

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Número especial I

www.dive.sc.gov.br

SUICÍDIO EM SANTA CATARINA

TENTATIVAS, COMPORTAMENTO AUTOAGRESSIVO,
MORTALIDADE E PREVENÇÃO



Gerência de Análises
Epidemiológicas e Doenças e
Agravos Não Transmissíveis (GADNT)



SUMÁRIO

Introdução	3
Método	6
Panorama do suicídio no estado de Santa Catarina.....	7
As tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas.....	12
Considerações Finais	18
Referências Bibliográficas	19

INTRODUÇÃO

O termo **suicídio**, criado em 1737 por Desfontaines, é originário do latim e formado pelos elementos **sui** (si mesmo) e **cidium**, por sua vez proveniente de **caedere** (ação de matar), exprimindo a noção de uma ação que provoca intencionalmente a própria morte.

Por se tratar de uma ação voluntária e intencional, que objetiva cessar a própria vida após certo grau de reflexão, planejamento e ação, parte do ponto de vista que a morte significa o fim de tudo (SOLOMON, 2018). Faro & Santos (2018) argumentam que o suicídio pode emergir do desejo de não estar mais neste mundo, de morrer. Assim, quando não se encontra mais sentido na vida, o seu fim pode ser uma saída. Como afirma Gonçalves (2018), em momentos de desespero, ao enfrentar o dilema entre existir ou não existir, muitas pessoas decidem pela morte.

As tentativas de suicídio e o comportamento autoagressivo podem ser conceituados como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte, podendo envolver atos mais graves, para os quais são necessárias hospitalizações. Algumas autoagressões podem, ainda, não necessitar de atendimento médico, o que dificulta a realização de estudos acerca das tentativas de suicídio.

Minayo (2007) define as lesões autoprovocadas como:

Suicídio fatal: constitui-se no ato humano de tirar a própria vida.

Tentativa de suicídio: diz respeito ao ato de buscar a própria morte, sem que a intenção se consuma.

Ideação suicida: é um termo sinônimo de pensamento suicida. Pensar em se matar é comum entre os seres humanos quando enfrentam situações difíceis, conflituosas e dolorosas. Há vários graus de ideação, sendo que se torna particularmente problemática quando a pessoa imagina que sua vida perdeu o sentido.

Comportamento autopunitivo/autoagressivo: diz respeito ao procedimento de se infligir danos voluntariamente, como ferir-se de propósito, causar lesão a seu corpo, ficar sem se alimentar, entre outros.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), estima-se que aproximadamente 800 mil pessoas suicidam-se anualmente. Para cada pessoa que comete suicídio, diversas outras realizam tentativas e, além disso, estima-se que cada suicídio consumado tenha sido precedido por em torno de dez tentativas anteriores; por isso, considera-se a tentativa o principal fator de risco para o suicídio na população.

Dados do relatório da OMS apontaram que, em 2014, 420 mil pessoas morreram vítimas de guerra, enquanto 850 mil foram vítimas de autoextermínio, configurando-o como um problema mundial de saúde pública, além de uma das dez maiores causas de morte em todos os países, e das três maiores causas de morte entre os jovens de 15 a 29 anos no mundo (WHO, 2018). Estas informações também fazem parte do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, que destaca, ainda, o aumento no número de tentativas e de suicídios consumados.

Considerando a magnitude do problema, a OMS recomenda que o suicídio seja priorizado tanto no atendimento oferecido quanto no desenvolvimento de políticas de saúde pública. Para isso, os dados epidemiológicos são importantes para o reconhecimento da realidade, permitindo o direcionamento das medidas necessárias para o enfrentamento da situação. Trata-se de uma causa que, em muitos países, encontra-se em ascensão, afetando pessoas de quase todas as idades e acarretando elevado custo social e econômico (OPS, 2003). Deve-se considerar, segundo MINAYO (2015), que “o montante de seus dados, entretanto, é questionado por pesquisadores, visto que conceitos, religiões, hábitos de vida, legislação, formas de coleta e registro podem variar entre países, e mesmo dentro de cada país, subestimando sua verdadeira ocorrência na população”.

Para dar visibilidade ao fenômeno, em 2003, o dia 10 de setembro foi instituído pela OMS como o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. A cor amarela foi escolhida para representar a campanha, em razão da experiência vivida pela família Emme. Em 1994, Mike Emme, de 17 anos, matou-se. Mike era conhecido por sua personalidade caridosa e sua habilidade mecânica, tendo restaurado um Mustang 1968, que pintou de amarelo. Mike amava aquele carro e, por causa dele, começou a ser conhecido como “Mustang Mike”. No dia do funeral, os amigos colocaram em uma cesta fitas amarelas, disponíveis para quem quisesse usá-las, que traziam a seguinte mensagem: “Se você precisar, peça ajuda!”. Este ato provocou forte repercussão e, em poucas semanas, além de ter provocado o destaque do tema em diferentes espaços, levou muitos jovens a pedirem ajuda. A fita amarela foi escolhida como símbolo do programa que incentiva aqueles que têm pensamentos suicidas a buscar ajuda (PENSO & SENA, 2020).

No Brasil, entre 2011 e 2015, houve registro de 55.649 suicídios, o que representa uma taxa média de 5,5 óbitos por suicídio a cada 100 mil habitantes com idade acima de 10 anos. A ocorrência é heterogênea e algumas regiões apresentam taxas significativamente superiores (BRASIL, 2017). Entretanto, embora a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil seja uma das mais baixas quando comparada a diferentes países, o país se destaca entre os dez com maior número absoluto de mortes por essa causa (WHO, 2019).

A despeito do aumento do número de casos de tentativas de suicídio e de suicídios consumados, a partir de 2014, com a Portaria n.º 1271, o agravo passou a fazer parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2014). Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020 (BRASIL, 2017). E, em abril de 2019, foi promulgada a Lei n.º 13.819, que impõe a participação da sociedade civil e de instituições privadas de saúde e educação na promoção da saúde mental para prevenção de automutilação e suicídio, construindo a compreensão de que o suicídio precisa de ações conjuntas entre o governo e a sociedade.

Como mencionado por Andrew Solomon (2018), no campo do suicídio, retirar sua invisibilidade, trazendo-o para a área pública, sugere o desenvolvimento de novas perspectivas sob o aspecto do acolhimento, da compreensão, do cuidado e da valorização da vida.

Por representar um importante problema de saúde pública, é necessário fortalecer a discussão sobre o comportamento autoagressivo, suicídio e suas multifacetadas. Para Teti et al. (2014) a identificação desses fatores pode ser útil para reconhecer sinais de alerta de um possível comportamento suicida, favorecendo a antecipação de intervenções mais efetivas para sua prevenção.

Além disso, discutir sobre os fatores associados à tentativa de suicídio está em consonância com as estratégias preconizadas pela OMS no que se refere à expansão do conhecimento sobre a temática, com vistas a planejar estratégias apropriadas para prevenir mortes por suicídio.

Portanto, o objetivo deste Boletim Epidemiológico é analisar as notificações de lesão autoprovocada e suicídio consumado em todo território catarinense, com propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais da saúde e, através disso, fornecer dados que auxiliem na implementação de políticas públicas capazes de atuar na prevenção destes eventos.

MÉTODO

Considerando a magnitude da lesão autoprovocada e o desafio que envolve sua identificação, este boletim epidemiológico busca analisar as notificações de lesão autoprovocada e suicídio consumado no âmbito do Estado de Santa Catarina, através da análise de sexo, faixa etária, escolaridade, raça e região de saúde de residência.

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e transversal, realizado por meio de levantamento da base de dados de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), para os casos de tentativa de suicídio e autoagressão, e da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para os casos de suicídio consumado, ambos relacionados a residentes do Estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados entre os meses de julho e setembro de 2022, referentes ao período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021. Após a coleta, os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o *software Tabwin* e a planilha eletrônica *Google Docs*. Os achados foram apresentados em gráficos e tabelas e a discussão foi feita com base na produção científica sobre a temática.

As informações apresentadas neste boletim são referentes a lesão autoprovocada e suicídio, no qual a pessoa tinha *idade superior a dez anos*. Para as notificações do SINAN, relativas às autoagressões e tentativas de suicídio, foram consideradas exclusivamente as Fichas de Notificação Individual cujo campo 54 (A lesão foi autoprovocada?) tenha sido assinalado com 1 (sim), e o campo 61 (Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida) tenha sido assinalado com "Própria pessoa".

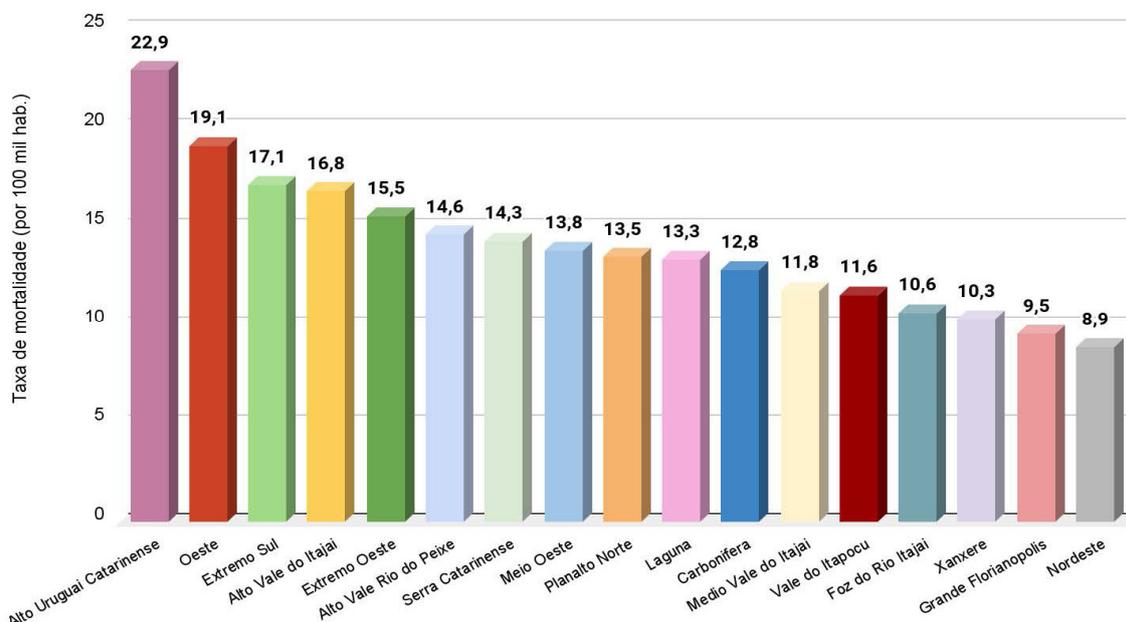
Para os cálculos de taxa de mortalidade por suicídio e de incidência de lesões autoprovocadas entre residentes do Estado de Santa Catarina, foram utilizadas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados através do DATASUS por meio do Tabnet.

PANORAMA DO SUICÍDIO NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio na população acima de 5 anos, com um aumento de 43% nos óbitos neste período. A análise descrita no Boletim Epidemiológico elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) demonstrou um aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do país, com destaque para os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina no ano de 2019, que apresentaram as maiores Taxas de Mortalidade por Suicídio (TMS) do país.

Durante o período de 2017 a 2021, foram notificados 3.888 casos de óbito por suicídio em Santa Catarina, chegando a taxa de 13,2 mortes a cada 100 mil habitantes no ano de 2021. No **Gráfico 1** é possível visualizar a TMS desse período entre as regiões de saúde do Estado, onde se destacaram o Alto Uruguai Catarinense (22,9 óbitos a cada 100 mil habitantes), Oeste (19,1) e Extremo Sul (17,1). As regiões que apresentaram as menores taxas foram Nordeste (8,9), Grande Florianópolis (9,5) e Xanxerê (10,3). É importante ressaltar que, além dos dados numéricos relacionados ao suicídio serem subestimados, a estatística prevê que, para cada suicídio consumado, foram realizadas entre dez e vinte tentativas (CANTÃO, 2016).

GRÁFICO 01: Taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes), por Região de Saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Estimativas populacionais preliminares do Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

A região do Alto Uruguai Catarinense se destacou com as mais altas TMS no Estado nos anos de 2017 a 2020, como demonstrado na **Tabela 1**, chegando a 25,4 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2018, embora com declínio de 17,6% entre os anos de 2017 (23,8) e 2021 (19,6). No ano de 2021, a maior taxa foi registrada na região Oeste (21,5). Em relação às menores taxas, no ano de 2017, foi registrada na região de saúde da Foz do Rio Itajaí (8,3/100 mil hab.), em 2018, pela Nordeste (8,2); em 2019, pela Grande Florianópolis (8,3); em 2020, pelo Médio Vale do Itajaí e Nordeste (9,3); e em 2021, pela Região de Xanxerê (8,0).

TABELA 01: Distribuição do número absoluto de óbitos (n) e taxa de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes (tx), por Região de Saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.

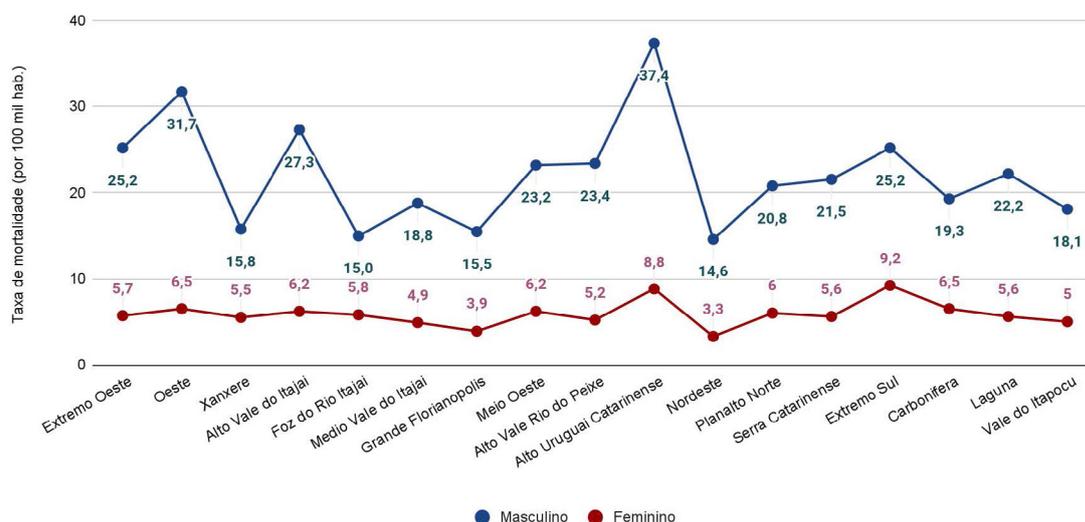
Região de Saúde	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	tx								
Extremo Oeste	23	11,3	31	15,2	30	14,7	39	19,0	36	17,5
Oeste	48	15,4	58	18,4	63	19,8	65	20,2	70	21,5
Xanxerê	23	13,4	15	8,7	18	10,4	22	12,7	14	8,0
Alto Vale do Itajaí	47	18,6	40	15,7	51	19,8	43	16,6	35	13,4
Foz do Rio Itajaí	49	8,3	60	10,0	76	12,3	72	11,4	61	9,5
Médio Vale do Itajaí	79	11,7	96	14,0	84	12,1	67	9,5	84	11,7
Grande Florianópolis	101	9,8	93	8,9	88	8,3	105	9,7	121	11,0
Meio Oeste	24	14,5	24	14,4	28	16,7	20	11,9	26	15,4
Alto Vale R. do Peixe	33	13,3	35	14,0	28	11,2	37	14,7	46	18,1
Alto Uruguai	30	23,8	32	25,4	28	22,1	30	23,6	25	19,6
Nordeste	56	9,2	51	8,2	53	8,4	61	9,5	59	9,1
Planalto Norte	45	14,0	40	12,4	42	13,0	38	11,7	51	15,6
Serra Catarinense	29	11,7	34	13,7	35	14,1	38	15,3	31	12,5
Extremo Sul	38	22,1	27	15,6	30	17,1	20	11,3	35	19,6
Carbonífera	45	12,0	39	10,3	52	13,6	43	11,1	66	16,9
Laguna	40	12,6	34	10,6	58	17,9	48	14,7	43	13,1
Vale do Itapocu	28	10,9	26	10,0	34	12,8	28	10,3	38	13,7
Santa Catarina	738	12,2	735	12,0	798	12,8	776	12,3	841	13,2

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Estimativas populacionais preliminares do Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

Quando comparadas as TMS por sexo, no período de 2017 a 2021, observou-se que as apresentadas pelos homens foram superiores em todas as regiões de saúde de Santa Catarina (**Gráfico 2**). A região que apresentou maior TMS entre os indivíduos do sexo masculino foi a do Alto Uruguai Catarinense (37,4 óbitos/100 mil habitantes), seguida da Região Oeste (31,7) e do Alto Vale do Itajaí (27,3). Para o sexo feminino, a Região do Alto Uruguai Catarinense apresentou a segunda maior taxa (8,8), tendo a primeira posição sido ocupada pela Região do Extremo Sul (9,2), e a terceira, pelas Regiões Carbonífera e Oeste (6,5).

Em um estudo realizado por Arruda et al. (2022), no que se refere ao gênero, revelou-se que entre as mulheres predominam as tentativas, enquanto nos homens, o suicídio consumado prevalece. No estado de Santa Catarina, os achados demonstraram perfil semelhante.

GRÁFICO 02: Taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes), por sexo, por Região de Saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.

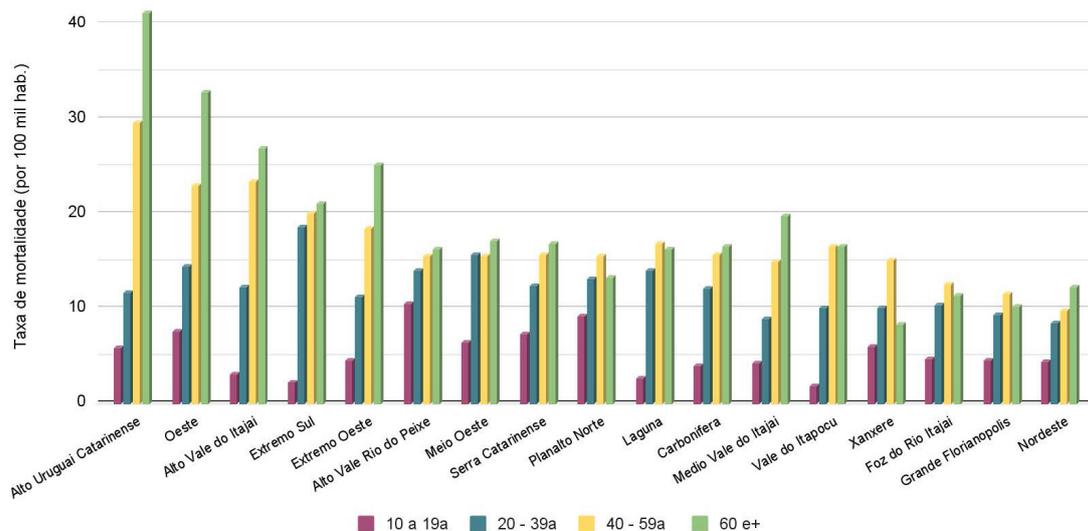


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Estimativas populacionais preliminares do Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

Segundo a OMS (2014), as taxas de suicídio entre idosos são as mais altas em quase todas as regiões do mundo, assim como também se destacam dentre as mais elevadas no Brasil (BRASIL, 2021). Quando avaliadas as TMS segundo faixa etária por região de saúde de Santa Catarina (**Gráfico 3**), identifica-se que 13 das 17 regiões do Estado apresentaram as mais altas taxas em pessoas com 60 anos ou mais de idade, no período de 2017 a 2021.

A região do Alto Uruguai chegou a TMS de 41,3 óbitos a cada 100 mil habitantes na faixa etária de 60 anos ou mais, seguida pela região Oeste (32,8) e Alto Vale do Itajaí (26,9). As mesmas regiões também sobressaíram com as mais altas TMS na faixa etária de 40 a 59 anos: Alto Uruguai Catarinense (29,7), Alto Vale do Itajaí (23,4) e Oeste (23,1). Nas faixas etárias mais jovens, as TMS entre 10 e 19 anos se destacaram no Alto Vale do Rio do Peixe (10,5 óbitos a cada 100 mil habitantes nessa faixa etária), Planalto Norte (9,3) e Oeste (7,7). Já dentre as pessoas com 20 a 39 anos as maiores taxas ficaram nas regiões Extremo Sul (18,7), Meio Oeste (15,7) e Oeste (14,5).

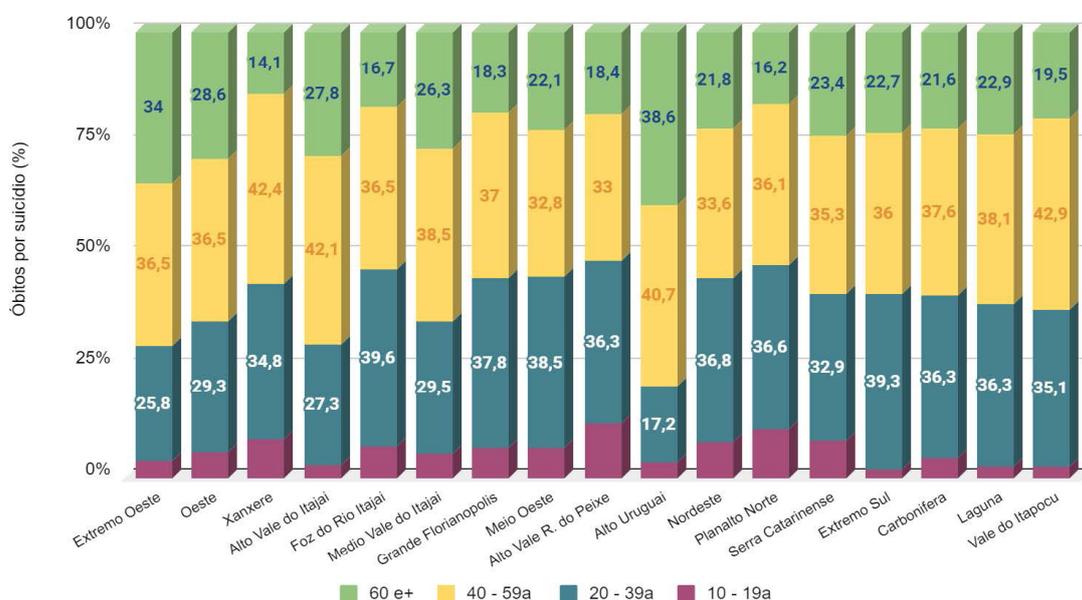
GRÁFICO 03: Taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes), por faixa etária, por Região de Saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Estimativas populacionais preliminares do Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

Quando avaliadas as proporções de óbitos por suicídio de acordo com a faixa etária por Região de Saúde, no período de 2017 a 2021, percebe-se que o maior percentual ocorreu entre os indivíduos de 40 a 59 anos na maior parte das regiões, com destaque para o Vale do Itapocu (42,9%), Xanxerê (42,4%) e Alto Vale do Itajaí (42,1%). Nas regiões que apresentaram perfil diferente, a faixa etária de maior proporção de óbitos por suicídio foi a dos 20 aos 39 anos, sendo que as maiores são as apresentadas pelas regiões da Foz do Rio Itajaí (39,6%), Extremo Sul (39,3%) e Meio Oeste (38,5%). Já a faixa etária com menor proporção de óbitos por suicídio foi a dos 10 aos 19 anos, na qual a proporção variou de 2,0% (Extremo Sul) a 12,3% (Alto Vale do Rio Itajaí) entre as regiões de saúde. No **Gráfico 4** é possível visualizar essa distribuição dentre as regiões do Estado Catarinense.

GRÁFICO 04: Proporção de óbitos por suicídio, por faixa etária, por Região de Saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E LESÕES AUTOPROVOCADAS

Segundo Werneck et al. (2006), a tentativa de suicídio tem sido o evento merecedor de maior destaque na literatura, uma vez que as estimativas apontam para chances entre 20 a 30 vezes mais elevadas de suicídio em indivíduos que apresentaram tentativas prévias. As estatísticas revelam que, para cada suicídio consumado, a pessoa teria efetuado anteriormente entre 10 e 20 tentativas. Além disso, quando o indivíduo consegue consumir sua intenção, o fato afeta emocionalmente outras 60 pessoas próximas (GONÇALVES, FREITAS & SEQUEIRA, 2011).

O maior índice de suicídio ocorre entre os homens (79%), todavia, a maior incidência de lesões autorprovocadas/tentativas de suicídio acontece entre as mulheres (BRASIL, 2018), e há de se levar em conta que os dados numéricos relacionados ao suicídio e às tentativas tendem a ser amplamente subestimados.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Rio Grande do Sul (2018), estado com as maiores taxas de suicídio no país, em 2016 foram notificados no Estado 3.700 casos de lesão autorprovocada, dos quais 1.837 foram definidos como tentativa de suicídio, equivalendo a uma taxa de 17,4 tentativas a cada 100 mil habitantes.

Em Santa Catarina, no período de 2017 a 2021, foram registradas 29.545 lesões autorprovocadas/tentativas de suicídio, o que representa pouco mais de sete vezes o número de suicídios consumados no Estado. Os maiores números ocorreram no ano de 2019 (7.910 ocorrências), seguido de 2021 (5.990). Nos anos de 2017, 2018 e 2020, foram notificadas 4.126, 5.679 e 5.840 lesões autorprovocadas/tentativas de suicídio, respectivamente.

Na **Tabela 2** é possível visualizar as taxas de incidência de lesões autorprovocadas/tentativa de suicídio para cada uma das regiões de saúde de Santa Catarina no decorrer dos anos de 2017 a 2021. A região Carbonífera apresentou a maior taxa no período (144,7/100 mil habitantes), destacando-se principalmente nos anos de 2018 (129,1) e 2021 (163,4). A região Alto Vale do Rio do Peixe sobressai em 2019 e 2020, com taxas de 214,0 e 147,8, respectivamente. A mais alta taxa de incidência no ano de 2017 foi a apresentada pela Região do Extremo Sul (106,7).

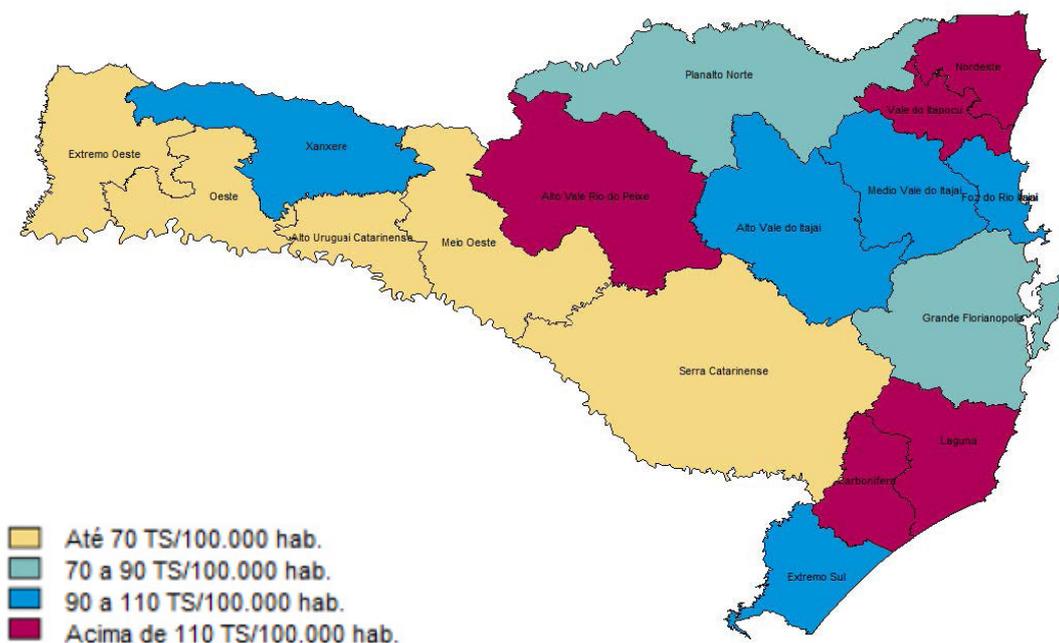
TABELA 02: Distribuição da taxa de incidência de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio (por 100 mil habitantes), por Região de Saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.

Região de Saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Extremo Oeste	55,0	56,3	94,7	68,2	52,5
Oeste	48,8	55,0	72,9	47,0	28,9
Xanxerê	81,1	94,1	141,1	114,0	92,8
Alto Vale do Itajaí	61,3	101,9	138,0	82,5	72,6
Foz do Rio Itajaí	64,4	81,0	126,0	83,8	109,3
Médio Vale do Itajaí	61,2	91,5	119,5	95,0	115,2
Grande Florianópolis	60,7	91,6	102,5	80,1	77,2
Meio Oeste	26,6	30,7	102,9	55,3	34,9
Alto Vale R. do Peixe	48,0	98,6	214,0	147,8	137,1
Alto Uruguai	27,8	50,7	116,2	81,9	63,6
Nordeste	102,7	123,6	163,0	125,0	111,7
Planalto Norte	51,5	80,7	114,9	72,5	68,1
Serra Catarinense	46,6	67,7	81,4	38,7	37,6
Extremo Sul	106,7	109,6	121,6	71,8	96,8
Carbonífera	106,5	129,1	184,2	61,6	163,4
Laguna	84,0	101,1	129,6	117,2	119,9
Vale do Itapocu	76,6	128,3	146,3	118,1	115,8
Santa Catarina	68,0	92,4	127,1	92,7	93,9

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Estimativas populacionais preliminares do Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

A distribuição das taxas de incidência de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio no Estado de Santa Catarina, no período de 2017 a 2021, é apresentada na **Figura 1**. Nela é possível observar que as regiões que apresentaram os maiores valores foram a Carbonífera (144,7/100 mil habitantes), Alto Vale do Rio do Peixe (129,3), Nordeste (125,3), Vale do Itapocu (117,3) e Laguna (110,5). As menores taxas foram observadas nas regiões do Meio Oeste (50,1), Oeste (50,4), Serra Catarinense (54,4), Extremo Oeste (65,3) e Alto Uruguai Catarinense (68,1).

FIGURA 01: Taxa de incidência de lesão autoprovocada/tentativa de suicídio. SC, 2017 a 2021.

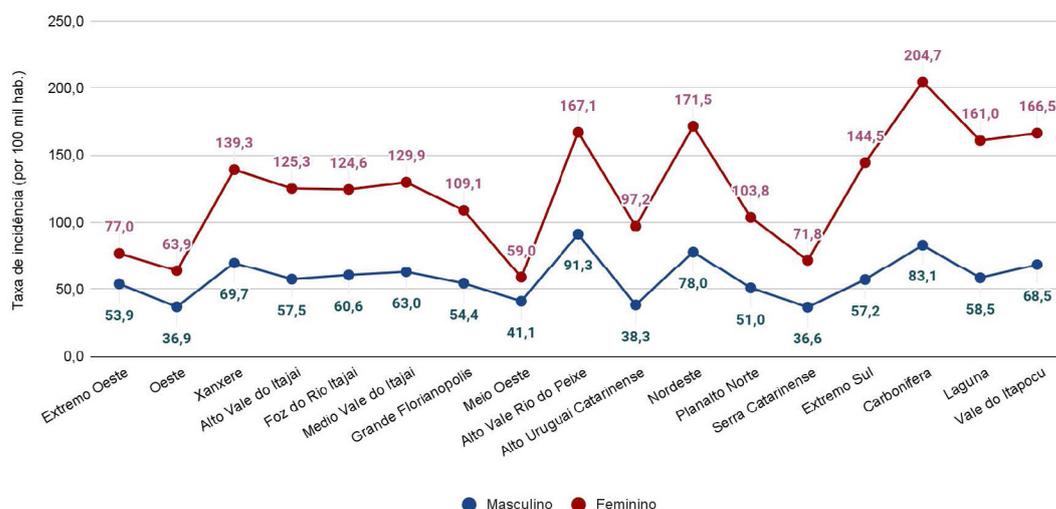


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Estimativas populacionais preliminares do Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

As mulheres apresentaram as maiores taxas de incidência de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio quando comparadas aos homens, dentre as regiões do Estado de Santa Catarina, no período de 2017 a 2021. Em sua maioria, para ambos os sexos, o ano de 2019 se destacou com as maiores taxas em todas as regiões.

No **Gráfico 5** tem-se a taxa de incidência de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio nos sexos feminino e masculino no período. O sexo feminino da região Carbonífera apresentou a maior taxa (204,7 a cada 100 mil hab.) de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio, seguido da região Nordeste (171,5 a cada 100 mil hab.) e Alto Vale do Rio do Peixe (167,1 a cada 100 mil hab.). Já o sexo masculino, tiveram destaque a região do Alto Vale do Rio do Peixe (91,3 a cada 100 mil hab.), Carbonífera (83,1 a cada 100 mil hab.) e Nordeste (78,0 a cada 100 mil hab.).

GRÁFICO 05: Taxa de incidência de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio por sexo. Santa Catarina, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Estimativas populacionais preliminares do Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

Em estudo realizado por Arruda et al. (2022), pôde-se perceber que, em todas as regiões do país a proporção de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio é maior em pessoas do sexo feminino, quando comparada a apresentada pelo sexo masculino, o que corrobora com os dados de Santa Catarina.

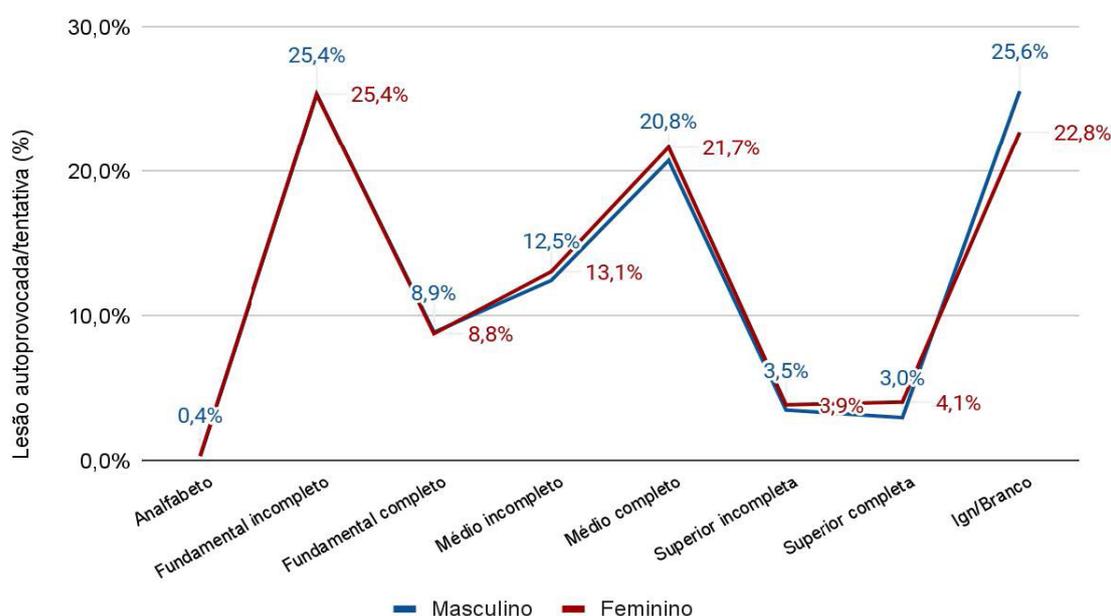
No Brasil, 49,4% dos casos de lesão autoprovocada/tentativa de suicídio em 2018 ocorreram entre pessoas brancas, enquanto a análise da Região Sul demonstrou que esta proporção foi de 80,7% dos casos notificados (ARRUDA et al., 2022). Segundo Silva e Marcolan (2021), neste mesmo ano no país, 34,2% das notificações de lesão autoprovocada ocorreram em pessoas pardas.

No território catarinense a raça/cor branca representa a maior proporção (89%) dos casos notificados quando comparada às demais, como parda (7%) e preta (3%). Contudo, há de se considerar as diferenças regionais que caracterizam a população brasileira, de forma que, em Santa Catarina, o percentual de pessoas brancas é de 87,6%, enquanto no Amazonas é de 3,8%. Para pessoas pardas, o percentual varia de 82,7% em Roraima a 6,3% em Santa Catarina.

Ao avaliar a taxa de incidência de lesão autoprovocada/tentativa de suicídio (por 100.000 hab.) considerando a raça/cor da população catarinense a partir dos dados disponíveis pelo último Censo demográfico do Brasil de 2010, percebe-se que a incidência entre as raças amarela e preta são superiores quando comparadas com a raça branca. No entanto, é necessária a atualização dos dados demográficos para garantir uma análise consistente. Outro ponto importante a ser destacado são os índices de incompletude deste campo na ficha de notificação, o que pode comprometer a análise e conhecimento da realidade de cada localidade.

Quando se avalia a ocorrência de lesão autoprovocada/tentativa de suicídio em relação a escolaridade por sexo, pode-se observar que o padrão de distribuição das proporções é similar. Em ambos os sexos, o grau de escolaridade com maior proporção de lesões dessa natureza é o ensino fundamental incompleto (25,4%, para ambos), conforme demonstra o **Gráfico 6**. Em segundo lugar, proporcionalmente, aparecem as mulheres (21,7%) e os homens (20,8%) com ensino médio completo. No entanto, destaca-se a alta proporção de notificações que não trazem esta informação, 25,6% das notificações no sexo masculino e 22,8% no feminino, o que compromete esta análise.

GRÁFICO 06: Proporção de lesão autoprovocada/tentativa de suicídio de acordo com escolaridade. Santa Catarina, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Um estudo realizado entre adultos coreanos, verificou que existe associação entre a baixa escolaridade e a tentativa de suicídio, o que pode ser explicado pelo fato de que, em geral, essas pessoas têm menor chance de competir por empregos e, portanto, adquirir maior renda e status social (SONG & LEE, 2016). No Brasil, ao se comparar a escolaridade dos sujeitos das lesões autoprovocadas de 2017 e 2018, a maior proporção ocorreu entre pessoas que haviam frequentado de 8 a 11 anos escolares (33,1% e 35,6%, respectivamente).

Com o intuito de estabelecer o caráter de repetição das lesões autoprovocadas/tentativas de suicídio, foram contabilizadas as notificações nas quais o campo 53 (Ocorreu outras vezes?) havia sido assinalado com 1 (sim). Observou-se que em 13.190 notificações a vítima havia cometido lesões autoprovocadas anteriormente, sendo que os resultados indicaram que as mulheres repetem autoagressões e tentativas de suicídio em maior proporção, quando comparadas aos homens, somando 71,8% dos casos.

Conforme mencionado pela OMS (2000), para cada suicídio cometido há outras tantas pessoas que tentam cometê-lo, e é importante saber que uma tentativa anterior é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral.

Em um estudo de revisão realizado por Ahmedani et al (2014), foi observado que aproximadamente 50% dos indivíduos que cometeram suicídio tiveram pelo menos uma visita a um serviço de saúde no mês anterior ao suicídio. Estes dados evidenciam a importância do atendimento eficaz, capaz de identificar os fatores de risco, sendo importante que não sejam ignoradas as ameaças de tentativa de suicídio. Além disso, demonstram a magnitude deste problema de saúde pública e sua importância na identificação dos riscos e na prevenção do suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste boletim, constatou-se a relevância do suicídio como problema de saúde pública, o que torna imprescindível o conhecimento da realidade catarinense. Estes achados podem representar o primeiro passo para a formulação e implementação de políticas públicas capazes de fortalecer as ações de prevenção das lesões autoprovocadas, que acarretam no suicídio propriamente dito.

Foi possível observar divergências nas taxas de mortalidade por suicídio em diferentes regiões do estado de Santa Catarina, assim como diferentes associações entre faixas etárias, sexos, raça/cor e escolaridade, corroborando aos achados na literatura. O entendimento e a divulgação destes resultados tem por intuito contribuir para a discussão estruturada sobre o tema e, então, amparar a elaboração de políticas públicas, de forma intersetorial, levando em conta sua ocorrência e a especificidade dos fatores associados.

Apesar da magnitude da ocorrência do suicídio e o espaço que o tema ganha nas discussões diante do aumento do número de casos, acredita-se que aconteçam em número ainda maior. Os resultados obtidos, que apontam a ocorrência de sete vezes mais tentativas do que o suicídio consumado, demonstram a necessidade de políticas, sobretudo, de prevenção, uma vez que o número de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio anteriores representam uma elevação do risco de ocorrência.

É importante que os profissionais estejam preparados e atentos no que se refere à identificação e manejo dos fatores de risco ao suicídio, elaborando ações específicas nos diferentes níveis de atenção à saúde. É necessário o estudo do aspecto preventivo em relação às lesões autoprovocadas, a fim de que sejam elaboradas estratégias preventivas eficazes, uma vez que expandir o conhecimento acerca desse tema tão relevante é fundamental para que propostas de cuidado e intervenção sejam elaboradas de forma mais individualizada e assertiva no território catarinense.

Por fim, vale ressaltar a importância da notificação das lesões autoprovocadas no âmbito estadual, pois, assim como em todo território nacional, acredita-se que estes números sejam ainda maiores, e que sua subnotificação ou mau preenchimento das fichas de notificação influenciam na análise dos dados e na possibilidade de intervenção. A adequada notificação deste problema de saúde pública permitirá reconhecer a magnitude da ocorrência das tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas na população catarinense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. **Health care contacts in the year before suicide death.** J Gen Int Med. 2014;29(6):870-7. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026491/>. Acesso em 08 set. 2022.

ARRUDA, L.E.S. et al. **A dor silenciosa do corpo: análise dos casos de violência autoprovocadas no Brasil.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. 27, p. 38-53, jun. 2022. Disponível em <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602022000100038&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 set. 2022. Epub 30-Jun-2022. <https://doi.org/10.19131/rpesm.323>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Brasília, DF: 2017c, v. 48, n. 30. Disponível em: Acesso em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf> Acesso em 05 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília, DF: 2021, v. 52, n. 33. Disponível em: file:///C:/Users/arcenoap/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVS_33_final.pdf. Acesso em 30 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-idosa> Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tentativas e suicídios na população idosa do Brasil.** Boletim Epidemiológico. v. 5 Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: Acesso em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf Acesso em 30 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II – Painel de indicadores do SUS nº 5.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. Disponível em: Acesso em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf Acesso em 05 set. 2022.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Suicídio. Saber, agir e prevenir.** Brasília: SVS; 2017. Disponível em: Acesso em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf Acesso em 12 set. 2022.

FARO, A.; SANTOS, L. C. S. **Suicídio na adolescência: panorama, cuidados e escuta.** In: ANGERAMI, V. A. (Org.). Sobre o suicídio: psicoterapia diante da autodestruição, p. 169-189. Belo Horizonte: Artesã, 2018.

FLORENTINO, B.R.B. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes.** Fractal Rev Psicol. 2015;27(2):139-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/805>. Acesso em 13 set 2022.

GONÇALVES, A. M.; FREITAS, P. P. de; SEQUEIRA, C. A. da C. **Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e de proteção.** Millenium, v. 40, p. 149-159, 2011.

GONÇALVES, B. Sobre o desespero. In: ANGERAMI, A. A. (Org.). Sobre o suicídio: a psicoterapia diante da autodestruição. Belo Horizonte: Artesã, 2018.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio** [recurso eletrônico]. 2018. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf> Acesso em: 13 set. 2022.

MINAYO, M.C.S. et al. **Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil.** In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: MS; 2015. p. 327-342.

MINAYO, M. C. S. **Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção**. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 311-331. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: 10.7476/9788575415887.016. Also available in ePUB from: <https://books.scielo.org/id/7yzzrw/pdf/njaine-9788575415887-16.pdf> Acesso em 13 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa sobre suicídio**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: Acesso em: <https://www.paho.org/pt/node/72968>. Acesso em 13 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenindo o suicídio: um imperativo global**. Genebra: OPAS/OMS, 2014. Disponível em: Acesso em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em 12 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Programa de ação global para superar lacunas na saúde mental**. Guia de Intervenção mhGAP para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Substâncias no Nível de Atenção à Saúde Não Especializada. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.pdf Acesso em: 18 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde para adolescentes do mundo: uma segunda chance na segunda década**. Resumo. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141455>. Acesso em: 18 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Suicídio** [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio> Acesso em: 18 set. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Washington, D.C.: OPS; 2003. Disponível em: Acesso em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>. Acesso em 26 set. 2022.

PENSO, M.A.; SENA, D.P.A. **A desesperança do jovem e o suicídio como solução**. Soc. estado., Brasília, v. 35, n. 1, p. 61-81, Jan. 2020. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922020000100061&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 set. 2022.

SOLOMON, A. **Um crime da solidão: reflexões sobre o suicídio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SILVA, D.A.; MARCOLAN, J.F.. **Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica / Suicide attempt and death by suicide in Brazil: an epidemiological analysis**. Medicina (Ribeirão Preto, Online); 54(4)2021. tab, graf Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-1359391 Biblioteca responsável: BR26.1. Disponível em: Acesso em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/181793/180443>. Acesso em 26 set. 2022.

SONG, H. B.; LEE, S. A. (2016). **Socioeconomic and lifestyle factors as risks for suicidal behavior among Korean adults**. Journal of Affective Disorders, 197, 21-28. Disponível em: Acesso em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715308843>. Acesso em 14 set. 2022.

TETI, G.L. et al. Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. Rev Panam Salud Pública. 2014[citado em 2017 jul. 04];36(2):124-33. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n2/124-133/pt/>. Acesso em 13 set. 2022.

WERNECK, G.L. et al. **Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro**. Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(10):2201-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DZwPptyDv9pq77F6pVddZTp/?lang=pt>. Acesso em 13 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide data**. WHO Press: Geneva (CH): WHO; 2019 [cited 2020 Mar 16]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>. Acesso em 13 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide in the world: Global Health Estimates**. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 13 set. 2022.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde uma publicação técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 – Anexo I – 1º andar – Centro – Florianópolis – CEP: 88010-002 – Fone: (48)3664-7400. www.dive.sc.gov.br

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governo do Estado: Carlos Moisés da Silva | **Secretário de Estado da Saúde:** André Motta Ribeiro | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Eduardo Marques Macário | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto B. Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos não Transmissíveis:** Aline Piacessi Arceno | **Coordenadora do Setor de Doenças e Agravos não Transmissíveis:** Maria Fernanda Regueira Breda | **Criação e Elaboração:** Monique Meneses de Aguiar D’Ávila e Maria Fernanda Regueira Breda | **Revisão Técnica:** Aline Piacessi Arceno e João Augusto B. Fuck | **Colaboradores:** Adriana Elias, Aline Piacessi Arceno, Heloisa Anastácia da Silva e Veridiana Fagundes Nascimento | **Produção:** Núcleo de Comunicação DIVE/SC | **Supervisão e Revisão:** Patrícia Pozzo | **Diagramação:** Any Kayuri Okasawara.

FICHA CATALOGRÁFICA

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Suicídio em Santa Catarina: tentativas, comportamento autoagressivo, mortalidade e prevenção. Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico. Ed. Especial. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças
e Agravos Não Transmissíveis

