

Mortalidade por suicídio na 5ª mesorregião de perícia Santa Catarina: Análise dos casos

RESUMO | Objetivo: analisar o perfil dos óbitos por suicídio necropsiados pelo Instituto Geral de Perícias/Chapecó, entre janeiro 2007 e dezembro 2016. Método: estudo exploratório descritivo retrospectivo, obteve aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFS) sob parecer nº 1.826.221. Dados obtidos nos registros de necropsia e declarações de óbito de mortes por suicídio, organizados em planilhas eletrônicas, analisados pelo teste qui quadrado, e discutidos com base na literatura. Resultados: analisados 335 óbitos. À análise estatística univariada, significância para sexo, faixa etária, escolaridade e situação conjugal. Análise de tendência temporal apontou incremento nas taxas entre 30-39 anos e acima de 60 anos. Conclusão: o fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde mental é necessário.

Descritores: Suicídio; Saúde mental; Epidemiologia; Enfermagem; Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT | Objective: to analyze the profile of deaths by suicide autopsied by the Instituto Geral de Perícias/Chapecó, between January 2007 and December 2016. Method: a retrospective descriptive exploratory study, which obtained ethical approval from the Ethics Committee for Research with Human Beings (CEP/UFS) under opinion No. 1,826,221. Data obtained from autopsy records and death certificates of deaths by suicide, organized in electronic spreadsheets, analyzed by the chi-square test, and discussed based on the literature. Results: analyzed 335 deaths. Univariate statistical analysis revealed significance for sex, age group, education and marital status. Time trend analysis showed an increase in rates between 30-39 years and over 60 years. Conclusion: the strengthening of public policies aimed at mental health is necessary.

Keywords: Suicide; Mental health; Epidemiology; Nursing; Health services research.

RESUMEN | Objetivo: analizar el perfil de las muertes por suicidio autopsiadas por el Instituto Geral de Perícias/Chapecó, entre enero de 2007 y diciembre de 2016. Método: estudio exploratorio descriptivo retrospectivo, obtuvo aprobación ética del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (CEP/ UFS) bajo dictamen N° 1.826.221. Datos obtenidos de autopsias y certificados de defunción de muertes por suicidio, organizados en hojas de cálculo electrónicas, analizados por la prueba de chi-cuadrado y discutidos con base en la literatura. Resultados: se analizaron 335 defunciones. El análisis estadístico univariado reveló significancia para sexo, grupo de edad, educación y estado civil. El análisis de tendencia temporal mostró un aumento en las tasas entre 30-39 años y mayores de 60 años. Conclusión: es necesario el fortalecimiento de las políticas públicas dirigidas a la salud mental.

Palabras claves: Suicidio; Salud mental; Epidemiología; Enfermagem; Investigación en servicios de salud.

Marceli Cleunice Hanauer

Enfermeira. Me. em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Responsável Técnica Eixo Saúde Faculdade Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), Chapecó SC, Brasil.
ORCID: 0000-0002-5798-2709

Valéria Faganello Madureira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Docente Associado, curso de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus Chapecó SC, Brasil.
ORCID: 0000-0001-7990-3613

Jaqueline Ana Foschera

Enfermeira. Especialista em saúde pública. Professora Prefeitura Municipal de Chapecó SC, Brasil.
ORCID: 0000-0003-3591-6986

Larissa Tombini

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela

UFSC. Docente Adjunto na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus Chapecó SC, Brasil.
ORCID: 0000-0002-6699-4955

Vanessa Ritiele Schossler

Enfermeira. Pós-graduação Lato sensu na modalidade residência multiprofissional em saúde da família. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Quilombo SC, Brasil.
ORCID: 0000-0001-9209-4224

Daniel Christian Wagner

Enfermeiro. Especialista em Paciente Crítico: Urgência, Emergência e UTI. Enfermeiro no Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux, Brusque SC, Brasil.
ORCID:0000-0003-0702-207X

Recebido em: 20/06/2022

Aprovado em: 08/08/2022

INTRODUÇÃO

Segundo dados epidemiológicos ocorreram mais de 110.000 mortes por suicídio isso representa 43% de aumento do total de óbitos no Brasil entre 2010 e 2019, tornando-se a 15ª causa de morte na população geral e a segunda entre jovens de 15 a 29 anos. Estima-se que 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos e que, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 cometam tentativas suicidas⁽¹⁾. O suicídio tem se tornado cada vez mais comum, sendo considerado um grave problema de saúde pública, que traz consigo elevado gasto com serviços de saúde, além da importante perda humana^(2,3).

Dados nacionais apontam para a problemática do suicídio no Estado de Santa Catarina que, apesar de representar 14% da população brasileira, acumula 23% dos registros nacionais de mortes por essa causa⁽⁴⁾.

O Estado integra a Região Sul do Brasil, considerada a de maior taxa de mortalidade por suicídio do território nacional⁽⁵⁾. Nesta região, assim como no restante do país, as taxas e o perfil da mortalidade por suicídio apresentam variações regionais significativas, reafirmando a importância de análises granulares para a orientação de medidas de prevenção, conforme as realidades observadas. Para fins administrativos, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) divide o território catarinense em dezesseis regiões de saúde. Porém, o Instituto Geral de Perícias utiliza outra divisão, totalizando nove mesorregiões e, dentro destas, trinta núcleos. Chapecó sedia a 5ª Mesorregional de Perícias de Fronteira, objeto deste estudo, a qual 76 municípios.

A análise dos dados divulgados pela SES/SC para o ano 2019⁽⁴⁾ permite perceber que os óbitos por suicídio nas cidades atendidas pela 5ª Mesorregional do IGP somam 56,4%, o que representa o índice mais alto do Estado catarinense.

Dado que o registro oportuno e o monitoramento regular dos óbitos por suicídio constituem recursos primários para a eficácia das estratégias de prevenção⁽⁶⁾, identificar grupos específicos em risco é fundamental. Neste sentido, o uso de dados desagregados, a exemplo de faixas etárias é indicado, de forma a orientar intervenções que atendam às necessidades de populações e regiões específicas.

Apesar do cenário, poucos estudos têm sido realizados na região, cujos achados possam descrever o fenômeno, seja no aspecto epidemiológico ou social. Neste sentido, este trabalho busca analisar o perfil dos óbitos por suicídio necropsiados pelo Instituto Geral de Perícias/Chapecó, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2016.

Crê-se que os resultados possam orientar a elaboração e ou o fortalecimento de políticas públicas relativas a saúde mental, assim como resgatar o papel e atuação da enfermagem na prevenção do suicídio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico

exploratório descritivo, de caráter quantitativo retrospectivo, realizado a partir de dados de mortes por suicídio necropsiadas pelo Instituto Geral de Perícias de Santa Catarina, 5ª Gerência Mesorregional de Perícias de Fronteira, núcleo Chapecó/SC.

O estado de Santa Catarina caracteriza-se por ser um estado de moderada extensão territorial, com população estimada em 7.164.788 habitantes em 2019. Com 295 municípios, é a 11ª unidade da federação mais populosa do Brasil e, 3ª no ranking nacional de melhor IDH (0,774)(7).

Os dados foram coletados em análise direta dos registros de necropsia das declarações de óbito (DO) da instituição, relativos ao período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016, declarações anteriores e após este período foram excluídas do estudo.

Durante a coleta, os dados foram registrados em planilha do aplicativo Excel. Nesta ferramenta utilizou-se apenas o número do laudo e as iniciais do nome do caso. Foram coletados dados de todos os laudos de necropsia de mortes por suicídio atendidas pelo serviço, no período, totalizando 335 casos.

Foram coletados dados referentes a: iniciais do nome da vítima, data do óbito, horário do óbito, idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, local do fato, local do óbito, causa do óbito, observações/detalhes do fato, nome do médico legista, nome do auxiliar, exame toxicológico e alcoolemia. A informação referente ao local de ocorrência do fato, ausente na DO, foi resgatada no Boletim de Ocorrência (BO) do caso. Informações relativas ao ano de 2007 foram levantadas no setor de vigilância epidemiológica municipal.

A análise dos dados teve como abordagem inicial a estatística descritiva com a distribuição de frequências simples e relativa. Para a comparação de proporções entre as categorias de uma mesma variável (Análise Univariada) foi utilizado o teste Qui-quadrado, levando em consideração a distribuição teórica de homogeneidade entre as categorias comparadas.

Taxas padronizadas de mortalidade por suicídio segundo faixa-etária (por 100 mil habitantes) foram analisadas. As taxas foram ajustadas pelo método direto, tomando a po-

pulação residente no estado de Santa Catarina no ano 2012 segundo cada faixa etária, como padrão. A tendência das taxas por suicídio nos grupos etários (14-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e 60 e mais anos) foi analisada através do modelo de regressão linear, considerando-se como variáveis dependentes as taxas de mortalidade por suicídio de cada grupo etário e, como variável independente o tempo/anos do período do estudo. Foi considerado aumento da tendência temporal quando Beta maior que zero ($\beta > 0$) estatisticamente significativo (p -valor $< 0,05$); diminuição da tendência quando Beta menor de zero ($\beta < 0$) estatisticamente significativo (p -valor $< 0,05$) e tendência temporal estável quando o valor de Beta (β) não foi estatisticamente significativo (p -valor $> 0,05$).

Os dados receberam tratamento estatístico através do software Statistical Package to Social Sciences for Windows. Para critérios de decisão adotou-se o nível de significância (α) de 5%.

O estudo seguiu todas as recomendações éticas oriundas do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFFS) sob parecer nº 1.826.221.

RESULTADOS

Foram analisados 335 casos de suicídio. Quanto ao perfil socioeconômico (Tabela 1) observa-se maior prevalência e diferenças significativamente maiores no sexo masculino (79,8%) ($\chi^2_{\text{calc}}=131,037$; $p < 0,001$), em indivíduos casados (42,7%) ($\chi^2_{\text{calc}}=245,685$; $p < 0,001$) e com ensino fundamental incompleto (47,5) ($\chi^2_{\text{calc}}=413,251$; $p < 0,001$). A análise segundo faixa etária apontou para as faixas acima de 50 anos com número de suicídios significativamente maior quando comparado às demais faixas de idade ($\chi^2_{\text{calc}}=98,024$; $p < 0,001$). A distribuição dos óbitos por suicídio segundo método utilizado concentrou maior frequência no método de enforcamento (77,9). Ainda sobre o tipo de ocorrência de suicídios, buscou-se identificar as causas do acidente segundo sobre os diferentes dias da semana. No entanto, em razão da grande prevalência de asfixia mecânica,

este método permaneceu em destaque. Desta forma, há evidências de que o predomínio significativo da asfixia se mostrou estatisticamente semelhante em todos os dias da semana ($\chi^2_{\text{calc}}=12,461$; $p=0,650$). A ausência de diferença estatisticamente significativa se manteve na comparação da causa do óbito e relação aos anos ($\chi^2_{\text{calc}}=9,833$; $p=0,466$).

À análise univariada para comparação das proporções, não houve diferença estatisticamente significativa entre os meses do ano ($\chi^2_{\text{calc}}=10,748$; $p=0,465$), indicando distribuição semelhante das ocorrências de suicídio ao longo destes (Tabela 2).

Na distribuição anual observou-se um crescimento em 2016^(13,6) em comparação a 2007 (3,0), sendo que o maior número de casos ocorreu em 2014^(13,9). Na comparação das proporções observadas ano a ano houve diferença estatisticamente significativa ($\chi^2_{\text{calc}}=38,682$; $p<0,001$), indicando que o número de casos de suicídio mostrou-se significativamente mais elevado nos anos de 2016, 2014, 2012 e 2011, quando comparados aos anos de 2007, 2008, 2010 e 2015.

Em relação ao dia da semana, os destaques foram para o domingo, sábado e segunda, que se mostraram significativamente maiores que o número de casos detectados de terça a sexta-feira ($\chi^2_{\text{calc}}=21,455$; $p=0,011$). Quanto ao turno, em 31,3% dos óbitos por suicídio o fato ocorreu à tarde, seguido do turno da manhã (25,7%). Tais proporções se mostraram significativamente maiores ($\chi^2_{\text{calc}}=19,229$; $p=0,026$) que os números observados nos turnos da noite e da madrugada.

Considerando o total de casos, houve evidências estatísticas para aceitar a hipótese de que a tendência da mortalidade por suicídio é de aumento, tendo sido observados crescimentos médios anuais de 0,5 e 1 caso para cada cem mil pessoas nas faixas etárias entre 30-39 anos e 60 anos e mais, respectivamente (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os achados reforçam a população masculina como predominante nas mortes por suicídio, coerente com o observado em outros estudos nos níveis nacional, estadual e

municipal^(4,8,9). Recente pesquisa realizada a partir da notificação individual de violência interpessoal/ autoprovocada no período de 2012 a 2017 evidenciou, para Santa Catarina,

o predomínio do sexo masculino correspondendo a 77%⁽⁴⁾.

Ainda, no que se refere ao método utilizado para cometer o suicídio, prevaleceu,

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos óbitos por suicídio necropsiados na mesorregião da 5ª Gerência Mesorregional de Perícias de Fronteira/núcleo Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2017.

| Variável socioeconômica | N(%) | χ^2_{calc} | p-valor* |
|-------------------------|-------------|------------------------|----------|
| Sexo | | 131,037 | < 0,001 |
| Masculino | 267 (79,7) | | |
| Feminino | 60 (17,9) | | |
| NI | 8 (2,4) | | |
| Faixa etária | | 98,024 | < 0,001 |
| 14-19 anos | 22 (6,6) | | |
| 20-29 anos | 56 (16,7) | | |
| 30-39 anos | 48 (14,3) | | |
| 40-49 anos | 61 (18,2) | | |
| 50-59 anos | 71 (21,2) | | |
| 60 + anos | 73 (21,8) | | |
| NI | 4 (1,2) | | |
| Escolaridade | | 413,251 | < 0,001 |
| Analfabeto | 16 (4,8) | | |
| Fundamental incompleto | 158 (47,2) | | |
| Fundamental completo | 55 (16,4) | | |
| Médio completo | 48 (14,3) | | |
| Superior completo | 15 (4,5) | | |
| NI | 43 (12,8) | | |
| Situação conjugal | | 245,685 | < 0,001 |
| Casado | 175 (52,1) | | |
| Solteiro | 95 (28,4) | | |
| Divorciado | 27 (8,1) | | |
| Viúvo | 15 (4,5) | | |
| NI | 23 (6,9) | | |
| Método Utilizado | | 12,461 | 0,650 |
| Afogamento | 6 (1,8) | | |
| Arma branca | 4 (1,2) | | |
| Arma de fogo | 26 (7,8) | | |
| Enforcamento | 261 (77,9) | | |
| Envenenamento | 12 (3,6) | | |
| Incêndio | 2 (0,6) | | |
| Queda de nível | 6 (1,8) | | |
| NI | 18 (5,4) | | |
| Total | 335 (100,0) | | |

*análise univariada Qui-quadrado
Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

entre homens e mulheres, o enforcamento, a exemplo do observado em outros estudos⁽⁸⁾. Apesar do predomínio do uso deste método, cabe destaque para diferenças observadas entre os sexos. Enquanto o sexo feminino recorre ao afogamento (5%) e intoxicação exógena (3,3%), o masculino o faz em proporções de 1,2% e 0,75%, respectivamente.

Um dado que chama a atenção é o estado civil, pois, enquanto outros estudos nacionais^(10,11) apontam maior vulnerabilidade de casados, viúvos ou divorciados ao suicídio, este estudo identifica maior proporção entre casados. Assim, a maior parte dos óbitos por suicídios foram significativamente de casados (42,7%) e solteiros (28,5%) ($\chi^2_{\text{calc}}=245,685$; $p<0,001$) e com escolaridade de ensino fundamental incompleto (47,5%) ($\chi^2_{\text{calc}}=413,251$; $p<0,001$).

Tais resultados podem refletir um determinado período ou associar-se a fatores financeiros, como crise econômica e desemprego de indivíduos provedores de recursos para a família, os quais podem levar ao uso de álcool e drogas, problemas familiares e sintomas depressivos⁽¹²⁾. Condições como essas são favoráveis à maior prevalência de transtornos mentais, ideações e práticas suicidas, comumente associados a indivíduos economicamente desfavorecidos, com baixa escolaridade, menor nível socioeconômico, preditores de piores condições de vida e saúde mental⁽¹³⁾.

A região oeste de Santa Catarina, na qual o presente estudo foi desenvolvido, tem predominância de produção agrícola em pequenas e grandes propriedades, o que demanda utilização de agrotóxicos, bem como períodos em que financiamentos necessitam de negociação. Tal situação pode ser um agravante na ocorrência do suicídio, por gerar sofrimento e sentimento de impotência. Pesquisa desenvolvida no Sul do país evidenciou que o sofrimento provocado por perdas financeiras, pelo trabalho e a religião foram determinantes para que ocorresse o suicídio em agricultores de origem alemã⁽¹⁴⁾.

Embora dados estaduais indicam as altas taxas de suicídio entre idosos com idade acima de 60 anos⁽⁴⁾, este estudo alerta para a tendência de incremento nas taxas observa-

Tabela 2 – Caracterização dos óbitos por suicídio necropsiados na mesorregião da 5ª Gerência Mesorregional de Perícias de Fronteira/núcleo Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2017.

| Ocorrência Suicídio | N(%) | χ^2_{calc} | p-valor* |
|---------------------|------------|------------------------|----------|
| Ano | | 38,682 | > 0,001 |
| 2007 | 10 (3,0) | | |
| 2008 | 20 (6,0) | | |
| 2009 | 36 (10,7) | | |
| 2010 | 29 (8,7) | | |
| 2011 | 41 (12,2) | | |
| 2012 | 40 (12,0) | | |
| 2013 | 37 (11,0) | | |
| 2014 | 47 (14,0) | | |
| 2015 | 29 (8,7) | | |
| 2016 | 46 (13,7) | | |
| Mês | | 10,748 | 0,465 |
| Janeiro | 24 (7,2) | | |
| Fevereiro | 27 (8,1) | | |
| Março | 20 (6,0) | | |
| Abril | 19 (5,7) | | |
| Maior | 33 (9,8) | | |
| Junho | 32 (9,6) | | |
| Julho | 23 (6,9) | | |
| Agosto | 33 (9,8) | | |
| Setembro | 31 (9,2) | | |
| Outubro | 32 (9,6) | | |
| Novembro | 30 (8,9) | | |
| Dezembro | 31 (9,2) | | |
| Dia da semana | | 21,455 | 0,011 |
| Segunda-feira | 54 (16,1) | | |
| Terça-feira | 35 (10,5) | | |
| Quarta-feira | 43 (12,8) | | |
| Quinta-feira | 51 (15,2) | | |
| Sexta-feira | 40 (11,9) | | |
| Sábado | 55 (16,4) | | |
| Domingo | 57 (17,1) | | |
| Turno | | 19,229 | 0,026 |
| Manhã | 86 (25,7) | | |
| Tarde | 105 (31,3) | | |
| Noite | 74 (22,1) | | |
| Madrugada | 61 (18,2) | | |
| NI | 9 (2,7) | | |
| Total | 335 (100) | | |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

das nesta e na população adulta jovem entre 30-39 anos, ao longo dos anos analisados.

Apesar da maior taxa média para o período ter sido observada entre homens acima de

60 anos (2,0 suicídios/100mil habitantes), o maior aumento (166%) no período ocorreu entre homens de 30-39 anos (0,6 em 2007 para 1,6 em 2016). As taxas de suicídio observadas nesta região em estudo convergem e corroboram para os índices estaduais, colocando o estado catarinense em no ranking nacional^(1,15) de mortes por suicídio.

A predominância de indivíduos do sexo masculino, da faixa etária acima dos 50 anos e com baixa escolaridade dentre os suicídios converge com outros estudos^(10,11).

Percebe-se outro elemento marcante nesses estudos: o crescimento de casos ano após ano. No boletim divulgado, do período inicial das análises (2012) ao ano final (2017), houve uma variação de 0,5/100 mil habitantes, subindo de 8,5 para 10,4 a cada 100 mil hab. em média geral⁽⁴⁾. Ocorreu o mesmo nos dados do presente estudo, mas em período diferente, correspondendo a 3,0% em 2007 e 13,6% em 2016. Da mesma forma, em análise de 2000 a 2013, o ano de 2013 evidenciou um aumento significativo de suicídios. Segundo os autores a região sudeste apresentou o maior percentual de um total de 10 mil casos, representando 36%, em seguida apareceu Centro-Oeste e Norte com 16,7%, Nordeste e Sul com 23,7% e 23,3%. Cabe salientar que a partir da Portaria nº 1.876 estabelecidas pelo Governo em 14 de agosto de 2006, o usuário passou a ter um melhor atendimento e acolhimento no Sistema Único de Saúde em todos os níveis de cuidado⁽¹⁶⁾.

O Estado de Santa Catarina está em segundo lugar no ranking nacional de mortes por suicídio⁽¹⁶⁾, ficando atrás apenas dos Estados do Sudeste, muito mais populosos. A mortalidade por suicídio em SC parece agrupar diferentes características, conforme as regiões catarinenses. Apesar de pequena extensão territorial, o estado possui uma ampla variação étnica e cultural entre suas regiões, o que pode explicar a heterogeneidade dos indicadores relacionados ao suicídio encontrados entre as regiões litorâneas, central e o interior, representados pelo Oeste e extremo oeste catarinense. No que se refere aos suicídios, a distribuição dos índices entre as regiões em SC também não é homogênea. Partindo da divisão utilizada pela DIVE é possível

Tabela 3 – Análise de tendências das taxas padronizadas* de mortalidade por suicídio, segundo faixa etária. 5ª Gerência Mesorregional de Perícias de Fronteira/núcleo Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2017.

| Faixa etária | R2 | Modelo | p-valor** | Tendência |
|--------------|------|---------------------|-----------|-----------|
| 14-19 anos | 0,27 | Y=1,00 + 0,36 ano | > 0,05 | Estável |
| 20-29 anos | 0,28 | Y=2,36 + 0,45 ano | > 0,05 | Estável |
| 30-39 anos | 0,72 | Y=2,19 + 0,47 ano | ≤ 0,01 | Aumento |
| 40-49 anos | 0,17 | Y=4,68 + 0,36 ano | > 0,05 | Estável |
| 50-59 anos | 0,03 | Y=9,15 + 0,27 ano | > 0,05 | Estável |
| 60 e + anos | 0,42 | Y=4,87 + 1,01 ano | < 0,05 | Aumento |
| Total | | Y = 0,37 + 0,05 ano | < 0,05 | Aumento |

* Padronizadas pela população da respectiva faixa etária, residente em Santa Catarina 2012.

** nível descritivo do coeficiente β1 da Regressão Linear

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

observar que as regiões com maiores taxas de mortalidade por suicídio são opostas em geolocalização e com diferenças culturais. Neste sentido destacam-se o Alto Uruguai Catarinense com taxa de 20,4 óbitos/100 mil hab., o Extremo Sul Catarinense com 19,6/100 mil hab. e o Alto Vale do Itajaí, com 16 óbitos /100 mil hab⁽⁴⁾.

Apesar de não abordadas neste estudo, características relacionadas a cultura e posições individuais como religiosidade podem interferir e influenciar nas taxas de mortalidade por suicídio, suscitando tema de interesse em saúde pública e objeto de investigações e discussões futuras.

O comportamento suicida na vida adulta apresenta-se geralmente em situações de fracasso pessoal, laboral ou familiar, exclusão social, falta de redes de apoio, depressão e prognóstico negativo de doenças⁽¹⁷⁾. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, transtornos mentais representam um dos mais significantes fatores de risco para o suicídio e cerca de 90% dos suicídios são cometidos por pessoas com algum transtorno⁽⁶⁾.

A reforma psiquiátrica criada em 2001, sob forma de Lei nº 10.216, reposicionou a assistência de enfermagem na saúde mental para as comunidades, dando suporte para a criação da Política Nacional de Saúde Mental, a qual possui diretrizes que desinstitucionalizam, expandem e consolidam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo atividades de promoção da saúde na atenção básica e outras medidas implantadas com a

aprovação da Portaria 3.088 que constitui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental⁽¹⁸⁾.

Desta maneira, o acolhimento de enfermagem passou por mudanças inovadoras, adequando-se a padrões mundialmente aceitos, baseados em evidências científicas que respeitem o ser humano em todos os seus vieses, de forma biopsicossocial, pois o cuidado em enfermagem na saúde mental necessita de escuta qualificada que envolve o saber ouvir e usar terapêuticamente o silêncio: interessando-se pelo que é dito ou não dito e a aceitação, distanciando-se da terapêutica outrora muito utilizada, a da contenção física a pacientes considerados agressivos, desobedientes, agitados, etc⁽¹⁸⁾.

Assim sendo, torna-se fundamental que a equipe de enfermagem assumira postura que resulte em construção do compromisso, intimidade e relação de confiança, rompendo com culturas anteriores a da reforma psiquiátrica, pois a figura do enfermeiro é vista como importante agente de mudanças no modo psicossocial, desde que seja ciente do seu papel transformador e político, os quais exigem conhecimento dos instrumentos de trabalho que tenham por objetivo o resgate da condição de sujeito-cidadão dos portadores de sofrimento psíquico. Visamos também que o trabalho multidisciplinar requer definição coletiva de metas, integrando todos os envolvidos nas ações, como também prover mudança no entendimento sobre o usuário e sua vida⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Considerando tratar-se de dados secundários, as informações estão sujeitas à imprecisão e inconsistências nos registros dos dados de interesse da pesquisa. Tais limitações decorrentes dos próprios registros reforçam a importância de estudos retrospectivos

Contribuição do estudo para a prática

O estudo traz importante contribuição para a enfermagem atual por explicitar em dados numéricos casos de suicídio em uma região de Santa Catarina, Estado que ocupa o segundo lugar no ranking nacional em óbitos por essa causa. Especialmente no atual momento vivido pelo mundo todo em decorrência da pandemia CoVid-19, a saúde mental merece destaque em debates, políticas públicas e na formação de estudantes, não só da área da saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou traçar o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio atendidos por um núcleo de perícias do IGP/SC.

Os achados deste estudo vêm ao encon-

tro com as diversas pesquisas já publicadas que indicam que SC possui um dos maiores coeficientes nacional de mortes por suicídio, neste em especial a região oeste e extremo oeste ganham destaque diante das demais regiões do Estado.

As características epidemiológicas aqui registradas apontam alta incidência em homens, de faixa etária mais elevada, com nível de escolaridade baixo e com enforcamento como método mais utilizado, assim como nas demais regiões brasileiras.

No que se refere à qualidade das DO faz-se necessário estimular a sensibilização de todos os profissionais/equipe envolvida neste serviço, quanto à importância de seu papel no preenchimento da DO para a situação de saúde da população, pois não se trata somente de questões técnicas. O preenchimento correto e completo da DO é indispensável para que os dados epidemiológicos sejam confiáveis, pois é a partir deles que as decisões em todas as áreas, como segurança pública e saúde, são tomadas. Para tanto é indispensável que o preenchimento seja feito pelo profissional qualificado e legalmente autorizado.

Sabe-se que os problemas relacionados

a esta temática não são de fácil resolução, pois estão entrelaçadas a várias situações, tais como o comportamento humano. Faz-se necessário pensar em intervenções em todos os campos da sociedade, não somente na área da saúde, e o fortalecimento das políticas públicas da saúde mental.

Contribuição dos autores

Pesquisa, concepção, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final: Marcell Cleunice Hanauer, Jacqueline Ana Foschera, Valéria Silvana Faganello Madureira, Larissa Hermes Thomas Tombini, Vanessa Ritieli Schossler e Daniel Christian Wagner.

Agradecimentos

Esta pesquisa contou com a colaboração de coordenadores, secretários, diretores e demais funcionários do Instituto Geral de Perícias de Chapecó, fica aqui nosso agradecimento.

Financiamento

Financiado pelo Edital nº 385/UFS/2016.

Referências

1. Vigilância S De. Boletim Epidemiológico - Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Bol Epidemiológico Suicídio Saber Agir e Prevenir. 2017;48.
2. Lopes FH, Marquetti FC. Suicídio, seus sentidos histórico-sociais e o sofrimento humano. Rev M Estud sobre a morte, os mortos e o morrer. 2019;4(7).
3. Marcolan JF, Silva DA da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. Rev M Estud sobre a morte, os mortos e o morrer. 2019;4(7).
4. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Perfil Epidemiológico das Tentativas e de Óbitos por Suicídio de Santa Catarina e a Rede de Atenção à Saúde. 2019;
5. Silva DA da, Marcolan JF. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1996 e 2016 e a política pública. Res Soc Dev. 2020;9(2).
6. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative Executive Summary. Geneva: WHO Press. 2014.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores de população, Sociodemográficos e de saúde no Brasil [Internet]. 2020. p. <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/in>. Available from: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock
8. Moreira RMM, Félix TA, Flôr SMC, Oliveira EN, Albuquerque JHM, Magda R, et al. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. SANARE, Sobral. 2017;16(1).
9. Sousa C, Discente S. Comparativo das taxas de suicídio entre os estados do Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro segundo sexo em 2015. 2017;1-5.
10. Tavares FL, Borgo VMP, Leite FMC, Cupertino EGF, Pereira JDA, Alves RNR, et al. Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: uma análise do período de 2012 a 2016. Av em Enferm. 2020;38(1).
11. Rosa NM da, Oliveira RR de, Arruda GO de, Mathias TA de F. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. J Bras Psiquiatr. 2017;66(2).
12. Preis LC, Lessa G, Orben G, Caetano J, Dutra K, Sarzana MBG. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO NA MACRORREGIÃO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA. In 2016.
13. Moreira RMM, Oliveira EN, Lopes RE, Lopes MV de O, De Almeida PC, Aragão HL. Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas. Enferm em Foco. 2020;11(1).
14. Meneghel SN, Moura R. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. Interface - Comun Saúde, Educ. 2018;22(67).
15. Silva BFA da, Prates AAP, Cardoso AA, Rosas N. O suicídio no Brasil contemporâneo. Soc e Estado. 2018;33(2).
16. Garbin CAS, Pupim dos Santos LF, Moimaz SAS, Saliba O. A OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS NA PREVENÇÃO E CONDUÇÃO DE CASOS DE SUICÍDIOS: ANÁLISE DOCUMENTAL. Rev Ciência Plur. 2019;5(2).
17. Botti NCL, Cantão L, Silva AC, Dias TG, Menezes LC, de Castro RAS. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. Cogitare enferm. 2018;
18. Silva JS e, Ribeiro HKP, Fernandes MA, Rocha DDM. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. Enferm em Foco. 2020;11(1).