	1	1	0	0	1
Mafra	2	0	4	2	2	4	2	0	0
Maravilha	0	0	2	2	2	4	0	0	0
Palmitos	1	0	0	6	1	4	0	2	0
Quilombo	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Rio do Sul	0	1	2	4	0	3	2	1	0
Seara	0	0	3	4	2	1	2	2	0
São Joaquim	0	0	0	0	0	1	0	0	0
São Lourenço do Oeste	0	0	0	1	2	1	0	0	0
São Miguel do Oeste	0	1	0	0	2	3	0	0	0
Taió	0	0	2	2	1	1	1	1	0
Timbó	0	0	0	2	0	4	3	1	0
Tubarão	0	0	1	1	4	1	3	1	0
Videira	0	0	1	0	1	2	1	0	0
Xanxerê	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Total	6	22	87	83	111	91	58	22	8

É interessante relacionar os dados levantados com transtornos psiquiátricos; cerca de 95% de todas as pessoas que cometem ou tentam suicídio têm um transtorno mental diagnosticado. Kaplan e Sadock (2007) colocam que entre as pessoas de meia-idade ou mais velhas se observa

maior número de mortes por suicídio; todavia, estudos relatam que pacientes psiquiátricos suicidas são cada vez mais jovens. "O início da Esquizofrenia costuma ocorrer na adolescência ou no início da idade adulta, onde a maioria dos pacientes que comete suicídio o faz durante os primeiros anos da condição, portanto, tendem a ser bastante jovens." (KAPLAN; SADOCK, 2007).

A fase da adolescência (12-20 anos) e adulta jovem (20-40 anos) é um período no qual ocorrem muitas transformações, além dos conflitos decorrentes da própria idade, aumentam-se as responsabilidades, decisões precisam ser tomadas e a cobrança do meio social exerce grande influência e pressão, deixando de lado o apoio, fundamental para um equilíbrio emocional nessa etapa da vida e para a tomada de decisões assertivas e resolução de conflitos.

A população que mais comete suicídio é caracterizada por pessoas do sexo masculino, identificando-se uma diferença significativa em relação ao número de mortes por suicídio entre as pessoas do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil epidemiológico no estado de Santa Catarina (2009) segundo gênero.

(continua)

SDRs Ocorridas	Masculino	Feminino
Araranguá	14	1
Blumenau	33	7
Braço do Norte	1	3
Brusque	11	3
Campos Novos	2	1
Canoinhas	12	0
Caçador	8	4
Chapecó	18	3
Concórdia	17	2
Criciúma	25	8
Curitibanos	2	1
Dionísio Cerqueira	8	3
Grande Florianópolis	45	7
Ibirama	9	2
Itajaí	31	5
Itapiranga	4	0
Ituporanga	3	0
Jaraguá do Sul	12	1
Joaçaba	8	2
Joinville	25	9
Lages	17	2
Laguna	2	2
Mafra	15	1
Maravilha	10	0
Palmitos	14	0
Quilombo	1	0
Rio do Sul	11	2
Seara	12	2
São Joaquim	1	0
São Lourenço do Oeste	4	0
São Miguel do Oeste	5	1
Taió	7	1
Timbó	9	1

SDRs Ocorridas	Masculino	Feminino	(conclusão)
Tubarão	10	1	
Videira	3	2	
Xanxerê	2	0	
Total	411	77	

Kaplan e Sadock (2007) retratam que os homens cometem suicídio quatro vezes mais do que as mulheres, uma taxa estável em todas as idades; as mulheres, entretanto, têm quatro vezes mais probabilidade de tentá-lo. A dependência de álcool é outro fator que leva as pessoas a tirarem a própria vida. Ainda segundo Kaplan e Sadock (2007), uma média de 80% de todas as vítimas dependentes de álcool são homens; cerca de 50% de todas as vítimas sofreram a perda de um relacionamento afetivo e íntimo durante o ano anterior. Essas perdas interpessoais e outros tipos de eventos de vida indesejáveis são ocasionados pela dependência de álcool, o que contribui para o desenvolvimento dos sintomas de transtorno do humor, os quais, frequentemente, estão presentes nas semanas e meses antes do suicídio.

Na Tabela 3 - quanto ao estado civil - identificou-se que tanto homens quanto mulheres casadas cometem mais suicídio do que as pessoas solteiras. Em números, pode-se observar ainda que o sexo masculino prevaleceu em número de mortes, 30 mulheres casadas para 174 homens casados e 24 mulheres solteiras para 149 homens solteiros.

Tabela 3 – Número de mortes por suicídio em ambos os sexos segundo estado civil

	Casado	Solteiro	Casada	Solteira
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	138	107	21	13
Arma de fogo	22	16	1	1
Intoxicação por pesticidas	4	7	1	2
Intoxicação por medicamentos e drogas	1	5	5	4
Intoxicação por outro produto químico	0	3	0	0
Afogamento, submersão	3	2	0	3
Precipitação lugar elevado	0	3	0	0
Objeto cortante penetrante	4	2	0	0
Fumaça, fogo, chamas	1	1	0	0
Outros meios especificados	0	2	0	0
Outros meios não especificados	1	1	0	1

Somente a partir de Émile Durkheim, no final do século XIX, começaram a proliferar linhas interpretativas com a finalidade de possibilitar a aproximação psicopatológica e psicossocial no fenômeno do suicídio. Este é visto como o sintoma de um trauma cultural, expressão de um conflito comunitário proveniente de uma dissolução parcial, mas profunda das três forças coercitivas clássicas da civilização: família, Estado e religião (KALINA; KOVADLOFF apud MELLO et al., 2007).

É nessa sociedade que aqueles que não estão fortemente integrados em nenhum grupo social, primeiramente sem integração familiar, são mais vulneráveis, o que caracterizaria as pessoas casadas e casais com filhos como o grupo mais protegido; a diferença quanto ao número de mortes encontrada entre pessoas casadas e solteiras, dividindo-se por gênero, não foi tão expressiva nesta pesquisa. Kaplan e Sadock (2007) também ressaltam a importância das interações sociais: o

isolamento social aumenta as tendências suicidas entre pacientes deprimidos. Isso está de acordo com os dados de estudos epidemiológicos, nos quais se constata que pessoas que cometem suicídio podem não estar bem integradas na sociedade. Pessoas casadas anteriormente, no entanto, apresentam taxas bem mais altas do que aquelas que nunca se casaram. O suicídio aparece mais uma vez, com mais frequência, em indivíduos isolados socialmente e com história familiar de suicídio (tentado ou consumado).

Os altos índices de suicídio no estado de Santa Catarina revelam uma sociedade que não está sendo acompanhada pela interpretação de valores básicos; o que se pode atrelar a uma nova concepção de família, fato verificado nas relações cada vez mais superficiais, universos familiares com bastantes conflitos, obrigações, responsabilidades, cobranças e falta de diálogo para a resolução de problemas, acabando por se tornarem interações sociais deficientes; a sociedade cobra sucesso, e muitos dos valores familiares de união se perderam pela cultura do ter e não do ser.

A morte é a única certeza do homem; ademais, o que existem são possibilidades. Algumas vezes a morte é muito presente, por exemplo, os pacientes terminais; estes não fazem uma escolha, trata-se de consequência de doença grave; outras vezes, ela é uma escolha, como no ato suicida. Recorre-se então a formas de consumir o ato, a imediata forma de acabar com o sofrimento; no estado de Santa Catarina, essa realidade foi identificada em ambos os sexos; o enforcamento, estrangulação e sufocação constituíram o método mais usado; entre os homens utilizaram-se, ainda, arma de fogo e intoxicação por pesticidas; entre as mulheres, medicamentos, drogas e arma de fogo (Tabela 4).

Tabela 4 – Métodos mais utilizados para suicídio em ambos os sexos, em Santa Catarina.

	Feminino	Masculino
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	47	317
Arma de fogo	5	48
Intoxicação por pesticidas	4	13
Intoxicação por medicamentos e drogas	10	9
Afogamento, submersão	4	8
Precipitação lugar elevado	2	4
Objeto cortante penetrante	1	8
Fumaça, fogo, chamas	3	3
Outros meios especificados	1	2
Meios não especificados	1	3
Outro produto químico	-	5

Os períodos identificados com maior número de ocorrências foram os meses de janeiro, fevereiro e março, período de verão, mas sem grande elevação de casos em comparação a outros meses do ano. Esta pesquisa não encontrou nenhuma correlação sazonal significativa, assim como nas investigações de Kaplan e Sadock (2007). Segundo os autores, os suicídios aumentam um pouco na primavera e no outono, mas, ao contrário da crença popular, não durante o período das festas de final de ano; o que se constatou foram suicídios consumados após as festas de final de ano (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalência de mortes por suicídios em 2009

SDRs Ocorridas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Araranguá	3	1	0	1	3	1	2	0	1	2	1	0
Blumenau	8	3	3	2	2	2	1	3	6	1	2	7
Braço do Norte	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Brusque	0	3	3	0	1	0	2	0	0	4	1	0
Campos Novos	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Canoinhas	2	0	1	1	1	0	1	0	2	2	1	1
Caçador	1	1	2	1	0	2	0	1	0	0	2	2
Chapecó	2	2	1	1	0	3	2	4	1	1	3	1
Concórdia	4	3	4	0	0	1	2	1	0	0	3	1
Criciúma	4	6	2	3	1	2	0	4	2	4	2	3
Curitibanos	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Dionísio Cerqueira	0	3	1	1	1	1	0	4	0	0	0	0
Grande Florianópolis	5	6	6	5	1	2	2	3	4	5	7	6
Ibirama	0	1	0	2	4	1	0	0	1	1	0	1
Itajaí	6	3	2	3	4	1	0	5	3	3	2	2
Itapiranga	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Ituporanga	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Jaraguá do Sul	0	2	1	0	2	1	0	0	2	2	3	0
Joaçaba	1	2	1	1	0	1	2	1	0	1	0	0
Joinville	3	4	5	2	2	1	2	2	8	3	0	2
Lages	2	2	2	2	3	4	1	1	0	0	0	0
Laguna	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Mafra	1	0	1	1	2	1	0	0	1	0	4	5
Maravilha	2	1	0	4	0	1	0	0	1	0	0	1
Palmitos	0	1	1	2	1	4	0	1	1	1	1	1
Quilombo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Rio do Sul	0	4	1	1	2	0	1	0	0	0	3	1
Seara	1	2	3	0	0	1	1	1	1	2	2	0
São Joaquim	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
São Lourenço do Oeste	-	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
São Miguel do Oeste	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0
Taió	-	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0
Timbó	1	0	2	1	0	1	0	2	0	3	0	0
Tubarão	2	0	3	0	2	0	1	1	0	1	0	1
Videira	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0
Xanxerê	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Total	51	53	51	40	39	35	25	40	38	39	40	37

Os resultados descartariam uma possível depressão sazonal ou de inverno, em que a falta de luz solar pode tornar as pessoas mais vulneráveis a flutuações normais de humor. As atividades que anteriormente eram consideradas prazerosas perdem o significado, ocorrem mudanças nos hábitos alimentares, como perda ou aumento de apetite e alterações no sono, a energia e a motivação diárias também sofrem mudanças, a pessoa pode apresentar dificuldades de concentração, cansaço, sentir-se pesada e lenta. As tarefas de rotina passam a ficar extremamente difíceis, e a pessoa passa a se isolar socialmente - dos amigos, colegas, família -; também há diminuição do desejo sexual,

em uma época na qual se preza por mais momentos de lazer; com isso, ressalta-se que o suicídio consumado ocorre na melhora da depressão, e não no período crítico de seus sintomas.

A região da Grande Florianópolis, Blumenau, Itajaí, Joinville e Criciúma são os lugares onde mais se registrou número de morte por suicídio; segundo o IBGE, respectivamente, essas regiões possuem uma população residente estimada em 860.302, 403.348, 490.939, 617.289 e 384.621 mil pessoas em cada SDR (correspondendo a um coeficiente total de suicídios respectivamente de: 16,54; 10,08; 13,63; 18,15; 11,65).

A Secretaria de Desenvolvimento Regional da Grande Florianópolis abrange as cidades de Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São José e São Pedro de Alcântara. Florianópolis localiza-se na região litorânea de Santa Catarina; a pesca e o turismo são atividades econômicas marcantes. Como capital e centro administrativo do estado, é uma cidade privilegiada, pois situa-se em uma bela ilha oceânica, com 523 quilômetros quadrados. É a capital brasileira que oferece melhor qualidade de vida e o terceiro município brasileiro mais visitado por turistas estrangeiros, perde apenas para Rio de Janeiro e São Paulo. Seus 280 mil habitantes convivem com o ritmo ágil de um centro urbano cosmopolita e com a tranquilidade dos vilarejos construídos pelos colonizadores açorianos. As 100 praias da cidade são, em sua maioria, limpas e próprias para banho.

A SDR de Blumenau abrange as cidades de Pomerode, Gaspar, Ilhota, Luis Alves e Blumenau. A principal cidade, Blumenau, está localizada na região do Vale do Itajaí, possui um padrão de vida superior à média brasileira, o dinamismo de um centro moderno, alta renda *per capita* e baixíssimos índices de analfabetismo e violência. Constitui uma cidade moderna, que oferece boa infraestrutura turística com o tempero das tradições alemãs. Turismo, comércio e indústria, com destaque para a produção têxtil e de cristais, sendo conhecida também pela produção de cerâmicas, porcelanas, chocolates caseiros e instrumentos musicais; sua população corresponde a 250.000 habitantes.

A SDR de Itajaí abrange as cidades de Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Itajaí, Itapema, Navegantes, Penha e Porto Belo. Itajaí, sede do maior porto pesqueiro do país, da segunda maior universidade do estado e do único píer exclusivamente turístico do Brasil, a cidade dispõe de belas praias, muita natureza, sendo uma das 120 maiores cidades de Santa Catarina. As principais atividades econômicas são sustentadas pelo tripé porto, comércio atacadista de combustível e pesca, mas o setor de produção industrial também exerce importante papel na arrecadação do município, bem como a comercialização de gêneros alimentícios; sua população é de 147.000 habitantes.

A SDR de Joinville abrange as cidades de Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, Joinville, São João do Itaperiú e São Francisco do Sul. Joinville, maior cidade de Santa Catarina, com 450.000 habitantes, tem em seus limites grandes sedes da economia nacional que garantem força industrial, além de atrair mão de obra qualificada. A base da economia de Joinville é a indústria, seguida pelo comércio e turismo de eventos.

A SDR de Criciúma abrange as cidades de Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Orleans, Siderópolis, Nova Veneza, Treviso e Urussanga. Criciúma, maior produtora nacional e segunda maior produtora mundial de pisos e azulejos, é rica em cultura e recursos naturais; é também o terceiro maior polo nacional na produção de jeans e o maior polo estadual do setor de confecções, com população de 170.420 habitantes.

Mesmo fazendo parte de uma cidade com bom Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), muitas pessoas desconhecem sua função. Faz-se necessário apresentar informações para maior entendimento sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - parte integrante do objetivo desta pesquisa - e relacioná-lo aos índices de suicídio. O IDH mede o nível de desenvolvimento humano dos países utilizando como critérios indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). O índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e países com IDH superior a 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto. No Brasil, o cálculo da renda municipal *per capita* é feito a partir das respostas ao questionário expandido do Censo - mais detalhado do que o universal, aplicado a uma amostra dos domicílios visitados pelos recenseadores. Os dados colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são expandidos para o total da população municipal e usados para o cálculo da dimensão de renda do IDH-M; o IDH do Brasil melhorou entre 2006 e 2007 e está em 75º lugar em uma lista de 182 países e territórios, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 2009. O estado de Santa Catarina ocupa a segunda posição no *ranking* dos estados brasileiros com melhor IDH.

A SDR da Grande Florianópolis, cuja sede é a capital do estado, Florianópolis, obteve o maior número de mortes por suicídio, ocupa a primeira posição do Estado, com IDH de 0,875, em 2000. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8). Em relação aos outros municípios brasileiros, Florianópolis ocupa a 4ª posição; quanto aos demais municípios catarinenses, a 1ª posição. Altos índices de IDH se identificam nas demais SDRs que apresentam os maiores números de mortes por suicídio no ano de 2009, em Santa Catarina, como a SDR de Blumenau, segunda posição em número de mortes por suicídio no estado, tendo a cidade-sede Blumenau um IDH alto, 0,855 em 2000; o município de Itajaí (cidade-sede) possui um IDH elevado de 0,825 (ano 2000); Joinville apresenta um IDH de 0,857, também elevado, e Criciúma, um IDH considerado elevado, de 0,822.

Identificou-se que nas SDRs que se destacaram em razão do número elevado de mortes por suicídio também apresentaram um elevado IDH. Tem-se a ideia de que uma cidade que possui artifícios para manter uma boa expectativa de vida da sua população apresente baixos índices de suicídio. Nessas regiões isso não ocorre.

Algumas questões surgem com esse achado. O desenvolvimento da pessoa humana em sua complexidade física e mental não está avançando paralelamente às melhorias dos números referentes à educação, longevidade e renda, que compreende o IDH. A falta de equilíbrio mental como fator que ocasiona problemas de ordem psicológica, como a depressão, interfere na expectativa de vida das pessoas, mesmo que estas apresentem as melhores possibilidades de uma vida longa e melhor; o estresse da rotina maçante, as cobranças de um futuro profissional brilhante, bens materiais, mudanças na constituição familiar e globalização, variáveis consideráveis para o que as estatísticas trazem como sendo o aumento da depressão. O IDH não engloba a questão da saúde mental, mas cabe ressaltar sua extrema importância para resultados ainda mais satisfatórios; compreender a dimensão dos problemas de saúde mental no país e avaliar estratégias para redução da dimensão do problema de saúde pública.

Precisa discutir o suicídio abordando a questão da prevenção, uma vez que as pessoas o consideram como a única e última solução para acabar com o sofrimento. Ainda, é importante enfatizar que o preparo dos profissionais da saúde para lidarem com essa questão e mesmo as pessoas para que estejam atentas aos sinais e possam imediatamente procurar ajuda especializada é fundamental na redução desses números elevados de morte por suicídio. Segundo o Ministério de Saúde, cerca de 40% dos suicidas procuram os serviços de saúde, dias ou semanas antes de fazê-lo; isso se evidencia também nas palavras de Mello et al. (2007): calcula-se que 50% das pessoas que se suicidaram procuraram ajuda profissional no prazo de um mês antes do ato, oferecendo uma oportunidade clara de prevenção.

Ainda sobre o objetivo de reduzir as taxas de suicídio, a Coordenação de Saúde Mental apresenta a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio; algumas iniciativas já se concretizaram em direção à elaboração e implementação dessa estratégia, como a criação de um grupo de trabalho composto por representantes de algumas secretarias do Ministério da Saúde, universidades e organizações civis; publicação das *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*; criação da logomarca *Amigos da Vida*, que identifica a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio; realização do I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio, 2006, em Porto Alegre; lançamento do *Manual de prevenção do suicídio para profissionais das equipes de saúde mental*, 2006, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental; lançamento das *Referências bibliográficas comentadas sobre suicídio, sobreviventes e família*; lançamento do DVD do I Seminário de Prevenção do Suicídio com todas as apresentações dos pesquisadores e gestores que participaram do evento.

Os próximos passos para a implantação da estratégia consistem na regulamentação das diretrizes, elaboração do Plano Nacional para Prevenção do Suicídio, formação de novas parcerias e discussão desse tema no Plano Plurianual 2008-2011. As ações em curto prazo estão voltadas à identificação e construção de projetos-pilotos em áreas estratégicas, contínua elaboração e publicação de material técnico, intercâmbio e cooperação técnica com países da América Latina.

O Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, criado em 2006, pelo Ministério da Saúde, como parte das estratégias de prevenção do suicídio, é o principal recurso utilizado, a fim de reduzir as taxas de suicídio, tentativas e danos associados aos comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros, locais de trabalho, escolas e outras instituições. Uma vez que várias doenças mentais se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na prevenção. A principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.

É importante que saúde e mídia trabalhem de forma integrada e estratégica para que esse material, suporte de informações sobre o suicídio, tenha divulgação, pois o desconhecimento desse grave problema de saúde pública e os tabus que permeiam esse ideário acaba sendo pouco divulgado.

O Estado de Santa Catarina possui um Plano Operativo de Saúde Mental (2008-2010), tendo como objetivo geral implementar a Política Estadual de Saúde Mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS/SC), inserida nos planos municipais de saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada região e com controle social.

Pretende-se com os resultados apontados neste trabalho subsidiar pesquisas futuras na área, manejando o problema, com a finalidade de diminuir sua proporção e investir em prevenção.

4 CONCLUSÃO

O número de mortes por suicídio no estado de Santa Catarina é alarmante; em publicações anteriores, constitui um dos maiores coeficientes nacionais.

Esta pesquisa diz respeito ao ano de 2009; trata-se de dados recentes que permitem reavaliar os índices de suicídio, abordando a relação do número de suicídio com o IDH das cidades-sede identificadas com maior número de ocorrências de mortes por suicídio e avaliar a questão de políticas públicas no estado de Santa Catarina para amenização desse problema.

A faixa etária com maior número de suicídios compreende dos 40 a 50 anos. Kaplan e Sadock (2007) ressaltam a crise da meia-idade, mas se identifica na pesquisa um crescente número de mortes entre as faixas etárias mais jovens, o que se pode relacionar às transformações da adolescência físicas e emocionais.

Os cuidados com pessoas que apresentam algum tipo de depressão devem-se direcionar aos estágios, uma vez que o suicídio consumado se concretiza na melhora da depressão, e não no período depressivo.

O ato suicida ficou evidenciado de cinco a seis vezes em maior número no sexo masculino; enforcamento, estrangulação, sufocação e arma de fogo compreenderam os meios mais utilizados, respectivamente. Entre as mulheres, está o enforcamento, estrangulação, sufocação, intoxicação de medicamentos e drogas. Verificou-se que é maior o suicídio em pessoas casadas do que solteiras. Perdeu-se o controle de relacionamentos estáveis e a consciência da importância que temos em sermos únicos.

As cidades-sede identificadas com maior número de suicídio são também as que apresentam elevado IDH, compreendendo educação, longevidade e renda. A compreensão do desenvolvimento humano que o IDH avalia não está se transformando em longevidade, uma vez que as pessoas ao recorrerem ao suicídio interrompem a vida mais cedo.

Há certa dificuldade em encontrar políticas públicas voltadas ao problema do suicídio no Estado. Entre as Estratégias Nacionais de Prevenção do Suicídio, o Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental é de extrema importância para que os serviços de saúde mental tenham melhor preparo e conseqüentemente melhor qualidade no atendimento a essa demanda.

A prevenção deve contemplar o indivíduo e a sociedade, facilitando o acesso às redes de atendimento à saúde mental e, principalmente, a capacitação dos profissionais que atuam na área, para que estes estejam preparados em orientar a rede social envolvida com um indivíduo potencialmente suicida.

Abstract

This article has as a theme the background of some historical features of Santa Catarina, in order to understand the problem of how to build the historical ties of Santa Catarina from the arrival of Europeans. Knowing the different cultures that were present in the construction of the territory of Santa Catarina, requires studies of the interactions occurring between the white culture with other cultures

that preceded the arrival of these men. Study and know the history of Santa Catarina enriches our knowledge as well as educators and historians. Justified need to produce knowledge about the land of Santa Catarina, in order to build the knowledge as a source and as a root in history.

Keywords: Santa Catarina. History. Culture. Ethnic groups.

REFERÊNCIAS

BALBO, Wellington. Suicídio no Brasil. **Recanto das Letras**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://recantodasletras.uol.com.br/artigos/831365>>. Acesso em: 26 ago. 2010.

BEM DE SAÚDE. **Depressão Sazonal**. 2008. Disponível em: <http://www.bemdesaude.com/content/depressao_sazonal.html>. Acesso em: 10 jul. 2010.

BRASIL. **Estratégia Nacional de Prevenção ao suicídio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25076>. Acesso em: 5 mar. 2010.

_____. **Manual dirigido a profissionais da Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2010.

_____. **Painel de Indicadores do SUS**. Prevenção de Violências e Cultura de Paz. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 3, n. 5, nov. 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf1>. Acesso em: 22 mar. 2010.

D'OLIVEIRA, C. F. A. **Perfil epidemiológico dos suicídios**. Brasil e regiões, 1996 a 2002. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2010.

MELLO, Marcelo Feijó et al. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária. Genebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2010.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTA CATARINA (Estado). Disponível em: <www.sc.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2010.

SANTA CATARINA (Estado). **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008-2010**. Florianópolis, mar. 2008. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=323%3Apolitica-estadual-de-saude-mental&catid=282&Itemid=163>. Acesso em: 6 jul. 2010.

SCHMITT, Ricardo et al. Perfil Epidemiológico do Suicídio no Extremo-Oeste de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, maio/ago. 2008.