

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Ano XV — Edição Especial
Março de 2019



www.dive.sc.gov.br



SUICÍDIO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS E DE ÓBITOS POR SUICÍDIO NO ESTADO DE SANTA CATARINA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (2012-2017)

INTRODUÇÃO

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal.⁵

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde a cada 40 segundos, uma pessoa se suicida no mundo e estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio.²⁻³

O recente Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, do Ministério da Saúde, apontaram a grave situação relacionada ao suicídio em Santa Catarina. O estado faz parte da região Sul que, apesar de concentrar apenas 14% da população do país, concentra 23% dos registros de suicídio.

Por mais que o cenário atual seja alarmante, o suicídio pode e deve ser prevenido.³ De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os suicídios podem ser evitáveis atribuindo à prevenção do suicídio uma alta prioridade, independentemente da posição atual do país em termos de taxas ou atividades de prevenção do suicídio. Os programas devem incluir intervenções oportunas e eficazes baseadas em dados científicos, tratamento e apoio. A questão do suicídio não pesa exclusivamente no setor da saúde; tem múltiplos impactos em muitos setores e na sociedade como um todo.⁴

Analisando todo este cenário, ao qual o suicídio continua a ser tratado como um tabu surge à necessidade de abordar o tema, levando em consideração os traumas e impactos que o suicídio acarreta na sociedade.¹

Nesse sentido, o objetivo deste boletim é expor a situação epidemiológica das tentativas e óbito por suicídio no estado de Santa Catarina e a atual Rede de Atenção Psicossocial.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta importante papel na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois é uma das portas de entrada ordenadora do sistema de saúde e situa-se próxima às comunidades. As pessoas acometidas por transtorno mental, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, desde alterações leves até as mais graves, merecem cuidado na APS como as que sofrem das demais condições crônicas de saúde.

Como o estigma social e o próprio prejuízo decorrente da doença afeta negativamente a capacidade de cuidado geral de saúde do portador de transtorno mental, a atenção primária deve transpor esses desafios para ofertar assistência integral.

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM).

O recente Boletim Epidemiológico das tentativas de suicídio do Brasil revela que os sistemas de informação a saúde, coleta e análise de dados referentes às tentativas de suicídio e óbito por suicídio, representam um importante papel para que sejam traçadas estratégias de prevenção ao suicídio. Os dados epidemiológicos são obtidos por meio do Sinan e do SIM. Vale relembra que as tentativas de suicídio são de notificação compulsória e imediata; devendo, assim, serem feitas de forma objetiva, com um olhar clínico e holístico, a fim de prevenir a ocorrência e concretização de novas tentativas de suicídio no futuro. Existem barreiras a serem superadas, porém reconhecer que o suicídio é um problema de saúde pública é um passo primordial para destinar recursos a sua prevenção e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas.

MÉTODO

Este boletim se refere a um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio, bem como aqueles que foram a óbito por essa causa no estado de Santa Catarina, no período de 2012 a 2017.

Os dados referentes às lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio foram extraídos dos dados de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), a partir das fichas de notificação individual de violência interpessoal/ autoprovocada no período de 2012 a 2017. Os dados referentes aos óbitos foram captados pela declaração de óbito e registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2012 a 2017. Os óbitos foram codificados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10).⁷

Realizou-se análise descritiva das características sociodemográficas (raça/cor, escolaridade e idade) e de ocorrência (meio utilizado e situação conjugal) dos casos de lesões autoprovocadas e de óbito, segundo o sexo dos indivíduos.

Entre as lesões autoprovocadas, foram selecionadas aquelas notificadas como tentativa de suicídio. Destaca-se que ideação suicida não é objeto de notificação e, para a presente análise, foram consideradas todas as variações apresentadas no banco de dados para tentativa de suicídio, tentativas de cessar a própria vida e autoextermínio. Para esses casos procedeu-se, de forma similar, com a descrição das características sociodemográficas dos casos e das ocorrências.

Com relação aos óbitos por suicídio, foram utilizados, para este boletim, os óbitos cujas causas básicas foram classificadas como: lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), Envenenamento de intenção indeterminada (Y10 a Y19) e sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0).

Foram calculadas as taxas brutas de mortalidade segundo sexo (masculino e feminino), por 100 mil habitantes, das seguintes variáveis: faixa etária (10 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 anos ou mais); escolaridade, em anos de estudo (0 a 3; 4 a 7; 8 a 11; 12 e mais); e raça/cor da pele (branca, negra (preta + parda), amarela e indígena). Essa variação, entre 2012 e 2017, foi estimada subtraindo-se os valores das taxas. Foram utilizadas, como denominadores para o cálculo das taxas de mortalidade, as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais, do ano e região referência. Além disso, foram descritas as proporções, para

ambos os sexos, das variáveis: estado civil (solteiro/ divorciado/viúvo; casado/união estável) e meio utilizado para autoprovocar a lesão (enforcamento; intoxicação exógena; arma de fogo; e outras formas).

PERFIL DO NÚMERO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO SEGUNDO SEXO EM SANTA CATARINA REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE (SIM) NO PERÍODO DE 2012 – 2017

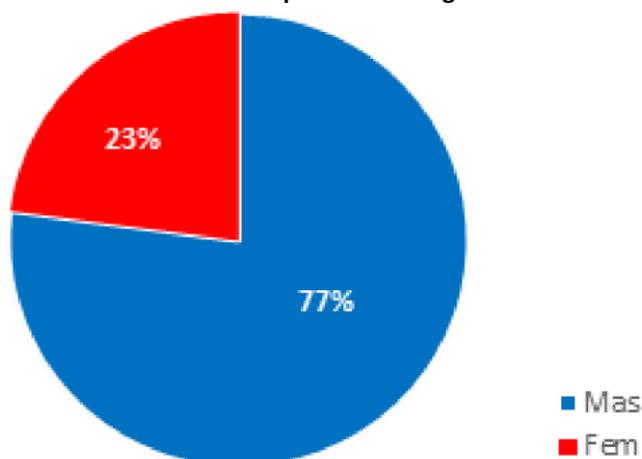
No período de 2012 a 2017, foram notificados no SIM, 3.759 óbitos por suicídio. Desse total, 2.897 casos são referentes ao sexo masculino e 862 casos do sexo feminino (Tabela 1); caracterizando neste cenário um percentual de óbitos por suicídio de 23% entre as mulheres e 77% nos homens entre os anos de 2012 a 2017 (Gráfico 1).

Tabela 1 - Número de óbitos por suicídio segundo sexo e ano da ocorrência - SC - 2012 a 2017

Ano do óbito	Masculino	Feminino	Geral
2012	426	133	559
2013	446	128	574
2014	443	146	589
2015	499	139	638
2016	515	159	674
2017	568	157	725
Total	2897	862	3759

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Gráfico 1 – Percentual de óbitos por suicídio segundo sexo - SC - 2012 a 2017



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Observa-se que houve um aumento do número de óbitos do sexo masculino compreendidos entre os anos de 2012 a 2017 tendo uma taxa de 13,0/100 mil hab. no ano de 2012 a 16,2/100 mil hab. no ano de 2017 enquanto os registros da taxa de óbitos no sexo feminino foram de 4,1/100 mil hab. no ano de 2012 a 4,5/ mil hab. no ano de 2017 (Gráfico 2).

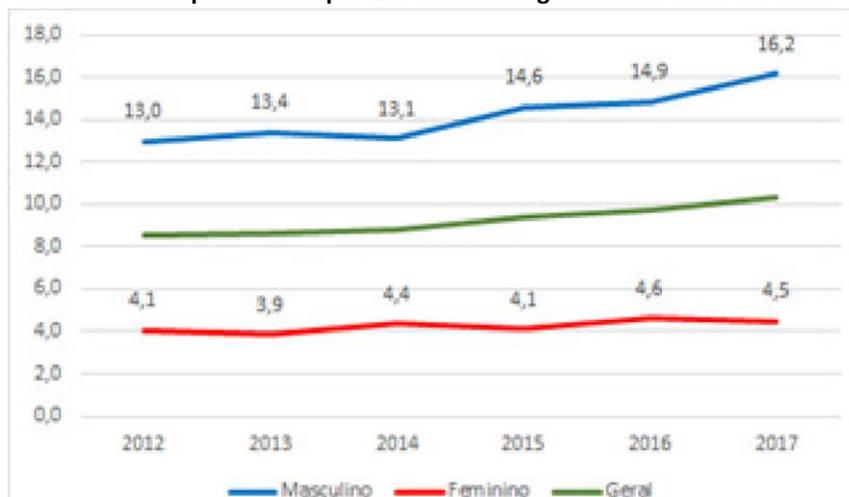
Tabela 2 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab. segundo sexo e ano do óbito - SC - 2012 a 2017

Ano do óbito	Masculino	Feminino	Geral
2012	13,0	4,1	8,5
2013	13,4	3,9	8,7

2014	13,1	4,4	8,8
2015	14,6	4,1	9,4
2016	14,9	4,6	9,8
2017	16,2	4,5	10,4
Varição	1,5	0,1	0,5

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab. segundo sexo e ano do óbito - SC - 2012 a 2017



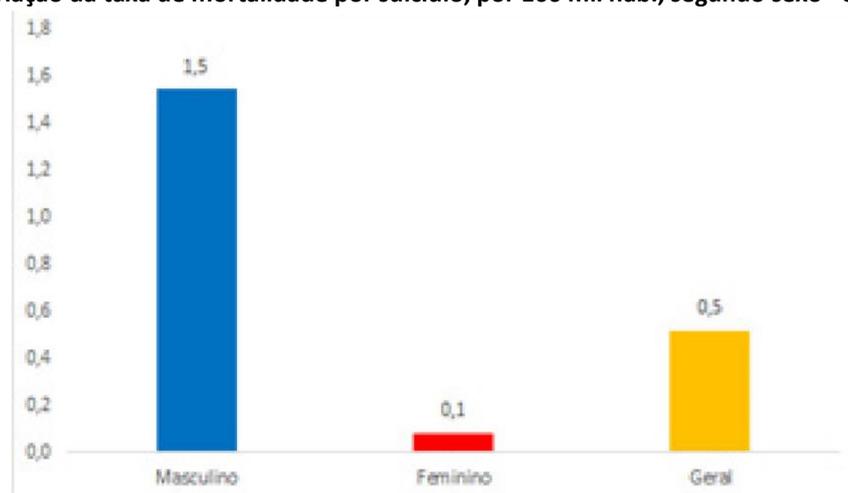
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Nota-se, neste cenário, uma variação de mortalidade por suicídio de 1,5/100 mil hab. entre os anos de 2012 a 2017 referentes ao público masculino e de 0,1/100 mil hab. referente ao sexo feminino, tendo assim, uma variação total de 0,5/100 mil hab. em ambos os sexos no corte de tempo do estudo aqui explicito (Gráfico 3).

A taxa de mortalidade por suicídio é muito variável de acordo com a faixa etária, conforme levantamento dos dados compreendidos entre os anos de 2012 a 2017. Verifica-se que há uma maior incidência de óbitos no grupo masculino com faixa de 70 anos e mais (31,1/100 mil hab.) enquanto a maior taxa de óbitos no sexo feminino está compreendida entre as faixas etárias de 50 a 59 anos (7,9/100 mil hab.).

O Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, lançado em setembro de 2017, revela uma alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos. Nessa faixa etária foi registrada uma média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. A média nacional é 5,5 por 100 mil. Diante deste perfil, o estado catarinense apresenta, nesta faixa etária, quase que o dobro da média nacional, 15,9 por 100 mil hab., nos dados obtidos entre os anos de 2012 a 2017, e atualmente é o segundo com as maiores taxas do país.

Gráfico 3 - Variação da taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil hab., segundo sexo - SC - 2012 a 2017



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Tabela 3 - Taxa média de mortalidade por suicídio, por 100 mi hab., segundo faixa etária e sexo - SC - 2012 a 2017

Faixa Etária (em anos)	Masculino	Feminino	Geral
10 a 19	4,9	2,1	3,5
20 a 29	13,7	2,7	8,4
30 a 39	14,9	5,0	10,1
40 a 49	19,2	6,8	13,0
50 a 59	25,0	7,9	16,4
60 a 69	25,7	6,9	15,9
70 e mais	31,1	5,0	15,9

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

A análise das notificações de óbitos, raça e cor, mostrou que 88,9% dos homens eram brancos e 9,2% eram negros (pardos + pretos) (Tabela 5); 17,9% possuíam escolaridade compreendidos entre 01 a 03 anos de estudo configurando um total de 518 óbitos, enquanto 30,2% possuíam escolaridade entre 08 a 11 anos de estudo totalizando 875 óbitos no sexo masculino. Entre as mulheres, 90% eram brancas e 7,4% eram negras (preta+parda); 29,4% possuíam escolaridade entre 08 a 11 anos de estudo totalizando 258 óbitos, enquanto 14,4% possuíam escolaridade de 01 a 03 anos de estudo totalizando 124 óbitos (Tabela 4).

A ocorrência de óbitos para indivíduos sem escolaridade variou em 2,1% em ambos os sexos; num total de 61 óbitos entre os homens e 18 óbitos entre as mulheres. O maior percentual de óbitos registrados, de ambos os sexos, foram os indivíduos com escolaridade entre 08 a 11 anos de estudo num total de 1.133 óbitos o que equivale a 30,1% do total.

Tabela 4 - Número e percentual de óbitos por suicídio segundo sexo e escolaridade (em anos de estudo) - SC - 2012 a 2017

Escolaridade (em anos de estudo)	Masculino		Feminino		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
S/ escolaridade	61	2,1	18	2,1	79	2,1
01 a 03	518	17,9	124	14,4	642	17,1
04 a 07	860	29,7	253	29,4	1113	29,6
08 a 11	875	30,2	258	29,9	1133	30,1
12 e +	242	8,4	113	13,1	355	9,4
S/ Informação	341	11,8	96	11,1	437	11,6

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Tabela 5 - Percentual de óbitos por suicídio segundo sexo e raça /cor - SC - 2012 a 2017

Raça/Cor	Masculino	Feminino	Geral
Branca	4,9	2,1	3,5
Negra (Preta + Parda)	13,7	2,7	8,4
Amarela	14,9	5,0	10,1
Indígena	19,2	6,8	13,0
Não informado	25,0	7,9	16,4

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Os dados revelam altos índices de óbitos por suicídio entre homens com situação conjugal considerado como solteiro, viúvo e/ou separado; 1.360 casos registrados pelo SIM (Tabela 6) correspondendo a um percentual de 46,9%. Um índice totalmente inferior, porém, não muito menos insignificante, entre as mulheres ao qual corresponde a 426 óbitos/ 49,9% (Gráfico 4) dos casos registrados entre os anos de 2012 a 2017. Os que apresentavam união estável ou eram casados; representam 45,5% dos óbitos masculinos e 42,9% do total de óbitos femininos. De modo geral, o perfil dos indivíduos que evoluíram para óbito por suicídio foi semelhante entre os sexos; 47,5% referentes à situação conjugal considerada como solteiro(a), viúvo(a) e/ou separado(a) e 44,9% aos que apresentavam união estável ou eram casados.

Tabela 6 - Número e percentual de óbitos por suicídio segundo sexo e situação conjugal - SC - 2012 a 2017

Situação conjugal	Masculino		Feminino		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiro(a)/Viúvo(a)/Separado(a)	1360	46,9	426	49,4	1786	47,5
Casado(a)/União Estável	1319	45,5	370	42,9	1689	44,9
Sem informação	218	7,5	66	7,7	284	7,6

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Dentre os 2.897 óbitos masculinos, registrados entre os anos de 2012 e 2017, 2.242 foram efetivados por meio de enforcamento, sendo este, o considerado o maior percentual; 77,4%. Nota-se que o perfil das mulheres que evoluíram a óbito por meio de intoxicação exógena, 371 casos registrados, é maior do que aquelas que cometeram o ato contra a vida por meio de arma de fogo, 282 casos. Paralelamente a este panorama observa-se que os óbitos masculinos por meio de intoxicação exógena, 200 casos registrados, é menor do que aqueles acometidos por armas de fogo, 247 casos registrados (Tabela 7).

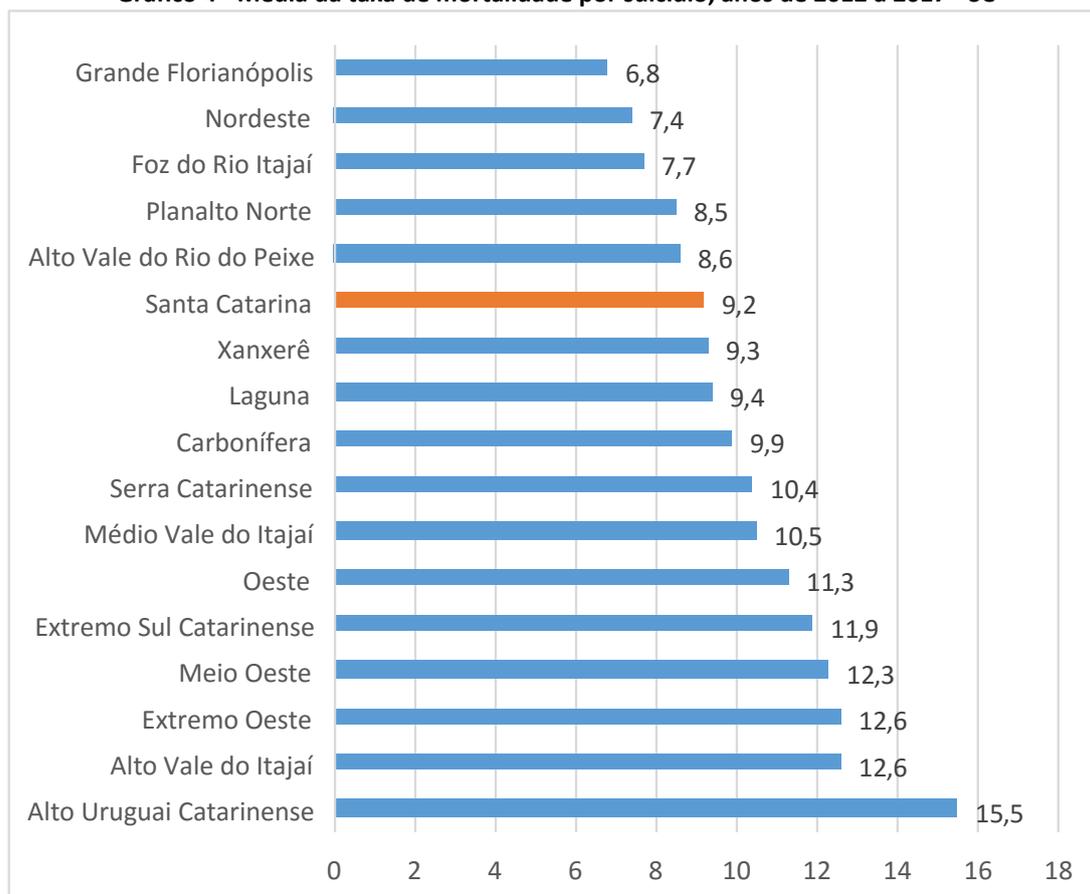
Tabela 7 - Número e percentual de óbitos por suicídio segundo sexo e meio utilizado - SC - 2012 a 2017

Meio utilizado	Masculino		Feminino		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enforcamento	2242	77,4	550	63,8	2792	73,6
Intoxicação exógena	200	6,9	171	19,8	371	9,8
Arma de fogo	247	8,5	35	4,1	282	7,4
Outros	208	7,2	106	12,3	314	8,3

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

Vale ressaltar que a taxa média de óbitos entre os anos de 2012 e 2017 foi de 15,5/100 mil hab. na macrorregião do Alto do Uruguai enquanto a macrorregião da Grande Florianópolis apresentou uma taxa média de 6,8/100 mil hab. (Gráfico 4).

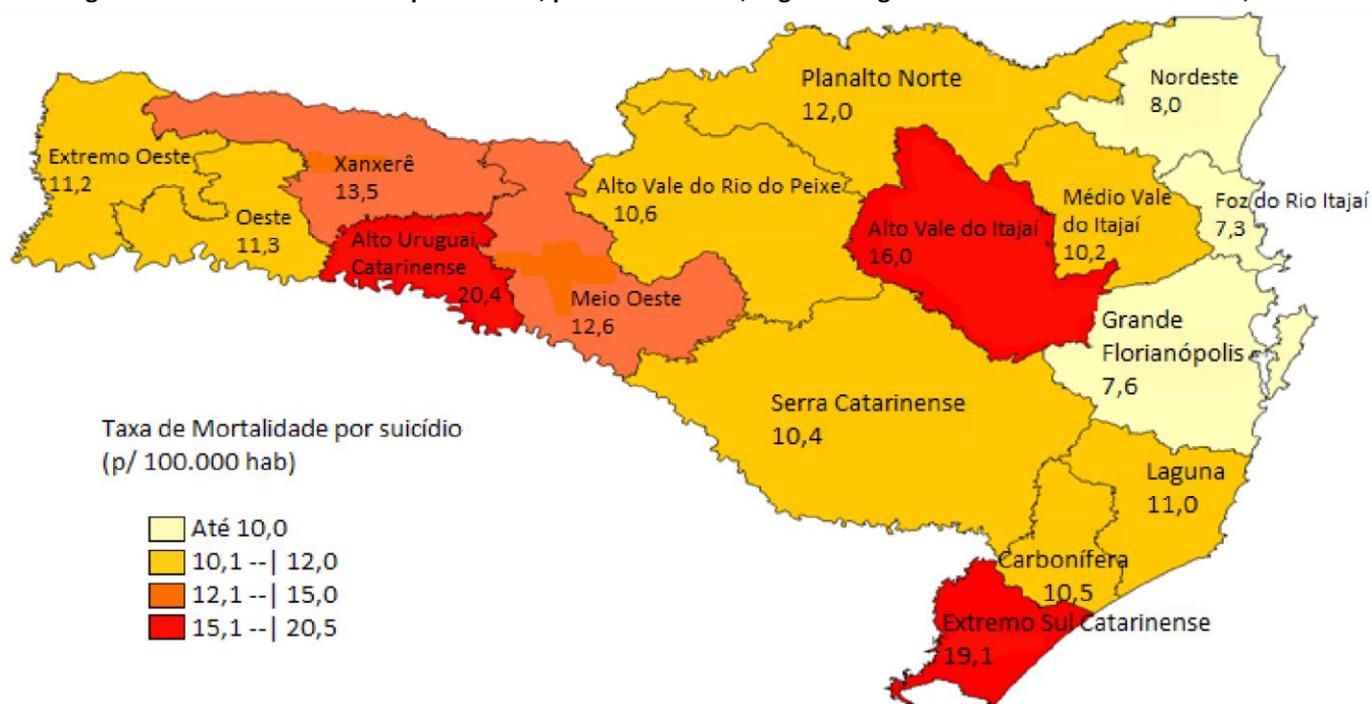
Gráfico 4 - Média da taxa de mortalidade por suicídio, anos de 2012 a 2017 - SC



Fonte : Sinan/DIVE/SES/SC

A distribuição espacial da taxa de mortalidade por suicídio no território do estado de Santa Catarina (Figura 1), no ano de 2017, nos permite analisar suas regiões e as taxas de mortalidade por suicídios correspondentes. Nota-se que a Grande Florianópolis apresenta a menor taxa de mortalidade (7,6), quando comparada as outras regiões de saúde. Já a maior ocorre no Alto Vale Uruguai Catarinense, com expressiva mortalidade com taxa de 20,4 / 100.000 hab.

Figura 1 - Taxa de mortalidade por suicídio, por 100.000 hab., segundo regiões de saúde de Santa Catarina, 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DIVE / SES - Dados atualizados em 03 de setembro de 2018.

PERFIL DAS LESÕES AUTOPROVOCADAS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NO PERÍODO DE 2012 A 2017

A tentativa de suicídio envolve condutas voltadas para se ferir em que há intenção de se matar, podendo resultar em ferimento ou morte. Se a tentativa de suicídio resulta em morte, passa a ser definida como suicídio. Já o comportamento suicida se refere a um tipo de conduta da pessoa que busca se ferir ou se matar. A lesão autoprovocada é a violência que a pessoa inflige a si mesmo, podendo ser subdividida em comportamento suicida e em autoagressão (engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros).⁸

Em Santa Catarina, no período de 2012 a 2017, foram notificados no Sinan 16.694 casos de violência autoprovocada. Desse total, 5.933 (35,5%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada entre os homens e 10.761 (64,5%) casos em mulheres.

A análise das notificações das lesões autoprovocadas no sexo feminino, segundo raça/ cor, mostrou que 87,5% das mulheres eram brancas e 9,4%, negras (pardas + pretas). Em relação à escolaridade 29,3% delas apresentavam ensino médio incompleto ou completo e 6,7% ensino superior incompleto ou completo. Destaca-se o elevado percentual de casos com escolaridade ignorada (23,3%). A ocorrência de lesão autoprovocada se concentrou nas faixas etárias de 10 a 49 anos, representando 86,4% dos casos. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 27,2% dessas mulheres. A grande maioria delas, 90,0%, residia na zona urbana (Tabela 8).

Entre os homens, 86,3% eram brancos e 10,3% negros (pardos + pretos); 25,7% apresentavam ensino médio incompleto ou completo e 6,0% ensino superior incompleto ou completo. A ocorrência de lesão autoprovocada também se concentrou nas faixas etárias de 10 a 49 anos, representando 82,5% dos casos. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 24,2% desses homens.

Tabela 8 - Características dos casos notificados de lesão autoprovocada, segundo sexo, Santa Catarina, 2012 a 2017

Característica dos casos	Masculino (N=5.933)		Feminino (N=10.761)	
	Nº	%	Nº	%
Raça				
Ign/Em Branco	118	2,0	234	2,2
Branca	5123	86,3	9417	87,5
Preta	204	3,4	385	3,6
Amarela	27	0,5	42	0,4
Parda	410	6,9	632	5,9
Indígena	51	0,9	51	0,5
Escolaridade				
Ign/Em Branco	1450	24,4	2511	23,3
Analfabeto	41	0,7	52	0,5
1ª a 4ª série incompleta do EF	433	7,3	606	5,6
4ª série completa do EF	332	5,6	563	5,2
5ª a 8ª série incompleta do EF	1147	19,3	2103	19,5
Ensino fundamental completo	560	9,4	986	9,2
Ensino médio incompleto	599	10,1	1222	11,4
Ensino médio completo	923	15,6	1910	17,7
Educação superior incompleta	174	2,9	356	3,3
Educação superior completa	183	3,1	371	3,4
Não se aplica	91	1,5	81	0,8
Faixa Etária (em anos)				
0-9	99	1,7	93	0,9
10-19	1099	17,0	2355	21,9
20-34	2422	40,8	3749	34,8
35-49	1467	24,7	3196	29,7
50-64	662	11,2	1163	10,8
65-79	238	4,0	178	1,7
80 e+	36	0,6	27	0,3
Presença de deficiência/Transtorno				
Ign/Em Branco	710	12,0	1085	10,1
Sim	1433	24,2	2932	27,2
Não	3790	63,9	6744	62,7
Zona de Residência				
Ign/Em Branco	237	4,0	366	3,4

Urbana	5108	86,1	9681	90,0
Rural	539	9,1	635	5,9
Periurbana	49	0,8	79	0,7

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE-SC.

A análise das notificações de tentativa de suicídio em mulheres é duas vezes maior se comparado as notificações masculinas. Ao todo foram registrados 1.050 casos de tentativas de suicídio até o fim de agosto do de 2018; sendo que destes 278 casos compreendiam mulheres com faixa etária entre 20 e 29 anos. Do mesmo modo, a quantidade de óbitos no grupo masculino é maior com aqueles com faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos; 162 casos registrados (Tabela 9).

Tabela 9 - Número de tentativas de suicídio por faixa etária segundo sexo. Santa Catarina-2018*

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Geral
05 a 09	2	0	2
10 a 14	19	60	79
15 a 19	77	171	248
20 a 29	162	278	440
30 a 39	97	234	331
40 a 49	76	177	253
50	2	17	19
50 a 59	42	78	120
60 a 69	19	24	43
70 a 79	4	9	13
80 e mais	2	2	4
Total	502	1050	1552

Fonte : Sinan/DIVE/SES/SC. *2018 até 25 de agosto - dados coletados em 30/08/2018.

Do total de tentativa de suicídio registrada no Sinan até o fim de agosto de 2018; 1.552, a maior parte foi notificada na macrorregião de saúde da Grande Florianópolis; 464 casos. Não houve casos registrados na macrorregião de Xanxerê, Alto Vale do Rio do Peixe e Alto Uruguai Catarinense até o fim de agosto do ano de 2018 (Tabela 10).

Tabela 10 - Número de tentativas de suicídio segundo Região de Saúde de residência. Santa Catarina, 2018*

16 Regiões de Residência	Masculino	Feminino	Geral
Xanxerê	2	0	2
Alto Vale do Itajaí	6	2	8
Foz do Rio Itajaí	151	73	224
Médio Vale do Itajaí	138	69	207
Grande Florianópolis	294	170	464
Alto Vale do Rio do Peixe	2	0	2
Alto Uruguai Catarinense	1	0	1
Nordeste	301	139	440
Planalto Norte	7	2	9
Serra Catarinense	4	1	5
Extremo Sul Catarinense	2	2	4

Carbonífera	131	41	172
Laguna	9	3	12
Total	1048	502	1550

Fonte : Sinan/DIVE/SES/SC. *2018 até 25 de agosto - dados coletados em 30/08/2018.

DISCUSSÃO

A Secretaria Estadual de Saúde divide o território catarinense em oito macrorregiões de saúde: Extremo Oeste, Oeste, Planalto Serrano, Sul, Grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Planalto Norte e Nordeste, e estas em 16 regiões de saúde. As taxas de morte por suicídio no Estado apresentam variações significativas em todas elas, assim como no restante do Brasil, sendo a região do Alto Uruguai Catarinense a de maior taxa de mortalidade, constituída por quinze municípios, a maioria tipicamente rural e a média populacional é de apenas 8.097 habitantes.

Apenas cinco municípios da região do Alto Uruguai possuem mais de cinco mil habitantes: Concórdia, Seara, Irani, Ipumirim e Itá. A região do Alto Vale do Rio do Peixe, com vinte municípios, apresenta a 9ª taxa de mortalidade por suicídio no Estado e a região Meio-Oeste apresenta também vinte municípios, sendo a 3ª em taxa de mortalidade por suicídio no estado. Assim, considerando os dados epidemiológicos e a logística (regiões da mesma macrorregião), essas foram as três regiões escolhidas para iniciarmos a execução do Plano Estadual, além das cidades de Florianópolis e São José, por já possuírem ações regionais com potencial para multiplicação futuramente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o conhecimento sobre o comportamento suicida aumentou enormemente nas últimas décadas. Investigações, por exemplo, mostram a importância de interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais na determinação do comportamento suicida⁴.

Ao mesmo tempo, a epidemiologia ajudou a identificar muitos fatores de risco e proteção contra o suicídio, tanto na população em geral quanto nos grupos vulneráveis.

Tentativas anteriores a um suicídio agravam ainda mais o risco de um suicídio futuro. Além disso, os fatores de risco mais importantes incluem a ideação persistente sobre fazer-se mal e planos definidos e preparações para cometer suicídio⁴. Sendo assim, o grupo mais vulnerável é aquele indivíduo que possui os meios, um plano específico e a oportunidade para consumir o suicídio, e a falta de algo ou alguém que o detenha. Reconhecer os determinantes para o risco associados com o comportamento suicida é um passo primordial para a tomada de decisão clínica. Reconhecer tais fatores pode orientar a prevenção, a intervenção e ajudar os profissionais a identificar os indivíduos de maior risco.

REFERÊNCIAS

- 1- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula-Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2018.
- 2- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2017 Sep 19]. 88p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 World Health Organization. Mental health. Suicide data [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 10]. Available in: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- 3- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Public health action for the prevention of suicide: a framework. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=183F92FA1CEDF96F1B74D3123284788C?sequence=1>. Acesso em: 17 setembro 2018
- 4- OPAS/OMS. Prevención del suicidio: um imperativo global. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=C72A7083713C71CFF6DECF68AD386927?sequence=1>
- 5- CFM/ABP. Suicídio: informando para prevenir. 2014. Disponível em https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf> Acesso em 17 de setembro de 2018.
- 6- MS.Secretaria do Estado da Saúde. Ministério da Saúde divulga 1º boletim de suicídio no país; é a quarta causa de morte entre jovens. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/2017/09/21/ministerio-da-saude-divulga-1-boletim-de-suicidio-no-paise-a-quarta-caoa-de-morte-entre-jovens/>> Acesso em: 20 de setembro de 2018.
- 7- Organização Mundial de Saúde. CID-10: tradução Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.
- 8- BAHIA Camila Alves, AVANCI Javiana Quintes, PINTO Liana Wernersbach, MINAYO Maria Cecilia de Souza. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2841.pdf>> Acesso em 20 de setembro de 2018.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é um boletim 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

Governo do Estado: Carlos Moisés da Silva | Secretário de Estado da Saúde: Helton de Souza Zeferino | Secretário Adjunto: André Mota Ribeiro | Superintendente de Vigilância em Saúde: Raquel Ribeiro Bittencourt | Diretora de Vigilância Epidemiológica: Maria Teresa Agostini | Gerente de Vigilância de Doenças e Agravos Crônicos (GEVRA): Maria da Graça Chraim dos Anjos | Desenvolvido por: Coordenação Estadual de Saúde Mental | Produção: Núcleo de Comunicação DIVE/SC | Supervisão: Patrícia Pozzo - Revisão: Bruna Matos - Diagramação: Nayara Gomes