

Estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010

Lenir Rodrigues Minghetti*

Lilia Aparecida Kanan**

Resumo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 10ª posição em mortes por suicídio. E pressupõe-se que para 2020, mais de 1,5 milhão de pessoas morrerão por suicídio, o que faz deste fenômeno uma questão de saúde pública. O suicídio é responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes no mundo e é a terceira maior causa de morte entre os adolescentes. Estima-se que mais de 815.000 pessoas em todo o mundo tenham cometido suicídio entre 2000 e 2004, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Segundo a OMS, o custo com suicídio pode ser calculado em termos de DALYs (*disability-adjusted-life-years*, ou anos de vida ajustados às limitações). Segundo este indicador, em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo mundo, com uma diferença de 2,3% para os países de alta renda e 1,7% para os países com baixa renda. Este custo equivale aos gastos com guerras e homicídios, aproxima-se do dobro do custo com diabetes e equivale aos custos de traumas e asfixias neonatais. Além destes dados, o suicídio apresenta outros aspectos alarmantes: cada suicida deixa no mínimo seis pessoas próximas com dificuldades econômicas, emocionais e sociais. Muitas pessoas tentam o suicídio ou se autoagridem com tal gravidade a ponto de precisarem de cuidados médicos. Em consequência destes fatores, as tentativas de suicídio acarretam gastos de bilhões de dólares para os cofres públicos, seja ele fatal ou não. Na busca por uma maior visibilidade à inquietante questão da morte por suicídio, este artigo propõe-se responder a uma questão socialmente proeminente acerca das características sociodemográficas de casos de suicídio realizados em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010.

Palavras-chave: Epidemiologia. Suicídio. Psicologia. Saúde Pública.

* Psicóloga; Pós-graduanda em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade do Sul de Santa Catarina; Av. Castello Branco, 664, Bairro Universitário. CEP: 88509-300, Lages, SC; lenir.minghettipsi@gmail.com

** Doutora em Psicologia e professora do Curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense; Av. Marechal Castello Branco, 170. Bairro Universitário. CEP: 88509-900, Lages, SC; lak@uniplac.net

1 EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL DO SUICÍDIO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001), o suicídio representa cerca de 1,4% do total das doenças mundiais, e estima-se que, em 2020, o suicídio alcançará o montante de 2,4% da população mundial. Na maioria dos países, encontra-se entre os três principais fatores desencadeantes de mortes para os indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 15 e 34 anos (BERTOLOTE; FLEISHMANN, apud WERLANG; BOTEGA, 2004).

Estes autores relatam que segundo a OMS (2001), até o ano de 2020, mais de meio milhão de pessoas cometerão suicídio; de 10 a 20 vezes mais pessoas tentarão o suicídio, o que representa uma morte a cada 20 segundos e uma tentativa a cada 1 ou 2 segundos (WHO apud MELLO et al., 2007). O suicídio tende a aumentar nos grupos de pessoas com faixa etária mais jovem, e fará mais vítimas que os acidentes de trânsito, conforme disposto no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Taxas globais de suicídio notificadas desde 1950 e projeção para 2020

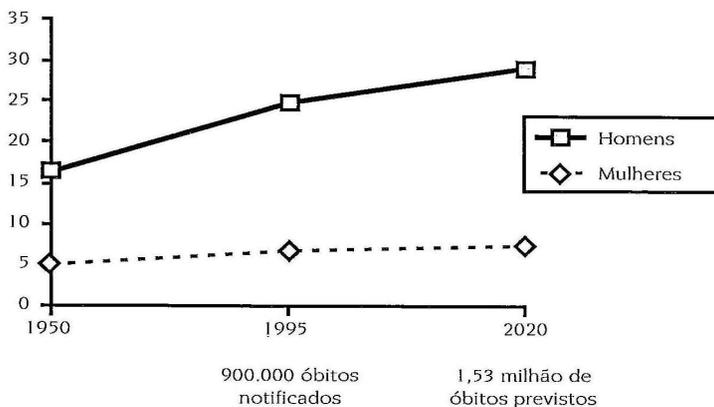


Figura 2.1 Taxas globais de suicídio notificadas desde 1950 e projeção até 2020.

Fonte: Bertolote e Fleishmann (apud WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 37).

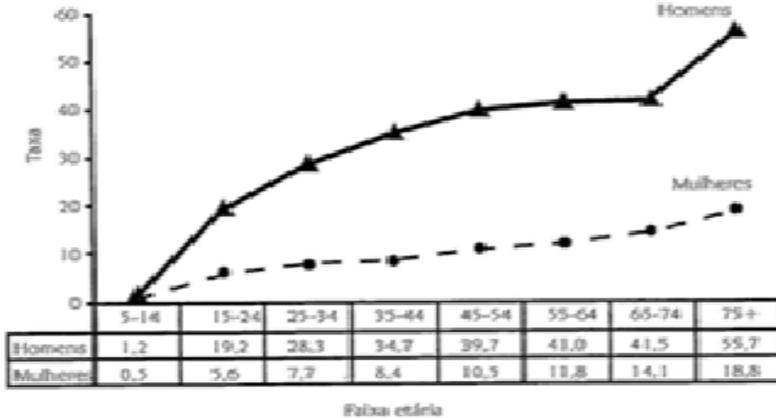
De acordo com o Gráfico 1, nas taxas globais de suicídio (por 100.000 habitantes), do ano de 1950 (que foram calculadas) até o ano de 2020 (que são projetadas); observou-se um aumento entre os anos de 1950 e 1995 de suicídios no mundo. Este aumento apresenta que 49% dos suicídios foram cometidos por homens e 33% pelas mulheres; “[...] observa-se que as taxas mas-

culinas são sistematicamente mais elevadas que as femininas em uma proporção que varia entre 3,2:1 (em 1950); 3,6:1 (em 1995) e 3;9:1 (projeção para 2020).” (BERTOLOTE; FLEISHMANN, apud WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 36).

As taxas de suicídio costumam ser específicas por idade, gênero e raça. “Nos homens, as taxas, aumentam ao longo dos anos, com um pico após os 75 anos, enquanto que as mulheres as taxas seguem um padrão curvilíneo, com o pico acontecendo entre o final dos 40 anos e início dos 50 anos.” (BAHLS; BOTEGA, 2007, p. 155). Os homens se suicidam três vezes mais que as mulheres, assim como os brancos se suicidam mais que os negros.

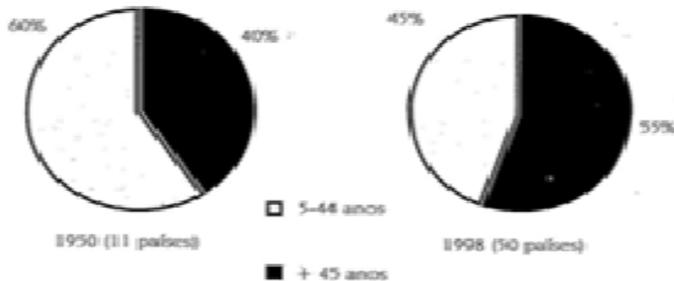
Quanto as taxas globais de suicídio aumentam progressivamente com a idade, como está exposto no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição das taxas de suicídio (por 100.000) sexo e idade, 1998



Distribuição das taxas de suicídio (por 100.000) por sexo e idade, 1998.

mais suicídios: (55%) que as pessoas com mais de 45 anos (45%), conforme mostra a Figura 2.3. Na realidade, o grupo responsável pelo maior número de suicídios cometidos é o dos homens entre 35 e 45 anos.



Modificações da distribuição etária dos casos de suicídio entre 1950 e 1998.

Fonte: Bertolote e Fleishmann (apud WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 38).

O Gráfico 2 expõe uma comparação da taxa global de 26,9 de óbitos por 100.000 dos suicídios cometidos pelos homens em 1998; as taxas passam de 1,2 por 100.000 entre as idades de 5 a 14 anos; 55,7 por 100.000 para os de 75 anos ou mais. Para o sexo feminino existe um progressivo aumento em relação à taxa global de 8,2 por 100.000, as taxas específicas por idade passam de 0,5 na idade entre 5 e 14 anos, e 18,8 para aqueles com 75 anos ou mais (BERTOLOTE; FLEISHMANN, 2004, p. 37). Existe um aumento significativo entre os jovens.

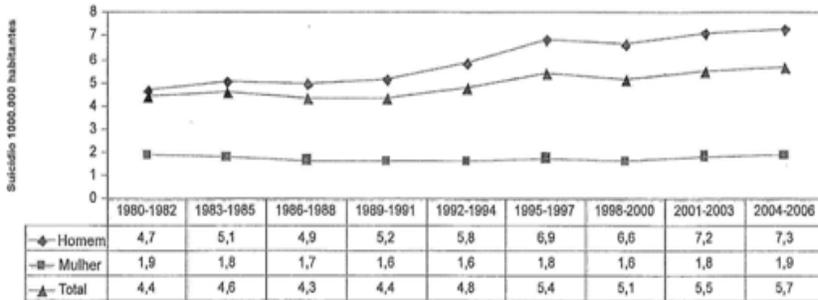
Quanto à idade, a incidência aumenta drasticamente nos últimos anos da adolescência e continua a crescer até o início dos 20 anos, alcançando um nível que se mantém ao longo da idade adulta até a sexta década, quando as taxas aumentam novamente, sobretudo nos homens. Existe um alarmante aumento de suicídios entre os jovens, que ocorreu na maioria dos países desenvolvidos nos últimos 30 anos, principalmente entre os homens. Nos Estados Unidos, a cada ano, em torno de 1.600 adolescentes morreram pelo suicídio, representando a terceira maior causa de morte na faixa etária entre 10 e 19 anos. Nesse país, o índice de suicídio na faixa etária entre 10 e 14 anos é de 1,5/100.000 e de 8,2/100.000 na faixa de 15 e 19 anos (BAHLS; BOTEGA, 2007, p. 156).

Os autores (*loc. cit*) relatam que em 1990 estas taxas expressivas de suicídio tiveram uma redução em virtude do uso de medicamentos antidepressivos ingeridos pelos adolescentes neste período. Entre os anos de 1987 e 1990 a taxa anual do uso de antidepressivos ingeridos por crianças e adolescentes com a idade entre 6 e 19 anos, nos Estados Unidos, cresceu de 0,3 para 1,0%. Para os suicídios relacionados ao gênero a predominância é para os homens, mundialmente; entre 1950 e 1995, em todas as idades, as taxas de suicídio dos homens subiram 35%, enquanto que as mulheres o percentual foi de 10%. Entre 15 e 19 anos os rapazes se suicidam cinco vezes mais que as garotas (BAHLS; BOTEGA, 2007).

É justamente em relação à idade que surgem as diferenças mais notáveis quando passamos de taxas a frequências. Embora as taxas de suicídio possam ser até oito vezes mais elevadas entre os idosos que entre os grupos etários mais jovens, em termos globais, atualmente morrem mais jovens que idosos devido ao suicídio (BERTOLOTE; FLEISHMANN, apud WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 38).

As pessoas com menos de 45 anos cometem mais suicídio (55%) que as pessoas com mais de 45 anos (45%), dados estes dispostos no Gráfico 3, que expõe os percentuais de suicídios entre homens e mulheres entre os anos de 1950 (pesquisa com 11 países) e 1998 (pesquisa com 50 países).

Gráfico 3 – Distribuição percentual de suicídios realizados por homens e mulheres



Taxas de suicídio por gênero no Brasil de 1980 a 2006⁸⁴

Fonte: Bertolote e Fleishmann (apud WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 38).

O Gráfico 3 apresenta que o maior número de suicídios é cometido por homens com a idade entre 35 e 45 anos; diferença verificada em diversos países. Nesta seção apresentou-se a epidemiologia do suicídio em uma visão global, diferenciando percentuais dos suicídios quanto ao gênero e idade. Na seguinte apresentar-se-á a epidemiologia do suicídio no Brasil.

1.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICÍDIO NO BRASIL

A pesquisa epidemiológica dos suicídios realizados no Brasil, realizada por Lovisi et al. (2009), entre os anos de 1980 e 2006, apresentou um total de 158.952 mortes por suicídio, excluindo apenas aqueles nos quais o indivíduo tinha menos que 10 anos de idade (em número de 68). Desse modo, o número total de suicídio no Brasil, neste período, cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes (29,5%).

Os percentuais de mortes por suicídio permaneceram estáveis entre 1980 e 1994, “com uma média de 4,5 mortes por 100.000 habitantes. No triênio 1995-1997, estas taxas aumentaram para um nível médio de 5,4 mortes por 100.000 habitantes, permanecendo estáveis até 2006.” (LOVISI et al., 2009, p. 88).

As taxas de mortalidade entre as mulheres foram estáveis durante o período, com uma média de 1,7 mortes por 100.000 habitantes. As taxas de mortalidade entre homens foram estáveis durante o triênio 1992-1994, com uma média de 5,1 mortes por 100.000 habitantes. No triênio 1995-1997 houve um aumento considerável no nível das taxas de suicídio entre os homens. Deste triênio até o fim do período estudado, estes níveis per-

maneceram estáveis numa média de 7 mortes por 100.000 habitantes. A proporção entre taxa de suicídio e gênero indica fortemente uma maior mortalidade entre os homens, com um aumento de 52% durante o período estudado (de 2,5 a 3,8) (LOVISI et al., 2009, p. 88).

O suicídio no Brasil tem percentuais significantes quanto ao gênero masculino, e variam de região para região. Segundo Lovisi et al., (2009, p. 88) (Gráfico 4), “enquanto o aumento da taxa de suicídio entre as mulheres foi bem menor (1,0%), os homens apresentaram um aumento de 58% durante o período de 26 anos coberto pelo estudo.”

Gráfico 4 – Percentuais de suicídios por região e gênero no Brasil, entre os anos de 1980 e 2006

Distribuição das taxas de suicídio no Brasil por regiões e por sexo de 1980 a 2006²⁴

Regiões	1980 a 1982		1983 a 1985		1986 a 1988		1989 a 1991		1992 a 1994		1995 a 1997		1998 a 2000		2001 a 2003		2004 a 2006	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Norte	2,5	1,2	2,7	0,9	3,0	1,1	3,4	1,0	3,5	1,2	4,0	1,3	4,3	1,4	4,7	1,5	4,9	1,4
Nordeste	2,0	0,8	2,0	0,7	2,0	0,6	2,4	0,8	3,0	0,8	3,7	1,0	3,7	1,0	4,9	1,4	5,8	1,5
Sudeste	5,2	2,1	5,4	2,0	5,2	1,8	5,3	1,6	6,0	1,6	6,8	1,7	6,1	1,4	6,5	1,6	6,5	1,7
Sul	9,0	3,4	10,8	3,6	10,1	3,3	10,4	3,4	11,2	2,9	13,4	3,2	13,9	3,1	13,4	2,9	13,2	3,0
Centro-Oeste	4,3	2,0	4,8	2,0	5,3	2,4	5,7	1,8	7,2	2,3	9,0	2,6	8,6	2,5	9,7	2,7	9,1	2,8

Taxas por 100.000 habitantes.

Fonte: Lovisi et al. (2009, p. 88).

Em 2003 no Brasil o número de suicídios foi de 7.861, correspondendo a 1% do total de mortes. Os percentuais mais altos de suicídios foram encontrados nos grupos etários de homens com idade entre 20 e 29 anos, totalizando 3,4%; para as mulheres entre 15 e 19 anos o percentual encontrado foi de 4% (BAHLS; BOTEGA, 2007).

Segundo os autores citados, no Brasil o coeficiente de mortes por suicídio é de 4.000 para cada 100.000 habitantes, todavia este índice aumenta com a idade, elevando para 3,7 vezes maior entre os homens comparativamente as mulheres. O suicídio no Brasil é a matéria de capa da Revista Debate: Psiquiatria Hoje (2010, p. 10) apresentando que todo dia morrem no Brasil 24 pessoas por esse ato.

Suicídio é mais que uma questão filosófica ou religiosa, este é um problema de saúde pública que, segundo a OMS (2001), é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas. A terceira causa de mortes entre jovens entre 15 e 35 anos preocupa os profissionais que trabalham no atendimento a problemas de saúde

mental, relacionados a 90% dos casos. Apesar da relevância e da incidência, levantamentos da OMS (2001) indicam que o problema é negligenciado. Ao contrário de outras causas externas de óbito, como acidentes de trânsito e homicídios, o número de casos cresceu 60% nos últimos 45 anos.

Em relação à idade dos suicidas no Brasil (Gráfico 5), há uma predominância de pessoas com mais de 70 anos, uma média de 7,8 suicídios por 100.000 habitantes; entre 50 e 59 anos e 60 e 69 anos um percentual de 6,8 e 6,7 suicídios por 100.000 habitantes.

Gráfico 5 – Percentuais de suicídios por idade no Brasil, entre os anos de 1980 e 2006

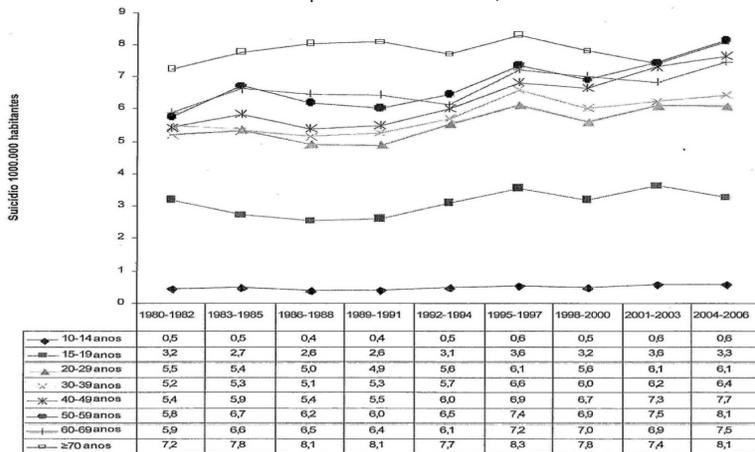


Figura 2 – Taxas de suicídio por grupos de idade no Brasil de 1980 a 2006

Fonte: Lovisi et al. (2009, p. 89).

Para as pessoas com a idade entre 40 e 49 anos os percentuais foram os mais altos, totalizando 43% durante o período de 26 anos (LOVISI et al., 2009). As taxas de suicídio cresceram mais entre os indivíduos com idades entre 20 e 59 anos (30%) do que entre aqueles com idade maior que 60 anos (19%). A taxa de suicídio mais baixa foi observada no grupo com idades entre 10 e 14 (mediana de 0,5 por 100.000 habitantes) e 15 e 19 (mediana de 3,1 por 100.000 habitantes), com um crescimento de 20% e 30%, respectivamente (LOVISI et al., 2009, p. 88).

Entre os principais riscos de suicídio encontram-se as tentativas anteriores; as doenças mentais que correspondem a 90% (DEBATES, 2010). As principais doenças mentais são: a depressão, o abuso/dependência de álcool e drogas, inclui de igual relevância a ausência de apoio social, "o histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sócio-demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional." (LOVISI et al., 2009, p. 87).

Os percentuais de mortes por suicídio relacionados às características sociodemográficas e clínicas-epidemiológicas analisados entre 1980 e 2006, segundo Lovisi et al. (2009, p. 88) apresentam números expressivos; em homens (77,3%) com a idade entre 20 e 29 o percentual foi de 34,2%; sem companheiro/companheira (44,8%); com pouca educação formal (38,2%).

De acordo com Lovisi et al. (2009, p. 88), com uma média de 9,3 mortes por 100.000 habitantes a região Sul de apresentou as maiores taxas de suicídio, seguida pela região Centro-Oeste, com uma média 6,1 mortes por 100.000 habitantes. As regiões que apresentaram as taxas de suicídio mais baixas foram a região Nordeste, com uma média de 2,7 mortes por 100.000 habitantes, e a região Norte, com uma média de 3,4 mortes por 100.000 habitantes. Entretanto, os maiores aumentos foram vistos na região Nordeste, que experimentou um incremento de 130%, e na região Centro-Oeste, um aumento de 68% entre 1980 e 2006 (LOVISI et al., 2009, p. 90).

As cidades brasileiras com os maiores números de suicídios por número de habitantes estão distribuídas na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Cidades brasileiras com maiores percentuais de suicídios

20 maiores coeficientes de suicídio em cidades com pelo menos 50 mil habitantes (média do triênio 2005 – 2007)			
Cidade	Estado	População em 2006	Coefficiente de Suicídio
Venâncio Aires	RS	67.373	26,2
Lajeado	RS	67.556	19,4
Caicó	RN	61.705	15,8
Santa Rosa	RS	69.988	15,7
Vacaria	RS	62.263	15,7
Boa Viagem	CE	52.072	15,5
Gaspar	SC	54.395	15,2
Itaúna	MG	84.602	15,2
Dourados	MS	186.357	15,1
Guaxupé	MG	52.526	15,0
São Borja	RS	67.788	14,6
Canguçu	RS	52.245	14,5
Uruguaiana	RS	136.365	14,3
Tianguá	CE	68.466	14,2
Passo Fundo	RS	188.303	13,9
Santa Cruz do Sul	RS	119.804	13,9
Tailândia	PA	53.753	13,8
Sapiranga	RS	78.994	13,8
Curvelo	MG	73.791	13,5
Russas	CE	65.268	13,5

Fonte: Brasil (apud BOTEGA, 2010, p. 10).

Note-se na Tabela 1, que as cidades do Rio Grande do Sul são predominantes, o que leva a concretizar estudos que apontam o Estado como o primeiro nas causas de óbitos por suicídio; de igual forma, a região Sul é a que mais se cometem suicídios. A seção seguinte apresentará a epidemiologia dos suicídios em Santa Catarina.

2 ESTUDO SOCIODEMOGRÁFICO DO SUICÍDIO EM SANTA CATARINA

Segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (2011), as mortes por suicídios no estado de Santa Catarina, entre os anos de 1996 e 2010, somaram 6.554 (Tabela 2). Segundo Kaplan e Sadock (2007) a taxa mais alta de suicídios em homens está relacionada com os métodos: arma de fogo, enforcamento, saltos de lugares altos, enquanto as mulheres utilizam métodos menos violentos, como superdosagem de substâncias psicoativas ou venenos.

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2008), a ameaça objetiva associada à ação ou ao método de suicídio é um dano intencional acompanhado de atos dolorosos, destrutivos ou lesivos a si sem a intenção de morrer. É importante identificar quais foram os métodos utilizados em tentativas anteriores, que serve como indicador do grau de letalidade da intenção suicida, como: aproximar uma arma da cabeça, subir em lugares altos e não pular, andar no meio da rua e desviar-se dos carros, fazer um nó em uma corda e guardá-la, dirigir em alta velocidade alcoolizado, etc.

Segundo Angerami (1997, p. 31), o suicídio é um ato que sempre é revestido de muita violência; até mesmo quando do ato não se tem qualquer sinal aparente de dor física, ainda assim, a violência é iminente, transcendendo toda e qualquer conceituação: "E, se o suicídio apresenta marcas tão profundas e verdadeiras quando de seu questionamento, indica que a própria estruturação dos valores sociais é colocada em risco diante de seu surgimento".

Segundo a APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008, p. 974) cerca de um terço dos indivíduos com ideias suicidas, efetivamente, planejam seus suicídios, e aproximadamente três quartos acabam por fazer pelo menos uma tentativa, porém isto não é regra: "outros indivíduos, no entanto, tentam o suicídio de maneira não-planejada e, assim, a presença de um plano de suicídio significa que o risco de uma tentativa posterior será maior, mas de forma alguma indica que esta vai mesmo ocorrer ou em que momento."

Tabela 2 – Número de Suicídios por causas violentas em SC entre 1996 e 2010

Suicídios	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	271	282	271	274	300	322	311	285	296	336	280	332	337	380	386	4.663
Suicídio por arma de fogo	66	85	74	73	75	78	66	61	54	52	44	62	65	55	47	957
Suicídio por intoxicação por pesticidas	4	10	21	9	8	8	14	11	13	14	8	9	17	19	9	174
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	3	7	6	9	10	16	11	13	9	10	17	16	27	20	14	188
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	8	3	1	1	4	0	1	2	6	3	7	4	3	5	6	54
Suicídio por afogamento, submersão	8	8	9	4	9	11	18	9	9	14	1	12	12	11	15	150
Suicídio por precipitação lugar elevado	6	6	4	1	5	6	4	5	12	8	2	5	6	7	9	86
Suicídio por objeto cor- tante penetrante	4	2	5	3	3	6	2	7	8	2	8	2	5	9	6	72
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	2	4	1	2	2	4	5	5	2	1	9	6	5	6	5	59
Suicídio por outros meios específicos	0	3	2	2	4	4	4	0	6	6	3	4	8	4	5	55
Suicídio por meios não específicos	9	6	9	11	6	8	1	7	7	3	7	5	4	4	9	96
Total	381	416	403	389	426	463	437	405	422	449	386	457	489	520	511	6.554

Fonte: adaptado de Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

A ausência de um plano de suicídio não elimina o risco, todavia a presença de um plano específico envolvendo um método disponível se encontra associado a um maior grau de risco. "A disponibilidade de métodos com níveis relativamente altos de letalidade pode aumentar a probabilidade de que uma tentativa de suicídio, planejada ou impulsiva, resulte na morte." (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008, p. 975).

O risco de suicídio, além de aumentar na presença de ideação, de planos ou de um método disponível, também é influenciado pelo desejo e pelas expectativas de dar fim à vida. Esse fator, geralmente, é denominado intenção suicida. Segundo Pierce (apud AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008) nos pacientes que tentam repetidas vezes o suicídio, as autolesões se tornam mais agressivas nas repetições. Um indivíduo que tentou o suicídio por envenenamento, em uma nova oportunidade tentará outro método, e, assim, sucessivamente, até dar cabo à vida.

2.1 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR GÊNERO

Quanto ao número de suicídios relacionado ao gênero, os percentuais encontram-se dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do número de Suicídios por Gênero entre 1996 e 2010

Suicídios	Masc	Fem	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	3.917	746	4.663
Suicídio por arma de fogo	831	126	957
Suicídio por intoxicação por pesticidas	129	45	174
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	101	87	188
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	38	16	54
Suicídio por afogamento, submersão	92	58	150
Suicídio por precipitação lugar elevado	52	34	86
Suicídio por objeto cortante penetrante	57	15	72
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	32	27	59
Suicídio por outros meios especificados	47	8	55
Suicídio por meios não especificados	68	28	96
Total	5.364	1.190	6.554

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

Os suicídios por gênero é semelhante aos dados encontrados no Brasil, ademais, estes dados coincidem com os mundiais. Segundo a APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008, p. 936): "as diferenças no risco de

suicídio ligado ao gênero podem ser explicadas, por fatores que contribuem para o risco em geral, mas que estão presentes em graus distintos em homens e mulheres." Os homens procuram menos ajuda que as mulheres, visto que não admitem a gravidade de seus sintomas e não aceitam tratamento, o que aumenta a incidência de suicídio entre os homens. As mulheres, no entanto, tendem a serem menos impulsivas, aceitam com mais facilidade o apoio social, o que faz com que tenham taxas mais baixas de comorbidade.

Segundo a APA, as mulheres que cometem suicídio possuem alguma doença depressiva, e/ou foram abusadas sexualmente na infância/adolescência ou, ainda, na idade adulta, engravidaram sem desejar, ou desenvolveram uma depressão pós-parto. Quanto ao gênero masculino, faz-se importante que culturalmente o homem seja saudável e capacitado em prover o sustento de sua família, "o suicídio pode ser visto como uma opção se uma doença física séria compromete sua capacidade de funcionamento." (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008, p. 939).

Segundo Cataldo et al. (2003, p. 668) no Brasil de 1980 a 1998, para cada três suicídios masculinos ocorreu um feminino. Outro fator identificado é que existem mais programas de saúde de prevenção voltados às mulheres do que aos homens. "O papel masculino, e em especial o papel de pai, tem sofrido desgastes e entrado em crise, não só como decorrência da liberação feminina, mas como resultado de um processo cultural da pós-modernidade." Para Cataldo et al. (2003, p. 688), as tentativas de suicídio atendidas nos prontos socorros hospitalares e nas salas de emergências médicas, em sua grande maioria, são de mulheres: "Elas vão aos prontos socorros, após terem tentado a auto-extinção, são atendidas e retornam as suas casas. Poucos homens fazem esse trajeto."

As tentativas de suicídio são mais frequentes entre as adolescentes solteiras e entre os solteiros com cerca de 30 anos: "Embora as mulheres tentem suicidar-se com uma frequência três vezes superior que os homens, estes consumam o suicídio numa proporção quatro vezes superior a elas." (MERCK, 2010, p. 2).

2.2 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR ESCOLARIDADE

Quanto à escolaridade dos suicidas os números encontrados entre os anos de 1996 a 2010, por ano de banco de escola estão distribuídos na Tabela 4. De acordo com estudos realizados por Kaplan, Sadock e Grebb (1997), quanto mais alta a posição social do indivíduo maior é o risco de suicídio e, conseqüentemente, uma queda desta posição implica aumentar

o risco. Entre as categorias profissionais, os dentistas, médicos, farmacêuticos, advogados, músicos, policiais e trabalhadores não especializados estão sob um risco maior de suicídio.

Tabela 4 – Distribuição do número de Suicídios por Escolaridade entre 1996 e 2010

Suicídios	Nenhuma	1-3 anos	4-7 anos	8-11 anos	12e+	Ignorado	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	178	538	880	352	127	858	2.933
Suicídio por arma de fogo	21	74	132	86	74	144	531
Suicídio por intoxicação por pesticidas	6	24	40	11	7	26	114
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	4	11	38	17	18	43	131
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	4	9	8	8	6	5	40
Suicídio por afogamento, submersão	7	20	30	9	4	30	100
Suicídio por precipitação lugar elevado	1	3	5	7	19	22	57
Suicídio por objeto cortante penetrante	5	11	13	9	3	9	50
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	3	7	9	6	2	16	43
Suicídio por outros meios especificados	0	3	8	5	2	17	35
Suicídio por meios não especificados	6	9	10	9	7	9	50
Total	235	709	1.173	519	269	1.179	4.084

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

Segundo Kaplan e Sadock (2007), dados recentes da Inglaterra e Escandinávia mostram uma taxa de suicídios entre médicos do sexo masculino duas a três vezes maiores do que na população masculina, no geral, da mesma idade. Nos Estados Unidos, a taxa de suicídio anual para as mulheres médicas, é de aproximadamente 41 para cada 100.000 mulheres e de 12 para cada 100.000 entre as mulheres brancas com mais de 25 anos de idade. Esses estudos demonstraram que o médico que comete suicídio geralmente tem um transtorno psiquiátrico; os três transtornos mais comuns

encontrados são os depressivos, dependência de substâncias químicas e dependência de álcool. Esse estudo ainda ressalta que, frequentemente, o médico que comete suicídio experimentou recentes dificuldades profissionais, pessoais ou familiares (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Outro fator que o estudo apresenta é que esses profissionais, quando cometem suicídio, frequentemente o fazem por superdosagem de substâncias e, em menor número, por armas de fogo, do que as pessoas da população em geral. Portanto, a disponibilidade de substâncias e o conhecimento acerca de sua toxicidade são fatores relevantes no suicídio de médicos.

Segundo Hesketh e Castro (1978, p. 141) em uma pesquisa realizada em Sobradinho e Planaltina (DF) os resultados relativos ao grau de escolaridade dos suicidas indicavam superioridade escolar das mulheres em relação aos homens. "No que tange à profissão, os resultados apontam significativamente maior quantidade de mulheres estudantes do que exercem funções auxiliares (doméstica, servente, auxiliar, etc.), e de homens em outras profissões (comerciário, agricultor, operário, etc.)."

Para Angerami (1997, p. 22) com sua finitude o suicida não nos diz somente que já não suportava mais; fala de nós e para nós, para a sociedade como um todo, para demonstrar que não podia continuar nos tolerando. Ao suicidar-se atua conforme uma decisão que presume lhe pertença: "Isso implica que a conduta suicida, assim como a toxicomania, a poluição ambiental, etc., respondem a uma proposta, a uma educação e que, portanto, não há menos dose de autodestruição naqueles que ensinam a se matar do que naqueles que aprendem a morrer."

2.3 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR IDADE – FAIXAS ETÁRIAS

A Tabela 5 apresenta a distribuição das idades das pessoas que cometeram suicídio em Santa Catarina entre 1996 e 2010.

Tabela 5 – Distribuição do número de Suicídios por Idade – Faixas etárias entre 1996 e 2010

Suicídios	5a9	10a14	15a19	20a24	25a29	30a34	35a39	40a44	45a49	50a54	55a59	60a64	65a69	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	1	40	213	391	446	420	472	520	459	450	361	288	211	4.272
Suicídio por arma de fogo	0	13	96	135	102	101	84	114	77	60	47	35	34	898
Suicídio por intoxicação por pesticidas	0	0	5	15	20	16	29	17	23	15	8	11	7	166
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	0	1	10	20	16	20	32	24	25	15	11	4	4	182
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	0	0	3	8	1	6	6	6	5	9	5	2	0	51
Suicídio por afogamento, submersão	0	1	5	17	20	11	20	16	15	8	13	8	5	139
Suicídio por precipitação lugar elevado	0	2	11	11	14	6	7	8	3	10	4	3	3	82
Suicídio por objeto cortante penetrante	0	0	0	6	5	13	6	10	6	8	3	5	2	64
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	0	0	6	6	4	9	7	7	8	4	4	1	1	57
Suicídio por outros meios especificados	0	2	3	7	6	5	2	6	11	4	3	3	1	53
Suicídio por meios não especificados	0	0	4	11	15	5	14	9	9	7	5	4	4	87
Total	1	59	356	627	649	612	679	737	641	590	464	364	272	6.051

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

A Tabela 5 apresenta aumento de suicídios em pessoas com idade superior a 55 anos. Segundo Cataldo et al. (2003, p. 668): “os brasileiros idosos com mais de 60 anos, apresentam as maiores taxas, numa média de 13 suicídios para cada 100 mil homens dessa faixa etária.” Todavia, vem ocorrendo um aumento significativo de suicídios em adolescentes no Brasil; para Cataldo et al. (2003, p. 668), “A população mais vulnerável, em nosso país, é a dos homens adultos com mais de 20 anos de idade.” Entre 1980 e 1998 a taxa de suicídios para os homens era maior entre 20 e 59 anos, onde se identificou 9 suicídios para cada 100 mil homens da mesma faixa etária.

Conforme os autores (CATALDO et al., 2003, p. 668) “foi essa grande massa masculina que puxou a tendência de aumento dos suicídios, na última década do século 20.” Além disso, 70% das pessoas que se suicidam têm mais de 40 anos e a frequência aumenta nos maiores de 60 anos, especialmente nos homens: “Em contraste, as tentativas de suicídio são mais frequentes antes de chegar à meia-idade. As taxas de suicídio são maiores nas áreas urbanas do que nas rurais.” (MERCK, 2010, p. 2).

2.4 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR RAÇA/COR

Quanto à raça/cor dos suicídios cometidos entre 1996-2010, os números estão distribuídos na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição do número de Suicídios por Raça/cor entre 1996 e 2010

Suicídios	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	3.553	70	4	167	1	868	4.663
Suicídio por arma de fogo	689	13	0	34	1	220	957
Suicídio por intoxicação por pesticidas	134	1	0	10	0	29	174
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	145	3	0	11	0	29	188
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	40	2	0	0	0	12	54
Suicídio por afogamento, submersão	109	5	0	3	0	33	150
Suicídio por precipitação lugar elevado	71	2	0	0	0	13	86
Suicídio por objeto cortante penetrante	53	0	0	4	0	15	72
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	39	2	0	4	0	14	59
Suicídio por outros meios especificados	49	1	0	0	0	5	55

Suicídio por meios não especificados	66	1	2	1	1	25	96
Total	4.948	100	6	234	3	1.263	6.554

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

Segundo Cataldo et al. (2003) no Brasil onde existe uma maior miscigenação de raças, é maior a tendência de suicídios nas pessoas brancas. Características étnicas e culturais podem influenciar nas taxas de tentativas de suicídios, explicáveis por razões não somente psiquiátricas, mas também etnológicas. Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997) a predominância dos suicídios ocorre em homens brancos e, pequenas taxas entre negros, enquanto no mundo ocorre um aumento significativo de suicídios de imigrantes estrangeiros.

2.5 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR ASSISTÊNCIA MÉDICA

A Tabela 7 expõe a distribuição do número de suicídios onde os suicidas receberam assistência médica na hora do ato;

Tabela 7 – Distribuição do número de Suicídios por Assistência Médica entre 1996 e 2010

Suicídios	Sim	Não	Ignorado	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	203	2.324	2.136	4.663
Suicídio por arma de fogo	142	430	385	957
Suicídio por intoxicação por pesticidas	95	22	57	174
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	74	48	66	188
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	28	9	17	54
Suicídio por afogamento, submersão	5	86	59	150
Suicídio por precipitação lugar elevado	16	37	33	86
Suicídio por objeto cortante penetrante	11	36	25	72
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	34	5	20	59
Suicídio por outros meios especificados	3	21	31	55
Suicídio por meios não especificados	19	39	38	96
Total	630	3.057	2.867	6.554

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

Segundo Brodbeck (2001), estudos apresentam que a pessoa que se suicidou procurou um médico seis meses antes de concretizar a ação, e que 60% desses pacientes passaram por uma consulta um mês antes. Cerca de 75% das pessoas que se suicidaram procuraram algum serviço de atenção à saúde.

Onde os serviços de saúde mental não estão bem organizados, a proporção de pessoas em crises suicidas que consultam um clínico geral tende a ser maior. A avaliação dos pacientes com comportamentos suicidas será requerida não somente nos Estratégias de Saúde da Família, mas também nos hospitais, prontos-socorros e outros serviços (SERANO, 2008, p. 124).

Isso demonstra claramente que existe um possível campo de atuação para profissionais da área da Psicologia, posto que o paciente enuncie sinais que indicam suas intenções (OLIVEIRA; KIENEN, 2008).

Para Brodbeck (2001) o que diferencia o tempo que o indivíduo levará para cometer uma nova tentativa de suicídio, dependerá da qualidade do atendimento profissional preventivo prestado ao paciente. As queixas, frequentemente, realizadas, são de sintomas somáticos e de depressão, e o conhecimento destes sugere a possibilidade de avaliar o grau de risco, para uma abordagem eficaz com cuidados especiais que minimizem o evento.

Segundo Serano (2008, p. 137), um paciente em risco anuncia o ato; o que indica a hospitalização imediata caso o paciente apresentar um quadro com: "constância de pensamentos suicidas permanentes ou recorrentes; alto nível de intenção de morrer nas próximas horas ou nos próximos dias; presença de agitação ou pânico; existência de um plano destrutivo imediato" (especialmente se este plano for realista e envolver métodos violentos).

2.6 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA

A Tabela 8 expõe que 703 pessoas cometeram suicídio em hospitais; 4.279 em suas casas; 296 em via pública; 4 pessoas em outros estabelecimentos de saúde; 296 em via pública; 1.087 em outros locais e 159 em local ignorado.

Tabela 8 – Distribuição do número de Suicídios por Local Ocorrência entre 1996 e 2010

Suicídios	Outro estabelecimento de saúde			Domicílio	Via pública	Outros	Ignorado	Total
	Hospital	estabelecimento de saúde	Outro					
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	117	0	0	3.511	159	738	118	4.643
Suicídio por arma de fogo	207	0	0	496	69	162	18	952
Suicídio por intoxicação por pesticidas	127	2	2	29	8	5	3	174
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	105	2	2	61	4	13	3	188
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	33	0	0	10	3	7	1	54
Suicídio por afogamento submersão	2	0	0	14	12	114	8	150
Suicídio por precipitação lugar elevado	21	0	0	24	22	17	2	86
Suicídio por objeto cortante penetrante	15	0	0	45	2	8	2	72
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	45	0	0	12	0	1	1	59
Suicídio por outros meios especificados	6	0	0	30	12	6	1	55

Suicídio por meios não especificados	25	0	47	5
Total	703	4	4.279	296

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

Para Minghetti (2010), a figura da habitação semioticamente simboliza o útero materno, um local onde a pessoa se sente em segurança, abrigada do mundo exterior, conquanto a cama, da mesma forma, significa portal de entrada e de saída deste mundo. Talvez isso explique as razões pelas quais existe uma preponderância dos suicídios em residências.

2.7 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR ESTADO CIVIL

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos suicídios por Estado Civil, cometidos em Santa Catarina entre 1996 e 2010. Cumpre dizer que indivíduos que possuem um relacionamento estável apresentam menor probabilidade de cometer suicídio.

Tabela 9 – Distribuição do número de Suicídios por Estado Civil entre 1996 e 2010

Suicídios	N Inf	Solt	Casado	Viú- vo	Sepa jud	Igno	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	212	1.444	2.169	305	290	243	4.663
Suicídio por arma de fogo	62	364	382	24	75	50	957
Suicídio por intoxicação por pesticidas	7	49	84	11	11	12	174
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	8	84	61	13	19	3	188
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	0	19	26	0	5	4	54
Suicídio por afogamento, submersão	10	59	62	9	5	5	150
Suicídio por precipitação lugar elevado	3	48	22	4	5	4	86
Suicídio por objeto cortante penetrante	1	24	31	3	5	8	72
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	2	27	16	3	7	4	59
Suicídio por outros meios especificados	1	26	19	1	7	1	55
Suicídio por meios não especificados	6	32	42	7	4	5	96
Total	312	2.176	2.914	380	433	339	6.554

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 753), o casamento reforçado pelos filhos é um fator que diminui os suicídios: "O suicídio é mais comum em pessoas que apresentam história de suicídio na família e que são socialmente isoladas." Segundo a APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008), indivíduos separados, viúvos ou solteiros têm maior probabilidade de risco de suicídio. Smith et al. (apud AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008, p. 329-360, jul./dez. 2011)

16 2 TION, 2008, p. 939), em um estudo realizado nos EUA identificaram que “a taxa mais alta de suicídios foi encontrada entre divorciados ou viúvos, os quais têm risco relativo cerca de 3 vezes maior do que em indivíduos casados.” Segundo essa pesquisa as mulheres divorciadas tinham uma taxa de suicídio ajustada por idade e mais alta do que as viúvas.

De acordo com Alvarez (1999, p. 108) como no divórcio, o suicídio é uma confissão de fracasso. O suicídio, como o divórcio, “é envolvido em desculpas e racionalização interminavelmente tecidas em seu entorno para encobrir o simples fato de que toda a energia, paixão, apetite e ambição daquela pessoa foram abortadas.” Para o autor as pessoas que sobrevivem a uma tentativa de suicídio, como os que se casam novamente, sobrevivem para uma vida diferente, com diferentes padrões, motivos e satisfações.

2.8 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SUICÍDIOS POR MÊS DO ÓBITO

Várias pesquisas foram realizadas com a temática do suicídio, utilizando fatores sociais como coadjuvantes dos suicídios; todas procuravam uma explicação do suicídio no clima, na raça, ou na desordem mental. A Tabela 10 apresenta distribuição mensal dos números de suicídios cometidos em Santa Catarina entre 1996 e 2010.

Bahls e Botega (2007, p. 157) relatam que podem ocorrer variações sazonais nos níveis de suicídio, já que os maiores casos acontecem na primavera e no verão: “Em alguns países, as taxas na primavera podem chegar a índices 70% maiores do que no inverno.” Mas para Kaplan e Sadock (2007) não existe nenhuma correlação sazonal significativa entre o suicídio e o período do ano em que ele ocorre. Entretanto os números de suicídios aumentam na primavera e no outono, ao contrário da crença popular, que atribui o período das festas de final de ano como período de suicídios.

Para Alvarez (1999, p. 92) existe uma falácia popular de que o suicídio estaria relacionado ao clima ruim. Um romance Francês do início do séc. XVII começa com a seguinte frase: “No sombrio mês de novembro, quando os ingleses costumam se enforcar e se afogar [...]”.

A idéia de que o suicídio está de alguma forma associado ao inverno é, pode-se supor, um remanescente de nossos medos supersticiosos do ato como um feito relacionado à escuridão, e um remanescente também de uma vaga ilusão infantil de onipotência segundo a qual o tempo da alma se refletiria nos céus. Na verdade, no sombrio mês de novembro a taxa de suicídio está se aproximando do seu período de baixa anual. (ALVAREZ, 1999, p. 92).

Segundo Alvarez (1999, p. 92) o ciclo autodestrutivo do suicídio segue exatamente o da natureza: “começa a cair no outono, atinge sua baixa

no meio do inverno e começa a se erguer lentamente com o reviver da seiva; seu clímax se dá no início do verão, nos meses de maio e junho, começa lentamente a cair outra vez."

Tabela 10 – Distribuição percentual do número de Suicídios por Mês do Óbito entre 1996 e 2010

Suicídios	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Suicídio por enforcamento, estrang. e sufocação	430	369	433	349	376	344	343	391	357	414	419	436	4.661
Suicídio por arma de fogo	98	83	94	70	82	75	66	84	69	79	78	79	957
Suicídio por intoxicação por pesticidas	19	14	23	15	12	9	9	13	12	16	13	19	174
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	15	17	18	10	13	11	13	17	17	16	15	26	188
Suicídio por intoxicação por outro prod. quim. NE	4	5	6	6	6	6	4	4	3	5	3	2	54
Suicídio por afogamento, submersão	15	13	18	9	12	9	8	13	7	14	10	21	149
Suicídio por precipitação lugar elevado	3	8	5	10	2	7	7	9	12	8	5	10	86
Suicídio por objeto cortante penetrante	3	9	12	2	1	6	7	5	10	6	5	6	72
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	3	5	12	3	7	3	4	2	8	4	4	4	59
Suicídio por outros meios especificados	4	1	4	7	5	4	1	7	2	5	9	6	55
Suicídio por meios não especificados	13	10	9	7	9	5	7	12	8	6	6	4	96

Total	607	534	634	488	525	479	469	557	505	573	567	613
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2011).

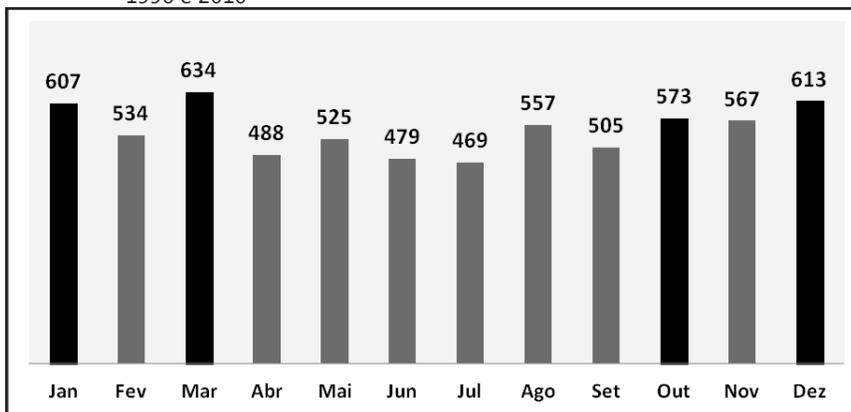
De acordo com Stengel (apud ALVAREZ, 1999, p. 93) o suicídio em relação com o clima pode estar ligado às “mudanças biológicas rítmicas, que desempenham um papel importante na vida animal, embora sejam muito menos evidentes no homem.” No entanto, Alvarez (1999) opõe-se a Stengel, para ele o impulso de por fim à própria vida aumenta na primavera não por causa de misteriosas mudanças biológicas, mas por falta delas, pois em vez de mudanças há estase.

Alvarez (1999, p. 63) expõe que a depressão suicida é uma espécie de inverno espiritual, gelado, estéril e imóvel. “Quanto mais rica, amena e agradável a natureza se torna, mais intenso parece esse inverno interior, e mais profundo e intolerável o abismo que separa o mundo interno do externo.” Neste prisma, o suicídio se torna uma reação natural a uma condição antinatural.

Talvez por isso o Natal seja uma época tão difícil para os deprimidos. Em teoria, o Natal é um oásis de luz e de calor numa estação implacável, como uma janela iluminada no meio de uma tempestade. Para os que têm de ficar do lado de fora, ele acentua, como a primavera, a separação entre o calor e as festividades públicas e um desespero frio e íntimo.

Outra forma de observar o número de suicídio por mês está apresentado no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição percentual do número de Suicídios por Mês do Óbito entre 1996 e 2010



Fonte: Dados primários (2011).

Shikida, Gazzi e Junior (2006) em seu estudo realizado para verificar as diferenças nos interceptos das regiões do Brasil o fenômeno geográfico das taxas de suicídio se apresenta também em nível mundial: “normalmente está relacionado a fatores hormonais ligados a uma doença conhecida como *Seasonal Affective Disorder* (SAD- depressão do inverno) gerada por mudanças bruscas de humor em períodos sazonais, como no inverno.”

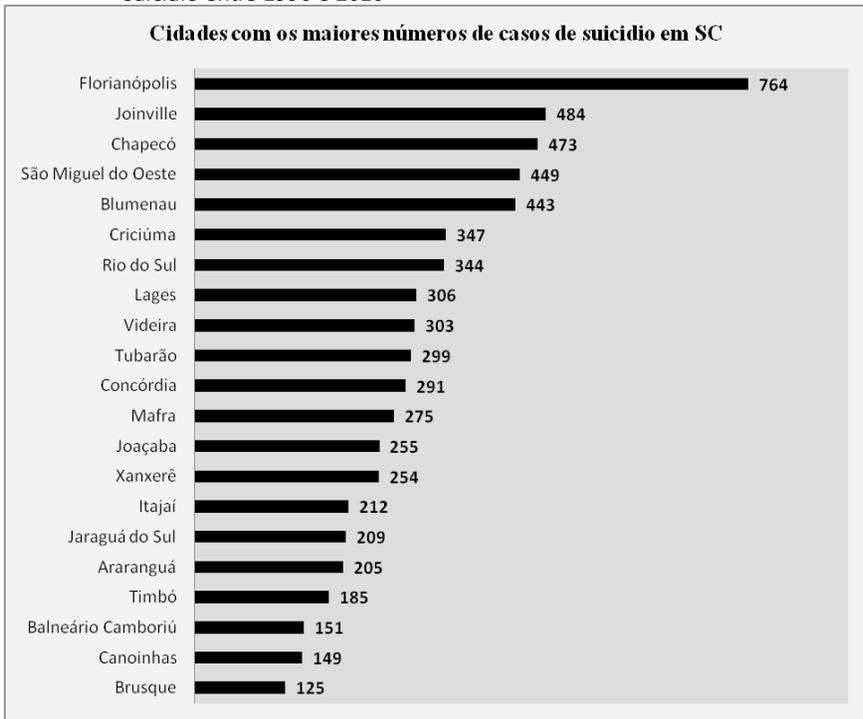
Segundo Shikida et al. (2006, p. 13), a depressão de inverno, mais conhecida como SAD, acontece em jovens e adultos de ambos os sexos e em grupos etários diversos. “Existem vários estudos, realizados por especialistas da área de saúde, que fazem testes com substâncias diversas em pacientes que apresentam os sintomas da depressão, sempre utilizando um grupo de controle.” Lewy et al. (apud SHIKIDA et al., 2006, p. 13) relatam que: “testaram dez pacientes, onde cinco recebiam cápsulas com o hormônio da melatonina e os outros cinco, que representavam o grupo de controle, recebiam cápsulas idênticas com placebo.” Identificou-se que a melatonina diminui significativamente as taxas da depressão.

Segundo Shikida et al. (2006, p. 13), a melatonina é um hormônio produzido pelo corpo humano quando estimulado pelos raios solares: “Regiões do globo, então, que possuem pouca incidência de luz solar, principalmente no inverno, estão mais propensas a ter ocorrências de casos de SAD entre seus habitantes, gerando um aumento na probabilidade de casos de suicídio.” Estas regiões seriam então as de maior latitude, as existentes nas zonas temperadas: “Casos de SAD no Brasil não são tão freqüentes, porém, no país, nota-se também um efeito da latitude/clima sobre a taxa de suicídio.”

Shikida et al., (2006, p. 13) relatam que as taxas de suicídio no Brasil são diferenciadas, e podem estar relacionadas à distribuição geográfica: “Na região sul, por exemplo, dois de seus três estados apresentam taxas muito elevadas em relação à média nacional.” Estes índices podem estar relacionados à região Sul por ser a mais fria do país.

No Gráfico 7 encontra-se distribuído os percentuais de suicídios acima de 100 casos registrados no SIM (SANTA CATARINA, 2011), das cidades de Santa Catarina entre os anos de 1996 e 2010.

Gráfico 7 – Distribuição em ordem decrescente das cidades com os maiores casos de suicídio entre 1996 e 2010



Fonte: Santa Catarina (2011).

É importante que se identifiquem aspectos ligados ao risco de suicídio, como os apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Aspectos avaliados no comportamento suicida

<p>1°- Ideias suicidas: é o grau inicial sem apresentar outros propósitos de autoagressividade. Podem ser combatidas pela própria pessoa que as reconhece como absurdas. Inicialmente, são ideias esparsas que invadem o pensamento do indivíduo, podendo tornar-se mais frequentes e adquirir proporções significativas de modo que o paciente não consegue parar de tê-las em mente.</p>
<p>2°- Desejo de suicídio: acompanham as ideias de suicídio o desejo de praticá-lo, sem, contudo, pô-lo em planejamento ou ação. O sentimento de desesperança e a falta de perspectiva no futuro podem ocorrer favorecendo o desejo de suicídio como solução ou fim de algo insolúvel.</p>
<p>3°- Intenção de suicídio: a ameaça de pôr fim à sua própria vida é claramente expressa, embora ainda não se realize alguma ação concreta. Em geral antecede o plano suicida, mas pode ocorrer concomitantemente.</p>
<p>4°- Plano de suicídio: decidido a pôr fim à sua própria vida, o paciente fica tomado pela ideia de morrer. Passa a tramar a sua própria morte, planejando detalhes, como o método, o local e o horário, às vezes deixando um bilhete de despedida.</p>
<p>5°- Tentativas de suicídio: as tentativas de suicídio são autoagressivas e não fatais. Não há necessariamente intenção de morrer, mas outras intenções movem o paciente ao ato, como o desejo de vingar-se de alguém, provocar culpa nas outras pessoas; querer chamar atenção dos familiares, etc...</p>
<p>6°- Atos impulsivos do suicida: são atos autoagressivos sem planejamento suicida. São relativamente comuns na epilepsia, nos deficientes mentais e nas personalidades borderlines, devido à baixa tolerância a frustrações. Na tentativa de suicídio, bem como no ato impulsivo, a ameaça à vida apresenta graus variáveis, englobando desde os gestos ou simulações, em que há o desejo consciente de morrer até as tentativas frustradas.</p>
<p>7°- Suicídio: o desfecho é a morte. É o êxito do suicida, com frequência, é caracterizado pelo planejamento cuidadoso e utilização de métodos altamente letais.</p>

Fonte: Adaptado de Brodbeck (2001, p. 264).

O Quadro 1 apresenta aspectos ligados ao suicídio, identificar estes aspectos pode corroborar na prevenção dos possíveis suicidas. É importante conhecer, identificar, descrever e definir detalhadamente cada item do Quadro 1, para saber exatamente em qual momento o paciente se encontra. Brodbeck (2001, p. 265) pontua que é importante saber identificar os aspectos citados, visto que, “[...] essa identificação nos indicará o grau de atenção e cuidados que o paciente deverá receber no decorrer da abordagem.” Para Meleiro (2009, p. 1), o suicídio é uma morte em que o sujeito é, “o agente passivo e ativo; a vítima – o desejo de morrer e o desejo de ser morto – o assassino e o desejo de matar.”

3 CONCLUSÃO

"Prevenir é melhor que remediar"; desse modo, é importante que se identifique comportamentos, ideias, intenção, desejo de suicídio ainda na atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde. A prevenção do suicídio deve ser sustentada por uma abordagem multidisciplinar, uma vez que 75% das vítimas de suicídio procuraram serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% no mês que cometeram o suicídio.

O psicólogo pode identificar os fatores de risco em entrevistas com o paciente e/ou familiares, realizar anamnese para identificar histórico familiar de casos de suicídio, identificar doenças mentais e realizar atendimento de longo prazo, acompanhando o possível suicida; um bom vínculo psicoterápico pode reverter a ideação suicida.

Para prever o suicídio, Nardi (2006) expõe oito tópicos a fim de identificar possíveis sinais de alerta para um possível suicídio, conforme disposto no Quadro 2:

Quadro 2 – Sinais de alerta para tentativa de suicídio

1º Sinal	Frases soltas: "Vou me Matar", "Não há mais solução", "Assim é melhor morrer";
2º Sinal	Preocupação com a morte, desesperança, abandono e baixa autoestima;
3º Sinal	Tentativas prévias de suicídio;
4º Sinal	Depressão, com sintomas de: alteração do apetite, falta de prazer, desinteresse, insônia, piora dos sintomas pela manhã, dificuldades de concentração, entre outros;
5º Sinal	Problemas no trabalho, na escola e no relacionamento familiar; abuso de álcool ou drogas;
6º Sinal	Isolamento; mudanças de comportamento e/ou comportamento estranho;
7º Sinal	Doação de objetos estimados ou valiosos; colocar "a vida em dia": arrumar documentos, herança e seguro;
8º Sinal	O surgimento súbito de uma aparência de calma e certa felicidade com algumas das características anteriores citadas, após um período de intenso sofrimento.

Fonte: Nardi (2006, p. 117).

É importante a escolha de uma abordagem adequada, pois, ao contrário, poderá aumentar potencialmente o risco do comportamento suicida em indivíduos vulneráveis, particularmente em jovens, posto que, comprovadamente, praticamente metade dos psiquiatras e, aproximadamente, 20% dos psicólogos, perderam algum paciente em tratamento para o suicídio.

É aconselhável que se realize o atendimento das pessoas em risco de suicídio por uma equipe multidisciplinar de saúde, para que seja evitado o aumento de suicídios no estado. E depois de identificados, os pretensos suicidas frequentem os serviços de saúde disponibilizados na cidade, que sejam atendidos com os demais pacientes, e não somente nos programas direcionados aos suicidas em potencial, de modo a não se criar estigmas que lhes discriminem na comunidade.

***I study epidemiological of death by suicide in Sauta Catarina
between the years of 1996 to 2010***

Abstract

According to the World Organization of the Health (WHO), Brazil occupies to 10^ª position, in deaths by suicide. And it presumes that for 2020, over 1.5 millions of people died for suicide, what does of this phenomenon a question of public health. The suicide is responsible for 0.4 to 0.9% of the total of deaths in the world and, is to third bigger cause of death between the adolescents. It estimates itself that over 815,000 people in everybody has made suicide between 2000 and 2004, what equals to a death to each 40 seconds. Second the WHO, the cost with suicide can be calculated in we will have of DALYs (disability- adjusted- life- years, or years of life adjusted the limitations). Second this indicative, in 1998 the suicide was responsible for 1.8% of the total cost of illnesses in everyone, with a difference of 2.3% for the countries of high yield and, 1.7% for the countries with decrease yield. This cost equals to the expense with wars and homicides, if approaches of the double of the cost with diabetes and equals to the costs of traumas and neonatal asphyxias. Beyond these given, the suicide presents others alarming aspects: each suicidal leaves at least six near people with social, emotional, and economic difficulties. Many people try the suicide or itself auto-agridem with such gravity to point of will need medical cares. As a consequence of these factors, the attempts of suicide cause dollars billions expense for the public funds, be he fatal or not. In the it seeks by a bigger visibility to the worrying question of the death by suicide, this article proposes be answered a socially prominent question to around the partner-demographic characteristics of cases of suicide carried out in Santa Catarina between the years of 1996 to 2010.

Keywords: Epidemiology. Suicide. Psychology. Public Health.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. **O Deus Selvagem**: um estudo do suicídio. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos**: compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Suicídio**: Fragmentos de Psicoterapia Existencial. São Paulo: Pioneira, 1997.
- BAHLS, Saint-Clair; BOTEGA, Neury José. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental No Brasil**. São Paulo: Artmed, 2007, p.151-172.
- BOTEGA, Neury. Prevenção do suicídio. **Debates: Psiquiatria hoje**, Ano 2, n. 1, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/debates/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf> . Acesso em: 15 jul. 2011.
- BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Unicamp, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2011.
- BRODBECK, Ingrid Mary; Suicídio: uma abordagem para prevenção. **Episteme**, Tubarão, v. 8, n. 22/23, p. 251-272, nov./jun. 2000/2001.
- CATALDO NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel José Chittó; FURTADO, Nina Rosa. **Psiquiatria para estudantes de medicina**, Porto Alegre: Edipucrs, 2003.
- DEBATES: Psiquiatria hoje, Ano 2, n. 1, jan./fev. de 2010. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/debates/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2011.
- HESKETH, José Luiz; CASTRO, Archimedes Guimarães de. Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. **Rev. Saúde Pública**. 1978. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101978000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 jul. 2011.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Bejjami, J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462009000600007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2011.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **Suicídio**. Laboratório de Neurociências: IPq Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo - SP. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/pt/552/suicidio/>>. Acesso em: 21 jun. 2011.

MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental No Brasil**. São Paulo: Artmed, 2007.

MERCK, Manual. **Comportamento suicida**. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=111>>. Acesso em: 21 jun. 2011.

MINGHETTI, Antonio A. **"Zumblick para sempre"**. Edição de Volnei Martins Bez e Valmiré Rocha dos Santos. Florianópolis. Secco, 2010.

NARDI, Antonio Egídio. **Questões atuais sobre depressão**. São Paulo: Ed. Lemos, 2006.

OLIVEIRA, Marcia Sandrini Cascaes Pereira; KIENEN, Nádia. **O manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o suicídio em casos que envolvem risco de suicídio**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)–Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008.

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

SERRANO, Alan Índio. **Chaves do Óbito Autoptovocado: sua Prevenção, Assistência e Gestão em Saúde Pública**. Florianópolis: Insular, 2008.

SHIKIDA, Claudio; VILHENA, Rafael de Almeida; GAZZI JUNIOR, Ari Francisco de Araujo. **Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil**, 2006. Disponível em: <www.ceae.ibmecmg.br/wp/wp39.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2011.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TAXAS de suicídio no Brasil e no Mundo em 2009. Disponível em: <<http://portaldocoracao.uol.com.br/materias.php?c=saude-mental&e=3501>>. Acesso em: 31 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra, 2000a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra, 2000b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000c. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra, 2000d. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

SANTA CATARINA (Estado) Sistema de Informação de Mortalidade. **Perfil epidemiológico dos Suicídios de Santa Catarina**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim_causas_externas.def>. Acesso em: 19 mar. 2011.

Recebido em 27 de julho de 2011
Aceito em 15 de agosto de /2012

