

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Tayana Camila Maheirie

**Perfil epidemiológico dos casos de suicídio no estado de Santa Catarina entre 2019 e
2021**

Trabalho de Conclusão de Curso

Florianópolis
2022

Tayana Camila Maheirie

Perfil epidemiológico dos casos de suicídio no estado de Santa Catarina entre 2019 e 2021

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento

Florianópolis
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maheirie, Tayana Camila

Perfil epidemiológico dos casos de suicídio no estado de Santa Catarina entre 2019 e 2021 / Tayana Camila Maheirie ; orientador, Hélder Boska de Moraes Sarmiento, 2022.
52 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Suicídio. 3. Perfil epidemiológico. 4. Santa Catarina . 5. Pandemia. I. Boska de Moraes Sarmiento, Hélder . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Tayana Camila Maheirie

Perfil epidemiológico dos casos de suicídio no estado de Santa Catarina entre 2019 e 2021

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Serviço Social” e aprovado em sua forma final pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 8 de março de 2022.



Documento assinado digitalmente
ANDREA MARCIA SANTIAGO LOHMEYER FUCHS
Data: 10/03/2022 00:32:41-0300
CPF: 659.378.059-68
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.ª Dr.ª Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs
Coordenadora do Curso

Banca examinadora:



Documento assinado digitalmente
HELDER BOSKA DE MORAES SARMENTO
Data: 10/03/2022 18:52:25-0300
CPF: 697.046.789-91
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento
Orientador
Instituição UFSC



Documento assinado digitalmente
Maria Teresa dos Santos
Data: 12/03/2022 21:00:02-0300
CPF: 044.459.218-07
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.ª Dr.ª Maria Teresa dos Santos
Instituição UFSC

Ana Elizabeth Cruz da Rocha
Instituição Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - UFSC

A meu amado tio Nei.

Agradecimentos

Agradeço imensamente ao meu professor orientador, Hélder Boska de Moraes Sarmiento, que aceitou trabalhar com um tema controverso e que ainda é tabu para a maioria das pessoas. Obrigada pelos ensinamentos no decorrer dessa etapa.

Agradeço a todos os membros da banca examinadora.

Agradeço ao meu tio Nei, por ter sido a melhor figura masculina da minha vida. Gostaria que alguém tivesse prevenido o seu suicídio, aos 24 anos de idade.

“(sem título)”

Eu quero a vida.

Com todo o riscos

eu quero a vida.

Com os dentes em mau estado

eu quero a vida

insone, no terceiro comprimido para dormir

no terceiro maço de cigarro

depois do quarto suicídio

depois de todas as perdas

durante a calvície incipiente

dentro da grande gaiola do país

de pequena gaiola do meu corpo

eu quero a vida

eu quero porque quero a vida.

É uma escolha. Sozinho ou acompanhado, eu quero, meu

deus, como eu quero, com uma tal ferocidade, com uma tal

certeza. É agora. É pra já. Não importa depois.

É como a quero.

Viajar, subir, ver. Depois, talvez Tramandaí. Escrever. Traduzir. Em solidão. Mas é o que quero.

Meu deus, a vida, a vida, a vida.

A VIDA

À VIDA.” (Caio Fernando Abreu)

Resumo

Este estudo baseia-se em uma comparação sobre a situação dos casos de suicídio no estado de Santa Catarina antes e durante a pandemia de Covid-19, além dos possíveis desdobramentos. O estudo retrospectivo, transversal e descritivo consiste na elaboração do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio em Santa Catarina entre 2019 e 2021, a partir de dados da DIVE/SC. Há uma revisão de literatura da teoria durkheimiana e da conjuntura do estado antes da pandemia. Aborda-se o papel do assistente social nas ações de prevenção ao suicídio no Brasil e no mundo, baseado em estudos recentes e documentos oficiais. A partir dos dados estatísticos, conclui-se que o número de suicídios no estado caiu com a pandemia e que o grupo de pessoas mais afetadas foi: homens, brancos, solteiros, entre 20 e 49 anos, por enforcamento, com escolaridade entre 8 a 11 anos, sem assistência médica e em seu domicílio. Os meses de prevalência e macrorregião apresentaram discrepâncias entre os anos. A taxa geral de mortalidade de SC foi de 10,98 por 100 mil habitantes em 2019 (antes da pandemia) para 9,78 por 100 mil habitantes em 2021 (durante a pandemia).

Palavras-chave: Suicídio. Santa Catarina. Perfil epidemiológico. Pandemia.

Abstract

This study is based on a comparison of the situation of suicide cases in the state of Santa Catarina before and during the Covid-19 pandemic, in addition to possible consequences. The retrospective, cross-sectional and descriptive study consists of the elaboration of the epidemiological profile of deaths by suicide in Santa Catarina between 2019 and 2021, based on data from DIVE/SC. There is a literature review of the Durkheimian theory and the state's conjuncture before the pandemic. The role of the social worker in suicide prevention actions in Brazil and in the world is discussed, based on recent studies and official documents. From the statistical data, it is concluded that the number of suicides in the state dropped with the pandemic and that the group of people most affected was: men, white, single, between 20 and 49 years old, by hanging, with schooling between 8 and 11 years, without medical assistance and at home. The months of prevalence and macro-region showed discrepancies between the years. The overall mortality rate for SC was from 10.98 per 100,000 inhabitants in 2019 (before the pandemic) to 9.78 per 100,000 inhabitants in 2021 (during the pandemic).

Keywords: Suicide. Santa Catarina. Epidemiological profile. Pandemic.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Gráfico de percentual de método dos casos de suicídio de SC em 2019	26
Figura 2 – Gráfico de percentual de raça dos casos de suicídio de SC em 2019 . .	27
Figura 3 – Gráfico de percentual de sexo dos casos de suicídio de SC em 2019 . .	27
Figura 4 – Gráfico de percentual de escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2019	28
Figura 5 – Gráfico de percentual de assistência médica nos casos de suicídio de SC em 2019	28
Figura 6 – Gráfico de percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2019	29
Figura 7 – Gráfico de percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2019	29
Figura 8 – Gráfico de percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2019	30
Figura 9 – Gráfico de percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2019	30
Figura 10 – Gráfico de percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2019	31
Figura 11 – Gráfico de método dos casos de suicídio de SC em 2020	32
Figura 12 – Gráfico de percentual de raça dos casos de suicídio de SC em 2020 . .	33
Figura 13 – Gráfico de percentual de sexo dos casos de suicídio de SC em 2020 . .	33
Figura 14 – Gráfico de percentual de escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2020	34
Figura 15 – Gráfico de percentual de assistência médica nos casos de suicídio de SC em 2020	34
Figura 16 – Gráfico de percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2020	35
Figura 17 – Gráfico de percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2020	35
Figura 18 – Gráfico de percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2020	36
Figura 19 – Gráfico de percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2020	36
Figura 20 – Gráfico de percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2020	37
Figura 21 – Gráfico de percentual de método dos casos de suicídio de SC em 2021	38
Figura 22 – Gráfico de percentual de raça dos casos de suicídio de SC em 2021 . .	39
Figura 23 – Gráfico de percentual de sexo nos casos de suicídio de SC em 2021 . .	39
Figura 24 – Gráfico de percentual de escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2021	40
Figura 25 – Gráfico de percentual de assistência médica nos casos de suicídio de SC em 2021	40

Figura 26 – Gráfico de percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2021	41
Figura 27 – Gráfico de percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2021	41
Figura 28 – Gráfico de percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2021	42
Figura 29 – Gráfico de percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2021	42
Figura 30 – Gráfico de percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2021	43
Figura 31 – Gráfico de número total de óbitos por suicídio em SC	44

Lista de tabelas

Tabela 1 – Taxa geral de mortalidade dos casos de suicídio em SC entre 2019 e 2021 25

Tabela 2 – Resumo do perfil epidemiológico dos casos de suicídio de Santa Catarina 49

Lista de abreviaturas e siglas

DIVE/SC	Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina
IDH	Índice Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAHO	Pan American Health Organization (Organização Pan-Americana da Saúde)
PIB	Produto Interno Bruto
SC	Santa Catarina
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

Sumário

1	Introdução	14
1.1	Metodologia	15
2	Aproximação à temática do suicídio	18
2.1	O suicídio na teoria de Durkheim	18
2.2	Quadro catarinense e brasileiro: uma visão pré-pandêmica	19
2.3	Suicídio na pandemia: um panorama mundial	22
3	Epidemiologia dos casos catarinenses de óbitos por suicídio entre 2019 e 2021	25
3.1	Ano de 2019	25
3.2	Ano de 2020	31
3.3	Ano de 2021	37
4	Discussões	44
5	Conclusão	48
	Referências	51

1 Introdução

O interesse pelo tema do estudo manifestou-se com a compreensão de que o suicídio é um fenômeno social, que pode ser evitado ou reduzido, desde que a sociedade aja em conjunto para preveni-lo, o que ainda parece ser um grande desafio, isto é, prevenção e proteção no campo das políticas públicas.

Desde a formação profissional como técnica em enfermagem, em 2006, quando realizei o trabalho de conclusão “Depressão na enfermagem” (MAHEIRIE *et al.*, 2005) voltado para a saúde mental dos profissionais da área, comecei a dar vazão à necessidade pessoal de discutir o tema do suicídio. A mudança de perspectiva sobre o fenômeno passando do campo da saúde (enfermagem) para o Serviço Social é fascinante: o suicídio deixa de ser do indivíduo para ter a amplitude do ser social e de suas relações.

A partir do estudo de autores conceituados das áreas de Ciências Sociais e de Ciências da Saúde, como Émile Durkheim (2000), e da leitura de livros, artigos científicos, monografias, dissertações, TCCs e cartilhas sobre o tema, ocorreu a consolidação do desejo de elaborar um perfil epidemiológico sobre suicídio, a partir dos dados numéricos dos casos que ocorreram em Santa Catarina, entre 1 de janeiro de 2019 e 6 de dezembro de 2021. Perfis epidemiológicos são ferramentas eficazes para o desenvolvimento de estratégias na formulação de políticas públicas e, portanto de prevenção do suicídio. O perfil epidemiológico delimita, por meio de dados estatísticos, a parcela da população mais suscetível a cometer auticídio, a partir de uma gama de variáveis.

A epidemiologia social tem como foco principal o estudo do modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais, possibilitando a incorporação de suas experiências societárias, para a melhor compreensão de como, onde e porque se dão as desigualdades na saúde. (RAMOS *et al.*, 2016, p. 221)

Com as mudanças sociais que irromperam devido à pandemia de Covid-19 e o consequente isolamento social, o intervalo de tempo escolhido para o estudo é oportuno do ponto de vista científico. É uma maneira de investigar se pandemias podem ser consideradas como causas sociais do suicídio. Além disso, analisar informações detalhadas sobre suicídio faz parte de um dos principais pilares do guia “Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries”, da WHO, publicado em 2021.

A pandemia de Covid-19 modificou a dinâmica da vida das pessoas. A OMS apontou que em 93% dos países os atendimentos psiquiátricos foram afetados por causa da presença do vírus. (PAHO, 2020) Além disso, “[. . .] o suicídio varia na razão inversa do grau de integração dos grupos sociais de que o indivíduo faz parte.” (DURKHEIM, 2000, p. 258) Ora, a pandemia afastou fisicamente até mesmo os entes queridos e amigos mais próximos, bastando que não compartilhassem a mesma residência para que precisassem manter o contato somente por meios virtuais, se possível. Isso significa que, em parte, a população precisou abrir mão de um dos fatores protetores ao suicídio, que são “laços sociais bem

estabelecidos com família e amigos”. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 21)

Portanto, é válido averiguar se as taxas suicidógenas do estado de Santa Catarina tiveram alterações consideráveis causadas pela pandemia de Covid-19. Estudos semelhantes foram realizados em países como a Itália, Holanda, Japão, Irlanda e Inglaterra. Somente o Japão teve grandes alterações durante o período estudado.

Tendo isso em vista, sabendo-se que o suicídio é um fenômeno complexo, que deve ser tratado de forma inter e intrasetorial, como indicado pela Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (BRASIL, 2017), o presente TCC tem como objetivo geral analisar o perfil epidemiológico dos casos de suicídio, registrados na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC), no período de 1 de janeiro de 2019 a 6 de dezembro de 2021, sob a perspectiva do Serviço Social, com o intuito de averiguar o impacto da pandemia de Covid-19 nas taxas de suicídio. Apresenta-se três objetivos específicos:

- Elaborar um capítulo de revisão de literatura para aproximação ao tema do suicídio, abordando sucintamente três esferas: o conceito clássico de suicídio de Durkheim, o quadro catarinense e brasileiro de casos de suicídio e o panorama mundial de suicídio na pandemia de Covid-19;
- Apresentar o perfil epidemiológico de suicídios em Santa Catarina, com gráficos e tabelas, no período de 1 de janeiro de 2019 a 6 de dezembro de 2021, a partir da apropriação dos dados registrados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC);
- Identificar se houve alterações relevantes nas taxas de suicídio em SC devido à pandemia, a partir do perfil epidemiológico mais recente publicado pela DIVE/SC referente aos anos entre 2012 e 2017. (DIVE/SC, 2019)

1.1 Metodologia

A pesquisa é um estudo retrospectivo, transversal e descritivo baseado nos dados de suicídio registrados pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC), no período de 1 de janeiro de 2019 a 6 de dezembro de 2021, com o propósito de analisar a possível influência da pandemia de Covid-19 nas taxas de suicídio no estado de Santa Catarina.

A partir da escolha e definição do tema, foram feitas diversas leituras e pesquisas sobre suicídio. O livro “O suicídio: estudo de sociologia” (2000), de Émile Durkheim, foi norteador em toda a redação. Boa parte do fichamento bibliográfico provém do Repositório UFSC, alguns foram publicações do Scielo e as cartilhas e documentos oficiais sobre o tema estavam disponíveis em sites governamentais, da ONU, da OMS e associações profissionais. Os estudos internacionais citados foram localizados com base em notícias de

divulgação científica com foco em pandemia, suicídio e saúde mental. Seria extremamente desafiador desenvolver um TCC em momento pandêmico, com a Universidade fechada para consultas na biblioteca e em acervos físicos, se o Repositório UFSC não fosse atualizado com tanta frequência.

Como é de conhecimento, cabe à Vigilância Sanitária:

[...] descrever as doenças e agravos; identificar fatores de risco em grupos de indivíduos que apresentam maior probabilidade de serem acometidos por determinados eventos; prever tendências; avaliar o quanto os serviços de saúde respondem aos problemas e necessidades das populações; verificar o impacto de estratégias de intervenção, assim como as características de acesso e disponibilidade dos serviços de saúde. (DIVE, 2022)

Portanto, o mesmo se passa com as informações sobre o suicídio, tornando-se assim, a principal referência de dados sobre que optamos por acessar para este estudo.

Para ter acesso aos dados oficiais de casos de suicídio de Santa Catarina, entrei em contato com um leque de órgãos estaduais responsáveis por registros de óbitos em 2021, como o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e o Instituto Médico Legal (IML). Fui encaminhada para a Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC) que estava com as informações desatualizadas na primeira comunicação. Devido à pandemia, havia funcionários do setor afastados ou trabalhando em *home office*, o que atrasou a atualização. A persistência foi fundamental. Os dados utilizados no estudo são referentes à categoria “Mortalidade: Óbitos por causas externas”, estão disponíveis à toda população no sistema Tabet da DIVE(SC) (2022) e são de domínio público.

A DIVE/SC atualizou os dados sobre suicídio três vezes durante a elaboração deste TCC. A primeira vez foi em 26 de agosto, a segunda em 11 de outubro e a terceira em 6 de dezembro de 2021. Da primeira para a segunda atualização, foi necessário baixar todos os dados de 2020 e 2021 novamente. Da segunda para a terceira atualização, os gráficos já estavam prontos e foi necessário refazer quatro etapas: baixar os dados de 2020 e 2021, refazer os cálculos de taxas, refazer os gráficos de 2020 e 2021 e suas análises. Portanto, mesmo tendo acesso aos dados da DIVE/SC, foi preciso organizar estas informações para este TCC. Cabe destacar ainda que neste período de 2019 a 2021, estão indicados 2276 casos de óbito por suicídio que fizeram parte deste estudo.

A classificação das variáveis foi a seguinte, de acordo com a DIVE(SC) (2022):

- Método: suicídio por enforcamento, estrangulamento e sufocação, suicídio por arma de fogo, suicídio por intoxicação por pesticidas, suicídio por intoxicação por medicamentos/drogas, suicídio por outro produto químico não especificado, suicídio por afogamento/submersão, suicídio por precipitação de lugar elevado, suicídio por objeto cortante/penetrante, suicídio por fumaça, fogo e chamas, suicídio por outros meios especificados ou suicídio por meios não especificados.
- Raça: branca, amarela, parda, preta ou indígena.

- Sexo: feminino ou masculino.
- Escolaridade: nenhuma, 1-3 anos, 4-7 anos, 8-11 anos, 12 e + anos ou ignorado.
- Assistência médica: sim, não ou ignorado.
- Macrorregião: Grande Oeste, Nordeste e Planalto Norte, Meio Oeste e Serra, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí ou Sul.
- Estado civil: não informado, solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente ou ignorado.
- Faixa etária: 10-19 anos, 20-49 anos, 50-64 anos, >65 anos ou ignorado.
- Local de ocorrência: hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública ou outros.
- Mês do óbito: janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto, setembro, outubro, novembro, dezembro.

As taxas percentuais foram calculadas de forma simples, já as taxas gerais de mortalidade foram calculadas da seguinte forma: a taxa geral de mortalidade é o quociente entre o número total de óbitos pela população total no período, multiplicado por 100.000 habitantes.

As ferramentas digitais utilizadas para a análise dos dados foram o Microsoft Excel (agrupamento de informações disponibilizadas pela DIVE/SC) e o Google Planilhas (geração das figuras). Todas as tabelas e figuras presentes no decorrer do estudo, assim como as taxas atuais e percentuais de SC entre 2019 e 2021, foram fruto de elaboração própria, a partir dos dados da DIVE/SC e do IBGE.

O presente estudo é estruturado em três capítulos. No primeiro, há a revisão de literatura sobre o suicídio, principalmente em relação à teoria durkheimiana, à situação dos casos de Santa Catarina antes da pandemia e aos estudos recentes sobre suicídio e pandemia no mundo. O segundo capítulo consiste na construção do perfil epidemiológico dos casos de suicídio, com gráficos e tabelas. A construção se dará a partir da apropriação dos dados registrados pela DIVE/SC, disponibilizados em seu sistema Tabnet. (DIVE(SC), 2022) No terceiro capítulo, há a discussão dos resultados, tendo em vista as taxas suicidógenas recentes sobre o estado e sobre o Brasil.

2 Aproximação à temática do suicídio

Nos estudos realizados, a fim de aprofundar o conhecimento sobre suicídio, serão abordadas questões como o suicídio na teoria de Durkheim, suicídio em Santa Catarina e Brasil e taxas suicidógenas durante a pandemia de Covid-19 em diferentes países.

2.1 O suicídio na teoria de Durkheim

Émile Durkheim foi pioneiro no estudo do suicídio sob o aspecto social. O sociólogo abordou a questão em seu livro “O suicídio: estudo de sociologia”, publicado em 1897. Sua monografia sociológica permanece relevante, sendo considerada um clássico das Ciências Sociais. O livro conta com diversos dados sobre suicídio, com taxas, tabelas, mapas e estudos de casos reais, a maioria sobre a Europa, com algumas passagens sobre a Ásia (como nas especificações sobre a Índia e o Japão).

O suicídio é a morte autoprovocada de forma consciente. É um conceito muito amplo e complexo.

Dizemos pois definitivamente: Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido mas interrompido antes que dele resulte a morte. (DURKHEIM, 2000, p. 14)

Para Durkheim (2000), pode ser dividido em quatro categorias: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. Todos ocorrem por causas sociais e apresentam diferentes características.

O suicídio egoísta ocorre pela exacerbação da individualidade, já o altruísta pelo excesso de senso de coletividade.

Enquanto o egoísta é triste porque não vê nada real no mundo a não ser o indivíduo, a tristeza do altruísta imoderado provém, ao contrário, do fato de o indivíduo lhe parecer destituído de toda realidade. Um se desliga da vida porque, não percebendo nenhum objetivo ao qual possa se agarrar, sente-se inútil e sem razão de ser; o outro, porque tem um objetivo, mas situado fora desta vida, que lhe parece então como um obstáculo. (DURKHEIM, 2000, p. 281)

O anômico ocorre em momentos de anomia social (como em crises financeiras).

Se, portanto, as crises industriais ou financeiras aumentam os suicídios, não é por empobrecerem, uma vez que as crises de prosperidade têm o mesmo resultado; é por serem crises, ou seja, perturbações de ordem coletiva. Toda ruptura de equilíbrio, mesmo que resulte em maior abundância e aumento da vitalidade geral, impele à morte voluntária. (DURKHEIM, 2000, p. 311)

O suicídio fatalista foi brevemente citado por Émile, porém sem aprofundamento. Esse tipo “[. . .] resulta de um excesso de regulamentação, aquele cometido pelos indivíduos cujo futuro está implacavelmente barrado, cujas paixões são violentamente reprimidas por uma disciplina obsessiva.” (DURKHEIM, 2000, p. 353)

A divisão do suicídio em quatro tipos realizada por Durkheim proporcionou a ampliação do entendimento sobre o assunto, além de diminuir, de certa forma, o estigma social

que este carrega. Seu estudo foi essencial para que a carga social em cada caso de óbito por suicídio fosse reconhecida, pois, para Durkheim (2000) o suicídio tem como ponto de partida a sociedade. O que fez com que o campo de atuação passasse a ser não só dos profissionais da saúde, mas sim do corpo social.

Os profissionais das Ciências Sociais tiveram seu espaço reconhecido na prevenção e nas pesquisas sobre a temática, haja visto que Durkheim era um sociólogo que escolheu algo majoritariamente estudado pela psicologia e psiquiatria, abrindo assim uma nova esfera de conhecimento. Ele proporcionou a valorização da perspectiva social no domínio das pesquisas sobre autocídio.

Durkheim (2000, p. 128) diz que “[. . .] a taxa de suicídios, esta deve aumentar ou diminuir conforme a vida coletiva seja mais ativa ou menos ativa.” Considerando a pandemia de Covid-19 como um fator que afetou a vida coletiva, do ponto de vista da circulação dos indivíduos, mesmo assim, para muitos intensificou o volume de atividades de trabalho e domésticas, permitindo reflexão sobre sua posição. Sob esse ponto de vista de Durkheim, indagamos, se tomarmos como referência o “isolamento”, as taxas de suicídio devem diminuir.

Porém, devido à complexidade da situação, precisa-se analisar os dados atuais de suicídio para refletir acerca da teoria de Durkheim.

Ao inverso do que afirmamos no parágrafo anterior sobre o isolamento, a pandemia é um momento de anomia social, já que o caos se instalou, tanto no âmbito da saúde, quanto no econômico, logo seria propícia para o aumento de suicídios do tipo anômico.

Mesmo considerando esta polarização, muitas das afirmações de Durkheim em relação às taxas suicidógenas aparentam permanecerem verdadeiras: como o fato dos homens serem majoritariamente afetados, o fator protetor da religião, do casamento e da prole, por exemplo. O que demonstra, a importância de suas reflexões e, ao mesmo tempo, a necessidade de atualização das informações sobre a realidade para compreender este fenômeno social que é o suicídio.

Haja visto que: “Cada sociedade tem, portanto, em cada momento de sua história, uma disposição definida para o suicídio.” (DURKHEIM, 2000, p. 19), o que nos leva para o presente estudo sobre a realidade dos suicídios em Santa Catarina, que será abordado no próximo tópico.

2.2 Quadro catarinense e brasileiro: uma visão pré-pandêmica

O estado de Santa Catarina fica localizado na região Sul do Brasil e é dividido nas seguintes macrorregiões, pela DIVE/SC: Grande Oeste, Meio Oeste e Serra, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Nordeste e Planalto Norte, Grande Florianópolis e Sul. Com um território de 95,4 mil km² e clima subtropical úmido, o estado faz fronteira com o Paraná, com o Rio Grande do Sul, com a Argentina e com o Oceano Atlântico. (GOVERNO DE

SANTA CATARINA, 2019)

Existem múltiplos estudos prévios sobre o suicídio em Santa Catarina, que são de grande valia para interpretar o panorama atual, faremos o apontamento de alguns destes: como, Feltrin (2018), Sehnem e Palosqui (2014), Schmitt, Lang, Quevedo e Colombo (2008).

Feltrin analisou os determinantes socioeconômicos do suicídio no estado. “Os resultados mostram que os suicídios são inversamente relacionados a casamentos, nascimentos e crescimento do PIB. No entanto, existe uma relação positiva dos suicídios com divórcios.” (FELTRIN, 2018, p. 7) Ou seja, o *status* socioeconômico afeta as taxas de suicídio. Segundo os estudos de Feltrin (2018), os pais, as mães, as pessoas casadas e com boa condição financeira apresentam menor chance de cometer suicídio.

Sehnem e Palosqui fizeram um estudo sobre a epidemiologia dos suicídios em SC e concluíram que:

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. (SEHNEM; PALOSQUI, 2014, p. 13)

Durkheim já alertava que:

[...] nos meios instruídos, a propensão ao suicídio se agrava, esse agravamento se deve, como dissemos, ao enfraquecimento das crenças tradicionais e ao estado de individualismo que resulta disso, pois ela desaparece quando a instrução tem outra causa e responde a outras necessidades. (DURKHEIM, 2000, p. 200)

Porém, Yanes (2021), em sua dissertação, sobre a epidemiologia dos casos de suicídio por enforcamento em SC durante 2014 até 2018, apresentou dados que apontavam que indivíduos com baixo índice de escolaridade apresentaram maiores chances de cometer suicídio. Além de que as regiões com maior risco são a Oeste e a Serra. Talvez a seleção por método tenha causado essa discrepância.

Segundo dados da DIVE/SIM (2019) e DATASUS/SIM (2019), citados por Yanes (2021):

Em Santa Catarina (SC) a taxa de foi de 10,9/100 mil, contudo, é importante destacar que este valor esconde as diferenças regionais pois, por exemplo, o coeficiente de mortalidade na região do Alto Uruguai Catarinense foi de 20,9/100 mil, e o menor índice esteve em 7,3/100 mil na região de Foz do Rio Itajaí. (YANES, 2021, p. 9)

Schmitt, Lang, Quevedo e Colombo (2008) constataram que a região do extremo oeste apresenta uma taxa de suicídio acima da média (tanto da nacional, quanto da estadual) e ainda apontaram a possível causa: as semelhanças étnico-culturais entre a região e o estado do Rio Grande do Sul. A causa cultural está em concordância com os estudos de Durkheim (2000), pois, para ele, a cultura está intimamente ligada às taxas de suicídio, pois são as características inerentes a cada sociedade que criam o ambiente para o suicídio.

Nota-se que, apesar da diferença entre os períodos entre a dissertação de Yanes (2021) e do estudo de Schmitt, Lang, Quevedo e Colombo (2008), a região Oeste permanece como destaque, com altas taxas de suicídio.

Kliemann (2007) fez um estudo epidemiológico sobre o suicídio na região da Grande Florianópolis, com dados entre 1991 a 2005. Ele também ressaltou a importância da pluralidade cultural nos índices de suicídio: “A partir desses dados, a caracterização das mortes por suicídios na região da Grande Florianópolis marcada por fortes contrastes socioeconômicos e regionais [...]” (KLIEMANN, 2007, p. 2) Ou seja, as múltiplas diferenças culturais resultaram em taxas de suicídio diferentes.

Ribas (2018) analisou o suicídio na cidade de Florianópolis a partir das Ciências Sociais e obteve o seguinte perfil epidemiológico: homem, branco, solteiro, na faixa etária entre 45 e 59 anos. E, a exemplo dos demais autores, ela afirma que as medidas de prevenção e o apoio constante à saúde mental da população são o denominador comum para diminuir as taxas de suicídio.

O informativo epidemiológico “Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no estado de Santa Catarina e a rede de atenção à saúde (2012-2017)” consiste na última análise sobre suicídio publicada pela DIVE/SC, foram 3759 casos de suicídio que ocorreram durante o período e cada caso foi analisado de acordo com o sexo (DIVE/SC, 2019), este estudo indicou que a taxa média de mortalidade por suicídio em Santa Catarina foi de 9,2 por 100 mil habitantes entre 2012 e 2017.

A região de saúde com a maior taxa foi Alto Vale Uruguai Catarinense (20,4 por 100 mil habitantes) e a menor foi Grande Florianópolis (7,6 por 100 mil habitantes). O método mais utilizado foi o enforcamento, a maioria foram homens, brancos, solteiros e com escolaridade entre 8 a 11 anos. (DIVE/SC, 2019)

O boletim epidemiológico brasileiro mais recente sobre suicídio foi publicado em setembro de 2021. “Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019.” (BRASIL, 2021, p. 2)

O Sul do Brasil foi um destaque negativo, com a maior taxa entre todas as regiões do país (10,41 por 100 mil habitantes, em 2019), enquanto a taxa geral foi de 6,65 por 100 mil habitantes (em 2019). (BRASIL, 2021) Em relação ao sexo, homens possuem “um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres.” (BRASIL, 2021, p. 3) Santa Catarina possui a segunda maior taxa de suicídio por estado (11,0 por 100 mil habitantes), perdendo somente para o Rio Grande do Sul. (BRASIL, 2021)

Ainda segundo o estudo, o país apresentou uma prevalência de casos de lesões autoprovocadas nas seguintes condições: faixa etária entre 20 a 39 anos, raça branca, ensino médio completo ou incompleto, método mais utilizado foi envenenamento, tendo o domicílio como local de ocorrência. (BRASIL, 2021)

No que se refere ao foco de nosso estudo “prevenção do suicídio”, encontramos a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. É um documento oficial do governo brasileiro desenvolvido pelo Ministério da Saúde para direcionar as ações de prevenção do suicídio no país. A

Agenda foi organizada em três eixos: Vigilância e Qualificação da Informação, Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde e Gestão e Cuidado e tem como um de seus objetivos específicos mobilizar o setor de Assistência Social para prevenir o suicídio. (BRASIL, 2017)

No sub-eixo Pesquisas e disseminação de informações, que pertence ao primeiro eixo, há a apresentação de ações estratégicas voltadas para a divulgação de dados epidemiológicos estaduais:

D.4. Lançar Boletim Epidemiológico sobre suicídio apresentando as principais características individuais e determinantes sociais, por região e unidades da federação; através de análises relacionar a morte e as tentativas de suicídio com variáveis socioeconômicas, raça/etnia, identidade gênero e orientação sexual, bem como outras relacionadas à ambiente, ocupação, trabalho e desemprego; (BRASIL, 2017, p. 16)

Os dados da DIVE/SC não fornecem com totalidade as variáveis idealizadas pela Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. Não há informações sobre a orientação sexual, identidade de gênero, ocupação, renda, etc.

Dificultar o acesso a meios letais é uma das medidas apresentadas no eixo de Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde. Além de promover a cultura de paz e garantir direitos à população em situação de vulnerabilidade. (BRASIL, 2017)

O sub-eixo de Comunicação atenta-se para:

F.3. Promover comunicação de massa e material informativo para ampliar a compreensão sobre o fenômeno do suicídio e disseminar orientações para sua prevenção, incluindo materiais focados na diversidade sexual, identidade e igualdade racial e de gênero, evidenciando a interface entre discriminação e o fenômeno do suicídio; (BRASIL, 2017, p. 20)

A necessidade de capacitação permanente para o profissional de assistência social e de outras profissões relacionadas, como área da saúde, é uma das ações estratégicas do eixo de Gestão e Cuidado. (BRASIL, 2017)

De fato, em 2019, a UFSC, a UNA-SUS e o Ministério da Saúde ofereceram um curso gratuito de prevenção ao suicídio, o que se configura como um exemplo de ação de implementação da Agenda. O objetivo do curso era capacitar o profissional para “identificar os fatores de risco e desenvolver estratégias de manejo sobre o comportamento suicida. Também, espera-se ampliar o seu repertório de recursos na prevenção do ato suicida e posvenção.” (PORTO; DELZIVIOTO; QUEIROZ, 2019, p. 7) Iniciativa importante mas, que ainda necessita de avaliação sobre seus desdobramentos e impactos na saúde da população.

2.3 Suicídio na pandemia: um panorama mundial

Com os desdobramentos da pandemia de Covid-19, o cenário mundial levantou a possibilidade de que o isolamento social, o medo por conta do vírus, o luto e a crise econômica acarretariam aumento das taxas de suicídio e doenças mentais.

A ONU publicou em 2021 um guia de implementação atualizado sobre prevenção ao suicídio nos países: “Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries”. O documento é baseado em seis pilares principais: análise da situação, colaboração multissetorial, sensibilização e advocacia, capacitação, financiamento, vigilância, monitoramento e avaliação. O primeiro pilar envolve: “coletar dados (assim como taxas de suicídio e automutilação, métodos utilizados, fatores de risco ou de proteção, legislação, serviços e recursos).” (WHO, 2021, p. 12, tradução nossa) No tópico sobre vigilância, ressalta-se a necessidade das taxas e estudos estatísticos para a elaboração de guias de prevenção eficazes. (WHO, 2021)

Entre as intervenções propostas no guia estão: limitar o acesso aos métodos de suicídio, como diminuir a quantidade de medicamento por cartela, optar por prescrever medicamentos menos nocivos, instalar barreiras e redes de proteção em locais de risco de suicídio por precipitação de lugar elevado ou por lesão em estações de transporte (trens, ônibus, metrô, etc.), além de restringir o acesso a armas de fogo e do banimento de pesticidas letais. (WHO, 2021) Também há a necessidade de “interagir com a mídia para que o suicídio seja reportado de forma consciente, fomentar as habilidades sócio-emocionais de adolescentes e identificar rapidamente e apoiar pessoas potencialmente afetadas”. (WHO, 2021, p. 16, tradução nossa)

O guia foi desenvolvido com alinhamento nas medidas de prevenção comprovadamente eficazes e ainda referencia os locais em que as ações foram empregadas com sucesso. Foi amplamente veiculado nos portais da OMS/ONU e serve de modelo para implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio.

Prati e Mancini (2021), pesquisadores italianos, analisaram o efeito do *lockdown* na saúde mental das pessoas durante a pandemia e concluíram que o impacto seria pequeno, mas que havia grandes variações de acordo com os grupos sociais aos quais cada pessoa pertence. Conseguiram constatar que há grandes níveis de resiliência psicológica entre o grupo pesquisado.

Na Holanda, o estudo sobre a repercussão da pandemia foi realizado com dois grupos: um com transtornos mentais pré-existentes e outro, sem. Entre abril e maio de 2020, 2748 pessoas participaram da pesquisa, respondendo a questionários a cada duas semanas. Por fim, não encontraram evidências de que a pandemia estaria causando mudanças significativas na saúde mental da população em geral. (PAN *et al.*, 2021) Na Inglaterra e na Irlanda, os resultados foram semelhantes: sem grandes alterações na saúde mental da população. (ROBINSON; SUTIN; DALY; JONES, 2022)

Porém, o Japão apresentou resultados que apontaram altas taxas de suicídio, possivelmente causadas pela pandemia de Covid-19. Os dados contavam com mais de 90 mil mortes por suicídio. A conclusão foi que, especialmente, homens mais jovens que 30 anos e mulheres mais jovens que 30 ou entre 30 e 49 anos foram afetados. (SAKAMOTO; ISHIKANE; GHAZNAVI; UEDA, 2021)

Segundo as leituras realizadas, o que pode indicar estas diferenças tão grandes é a disparidade cultural entre os países europeus anteriormente citados e o Japão. Durkheim (2000) citou o histórico de países asiáticos, incluindo o Japão, em seu livro “O suicídio: estudo de sociologia”. O autor traçou fatores da construção social (incentivo à renúncia e abnegação, por exemplo) que favoreciam o aumento de casos de suicídio altruístas na Ásia como um todo. Um dos casos citados foi o das viúvas indianas praticantes da religião hindu que cometiam suicídio, devido à morte de seus cônjuges (que se enquadra na categoria de suicídio altruísta obrigatório, pois era visto pela sociedade como um dever). (DURKHEIM, 2000)

Especificamente sobre o Japão, Durkheim disse:

Sabe-se da facilidade com que os japoneses abrem seu ventre pela razão mais insignificante. [...] Quando alguém está habituado desde a infância a não fazer caso da vida e a desprezar os que lhe têm apego excessivo, é inevitável que se desfaça dela pelo mais leve pretexto. (DURKHEIM, 2000, p. 276 e 277)

Seguindo nossos estudos, e considerando a relevância dos estudos epistemológicos para compreensão deste fenômeno social, no próximo capítulo, iremos apresentar o perfil epidemiológico de suicídio de Santa Catarina durante a pandemia de Covid-19, a partir dos dados da DIVE/SC.

3 Epidemiologia dos casos catarinenses de óbitos por suicídio entre 2019 e 2021

O perfil epidemiológico do estado de Santa Catarina durante os anos de 2019, 2020 e 2021 (até o último registro disponibilizado pela DIVE/SC, em dezembro) tem como base as seguintes variáveis: método, raça, sexo, escolaridade, assistência médica, macrorregião, estado civil, faixa etária, local de ocorrência e mês do óbito.

A Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 estimula a elaboração de estudos sobre dados epidemiológicos estaduais de suicídio, que enfatizem os variáveis socioeconômicas. (BRASIL, 2017) Diante disso, os gráficos, as tabelas e as discussões possuem o enfoque socioeconômico, em concordância com as diretrizes da Agenda do Ministério da Saúde e, também, com o guia de implementação sobre prevenção ao suicídio nos países desenvolvido pela ONU: “Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries”, que incentiva publicações e pesquisas estatísticas sobre suicídio, para fomentar ações preventivas.

Tabela 1 – Taxa geral de mortalidade dos casos de suicídio em SC entre 2019 e 2021

Ano	Número de casos	População estimada	Taxa geral de mortalidade por 100 mil hab
2019	787	7.164.788	10,98
2020	771	7.252.502	10,63
2021 (até 6 de dezembro)	718	7.338.473	9,78

Fonte: DIVE(SC), 2022; IBGE, 2022. Elaboração: autoria própria.

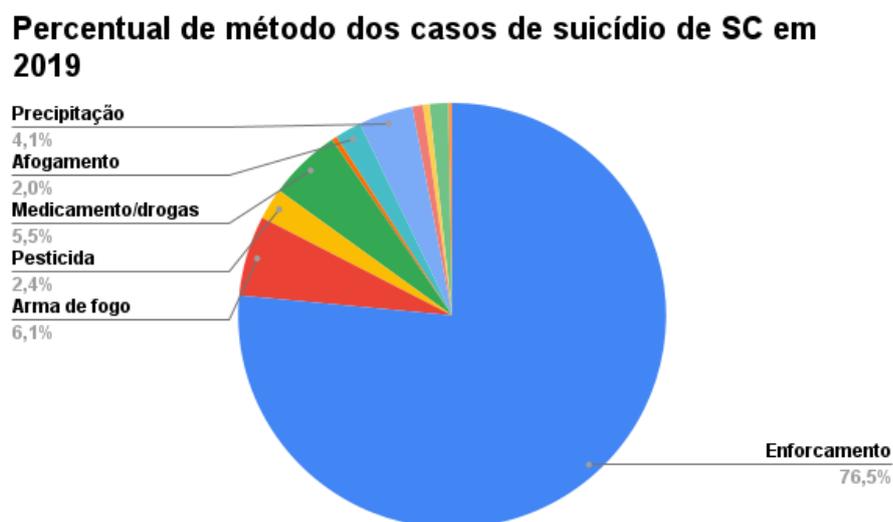
De acordo com a Tabela 1, a taxa geral de mortalidade por 100 mil habitantes apresentou uma queda a cada ano do estudo. O ano com a maior taxa foi 2019, com 10,98 por 100 mil habitantes, e a menor foi 9,78, no ano de 2021. Porém, cabe destacar que é uma variação muito pequena, não chega a 1,0 por 100 mil.

A seguir, os resultados de cada ano serão apresentados separadamente, para uma apresentação melhor organizada.

3.1 Ano de 2019

O ano de 2019 antecedeu o período crítico da pandemia de Covid-19, que atingiu o estado de Santa Catarina em março de 2020. A seguir, iremos estudar os 787 casos de suicídio ocorridos durante 2019, a partir dos registros da DIVE/SC.

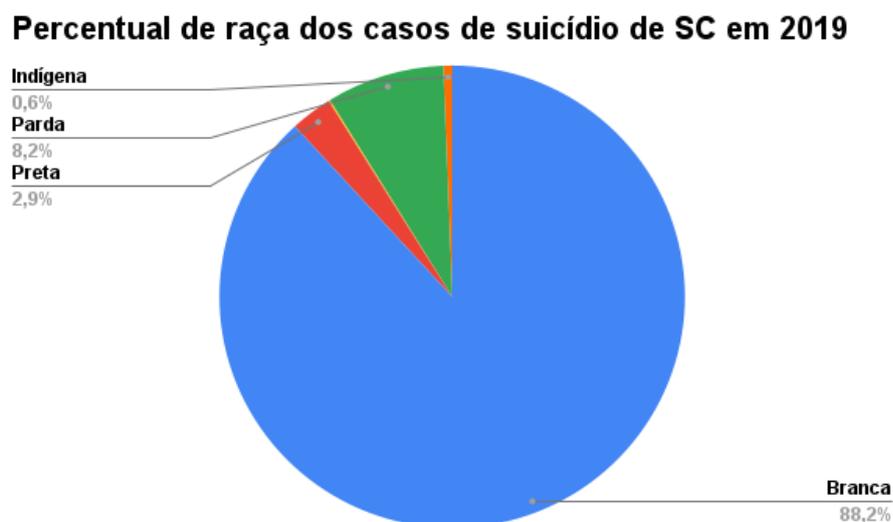
Figura 1 – Gráfico de percentual de método dos casos de suicídio de SC em 2019



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Na Figura 1, é possível observar que, na maioria dos casos, o método escolhido foi enforcamento, com 76,5% (602 casos), seguido por arma de fogo, com 6,1% (48 casos), e por intoxicação por medicamento/droga, com 5,5% (43 casos). O quarto método mais escolhido foi precipitação de lugar elevado, com 4,1% (32 casos), o quinto foi intoxicação por pesticidas, com 2,4% (19 casos). Outros métodos apresentaram as seguintes porcentagens: suicídio por afogamento/submersão (2,0%), suicídio por objeto cortante/penetrante (0,8%), suicídio por fumaça, fogo e chamas (0,5%), suicídio por outros meios especificados (1,4%). O método com a segunda menor porcentagem foi suicídio por intoxicação por outro produto químico não especificado, com 3 casos, ou seja, 0,4%, e menor foi 0,3% de suicídio por meios não especificados.

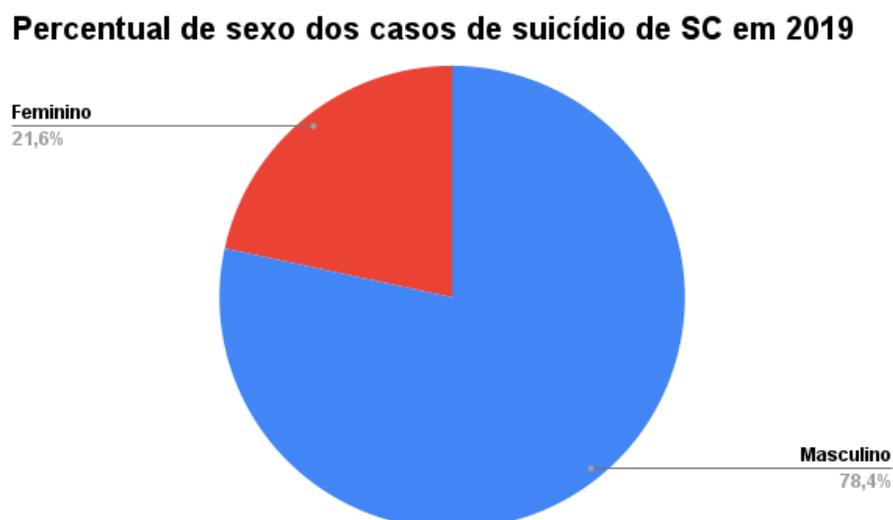
Figura 2 – Gráfico de percentual de raça dos casos de suicídio de SC em 2019



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Na Figura 2 há o percentual de raça nos casos de suicídio em Santa Catarina em 2019. Há o registro de raça de 784 casos, ou seja, a informação sobre a raça de três casos não foi contabilizada. Dos três anos estudados, é o único que apresentou um caso de suicídio de uma pessoa amarela, que representaria cerca de 0,1%. A raça mais acometida pelo suicídio foi a branca, com 88,2% dos casos, seguida pela população negra (representada pela soma de pretos e pardos), com 11,1% dos casos e pela indígena, com 0,6%.

Figura 3 – Gráfico de percentual de sexo dos casos de suicídio de SC em 2019

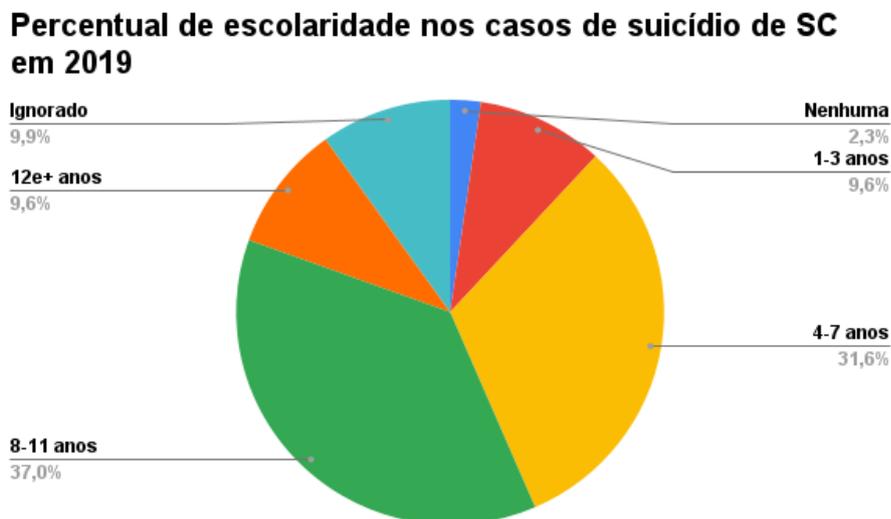


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em todos os 787 suicídios, houve o registro sobre sexo. De acordo com Figura 3,

78,4% foram homens e 21,6%, mulheres.

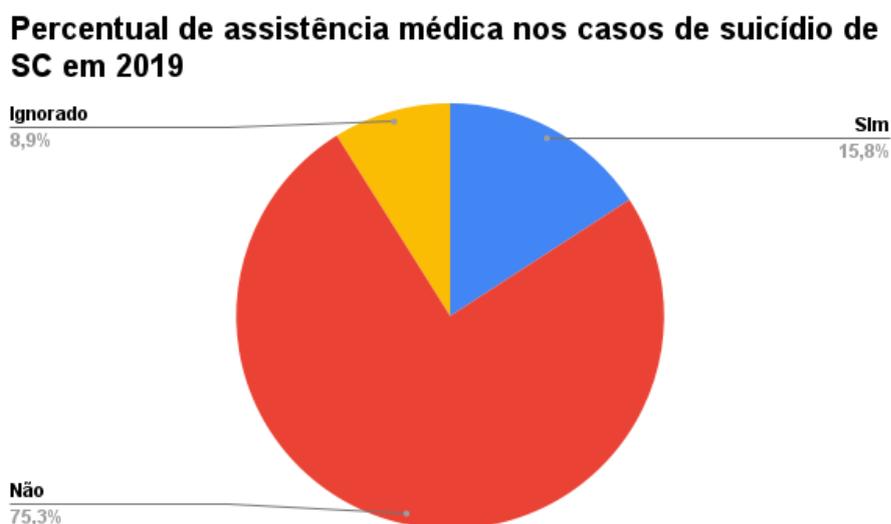
Figura 4 – Gráfico de percentual de escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2019



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

A Figura 4 representa a escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2019. 37,0% dos casos foram de pessoas que estudaram entre 8 e 11 anos, 31,6% dos casos foram de pessoas com 4 a 7 anos de escolaridade, 9,9% não teve o registro, já os casos com 1-3 anos e 12 anos ou mais apresentaram a mesma porcentagem: 9,6% cada. A menor porcentagem foi a de pessoas com nenhuma escolaridade, com 2,3%.

Figura 5 – Gráfico de percentual de assistência médica nos casos de suicídio de SC em 2019



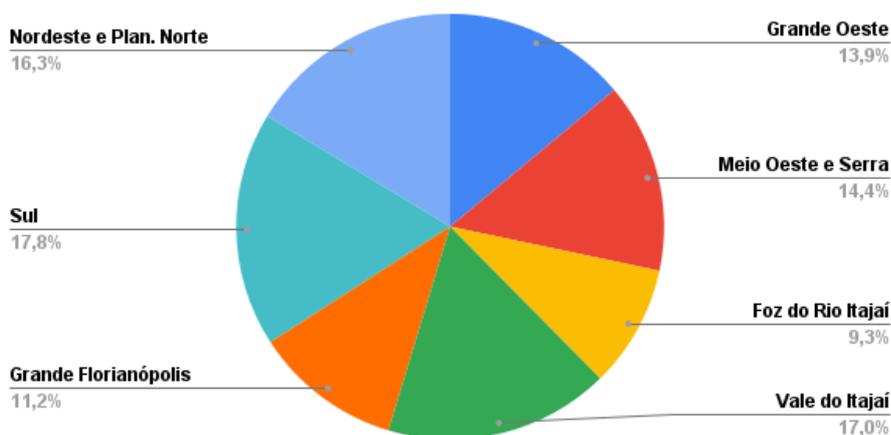
Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

A maioria dos casos não recebeu assistência médica (75,3%), conforme foi repre-

sentado na Figura 5. Somente 15,8% das pessoas que cometeram suicídio tiveram o atendimento. 8,9% dos casos não têm essa informação registrada.

Figura 6 – Gráfico de percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2019

Percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2019

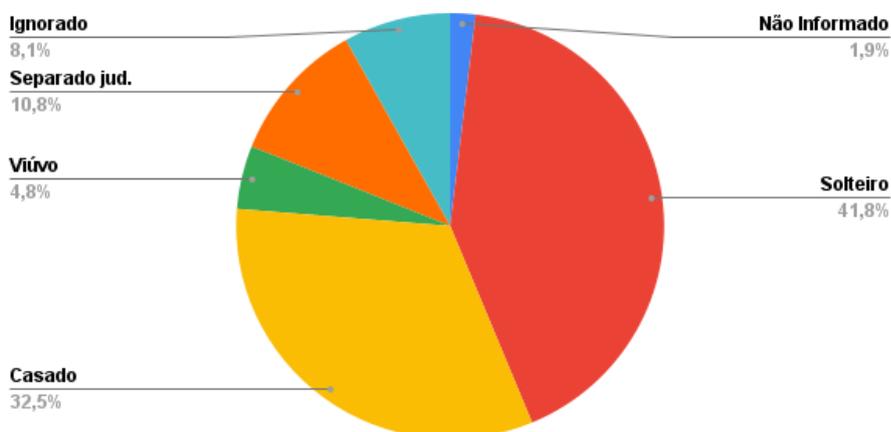


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Santa Catarina é dividida em diversas macrorregiões. Observa-se na Figura 6 que a macrorregião Sul foi a que apresentou os números mais alarmantes, com 17,8% dos casos, seguida pelo Vale do Itajaí (17,0%), Nordeste e Planalto Norte (16,3%), Meio Oeste e Serra (14,4%) e Grande Oeste (13,9%). As macrorregiões com os menores números de casos foram: Grande Florianópolis (11,2%) e Foz do Rio Itajaí (9,3%).

Figura 7 – Gráfico de percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2019

Percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2019

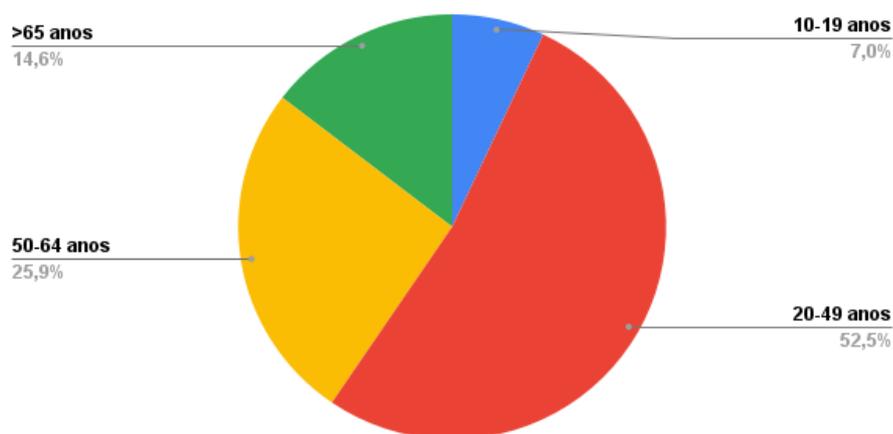


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação ao estado civil, a maioria dos casos foram de pessoas solteiras, com 41,8%. O segundo maior número foi o de pessoas casadas (32,5%), seguido pelos separados judicialmente (10,8%). O menor número foi o de viúvos, com 4,8% dos casos. Cerca de 10% dos casos ficaram sem a informação, como representado na Figura 7.

Figura 8 – Gráfico de percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2019

Percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2019

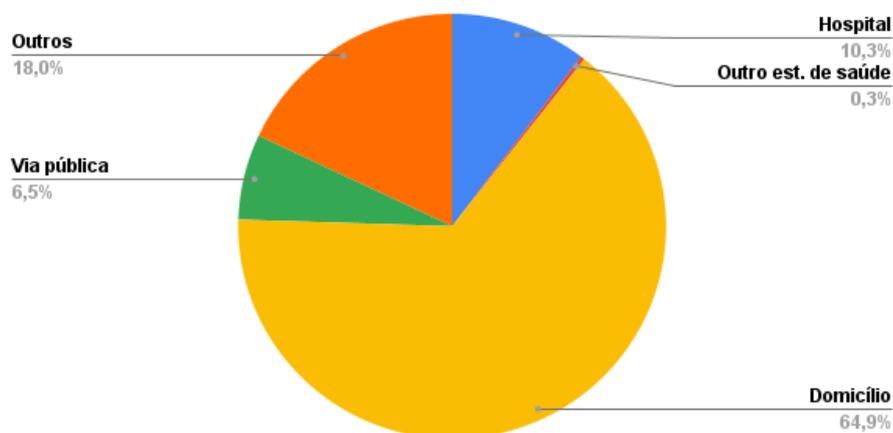


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

A grande maioria dos casos foi de pessoas entre 20 e 49 anos (52,5%). O segundo grupo mais atingido foi de pessoas entre 50 e 64 anos (25,9%). Idosos representaram 14,6% dos casos, já crianças, adolescentes e jovens até 19 anos representaram 7,0% dos números registrados, como representado na Figura 8.

Figura 9 – Gráfico de percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2019

Percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2019

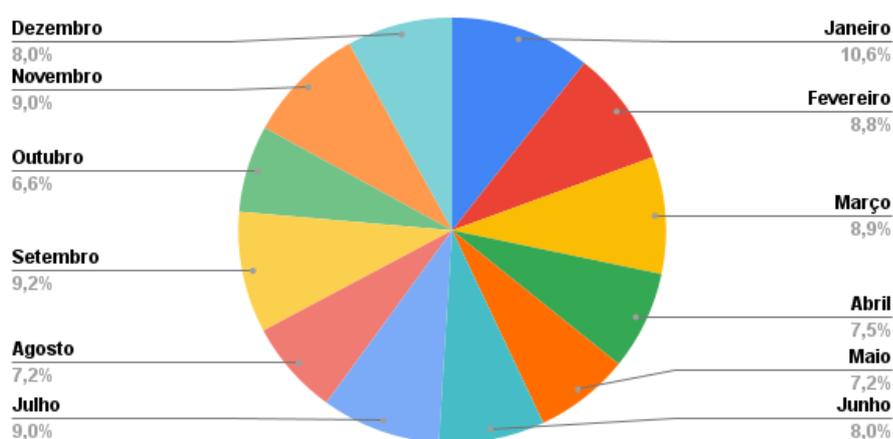


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Os locais de ocorrência foram divididos em: hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública e outros (Figura 9). 64,9% dos casos ocorreram em domicílio, seguidos por outros (18,0%) e hospitais (10,3%). 6,5% ocorreram em via pública e 0,3% em outros estabelecimentos de saúde.

Figura 10 – Gráfico de percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2019

Percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2019



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação aos meses de ocorrência do óbito (Figura 10), em 2019, o mês com o maior número de casos foi janeiro (10,6%), seguido por setembro (9,2%), julho e novembro (9,0%, cada). O mês com menor número de casos em 2019 foi outubro, com 6,6% dos casos.

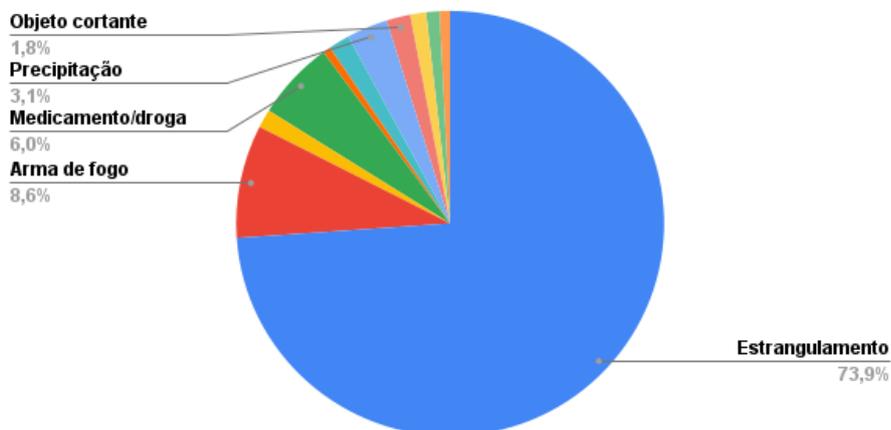
Portanto, o perfil dos casos de suicídio de SC em 2019 foi: homem, branco, solteiro, na faixa etária entre 20 e 49 anos, por enforcamento, estrangulamento e sufocação, com escolaridade entre 8 a 11 anos, na macrorregião Sul, no mês de janeiro, sem assistência médica, tendo seu domicílio como local de óbito.

3.2 Ano de 2020

O ano de 2020 foi marcado pelo início da pandemia de Covid-19 no Brasil e pelo consequente isolamento. Em março, o estado de Santa Catarina apresentou os primeiros casos de Covid-19. Foram registrados, no total, 771 casos de suicídio naquele ano. A seguir, vamos analisá-los para construir o perfil epidemiológico de 2020.

Os métodos são apresentados pela DIVE/SC em onze categorias distintas, na Figura 11 abaixo, a legenda só apresenta as mais significativas em termos numéricos (todas as onze foram contabilizadas no cálculo, porém, na legenda só há a distinção de cinco categorias).

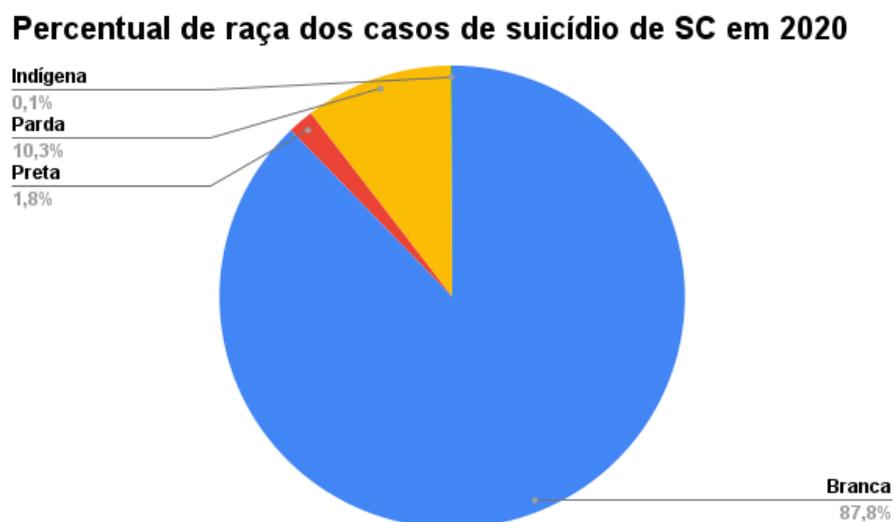
Figura 11 – Gráfico de método dos casos de suicídio de SC em 2020

Percentual de método dos casos de suicídio de SC em 2020

Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

O método mais utilizado foi estrangulamento, enforcamento e sufocação (73,9%). O segundo lugar foi ocupado por suicídio por arma de fogo, representando 8,6% dos casos, seguido por 6,0% dos casos por suicídio por intoxicação por medicamentos/drogas. Precipitação de lugar elevado foi o quarto método em destaque, com 3,1%, e suicídio por objeto cortante/penetrante ocupou o quinto lugar (1,8%). Os outros métodos representaram as seguintes porcentagens: suicídio por afogamento/submersão (1,6%), suicídio por intoxicação por pesticidas (1,4%), suicídio por fumaça, fogo e chamas (1,2%), suicídio por outros meios especificados (1,0%), suicídio por meios não especificados (0,8%) e suicídio por outro produto químico não especificado (0,6%).

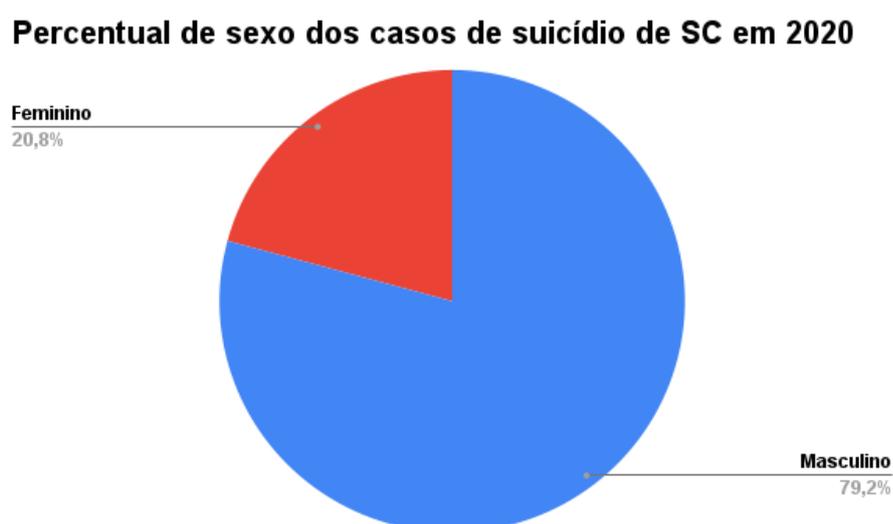
Figura 12 – Gráfico de percentual de raça dos casos de suicídio de SC em 2020



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

As raças e suas respectivas porcentagens nos casos de suicídio foram, conforme a Figura 12: branca (87,8%), preta (1,8%), parda (10,3%) e indígena (0,1%). A população negra é a soma entre a preta e a parda, portanto, 12,1% dos casos. Apenas um caso de suicídio em SC em 2020 ficou com a informação sobre raça sem registro.

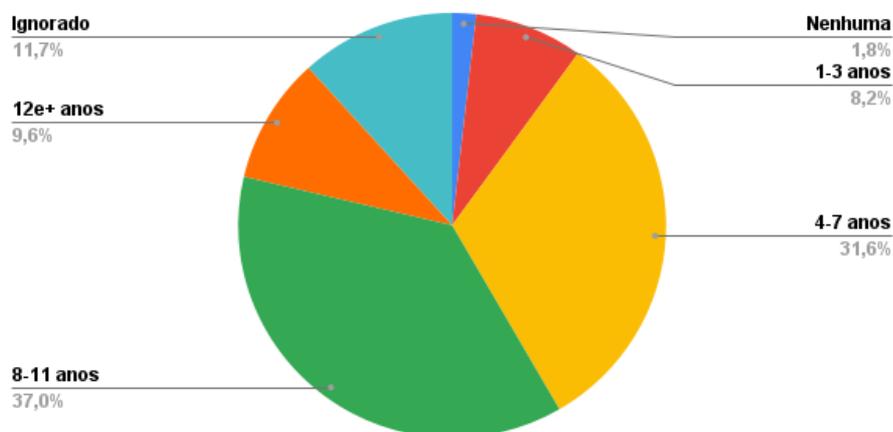
Figura 13 – Gráfico de percentual de sexo dos casos de suicídio de SC em 2020



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação ao sexo, 79,2% foram pessoas do sexo masculino. 20,8% foram mulheres, como representado na Figura 13.

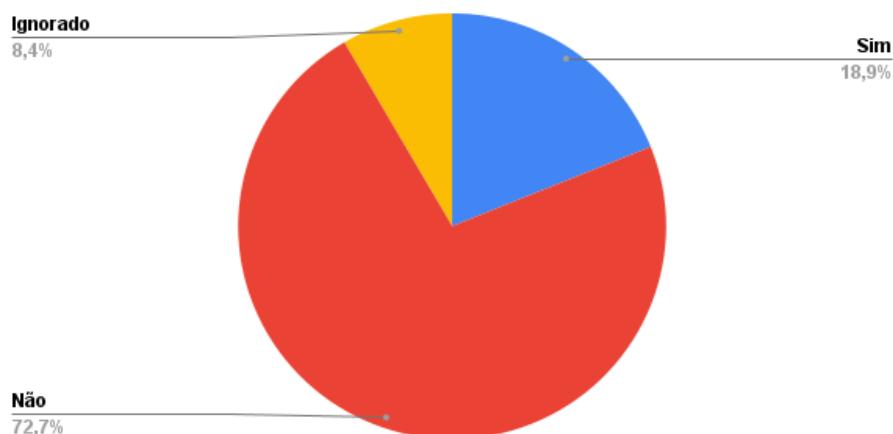
Figura 14 – Gráfico de percentual de escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2020

Percentual de escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2020

Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

O registro da variável escolaridade só foi realizado em 768 dos 771 casos de suicídio do ano de 2020. A maioria foi representada por pessoas com 8-11 anos de estudos (37,0%), seguida pela categoria de 4-7 anos (31,6%). Em 11,7% dos casos a informação foi ignorada. O restante das categorias apresentou as seguintes porcentagens: 12 anos ou mais, com 9,6%, 1-3 anos com 8,2%, por fim as pessoas com nenhuma escolaridade representaram 1,8% dos casos (Figura 14).

Figura 15 – Gráfico de percentual de assistência médica nos casos de suicídio de SC em 2020

Percentual de assistência médica nos casos de suicídio de SC em 2020

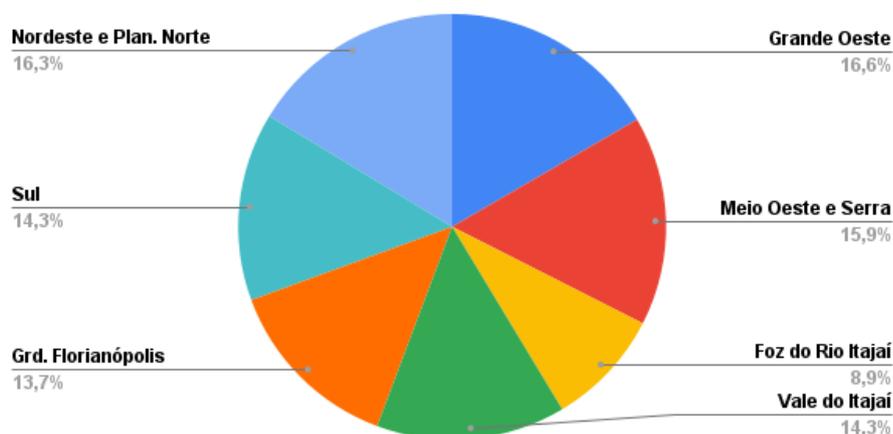
Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação à assistência médica (Figura 15), 72,7% das pessoas que se suicidaram não receberam assistência, enquanto 18,9% receberam. 8,9% dos casos tiveram a

informação ignorada.

Figura 16 – Gráfico de percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2020

Percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2020

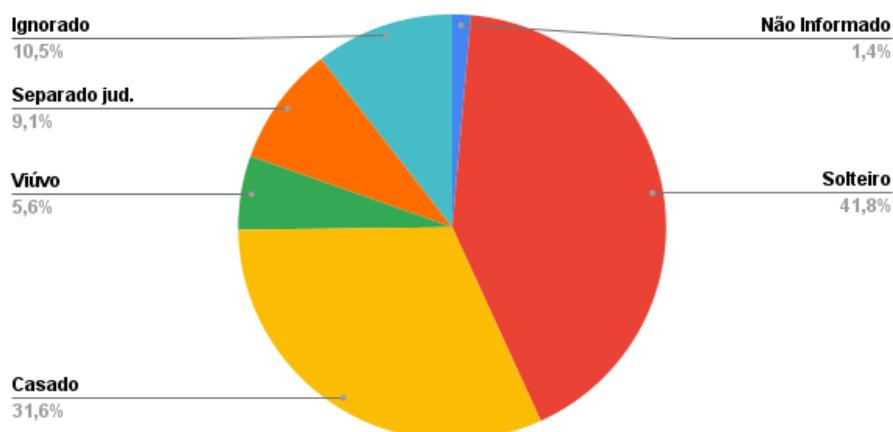


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

As macrorregiões do estado apresentaram as seguintes porcentagens (Figura 16): Grande Oeste com 16,6%, Nordeste e Planalto Norte com 16,3%, Meio Oeste e Serra com 15,9%, Vale do Itajaí com 14,3%, Sul com 14,3%, Grande Florianópolis com 13,7% e Foz do Rio Itajaí com 8,9%. Somente 767 dos 771 casos tinham o registro de macrorregião.

Figura 17 – Gráfico de percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2020

Percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2020

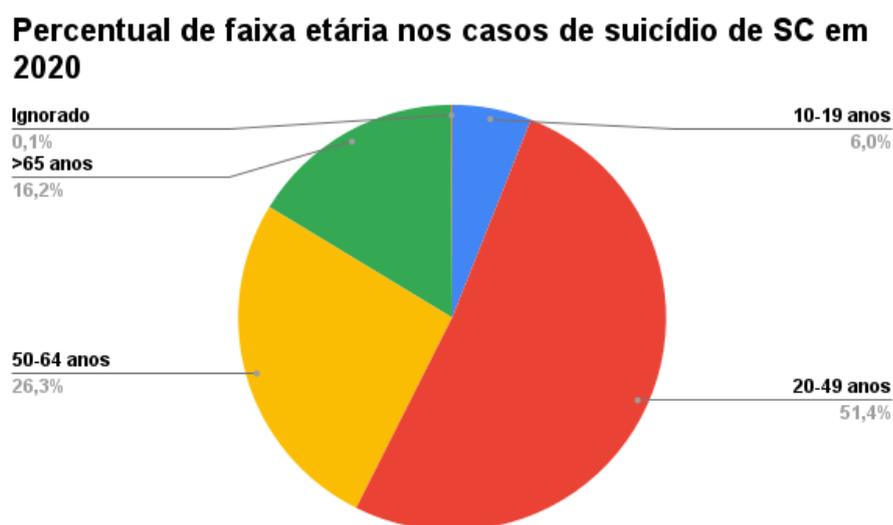


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

O estado civil foi registrado em todos os 771 casos de suicídio em Santa Catarina no ano de 2020. As categorias, organizadas de forma crescente de acordo com a porcentagem,

foram: solteiro (41,9%), casado (31,6%), ignorado (10,5%), separado judicialmente (9,1%), viúvo (5,6%) e não informado (1,4%), como representado na Figura 17.

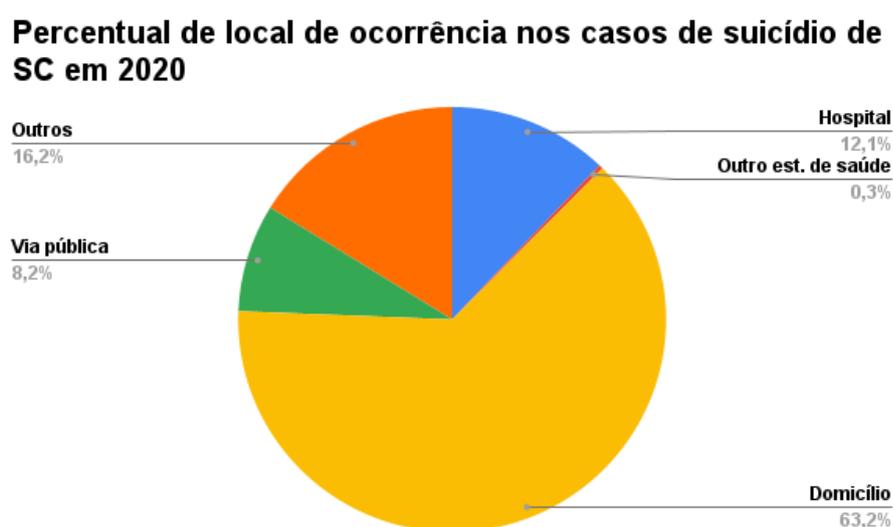
Figura 18 – Gráfico de percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2020



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Todos os casos possuíam o registro de faixa etária (Figura 18). As faixas etárias foram separadas em cinco categorias: 10-19 anos (6,0%), 20-49 anos (51,4%), 50-64 anos (26,3%), 65 anos ou mais (16,2%) e ignorado (0,1%). Logo, as pessoas entre 20 a 49 anos são mais propensas a cometer suicídio, seguidas pelas pessoas entre 50 a 64 anos.

Figura 19 – Gráfico de percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2020

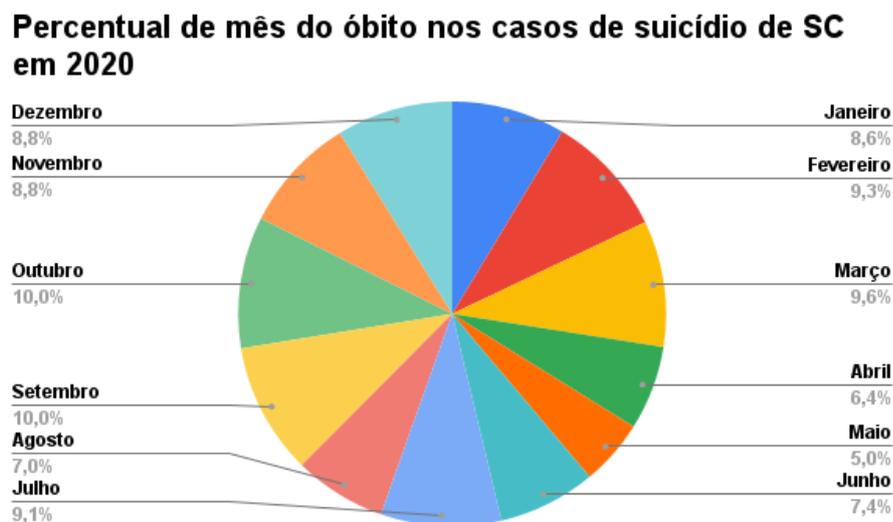


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Os registros sobre local de ocorrência incluíram todos os 771 casos. O principal local

de ocorrência de suicídio em 2020 foi domicílio, com 63,2% (Figura 19). Em relação às outras categorias, o quadro apresentado foi: hospital, com 12,1%, outro estabelecimento de saúde, com 0,3%, via pública, com 8,2%, e, por fim, outros locais, com 16,2%.

Figura 20 – Gráfico de percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2020



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

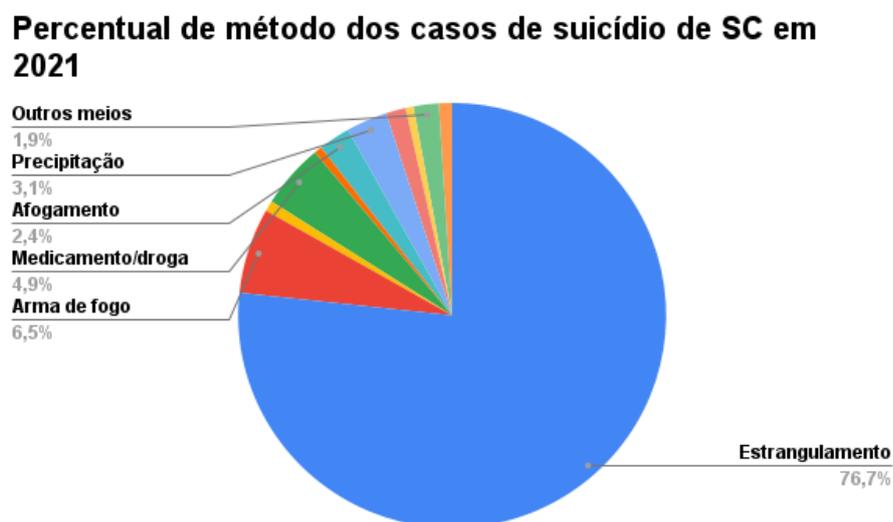
Todos os óbitos por suicídio possuíam o registro sobre mês. A porcentagem de cada mês foi, conforme representado na Figura 20: 8,6% em janeiro, 9,3% em fevereiro, 9,6% em março, 6,4% em abril, 5,0% em maio, 7,4% em junho, 9,1% em julho, 7,0% em agosto, 10,0% em setembro, 10,0% em outubro, 8,8% em novembro e 8,8% em dezembro. Os meses com maior incidência de suicídio foram setembro e outubro, com 77 casos cada.

Em comparação com o perfil epidemiológico de 2019, as únicas diferenças apontadas pelos dados foram nas variáveis de macrorregião mais afetada (que em 2020 passou a ser a macrorregião Grande Oeste) e meses de maior óbito (setembro e outubro em 2020). O sexo, a raça, a faixa etária, o método, a escolaridade, a questão da falta de assistência médica e o local de óbito permaneceram os mesmos que foram constatados em 2019.

3.3 Ano de 2021

O ano de 2021 foi marcado tanto pela pandemia de Covid-19, quanto pela vacinação e pelo surgimento de novas variantes. Os registros da DIVE/SC até o dia 6 de dezembro de 2021 contaram com 718 casos neste ano, o último mês contabilizado foi novembro. A seguir, vamos analisá-los para construir o perfil epidemiológico de 2021.

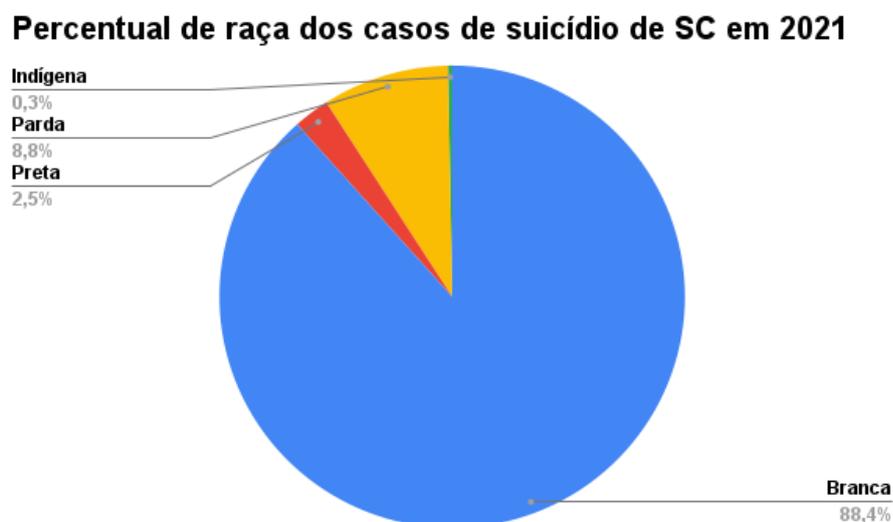
Figura 21 – Gráfico de percentual de método dos casos de suicídio de SC em 2021



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

O principal método utilizado para suicídio em 2021 foi estrangulamento, enforcamento e sufocação, representando 76,7% dos casos (Figura 21). Os demais métodos tiveram as seguintes porcentagens: suicídio por arma de fogo, em segundo lugar, com 6,5%; suicídio por intoxicação por medicamentos/drogas, em terceiro lugar, com 4,9%; suicídio por precipitação de lugar elevado com 3,1%; suicídio por afogamento/submersão com 2,4%; suicídio por outros meios especificados com 1,9%; suicídio por objeto cortante/penetrante com 1,5%; suicídio por meios não especificados com 1,0%; suicídio por intoxicação por pesticidas com 0,8%; suicídio por outro produto químico não especificado com 0,6%; e, suicídio por fumaça, fogo e chamas com 0,6%.

Figura 22 – Gráfico de percentual de raça dos casos de suicídio de SC em 2021

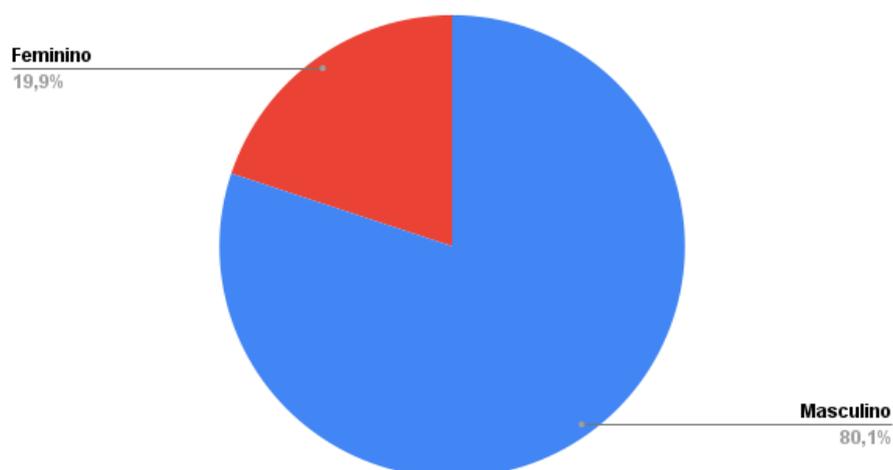


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação à raça, 705 dos 718 casos tiveram essa informação registrada. A raça branca representou 88,4% dos casos (Figura 22), seguida pela população negra, com 11,3% (2,5% de pretos e 8,8% de pardos). Indígenas representaram 0,3% dos casos,

Figura 23 – Gráfico de percentual de sexo nos casos de suicídio de SC em 2021

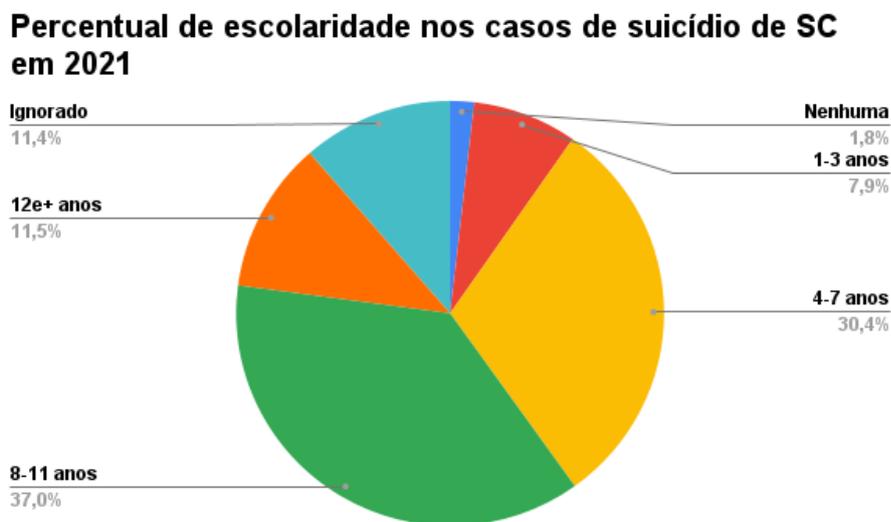
Percentual de sexo nos casos de suicídio de SC em 2021



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação ao sexo (Figura 23), 80,1% dos óbitos por suicídio foram do sexo masculino, enquanto 19,9% foram do sexo feminino.

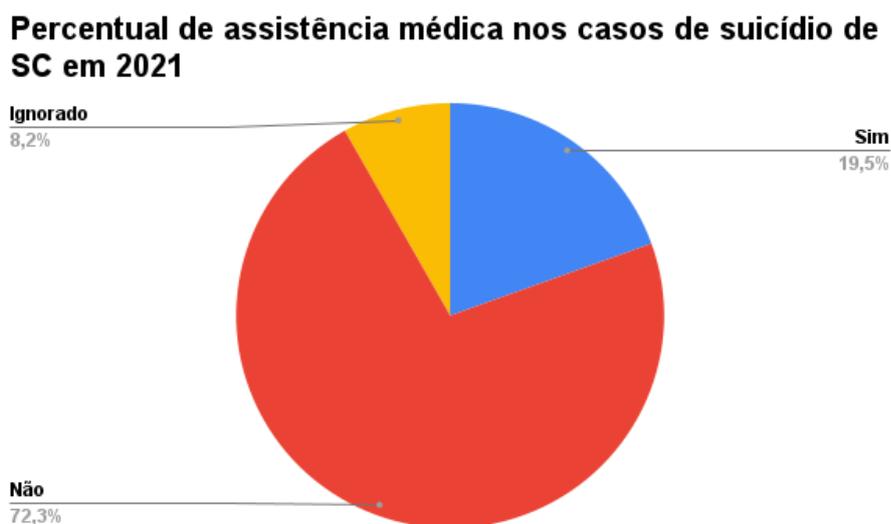
Figura 24 – Gráfico de percentual de escolaridade nos casos de suicídio de SC em 2021



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação à escolaridade (Figura 24), a maior parte dos óbitos por suicídio foram por pessoas que estudaram entre 8 a 11 anos (37,0%) e entre 4 a 7 anos (30,4%). Pessoas com 12 anos ou mais de estudos representaram 11,5% dos casos. Em 11,4% dos casos a informação sobre escolaridade foi ignorada. 7,9% dos casos foram de pessoas com 1 a 3 anos de escolaridade e 1,8%, com nenhuma. 7 casos ficaram sem o registro sobre escolaridade.

Figura 25 – Gráfico de percentual de assistência médica nos casos de suicídio de SC em 2021



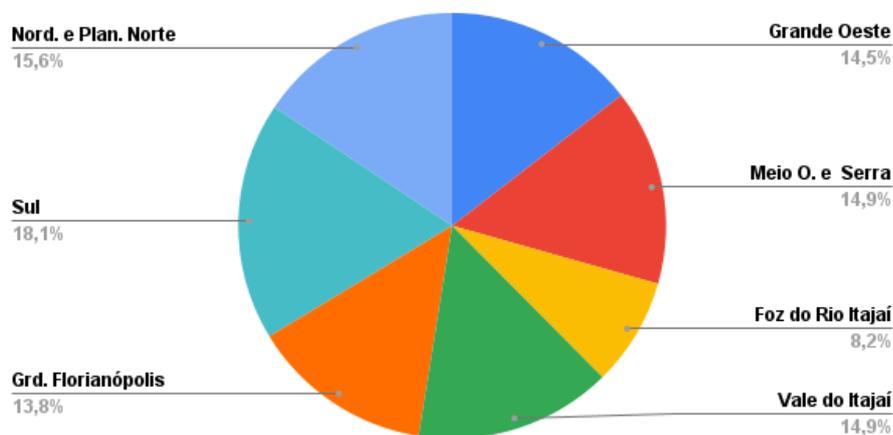
Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação à assistência médica (Figura 25), a maioria dos casos não recebeu assistência médica de qualquer tipo (72,3%). Os casos que receberam assistência médica

representaram 19,5% e, em 8,2%% dos casos, a informação foi ignorada.

Figura 26 – Gráfico de percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2021

Percentual de macrorregião nos casos de suicídio de SC em 2021

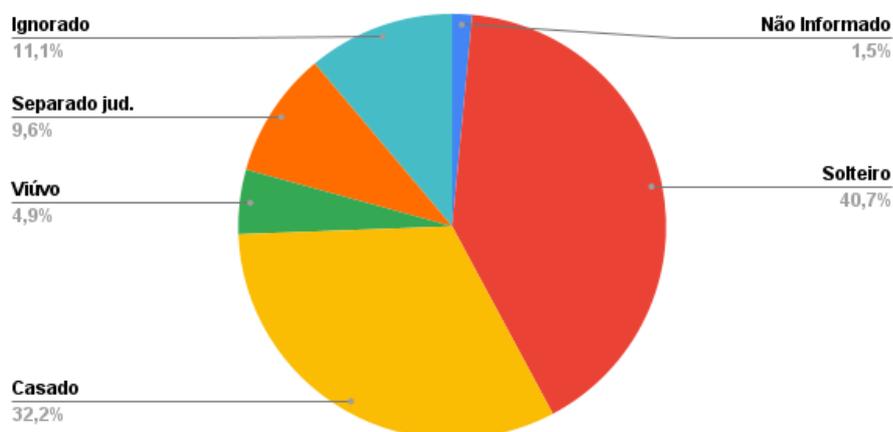


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Entre as macrorregiões do estado de Santa Catarina, a região com maior número de óbitos por suicídio foi a Sul, com 18,1%. As demais macrorregiões do estado apresentaram as seguintes porcentagens, de acordo com a Figura 26: Grande Oeste com 14,5%, Nordeste e Planalto Norte com 15,6%, Meio Oeste e Serra com 14,9%, Vale do Itajaí com 14,9%, Grande Florianópolis com 13,8% e Foz do Rio Itajaí com 8,2%. 7 casos de suicídio ficaram sem a informação sobre macrorregião.

Figura 27 – Gráfico de percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2021

Percentual de estado civil dos casos de suicídio de SC em 2021

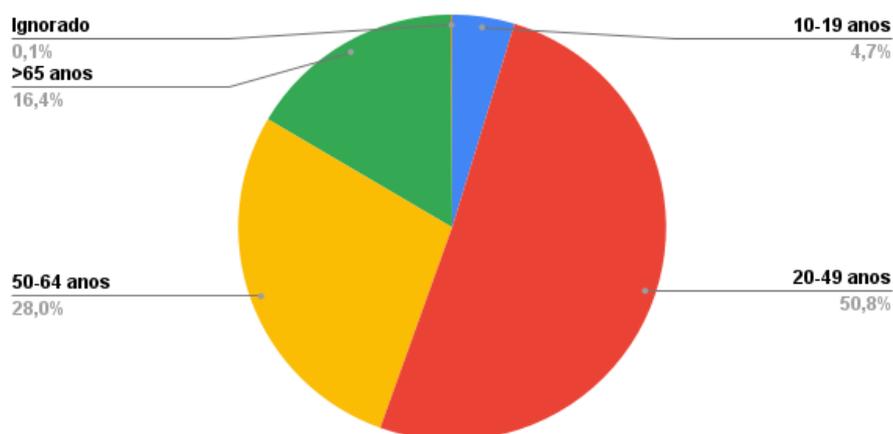


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Em relação ao estado civil (Figura 27), a maior porcentagem de casos de suicídio foi de pessoas solteiras (40,7%), seguida pelas pessoas casadas (32,2%), separadas judicialmente (9,6%) e viúvas (4,9%). Em 11,1% dos casos a informação foi ignorada e em 1,5% não foi informada.

Figura 28 – Gráfico de percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2021

Percentual de faixa etária nos casos de suicídio de SC em 2021

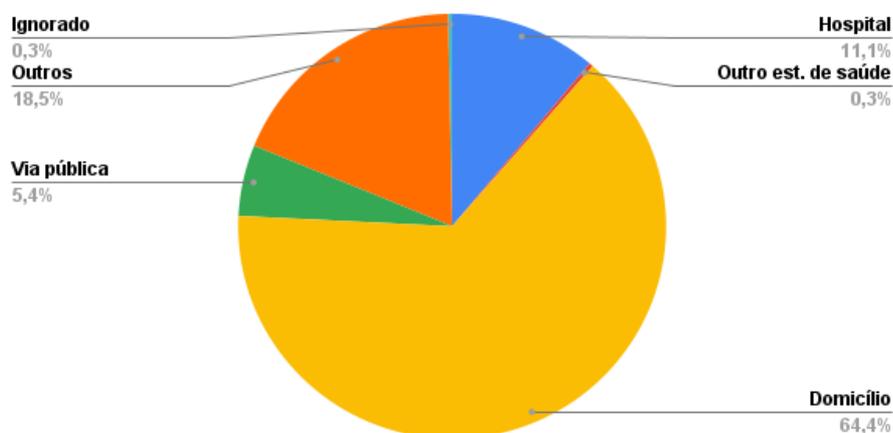


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Como representado na Figura 28, a faixa etária mais afetada pelo suicídio foi entre 20 a 49 anos (50,8%). As pessoas entre 50 a 64 anos representaram 28,0% dos casos, enquanto as pessoas com mais de 65, 16,4%. A menor porcentagem foi entre a população na faixa de 10 a 19, com 4,7%. Em 0,1% dos casos a informação foi ignorada.

Figura 29 – Gráfico de percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2021

Percentual de local de ocorrência nos casos de suicídio de SC em 2021

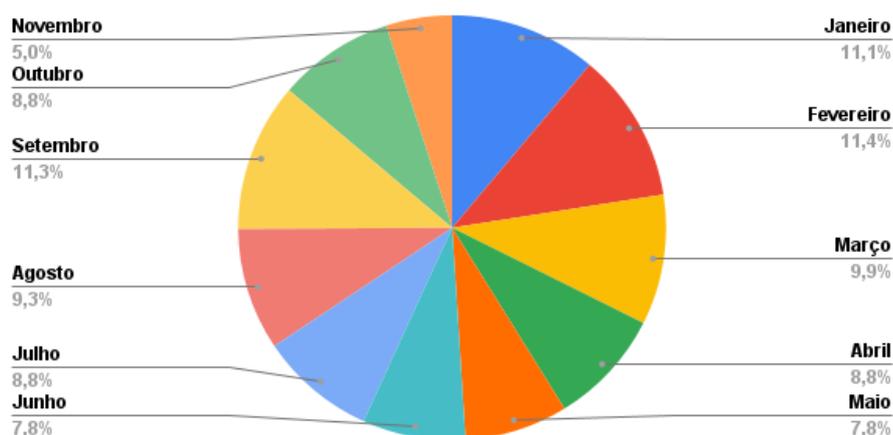


Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Na Figura 29, nota-se que o local de ocorrência de óbito por suicídio mais comum foi o domicílio (64,4%). Mortes em hospitais somaram 11,1% dos casos e em outros estabelecimentos de saúde, 0,3%. 5,4% ocorreram em via pública, 18,5% em outros locais e em 0,3% dos casos a informação foi ignorada.

Figura 30 – Gráfico de percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2021

Percentual de mês do óbito nos casos de suicídio de SC em 2021



Fonte: DIVE (SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

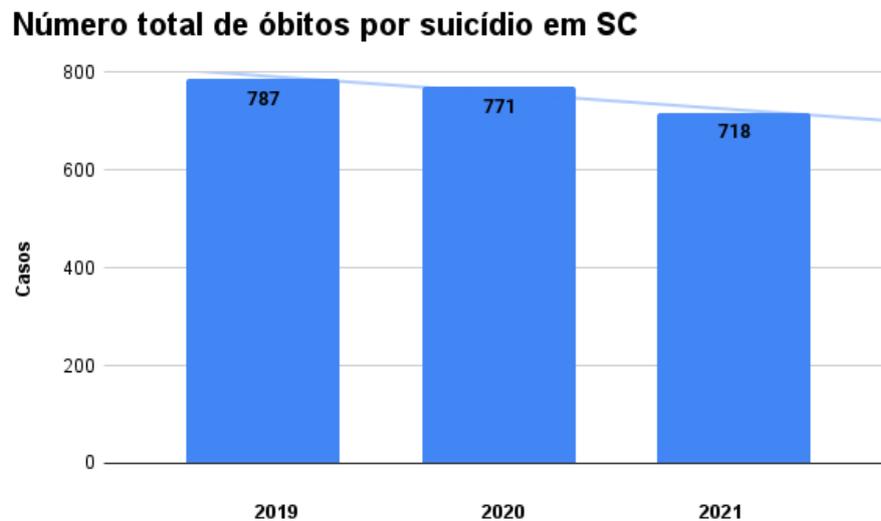
O mês com maior número de óbitos por suicídio foi fevereiro (11,4%), seguido por setembro (11,3%). Os demais meses apresentaram as respectivas porcentagens (Figura 30): janeiro, com 11,1%; março, com 9,9%; abril, com 8,8%; maio, com 7,8%; junho, com 7,8%; julho, com 8,8%; agosto, com 9,3%; outubro, com 8,8%; e, novembro, com 5,0%.

O perfil epidemiológico de óbitos por suicídio em Santa Catarina no ano de 2021 (até 6 de dezembro) foi praticamente o mesmo encontrado em 2019, a única discrepância foi o mês com maior número de óbitos, que, em 2021, foi fevereiro. Em comparação com 2020, tanto a macrorregião quanto o mês de maior número de óbitos sofreram alterações.

4 Discussões

Através dos dados apresentados sobre os casos de suicídio, percebe-se que há uma diminuição no número de casos com a pandemia de Covid-19, como representado na Figura 31. Embora, não tenhamos um estudo histórico sobre esta possível variação em anos anteriores e, ainda, outros fatores que podem acarretar esta variação, tem-se a impressão que a pandemia não causou aumento no número de casos.

Figura 31 – Gráfico de número total de óbitos por suicídio em SC



Fonte: DIVE(SC), 2022. Elaboração: autoria própria.

Os perfis epidemiológicos não apresentaram grandes mudanças entre os anos, o que determina informações de grande relevância, pois há claramente um grupo específico de pessoas que têm maior tendência no estado a cometer suicídio, segundo os dados da DIVE/SC: homens, brancos, na faixa etária entre 20 e 49 anos e com escolaridade entre 8 a 11 anos. Neste sentido, podemos identificar um grupo potencial sobre o suicídio e, mesmo considerando a existência de inúmeros outros fatores que podem contribuir para isto, fica o indicativo de aumentar a prevenção ao alcançar e sensibilizar determinados nichos da sociedade catarinense.

Há a predominância de três métodos de suicídio: enforcamento, arma de fogo e intoxicação por medicamento/droga. Como sabemos, a principal estratégia de prevenção do suicídio é a informação a toda a população, para que consigamos alcançar as pessoas que tenham ideias suicidas. Porém, cabe uma reflexão sobre condições de limitar o acesso da população aos métodos identificados. Infelizmente, o método mais utilizado é extremamente difícil de ser restringido, porque há uma grande diversidade de objetos cotidianos utilizados com este fim. Ações de desarmamento e legislações¹ que dificultem

¹ Recentemente, o atual governo rediscutiu as leis do Estatuto do Desarmamento, Lei 10.826/03, facilitando

o acessos a armas são exemplos de ações eficazes. Em relação aos medicamentos, a obrigatoriedade de receitas médicas, embalagens com menores doses para venda para população dos principais medicamentos utilizados para suicídio e maior fiscalização em relação a farmácias são outras indicações importantes. Porém, mesmo com todo o controle possível, acontece de outras pessoas da família, que fazem uso do medicamento, lançarem mão deles para este fim.

Ribas (2018) fez uma observação curiosa sobre as mortes por precipitação de lugares elevados em Florianópolis:

E por que a população florianopolitana ignora a Ponte Hercílio Luz e apresenta preferência por precipitação de lugar elevado em shoppings? Uma hipótese em relação à Ponte Hercílio Luz e os shoppings de Florianópolis é que, o indivíduo que pretende jogar-se de um shopping público e movimentado e de fácil acesso, grita em silêncio por um sinal de ajuda e, ainda sim, espera ser ajudado, enquanto que a Ponte Hercílio Luz, desativada desde a década de 1980, não tendo quórum para o desenlace. (RIBAS, 2018, p. 75)

Se a afirmação de Ribas (2018) estiver correta sobre o motivo da Ponte Hercílio Luz ter sido ignorada por causa da interdição, logo o quadro se modificará, já que foi reaberta em 2019. Portanto, ações de prevenção na Ponte Hercílio Luz são essenciais. Uma possibilidade para os shoppings seria a instalação de redes de segurança entre os andares, impedindo assim a precipitação. É importante destacar a necessidade de que as áreas da arquitetura e engenharia incluam esta pauta de segurança em suas edificações, inclusive se considerar o aumento de suicídios em todo o mundo em virtude do adoecimento psíquico.

A principal raça/cor afetada no estado é a branca. Somando os três anos, houveram 1.990 casos de suicídio de pessoas da raça branca, 55 de pessoas pretas, 205 de pessoas pardas, 8 óbitos de indígenas e um caso de pessoa amarela. Apesar de o maior número bruto ser de pessoas brancas, existe uma questão racial no contexto do suicídio. Sabe-se que existe um grupo predisposto a cometer suicídio (através de dados estatísticos colhidos ao longo dos anos), como pessoas racializadas e LGBTs. (BRASIL, 2021) O racismo é um fator que contribui para o aumento de casos de óbitos por suicídio de pessoas não-brancas. Portanto, o racismo estrutural deve ser combatido e campanhas antirracismo também são importantes para prevenir o suicídio.

Pessoas do sexo masculino são mais afetadas. Desde o século XIX, Durkheim já afirmava que “O suicídio é uma manifestação essencialmente masculina.” (DURKHEIM, 2000, p. 52) e em todos os estudos recentes citados acima, o resultado foi o mesmo: homens são mais propensos a cometer suicídio. Campanhas voltadas para o combate à masculinidade tóxica e aos padrões atuais de estereótipos, em que os homens não são incentivados a demonstrar sentimentos, são imprescindíveis para a diminuição de casos de suicídio e maior adesão de homens à procura por suporte de profissionais da área de saúde mental.

o acesso a armas. Isto, além da legislação, implica uma condição política de como a sociedade lida com o tema da segurança pública e privada.

A maior parte dos casos apresentou uma escolaridade entre 8 a 11 anos, o que na prática abre a oportunidade de prevenir muitos casos de suicídio nas escolas. Se cada uma dessas pessoas tem no mínimo o ensino fundamental incompleto, sabe-se que campanhas escolares, atendimento ininterrupto e conscientização sobre o tema seriam maneiras de impactar essas pessoas e possivelmente salvar vidas.

A maioria não recebeu assistência médica, portanto há a necessidade de melhorar o atendimento especializado. Isto porque, estas pessoas não apresentavam condições de saúde adequadas e, de alguma maneira, passaram despercebidas pelo cuidado com a saúde física e mental, sejam dos familiares e/ou profissionais.

As macrorregiões mais afetadas foram a Sul e Grande Oeste. O estado de Santa Catarina é plural, com muitas diferenças culturais, sociais e econômicas entre as regiões. Cada região deveria elaborar campanhas regionalizadas de acordo com seus aspectos sociais e culturais.

Em relação ao estado civil, pessoas solteiras são mais suscetíveis a cometer suicídio. O fortalecimento de laços com amigos e familiares pode criar a rede de apoio que esta presença afetiva proporcionaria, a fim de diminuir o número de casos.

A faixa etária mais acometida foi entre 20 e 49 anos, um período da vida em que há a necessidade de fortalecer as habilidades sociais de convivência e trabalho, portanto, exigiria bem mais atenção por parte de todos os grupos de amizade, familiares e trabalho. Com a reduzida discussão e esclarecimentos sobre o suicídio, também se reduz a possibilidade de que estes grupos de faixa etária estejam mais atentos a esta questão.

O principal local de ocorrência foi o domicílio. Nota-se a importância da rede de apoio entre vizinhos. Existe a possibilidade de algum vizinho perceber alguma mudança de comportamento ou ouvir algum ruído alarmante, por exemplo.

Os meses que apresentaram maiores números de óbitos por suicídio foram janeiro de 2019, setembro e outubro de 2020 e fevereiro de 2021. O aumento de pontos de apoio e campanhas específicas nesses meses podem contribuir para a queda no número de casos. Isto já vem sendo feito e, acredita-se surtindo alguns efeitos, inclusividade de maior visibilidade deste problema social, a exemplo do “setembro amarelo”.

Havia poucas informações disponíveis sobre as condições de vida das pessoas que cometeram suicídio, além da falta de dados em relação à orientação sexual, profissão, renda, etc. O gênero foi limitado em masculino e feminino, sem indicações específicas para estudos voltadas à população transgênero, e isto precisa ser levado em conta, conforme indicamos sobre o preconceito e violência de raça e gênero, com toda a população LGBTQIA+ .

Em comparação com o último informativo epidemiológico da DIVE/SC sobre o tema, nota-se que houve um aumento na taxa geral de mortalidade do estado, que de 9,2 por 100 mil habitantes (entre 2012 e 2017) passou para 10,98 por 100 mil habitantes (em 2019). Em 2021, apresentou 9,78 por 100 mil habitantes, o que seria um pequeno aumento em relação à taxa geral de mortalidade apresentada pela DIVE/SC. O grupo de pessoas mais

afetadas permaneceu o mesmo: pessoas do sexo masculino, brancas, solteiras e com 8 a 11 anos de estudos, por enforcamento. (DIVE/SC, 2019)

Já a taxa geral de mortalidade de SC apresentada pelo boletim epidemiológico brasileiro sobre suicídio publicado em 2021 foi 11,0 por 100 mil habitantes em 2019. (BRASIL, 2021) A taxa encontrada no presente estudo está em concordância com esse número, com 10,98 por 100 mil habitantes em 2019.

5 Conclusão

O presente estudo foi uma aproximação com os estudos sociológicos de Durkheim, que tomamos como referência de leitura desde o início dos trabalhos, acrescido de outras fontes que afirmam o suicídio como fenômeno social, e a importância dos estudos epidemiológicos para compreensão da temática.

A pandemia pode afetar a saúde mental da população a longo prazo, o que pode resultar num aumento de casos de suicídio num período posterior ao do estudo. Como a OMS alertou, somente 7% dos países não tiveram os serviços de saúde psiquiátricos afetados pela pandemia de Covid-19 (PAHO, 2020). Os efeitos da falta de atendimento adequado serão percebidos no futuro, além de que há uma considerável parcela da população mundial passando por um período de luto e sequelas decorrente do vírus, tanto físicas quanto psicológicas. O luto coloca o ser humano em uma posição de vulnerabilidade ao suicídio, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014).

Porém, com os dados atuais, a conclusão foi que os números gerais de suicídio no estado se mantiveram praticamente constantes, com uma leve queda. A taxa geral de mortalidade caiu de 10,98 por 100 mil habitantes, em 2019, para 10,63 por 100 mil habitantes, em 2020, e, por fim, para 9,78 por 100 mil habitantes, em 2021.

Todas as análises presentes nesse estudo são baseadas nos dados até 6 de dezembro de 2021. Posteriormente, a DIVE/SC publicou, no dia 18 de janeiro de 2022, os dados atualizados do ano de 2021. Naquele ano, registrou-se 802 óbitos por suicídio. Portanto, a taxa geral de mortalidade de 2021 foi 10,93 por 100 mil habitantes. Ainda há uma queda em relação ao período anterior à pandemia (2019), mas um aumento em relação a 2020. Em 2021, houve uma flexibilização nas medidas de isolamento devido à presença de Covid-19, por causa da vacinação, o que possibilitou um acréscimo na socialização da sociedade.

Foi determinado o perfil epidemiológico do estado de Santa Catarina a partir dos dados disponibilizados pela DIVE/SC. O grupo de pessoas mais acometidas pelo suicídio foi bem delimitado, sendo que as únicas alterações entre os anos foram: a macrorregião afetada em 2020 e os meses com maior número de óbitos por ano, como descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Resumo do perfil epidemiológico dos casos de suicídio de Santa Catarina

2019	2020	2021 (até 6 de dezembro)
Homem, branco, solteiro, na faixa etária entre 20 e 49 anos, por enforcamento, estrangulamento e sufocação, com escolaridade entre 8 a 11 anos, na macrorregião Sul, no mês de janeiro , sem assistência médica, tendo seu domicílio como local de óbito.	Homem, branco, solteiro, na faixa etária entre 20 e 49 anos, por enforcamento, estrangulamento e sufocação, com escolaridade entre 8 a 11 anos, na macrorregião Grande Oeste, nos meses de setembro e outubro , sem assistência médica, tendo seu domicílio como local de óbito.	Homem, branco, solteiro, na faixa etária entre 20 e 49 anos, por enforcamento, estrangulamento e sufocação, com escolaridade entre 8 e 11 anos, na macrorregião Sul, no mês de fevereiro , sem assistência médica, tendo seu domicílio como local de óbito.

Fonte: Autoria própria, 2022.

O autocídio, por ser multifacetado, acreditamos, muitas vezes tem origem em determinantes socioeconômicos. A vulnerabilidade social propicia um aumento nas chances de uma pessoa atentar contra a própria vida. A Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, ressalta que o suicídio se configura como problema de saúde pública e que há a demanda de que todas as instituições atuem em conjunto para “desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos.” (BRASIL, 2006), o que ainda demonstra pouca efetividade em nosso país e no próprio estado de Santa Catarina.

Este trabalho de conclusão de curso de Serviço Social, é exigência de uma área que atua diretamente na garantia de direitos dos cidadãos. A fome, o racismo, a LGBTfobia, a falta de saneamento básico, a falta de acesso à saúde e educação pública de qualidade: são exemplos de fatores sociais, econômicos e culturais que elevam as taxas de suicídio. Segundo o código de ética do assistente social, um dos deveres do profissional é “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.” (BRASIL, 1993) Nota-se que o suicídio se enquadra nesse conceito.

Cada uma das dez variáveis estudadas permitem discutir sobre o suicídio, e isto tem um aspecto social atrelado que oportuniza o oferecimento de apoio, podendo tornar-se um fator de proteção caso o quadro seja revertido. O método está relacionado com disponibilidade de recursos para realizar o suicídio. Já o sexo com construções sociais e as diferentes formas de violência praticada sobre os sujeitos. Neutralizar e inviabilizar situações de preconceito por gênero e raça, além de garantir o atendimento digno à saúde física e mental e dificultar o acesso aos meios, através de legislação, vigilância e disponibilidade de acolhimento, são maneiras de metamorfosear a realidade atual e abrir o campo da

prevenção.

Retomando a área do Serviço Social acredita-se que o/a assistente social possui um papel ativo na prevenção ao suicídio e os perfis epidemiológicos são ferramentas para guiar ações preventivas eficazes. A efetividade do perfil epidemiológico depende de ações de políticas públicas e somente as variáveis estudadas não são suficientes para determinar um plano de estratégia com a efetividade que estas situações requerem.

O aprofundamento nos aspectos sociais nas instituições que são responsáveis pelo registro dos casos no processo de prevenção ao suicídio determinaria ações ainda mais precisas e, quando o assunto é salvar vidas, todo esforço é imprescindível. Portanto, esperamos ter contribuído para maior reflexão sobre esta condição social e, desta maneira, contribuir para a prevenção do suicídio.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (Brasil). **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília: Portal Print Gráfica, 2014. 52 p. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index9/?numero=14&edicao=2548#page/1>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. **Código de Ética profissional do/a Assistente Social**. Lei 8662/93 de regulamentação da profissional. 10 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 10 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

DIVE. Governo de Santa Catarina. **A DIVE**. 2022. Disponível em: <https://www.dive.sc.gov.br/index.php/a-dive>. Acesso em: 24 fev. 2022.

DIVE/SC. Governo de Santa Catarina. **Informativo epidemiológico Barriga Verde: Perfil epidemiológico das tentativas de óbitos por suicídio no estado de Santa Catarina e a rede de atenção à saúde (2012-2017) [recurso eletrônico] / Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina**. Florianópolis: DIVE/SC, 2019. 14 p. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BarrigaVerde%20Suicidio.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

DIVE(SC). **Tabnet**. 2022. Disponível em: <http://tabnet.dive.sc.gov.br>. Acesso em: 06 jan. 2022.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 515 p. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20\(2000\).pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20(2000).pdf). Acesso em: 27 jul. 2021.

FELTRIN, Rafael Jasper. **Determinantes socioeconômicos do suicídio em Santa Catarina**: uma análise com dados em painel. 2018. 49 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Econômicas, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188584>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. **SC é o menor Estado em território do Sul do país**. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/conhecasc/geografia>. Acesso em: 10 jan. 2022.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 11 jan. 2022.

KLIEMANN, Daniel Vinicius Oliveira. **Estudo epidemiológico de óbitos por suicídio na região da grande Florianópolis de 1991 a 2005**. 2007. 35 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119045>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MAHEIRIE, Tayana Camila *et al.* **Depressão na enfermagem**. 2005. 46 f. TCC (Técnico) - Curso de Técnico em Enfermagem, Advance, Florianópolis, 2005.

PAHO. **COVID-19 interrompe serviços de saúde mental na maioria dos países, revela pesquisa da OMS**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2020-covid-19-interrompe-servicos-saude-mental-na-maioria-dos-paises-revela-pesquisa>. Acesso em: 01 nov. 2021.

PAN, Kuan-Yu *et al.* The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three dutch case-control cohorts. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 121-129, fev. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30491-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30491-0).

PORTO, Deysi Mendes; DELZIVIOTO, Carmem Regina; QUEIROZ, Larissa de Abreu. **Prevenção ao suicídio**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. 49 p.

PRATI, Gabriele; MANCINI, Anthony D.. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 201-211, jan. 2021. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291721000015>.

RAMOS, Francisco Lúzio de Paula *et al.* **As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, Ananindeua, v. 7, n. esp., p. 221-229, dez. 2016. Disponível em Scielo

RIBAS, Marcella Trindade. **Problematizando o suicídio em Florianópolis: taxas suicidógenas e fatores sociais.** 2018. 83 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/193539>. Acesso em: 27 jul. 2021.

ROBINSON, Eric; SUTIN, Angelina R.; DALY, Michael; JONES, Andrew. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 296, p. 567-576, jan. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098>.

SAKAMOTO, Haruka; ISHIKANE, Masahiro; GHAZNAVI, Cyrus; UEDA, Peter. Assessment of Suicide in Japan During the COVID-19 Pandemic vs Previous Years. **Jama Network Open**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 203, 2 fev. 2021. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37378>.

SCHMITT, Ricardo; LANG, Maria Gabriela; QUEVEDO, João; COLOMBO, Talita. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 115-123, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082008000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/LmtPptGw6PgY45PKPq7JDZh/?lang=en>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SEHNEM, Scheila Beatriz; PALOSQUI, Vanusa. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 365-378, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/624>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/zjnJtKz9vDSkD8dpRFmPhgg/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WHO. **Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries.** Geneva: World Health Organization, 2021. 142 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>. Acesso em: 07 jan. 2022.

YANES, Carolina Young. **Fatores sociodemográficos associados ao suicídio por enforcamento no estado de Santa Catarina - Brasil.** 2021. 57 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/220515>. Acesso em: 27 jul. 2021.