

**DANIEL VINICIUS OLIVEIRA KLIEMANN**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR  
SUICÍDIO NA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS  
DE 1991 A 2005**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

**DANIEL VINICIUS OLIVEIRA KLIEMANN**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR  
SUICÍDIO NA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS  
DE 1991 A 2005**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**

**Orientador: Prof. Dr. Mário Aurélio Aguiar Teixeira**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr. MÁRIO AURÉLIO AGUIAR TEIXEIRA, orientador, pelo auxílio na realização deste trabalho, com críticas e sugestões de grande valia.

Aos amigos VILSON FURLANETTO JÚNIOR, KARINA DE SOUZA GIASSI e DELPHO THIAGO MUNIZ SOMMARIVA pelo auxílio na coleta de dados e confecção do trabalho.

A minha amada MARIVANA DE MATTOS FERNANDES pelo carinho e apoio para realização deste trabalho.

A minha família pelo apoio fundamental em todos os momentos.

Ao Instituto Médico Legal de Florianópolis, em especial à funcionária Maria Aparecida e demais funcionários do setor que deram apoio para realização do trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** As causas externas de mortalidade têm crescido nas últimas décadas, com a mortalidade por suicídios responsável por mais mortes que homicídios e guerras somadas, sendo um grave problema de saúde pública.

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio ocorridos na região da grande Florianópolis, no período de 1991 a 2005, discutindo medidas de prevenção de suicídios.

**Método:** Um estudo transversal descritivo retrospectivo baseado em 671 indivíduos que foram a óbito por suicídio no referido período. Colheram-se as informações dos laudos de exame cadavérico do Instituto Médico Legal de Florianópolis e coletaram-se os seguintes dados: idade, gênero, data do óbito, procedência e local da ocorrência.

**Resultados:** A faixa etária mais acometida é a de 20 – 29 anos (24,7%, 166 casos), sendo a maioria das vítimas do gênero masculino (85,4%, 573 casos). Ocorreram mais óbitos nos finais de semana (31%, 207 casos) e nos meses de verão (26,6%, 178 casos).

**Conclusão:** O suicídio é um problema crescente em nossa sociedade. O crescimento desse fenômeno, particularmente entre homens em idade produtiva, deve servir como uma demonstração da necessidade de implementar medidas que tendam a diminuir sua magnitude

## ABSTRACT

**Background:** The external causes of mortality have been growing in the last decades, being mortality for suicides responsible for more deaths than homicides and wars added, being a serious problem of public health.

**Objectives:** To describe the epidemic profile of suicide deaths happened in the area of Grande Florianópolis, in the period from 1991 to 2005, discussing measures of prevention of suicides.

**Method:** A retrospective descriptive cross-sectional study accomplished based on 671 individuals that went death by suicides in referred period. Information's of coroner reports of the Legal Medical Institute of Florianópolis were picked. The following data were collected: age, gender, date of death, origin and local of the occurrence.

**Results:** The age group more assault is 20 - 29 years (24,7%, 166 cases), most of the victims is of the masculine gender (85,4%, 573 cases). More deaths in the weekends had occurred (31%, 207 cases) and in months of summer (26,6%, 178 cases).

**Conclusions:** The suicide is an increasing problem in our society. The growth of this phenomenon, particularly between men in productive age, must serve as a demonstration of the necessity to implement measures that tend to diminish its magnitude.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>CID 10</b>	Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Estudos Geográficos e Estatísticos
<b>IML</b>	Instituto Médico Legal
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Distribuição dos óbitos por suicídio ocorridos na microrregião da grande Florianópolis, em porcentagem, segundo a faixa etária, 1991/2005.....	06
<b>Figura 2</b> - Distribuição dos óbitos por suicídio, pela idade, na microrregião da grande Florianópolis, 1991/2005.....	07
<b>Figura 3</b> - Porcentagem de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis segundo o gênero, 1991/2005.....	07
<b>Figura 3b</b> - Óbitos por suicídio ocorridos na região da Grande Florianópolis distribuídos em quinquênios segundo o gênero.....	08
<b>Figura 4a</b> - Porcentagem de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis segundo os meses do ano, 1991/2005.....	08
<b>Figura 4b</b> - Porcentagem de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis segundo as estações do ano, 1991/2005.....	09
<b>Figura 5a</b> - Óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis segundo o dia da semana, 1991/2005.....	09
<b>Figura 5b</b> - Óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis distribuídos em fim de semana e demais dias, 1991/2005.....	10
<b>Figura 6</b> - Número bruto de suicídios masculinos e femininos no decorrer dos anos, 1991/2005.....	11
<b>Figura 7</b> - Porcentagem de suicídios masculinos e femininos em relação aos anos, 1991/2005.....	11
<b>Figura 8</b> - Taxa de suicídios masculinos e femininos por 100.000 habitantes, 1991/2005.....	12
<b>Figura 9</b> - Taxa de suicídios por 100.000 habitantes para o total da população, 1991/2005.....	13
<b>Figura 10</b> - Relação de suicídios masculinos para cada um feminino no decorrer dos anos, 1991/2005.....	13
<b>Figura 11</b> - Distribuição do coeficiente de mortalidade por suicídio na região da Grande Florianópolis, 1991/2005.....	15

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>i</b>
<b>FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>iv</b>
<b><i>ABSTRACT</i>.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTA DE ABREVIACÕES.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>viii</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>03</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>04</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>06</b>
<b>4.1 Idade.....</b>	<b>06</b>
<b>4.2 Gênero.....</b>	<b>07</b>
<b>4.3 Os meses do ano.....</b>	<b>08</b>
<b>4.4 Os dias da semana.....</b>	<b>09</b>
<b>4.5 Relação masculina e feminina.....</b>	<b>10</b>
4.5.1 Número total de suicídios por ano.....	10
4.5.2 Porcentagem de suicídios masculinos e femininos.....	11
4.5.3 Relação masculino e feminino por 100.000 habitantes.....	12
4.5.4 Mortalidade por suicídios por 100.000 habitantes para o total da população.....	12
4.5.5 Relação masculino: feminino no decorrer dos anos.....	13
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>22</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>23</b>

# 1. INTRODUÇÃO

A mortalidade em número absoluto demonstrou um aumento expressivo na última década no Brasil. Tendo nas causas externas de mortalidade, as quais incluem acidentes, suicídios e homicídios, as que mais cresceram (aproximadamente 20%). No ano de 2003 totalizaram 126.657 óbitos ou 12,63% dos óbitos, superando as doenças do aparelho respiratório e digestivo, e praticamente igualando com as neoplasias malignas <sup>1</sup>.

Dentre essas causas podemos destacar uma, a do suicídio, considerado pelo filósofo Albert Camus como "*a grande questão filosófica de nosso tempo*". E que vem se tornando um grave problema de saúde pública tanto em escala internacional como nacional, sendo considerada como a parte mais visível de um problema que possui amplas conexões sociais, psicológicas e pessoais <sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS-2002) define o suicídio como o “comportamento onde o indivíduo, pensando em acabar com sua vida, desenvolve um plano para cometer suicídio e obtém os meios para fazê-lo, completando assim o ato” <sup>8</sup>.

São muitos os fatores que podem ser associados ao suicídio, tais como: doenças afetivas, tentativas prévias e isolamento social que somadas a variáveis demográficas e socioeconômicas formam uma gama muito complexa de relações. No Canadá, por exemplo, são considerados grupos de risco: os índios, os jovens, os idosos, os prisioneiros e pessoas com história familiar de suicídio. Acrescentando-se ainda adição a drogas, eventos estressores e doenças terminais <sup>3</sup>. Na Europa e nos Estados Unidos problemas mentais e drogadições estão presentes em 90% dos casos de suicídio <sup>4</sup>.

Atualmente existem algumas situações que são descritas como as de maior relevância no comportamento suicida, são elas: 1) o aumento na prevalência de transtornos depressivos; 2) o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas; 3) mudanças psico-biológicas, como a diminuição na data de início da puberdade; 4) aumento no número de estressores sociais; 5) mudança nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas e 6) aumento na disponibilidade de modelos suicidas <sup>5</sup>.

A questão do suicídio como problema de saúde pública provém de relatórios da OMS que demonstraram que no ano de 2000 aproximadamente 815.000 pessoas cometeram suicídio. Isso representa uma taxa global de 14,5 suicídios por 100.000 habitantes, ou uma morte a cada 40 segundos – sendo a décima terceira causa de morte no mundo. Se

considerarmos a faixa etária que vai dos 15-44 anos, o suicídio é a quarta causa de morte. Sabe-se ainda que um número aproximadamente dez vezes maior, entre 10 e 20 milhões, tenta se suicidar <sup>6</sup>. Além desses valores serem extremamente altos, ainda há de se considerar uma importante subestimação nas estatísticas, sendo elas muitas vezes pouco fidedignas, por tratar-se de um ato muito estigmatizado dependendo da região e da cultura, originando muitas vezes uma subnotificação da mortalidade por suicídio <sup>7</sup>.

No Brasil, as mortes por suicídios, embora subestimadas, são de baixa magnitude quando comparadas a outras regiões. As taxas no país giram em torno de 6,3/100.000 habitantes, sendo considerados baixos, quando comparados com alguns países da Europa Oriental, como Lituânia e Estônia com coeficientes respectivamente de 51,6 e 37,9 por 100.000 habitantes <sup>8</sup>. No ano de 2000 os suicídios responderam por 6% das mortes por causas externas no Brasil. Isoladamente os estados do sul do Brasil têm uma taxa de 13%, sendo encontradas no Rio Grande do Sul as taxas mais altas, 16% <sup>9</sup>.

Se os suicídios no Brasil não estão entre as maiores taxas do mundo, eles mostram-se crescentes na faixa do adulto jovem, principalmente no sexo masculino <sup>10</sup>. Uma prova disso foi que num estudo realizado por Fintelman, levando em consideração os dados do Ministério da Saúde, em que o número de jovens entre 15 e 24 anos que tentou o suicídio no Brasil aumentou em 40% entre 1993 e 1998. Esses valores tornam o suicídio a terceira causa de morte entre jovens perdendo apenas para homicídios e os acidentes de trânsito <sup>11</sup>.

Deve-se ressaltar que os óbitos decorrentes de violências e acidentes são evitáveis e sua redução pode resultar em ganhos expressivos não apenas em anos de expectativa de vida no conjunto da população, mas também em redução dos custos com ações de saúde adotadas para o tratamento de lesões causadas por violências, mas que não levam, imediatamente, à morte.

A partir desses dados, a caracterização das mortes por suicídios na região da Grande Florianópolis marcada por fortes contrastes socioeconômicos e regionais, tem por objetivo fornecer indicadores comuns de fatores de risco para que uma pessoa cometa o suicídio. Citando Jouglá *et al* os quais afirmam que “programas de prevenção do suicídio encontram-se como prioridade em alguns países”, conhecer quem é vulnerável, em que grau e por que motivos sejam eles humanos ou ambientais, é imperioso quando se pensa em termos de prevenção <sup>12</sup>. Além disso, a coleta de dados de maior fidedignidade como a dispendiosa análise de arquivos de “laudos médicos legais” torna a análise epidemiológica mais exata e verdadeira.

## **2. OBJETIVOS**

O objetivo do presente trabalho é apresentar informações atualizadas sobre a evolução do suicídio como causa de morte para a população da Grande Florianópolis durante o período de 1991 a 2005, utilizando dados obtidos do Instituto Medico Legal (IML) de Florianópolis.

### 3. METODOLOGIA

Neste estudo transversal, descritivo e retrospectivo, que se baseia em dados colhidos, a partir dos laudos cadavéricos obtidos nos arquivos do Instituto Médico Legal (IML) de Florianópolis, Santa Catarina, acessados no período de junho de 2005 e março de 2006, de vítimas no período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2005. Este trabalho engloba dados referentes a outro estudo, fazendo parte de um banco de dados desde o ano de 1991, que serão utilizados para futuras comparações.

O IML de Florianópolis atende uma região composta de 19 municípios, são eles: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Governador Celso Ramos, Major Gercino, Palhoça, Paulo Lopes, Porto Belo, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

O laudo cadavérico é composto pelo preâmbulo que possui o nome dos dois médicos-legalistas que realizaram a necropsia da vítima, sendo que o primeiro é o relator, ou seja, o que examinou a vítima, e o segundo assina em confiança por força da lei, o nome da autoridade policial ou judiciária requisitante e o nome da vítima. Esse tem por objetivo informar e/ou comprovar basicamente a causa da morte, a hora provável da morte, a identidade da vítima e as circunstâncias da morte, através dos quesitos (oficiais): histórico, descrição, discussão e conclusão.

Foram revisados no total 7184 laudos, sendo que destes foram excluídas as de vítimas de afogamento, homicídio, eletrocussão, queimaduras, atropelamentos e dentro dos acidentes de trânsito, as colisões e os capotamentos. Também foram excluídos os laudos referentes a vítimas que foram a óbito fora da região da grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina e em outros estados da federação e tiveram seu exame de necropsia realizado no IML de Florianópolis. Deste total, 671 laudos corresponderam exclusivamente a vítimas cujo tipo de ocorrência foi o suicídio. Utilizou-se a definição do suicídio da CID-10 dentro do capítulo de causas externas de morbidade e mortalidade.

As informações foram coletadas em protocolo desenvolvido previamente por Brodbeck *et al.* (apêndice 1). Dos laudos cadavéricos foram extraídas as seguintes variáveis: gênero, idade, data do óbito, procedência e local de ocorrência.

As variáveis foram classificadas da seguinte forma:

- Gênero: masculino, feminino ou indeterminado.
- Idade: em anos completos de vida, foi classificada por faixas etárias (0 - 14, 15 - 19, 20 - 29, 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69 e maior que 70 anos), seguindo o padrão oficial do Sistema Nacional de Estatísticas do IBGE.
- Data do óbito: dia, mês e ano, permitiu a geração do dia da semana em que ocorreu o óbito.
- Dia da semana do óbito: segunda-feira, terça-feira, quarta-feira, quinta-feira, sexta-feira, sábado e domingo.
- Procedência: País, estado e município de residência da vítima quando conhecido. As vítimas procedentes dos municípios da região da grande Florianópolis formaram um grupo; as procedentes dos municípios de Santa Catarina que não integravam a região do estudo e vítimas que procediam de outros estados ou países, integravam um segundo grupo. Vítimas em que a procedência era desconhecida formaram o grupo de procedência ignorada
- Local da ocorrência: informação colhida como constava no laudo cadavérico, sendo que em laudos em que esta informação não constava ou era imprecisa, foi considerado como local inconsistente, sendo utilizados somente locais de óbitos no período de 2001 a 2005.

O programa de computador escolhido para digitação dos protocolos foi o Microsoft Excel, que possibilitou o agrupamento das informações e confecção das figuras. Primeiramente foram produzidas freqüências simples e todas as variáveis. A distribuição dos óbitos de acordo com as variáveis categóricas é apresentada em tabelas representando o número e a proporção dos óbitos ocorridos em cada uma das diferentes categorias. Para a única variável contínua (idade) foi calculada a média.

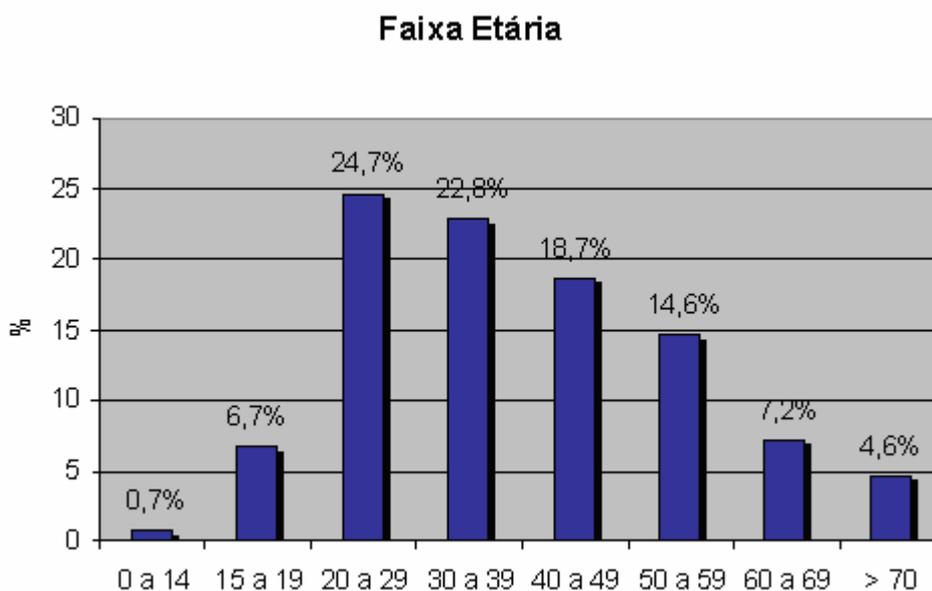
## 4. RESULTADOS

Do período de 1º de janeiro de 1991 a 31 de dezembro de 2005 foram revisados 7184 laudos cadavéricos, sendo que desse total formam a população de análise 671 laudos que correspondiam exclusivamente a vítimas em que o tipo de ocorrência foi o suicídio.

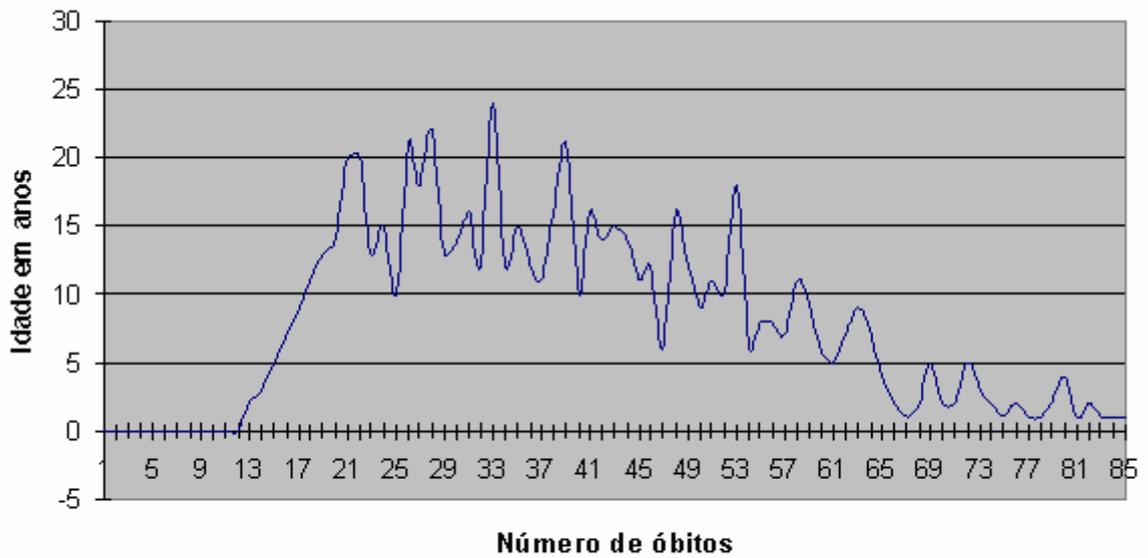
### 4.1 Idade

A idade das vítimas incluídas no estudo variou de 13 a 95 anos e a média de idade foi de 39,4 anos.

Considerando o período de 1991 a 2005, a distribuição das faixas etárias mostrou a maior proporção para o intervalo de 20 – 29 anos com 166 (24,7 %) óbitos, seguida pela faixa dos 30 – 39 anos, com 153 casos (22,8%). A porcentagem de óbitos nos diversos grupos etários é expressa na figura 1.



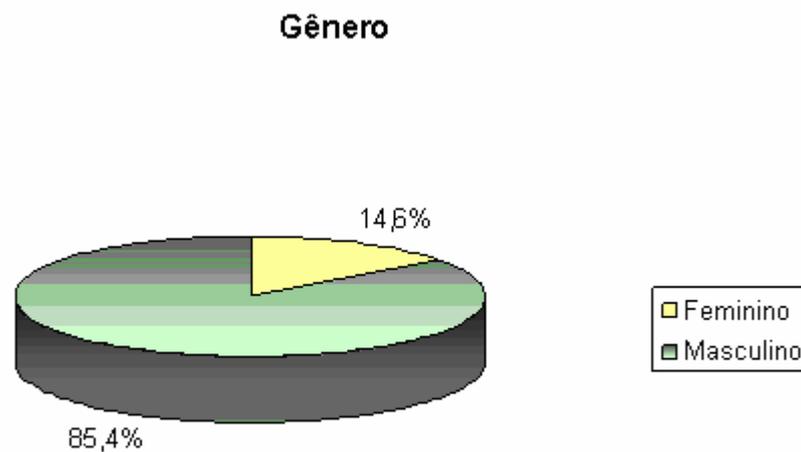
**Figura 1** - Distribuição dos óbitos por suicídio ocorridos na microrregião da grande Florianópolis, em porcentagem, segundo a faixa etária, 1991/2005.



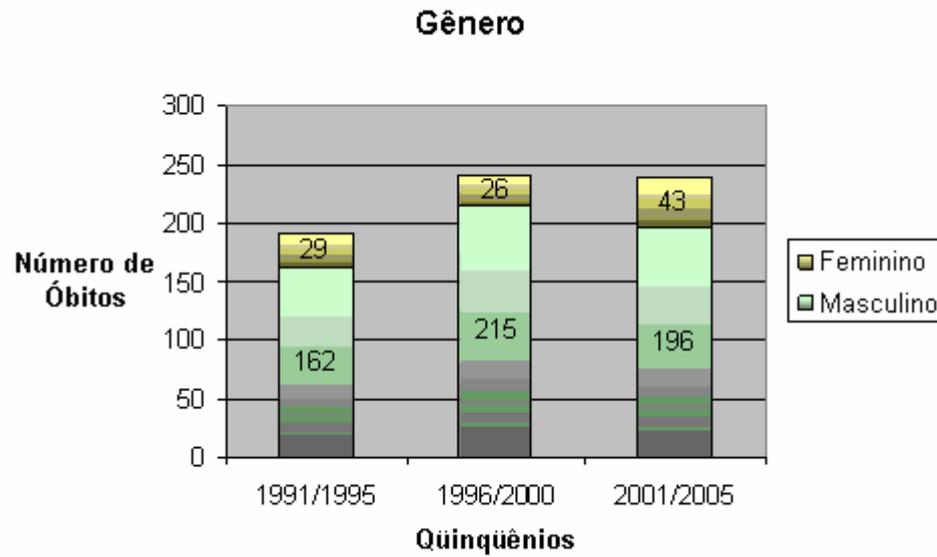
**Figura 2** - Distribuição dos óbitos por afogamento, pela idade, na microrregião da grande Florianópolis, 1991/2005.

#### 4.2 Gênero

A distribuição dos óbitos segundo o gênero demonstrou um predomínio do masculino com 85,4 % com 573 casos, enquanto que o feminino correspondeu a 14,6 % dos óbitos com 98 casos. Aproximadamente 6 suicídios masculinos para 1 feminino durante o período estudado.



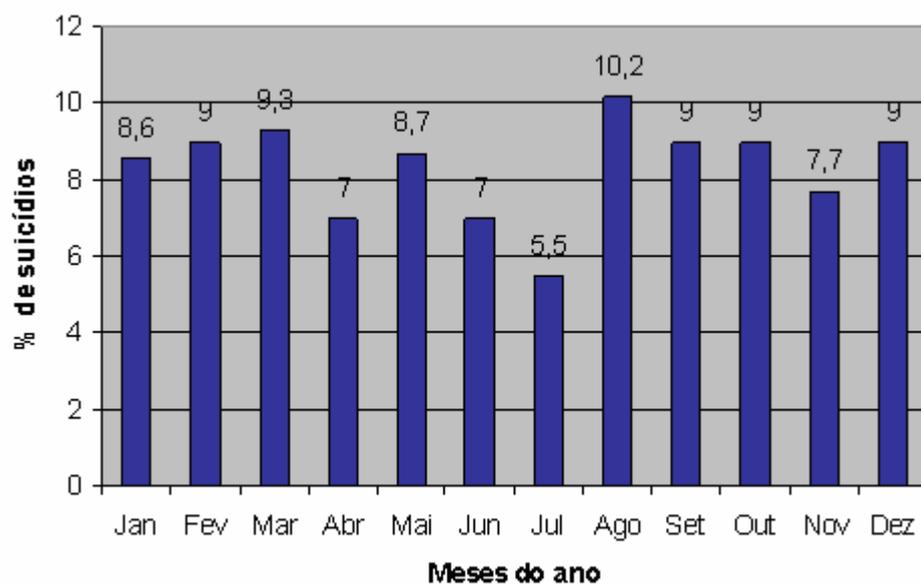
**Figura 3** - Porcentagem de óbitos por suicídio na região da grande Florianópolis segundo o gênero, 1991/2005.



**Figura 3b** - Óbitos por suicídio ocorridos na região da Grande Florianópolis distribuídos em quinquênios segundo o gênero.

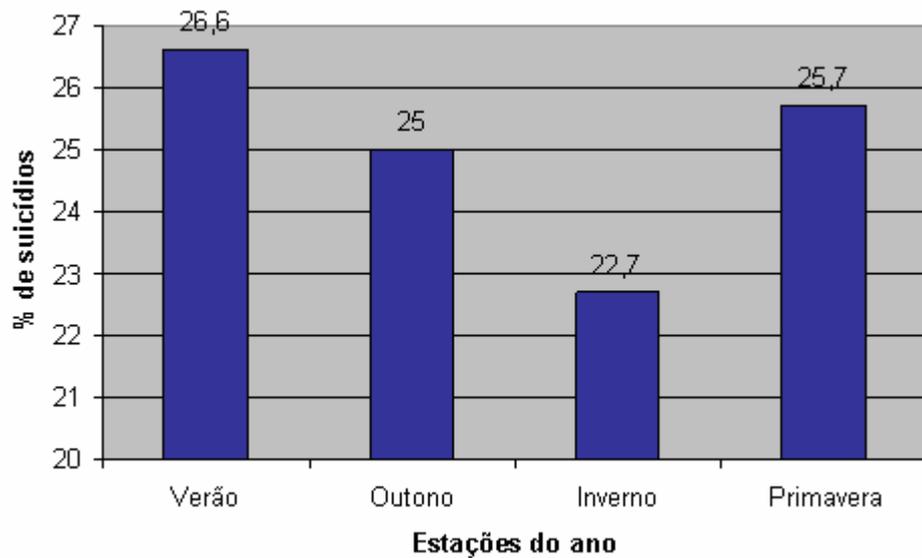
#### 4.3 Os meses do ano

A distribuição dos óbitos em relação aos meses do ano mostrou maior ocorrência em Agosto com 10,2 % (68 casos), seguido por Março com 9,3% (62 casos). E a menor taxa foi encontrada no mês de julho com 5,5% (37 casos).



**Figura 4a** - Porcentagem de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis segundo os meses do ano, 1991/2005.

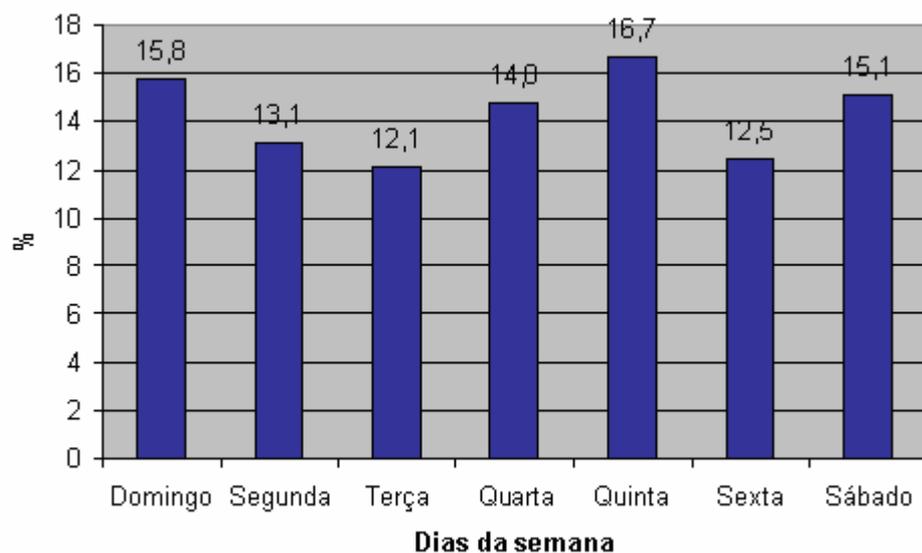
Dispondo os meses do ano em quatro grupos, relacionados às estações, temos: verão (dezembro, janeiro e fevereiro) com 26,6%, outono (março, abril, maio) com 25%, inverno (junho, julho, agosto) com 22,7% e primavera (setembro, outubro e novembro) com 25,7%.



**Figura 4b** - Porcentagem de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis segundo as estações do ano, 1991/2005.

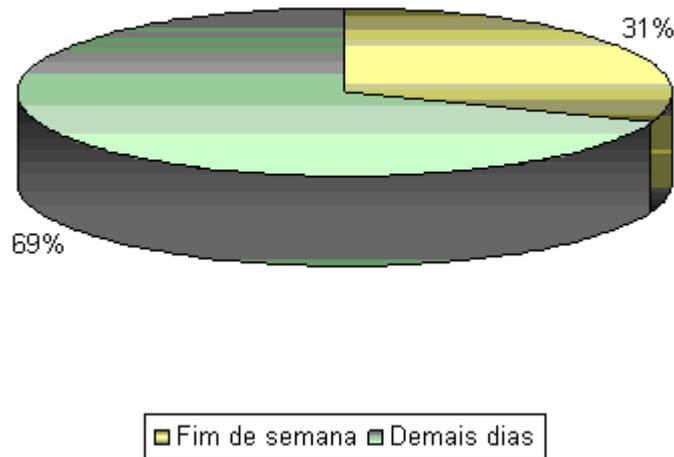
#### 4.4 Os dias da semana

A maior proporção de suicídios ocorreu na quinta-feira com 112 óbitos (16,7%), seguido pelo domingo com 106 óbitos (15,8 %).



**Figura 5a** - Óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis segundo o dia da semana, 1991/2005.

Comparando em dois grupos: a) fim de semana (sábado e domingo) e b) demais dias (segunda-feira, terça-feira, quarta-feira, quinta-feira, sexta-feira), temos respectivamente 31 % e 69% dos casos.

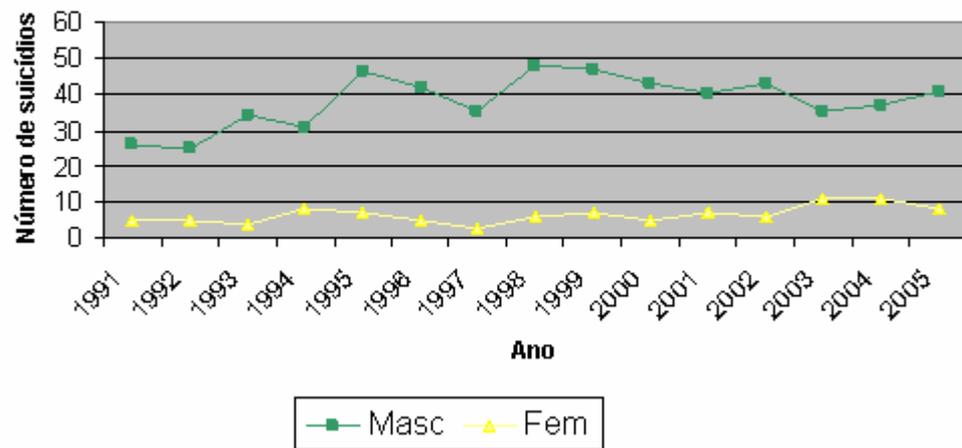


**Figura 5b** - Óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis distribuídos em fim de semana e demais dias, 1991/2005.

#### 4.5 Relação masculina e feminina

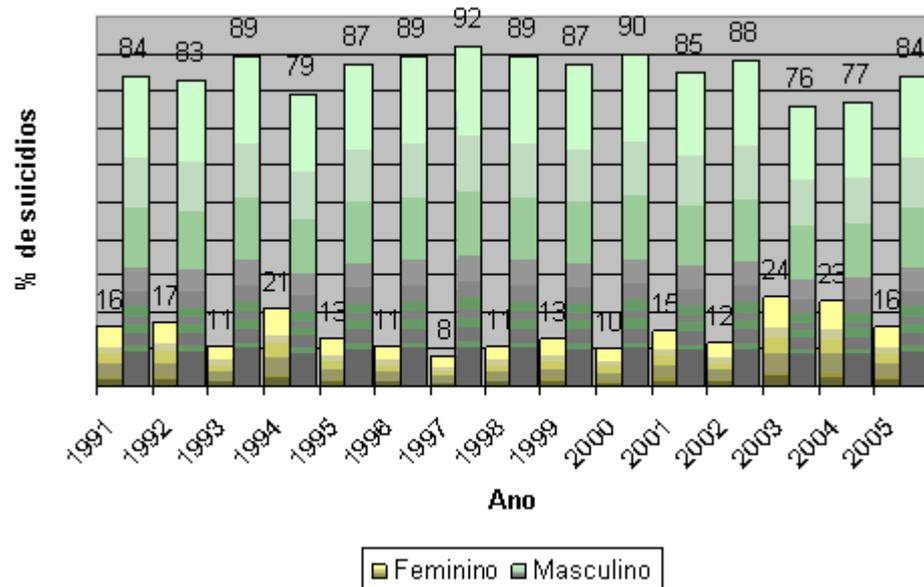
##### 4.5.1 Número total de suicídios por ano

Nesse gráfico percebemos que vem ocorrendo um aumento do número de suicídios entre o sexo masculino oscilando numa faixa entre 30 e 40, enquanto o patamar para o sexo feminino manteve-se estável no decorrer dos anos beirando 10 suicídios por ano.



**Figura 6** – Número bruto de suicídios masculinos e femininos no decorrer dos anos, 1991/2005.

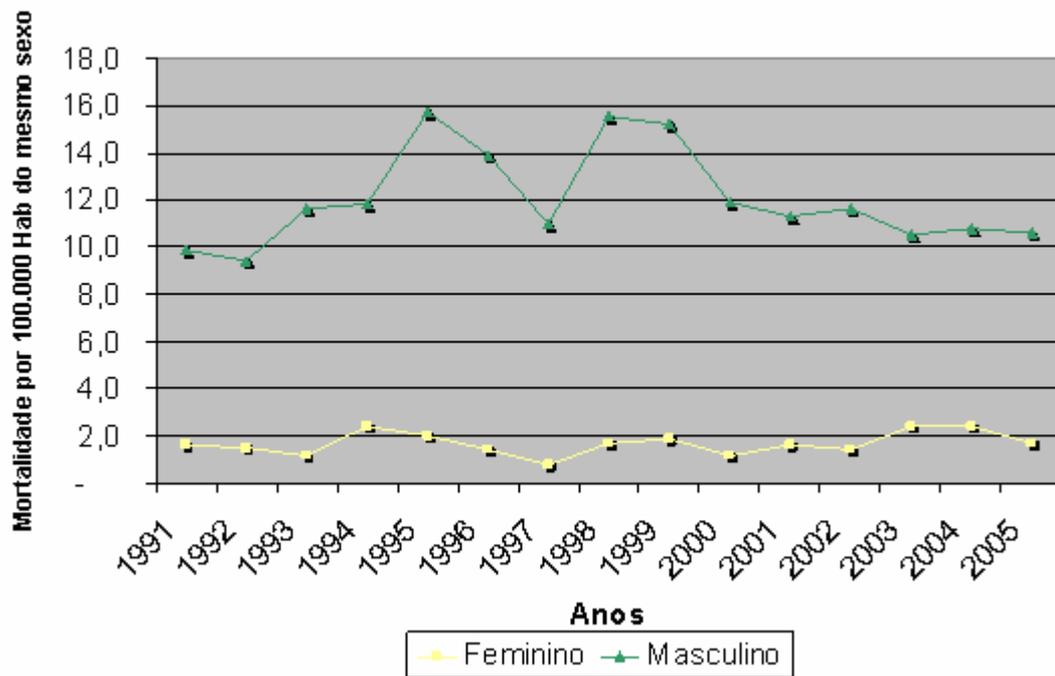
#### 4.5.2 Porcentagem de suicídios masculinos e femininos



**Figura 7** – Porcentagem de suicídios masculinos e femininos em relação aos anos, 1991/2005.

### 4.5.3 Relação masculino e feminino por 100.000 habitantes

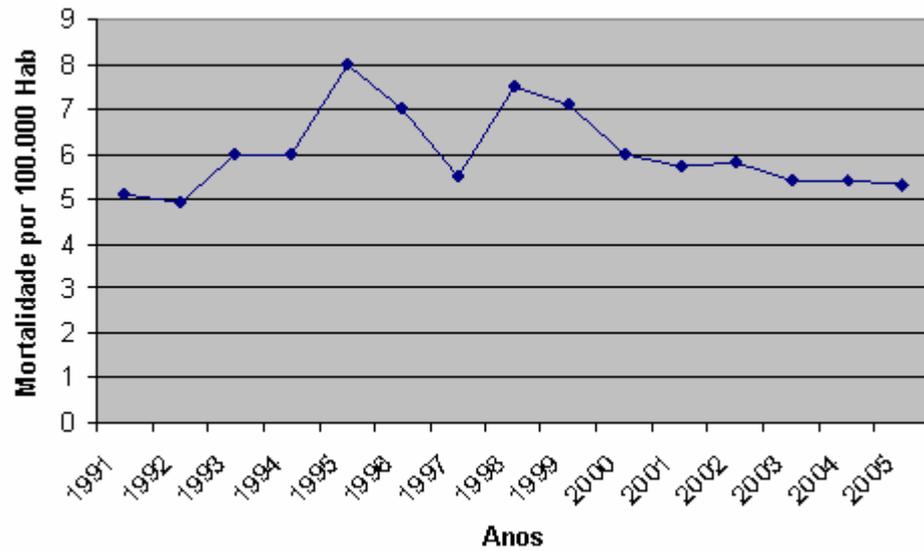
Encontramos no período estudado uma taxa de suicídios que se mantêm praticamente constante para as mulheres, com uma taxa média de 1,7/100.000 habitantes. Já a taxa média masculina é de 10,4/100.000 habitantes, apresentando uma maior variabilidade durante os anos.



**Figura 8** – Taxa de suicídios masculino e feminino por 100.000 hab., 1991/2005.

### 4.5.4 – Mortalidade por suicídios por 100.000 habitantes para o total da população

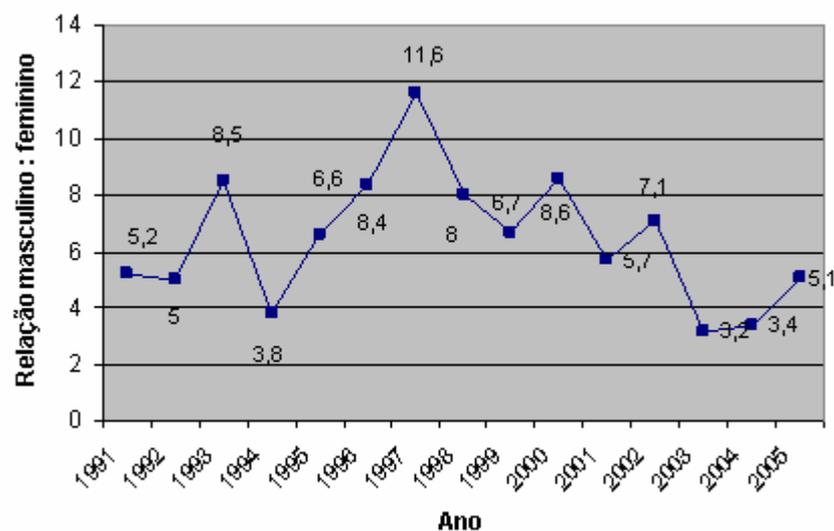
Nesse gráfico observa-se que houve um aumento no período de 1991-1995. Seguido por um período de grande variação entre 1996-2000, e atingindo um nível estável nos últimos anos do estudo num patamar próximo a 5,5 suicídios por 100.000 habitantes.



**Figura 9** – Taxa de suicídios por 100.000 habitantes para o total da população, 1991/2005.

#### 4.5.5 Relação masculino e feminino no decorrer dos anos

Nesse gráfico visualizamos a enorme variação entre a relação masculina para cada suicídio feminino e observamos uma faixa crescente no período de 1991-1997. Já o período 1997-2005 vem apresentando uma tendência de queda, tendo como média para o período estudado 6 suicídios masculinos para cada feminino.



**Figura 10** – Relação de suicídios masculinos para cada um feminino no decorrer dos anos, 1991/2005.

## 5. DISCUSSÃO

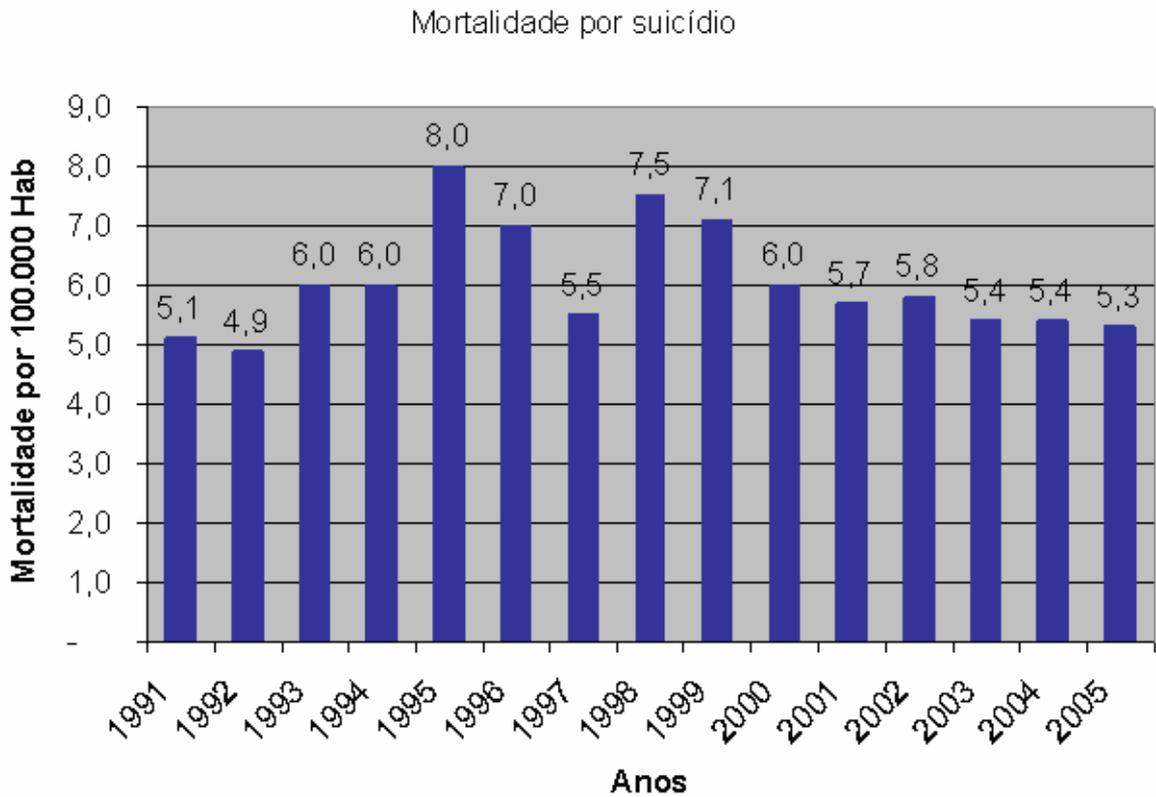
Os suicídios vêm se apresentando como um problema de saúde pública em diversos países, sendo fundamental conhecer as variáveis implicadas em tal fenômeno para, assim, poder compreender melhor essa realidade. Estudos epidemiológicos podem também propiciar informações com o objetivo de criar estratégias específicas no controle, bem como no desenvolvimento de políticas de saúde para indivíduos que tenham propensão para a ideação suicida.

Os resultados desse estudo demonstram a importância do óbito por causa externa relacionado ao suicídio. Visivelmente há uma grande diferença comportamental em relação às circunstâncias na qual eles ocorrem. O risco de morte neste caso é densamente relacionado com a idade, sexo, região, clima.

No período de 1991/2005 o suicídio na região da grande Florianópolis correspondeu a 9,3% dos óbitos por causas externas. Os dados desse estudo revelam vários fatos interessantes sobre a situação do suicídio na região da grande Florianópolis. Esta região tem um coeficiente de mortalidade por suicídio que varia desde uma taxa de 4,8 por 100.000 habitantes no ano de 1993 a 8,0 no ano de 1995 (Figura 11). Ao analisarmos os dados por quinquênios, notamos que no período de 1991/1995, há uma fase de ascensão, com variante de 4,8 a 7,0. Enquanto que no quinquênio de 1995/2000 manteve-se num patamar elevado entre 7,0 e 8,0. Por final, apresentou uma queda, mantendo-se num patamar de 5,5. Se compararmos esses dados com o gráfico da figura 6 notamos que a taxa de suicídios femininos manteve-se estável no decorrer do tempo, o que demonstra que essas variações ocorreram às custas do aumento do número de suicídios masculinos.

Ao analisarmos essas variações podemos estabelecer uma taxa média de 6,0 suicídios para o período estudado. Existe um estudo mais abrangente realizado por Serrano, no qual se verificou que a taxa média de suicídios para a região Sul, entre 1980 e 1998, foi a 7,0 por 100.000 habitantes sendo considerada a mais alta do Brasil <sup>13</sup>. E a média para o estado de Santa Catarina foi de 6,3 suicídios por 100.000 habitantes, as segundas maiores do país, perdendo apenas para o Rio Grande do Sul (média de 8,9/100.000hab.). Assim, ao confrontarmos a média dos dados do presente estudo com os obtidos para o estado de Santa Catarina percebemos um percentual praticamente igual de suicídios, o que demonstra estar a região plenamente inserida no contexto atual de nosso estado. Podemos considerar essa taxa

como média para o total da população segundo critérios adotados por Diekstra *et al* que classificam valores menores que 5/100.000 habitantes como baixos; os situados entre 5 e 15 médios; entre 15 e 30 altos e os maiores de 30, muito altos <sup>14</sup>.



**Figura 11** – Mortalidade por 100.000 habitantes ocorridos na região da Grande Florianópolis, 1991/2005.

Estudos realizados pela Organização Pan-Americana sobre os coeficientes de mortalidade por suicídio demonstram um aumento com a idade, porém o padrão etário está mudando, apontando para uma sociedade em que há poucas perspectivas para a população mais jovem, com as taxas elevando-se nessa faixa etária. Assim, em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça o suicídio em adolescentes e adultos jovens está configurando um padrão epidêmico <sup>15</sup>.

Outros países como Uruguai, nas Américas; Japão, Singapura e Sri Lanka, na Ásia; Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Hungria e Suécia, na Europa apresentam mortalidade elevada em indivíduos maiores de 30 anos <sup>15</sup>.

Encontramos no Brasil estudos demonstrando que a taxa de suicídios costuma variar conforme a faixa etária. Vansan (1999), por exemplo, analisando o município de Ribeirão Preto, encontrou o equivalente a 40,6% dos suicídios na faixa etária de 20 a 29 anos; na faixa

etária de 30 a 39 anos, a porcentagem foi de 24,6% e, na idade de 40 a 49 anos foi de 17,4%, esses valores são muito parecidos com os da pesquisa atual para as faixas de 30 a 39 e 40 a 49 anos, que tem valores de 22,8% e 18,7% respectivamente, diferindo no valor da faixa mais acometida em ambas as pesquisas a dos 20 a 29 anos com uma taxa de 40,6% quase o dobro de nossa pesquisa (24,7%)<sup>16</sup>.

Silva *et al* (1999), por meio dos casos de suicídios registrados no IML da cidade de Salvador de janeiro de 1996 a dezembro de 1997, encontraram a faixa de 21 a 30 anos com a maior frequência (24,89%), seguida por 31 a 40 anos (24,45%) e 16 a 20 anos (16,59%), que mesmo com pequenas variações na idade de análise ratifica em parte os dados da atual pesquisa (figura 1)<sup>17</sup>. Assim, tanto os resultados obtidos nesta pesquisa como outros estudos que investigaram a temática do suicídio demonstram que os grupos mais acometidos estão na faixa dos 20-49 anos, os quais aparecem como os mais vulneráveis dentre a população em geral. Porém, variações são encontradas quantos as faixas etárias mais acometidas, como por exemplo, em Salvador onde a terceira faixa mais acometida é a de jovens entre 16-20 anos enquanto em Ribeirão Preto e na Grande Florianópolis está entre os 40 e 49 anos. Assim ao formarem-se políticas de saúde voltadas para prevenção dos suicídios devem ser levadas em conta essas variações regionais como forma de melhor entender e prevenir o suicídio, produzindo assim melhores resultados.

Como forma de melhor entender os fatores que são mais prevalentes dentro de cada grupo etário podemos citar um estudo publicado por Beautrais *et al* (1997), o qual relaciona dentro de cada faixa alguns fatores de risco específicos<sup>18</sup>. Para a faixa do adulto jovem tendem a ser influentes fatores como problemas de infância e de estresse atual. Já os transtornos de humor parecem estar relacionados com o aumento da idade trazendo mais riscos para os adultos e idosos. Nessa mesma pesquisa destacaram-se como fatores de risco para adultos jovens as pessoas do sexo masculino com problemas familiares e sociais, história de tentativas prévias de suicídio e presença de transtornos de humor. Entre os adultos também predominam as pessoas do sexo masculino com problemas mentais (principalmente transtornos de humor) e história de hospitalização psiquiátrica. Para os idosos, fatores como depressão e internação psiquiátrica anterior seriam os mais comuns.

Um fato bem documentado acerca da epidemiologia do suicídio é a relação homem/mulher que segundo dados da OMS têm uma taxa global de 3:1, sendo essa relação mantida ao longo do tempo em quase todos os países com dados disponíveis<sup>8</sup>. Sabe-se também que existe uma prevalência maior das tentativas de suicídio entre as mulheres. Embora os homens obtenham maior sucesso em suas tentativas, isso se deve ao fato deles

usarem métodos mais violentos e fatais do que as mulheres<sup>19</sup>. No presente estudo o número de suicídios masculinos chegou a 573, enquanto o feminino foi de 98. O que leva a uma proporção masculino/feminino de 6:1. Segundo estudo feito por Serrano, alguns fatores têm sido usados para explicar a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres, tais como a baixa prevalência de alcoolismo, a religiosidade, as atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Acredita-se também que as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão, suicídio e doença mental e buscam ajuda em momentos de crise ao participarem de redes de apoio social<sup>13</sup>. Já quanto aos indivíduos do sexo masculino, Diekstra & Gulbinat sugerem que existe uma tendência maior de comportamentos que predisõem ao suicídio, seriam eles: competitividade, impulsividade e acesso a meios mais letais<sup>20</sup>. Os homens também estariam mais suscetíveis quando incapazes de cumprir os tradicionais papéis de gênero, sendo sensíveis a situações como desemprego e empobrecimento, estando assim mais propensos ao suicídio.

Uma questão abordada no presente estudo faz relação entre as estações do ano e a frequência de suicídios. Em pesquisa realizada na Dinamarca por Zollner *et al* (2003) demonstrou-se que temperaturas mais altas, dias mais longos e tempo seco estariam associados com um aumento na incidência de suicídios<sup>21</sup>. Em nosso estudo encontramos uma taxa maior durante o verão, de 26,6%, onde a temperatura alta e o clima mais seco são mais comuns. Uma teoria psicossocial que busca explicar esse comportamento baseia-se no fato de que a intensidade de atividades sociais costumam aumentar durante essa época, deixando as pessoas suicidas em posição de comparar-se com outras e ao fazerem isso acabam considerando suas vidas menos prazerosas do que antes. Enquanto no inverno existiria uma tendência maior ao isolamento social e elas tenderiam a externalizar e atribuir seu humor ao clima<sup>21</sup>.

Duas instituições sociais que quando relacionadas ao suicídio surgem como questões ainda mal definidas quanto ao valor “protetor”, seriam o casamento e o credo religioso. No Brasil o casamento deixou de ser uma variável segura devido à dificuldade de conceituar os *status* de solteiro e casado; existindo solteiros que convivem com o(a) parceira(o) na vida cotidiana, casados que vivem separados e amasiados em vários graus, por exemplo. No entanto, um casamento com filhos gera um senso de responsabilidade e um vínculo afetivo maior, que serviria com um imunizante contra o desejo de morrer<sup>13</sup>. Quanto à religião, a grande maioria da população se diz católica, entretanto deve-se fazer a diferenciação entre os praticantes e os não praticantes, quanto às pessoas que se dizem católicas, mas praticam juntamente outras religiões, como espiritismo, por exemplo. Também existem pessoas que

trocam freqüentemente de religião e aquelas que mesmo não tendo nenhuma religião são pessoas de fé. Não há dúvida de que essas relações têm sua importância como fatores de proteção quanto ao suicídio, porém são de difícil controle como uma variável de pesquisa.

O propósito maior de se coletar dados epidemiológicos é o de criar e seguir a medidas de prevenção. Sendo muito úteis na caracterização dos fenômenos estudados. Especificamente no caso dos suicídios, quanto mais informações houver sobre tal caracterização, com o auxílio de dados socioeconômicos, dentre outros, maiores serão as chances dos profissionais de saúde e da população de auxiliarem na problemática do suicídio. Citando Barnes *et al* (2001) que relatam que grande parte dos suicidas tenta contato com familiares e/ou amigos, ou até mesmo com profissionais de saúde antes de cometerem o ato<sup>22</sup>. A criação de redes de apoio mais eficazes ou maior conhecimento das variáveis associadas à tentativa de suicídio no Brasil, resultaria em menores taxas do que os apresentados no trabalho atual. As pesquisas baseadas em amostras epidemiológicas sobre os suicídios em diversas regiões brasileiras podem formar uma base de conhecimento capaz de orientar as políticas públicas de saúde no desenvolvimento de programas capazes de influenciar na diminuição desses índices, sendo necessários mais estudos sobre o caráter epidemiológico do fenômeno, tanto quantitativos quanto qualitativos.

## 6. CONCLUSÃO

As características mais observadas nesse estudo foram:

- o suicídio respondeu por 9,23% do total de mortes por causas externas;
- a taxa média geral de suicídios foi de 6,0/100 mil habitantes na região da Grande Florianópolis, entre janeiro de 1991 e dezembro de 2005;
- o suicídio foi mais prevalente em homens (85,4%) com um total de 573 suicídios;
- a relação masculino/feminino foi de 6:1;
- a faixa etária mais atingida foi a de 20 a 49 anos com 66,2% dos casos;
- o verão teve o maior número de casos, 178 ou 26,6% do total;
- a taxa de suicídios nos finais de semana é de 31%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. [homepage na Internet] Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM. [atualizada em 20 Dez 2002; acesso em 2007 Abr 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
2. Marusic A, Roskar S, Zorko M. Undetermined deaths: are they suicides? *Croat Med J.* 2003; 44:550–2.
3. Weir E. Suicide: the hidden epidemic. |*Canadian Med Assoc*| 2001;165:634-6.
4. Moscicki EH. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threatn Behav* 1995;25:25-35.
5. Diekstra RFW, Garnefski W. On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:36-57.
6. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
7. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; (371 Suppl):9-20.
8. OMS. World report on violance and health. [S.I.]: 2002. [acesso em 2007 Mar 06]. Disponível em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf)
9. DATASUS. Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos. [acesso em 2007 Mar 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>
10. Fintelman C. [sem título], [S.I.]: c2001. [acesso em 2007 Mar 02]. Disponível em: <http://www.ministerioadonai.hpg.com.br/Ponto%20de%20Vista.htm>
11. Fintelman C. [sem título], [S.I.]: c2001. [acesso em 2007 Mar 30]. Disponível em: <http://www.ministerioadonai.hpg.com.br/Ponto%20de%20Vista.htm>

12. Jouglé E, Pequignot F, Chappert J, Rossollin F, Le Toullec A. & Pavillon G. The Quality of Suicide Mortality Data. Meeting of heads of WHO collaborating centers for the classification of diseases, 2002.
13. Serrano AI. Impactos da modernidade sobre as pulsões autodestrutivas: ciências sociais e intervenção psiquiátrica [tese doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
14. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statist Q* 1993;46:52-68.
15. Pan American Health Organization [homepage na Internet]. PAHO Publishing Injuries and Violence; Injuries and Violence, "Building Better Health: A Handbook of Behavioral Change p. 237-252". [atualizada em 2006 Ago 21; acesso em 2007 Mar 21]. Disponível em: [http://www.paho.org/English/DD/PUB/BBH\\_Injuries\\_Violence.pdf](http://www.paho.org/English/DD/PUB/BBH_Injuries_Violence.pdf)
16. Vansan, GA. (1999). Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5), 209-215.
17. Silva JA, Silva CN, Silva Jr, Silva LN, & Silva DN. (1999). Epidemiologia do suicídio na cidade de Salvador (BA). *Revista Brasileira de Neurologia Psiquiátrica*, 3 (1), 19-25.
18. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, *et al* (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
19. Souza ER, Minayo MC, & Malaquias JV. (2002). Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 18 (3), 673-683.
20. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statist Q* 1993;46:52-68.
21. Zollner L, Moller S, Jensen BF. Meteorological factors and seasonality in suicidal behaviour in Denmark 1970-2000, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 60-70.
22. Barnes, L.S., Ikeda, R.M., & Kresnow, M. (2001). Help-seeking Behavior Prior to Nearly Lethal Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, (32 Suppl):68-75.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este estudo foi elaborado e confeccionado conforme a normatização para os trabalhos de conclusão do curso de graduação em medicina, segundo Resolução nº. 002/2005 aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 17 de julho de 2005.

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

Protocolo de coleta de dados:

- Número do laudo
- Nome da vítima
- Data de óbito
- Idade
- Gênero
- Tipo de ocorrência
- Causa da morte
- Lesões Associadas
- Local de ocorrência
- Procedência
- Tempo transcorrido entre a ocorrência e o óbito
- Observações

## APÊNDICE 2

### POPULAÇÃO RESIDENTE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA E BRASIL - 1991/2000

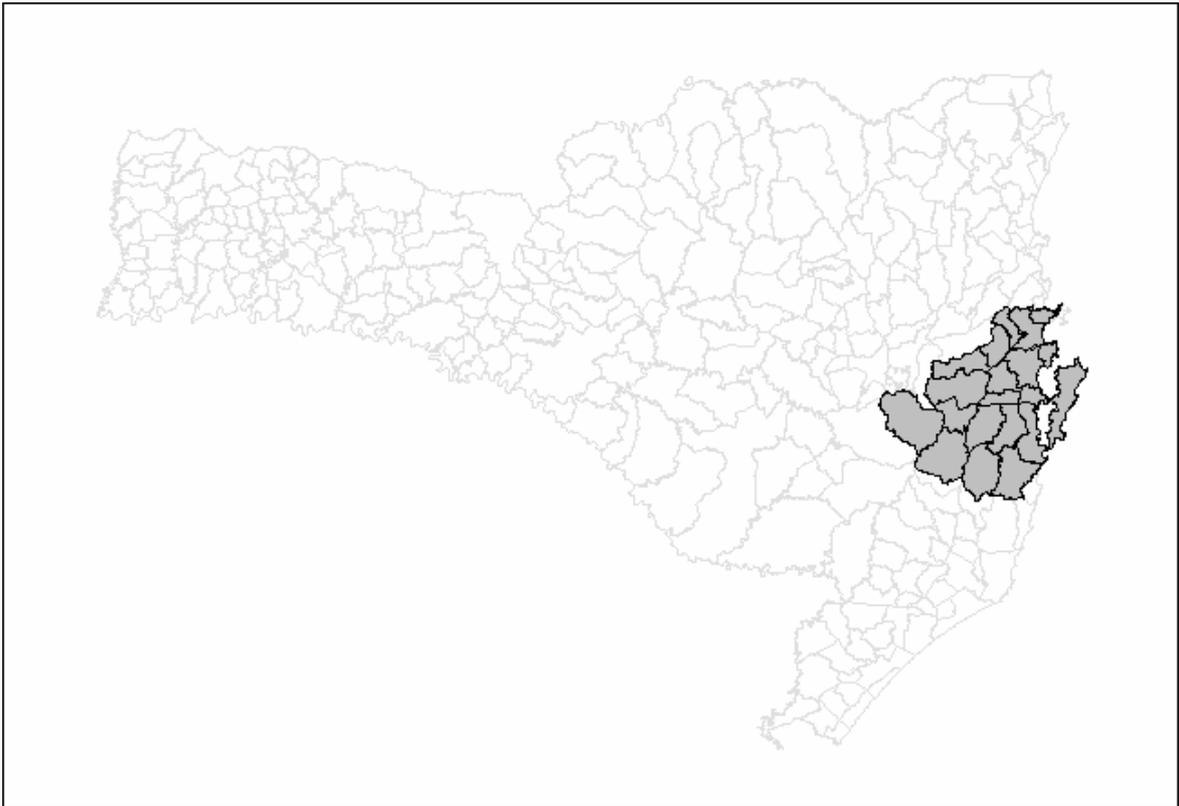
Municípios	1991	1992	1993	1994	1995	1.996	1997	1998	1999	2000
Águas Mornas	4.611	4.610	6.353	4.608	4.607	4.840	4.908	4.966	5.023	5.387
Alfredo Wagner	9.795	9.825	9.855	9.883	9.910	9.187	8.966	8.779	8.592	8.824
Angelina	6.268	6.219	6.180	6.140	6.101	6.051	6.014	5.983	5.951	5.767
Anitápolis	3.564	3.539	3.506	3.479	3.453	3.345	3.266	3.199	3.132	3.228
Antônio Carlos	5.613	5.643	5.650	5.668	5.684	6.007	6.092	6.163	6.235	6.416
Biguaçu	34.063	34.891	35.817	36.623	37.403	40.047	41.569	42.852	44.136	47.776
Canelinha	8.165	8.173	8.357	8.445	8.531	8.209	8.232	8.252	8.271	9.008
Florianópolis	255.390	260.543	266.819	272.073	277.156	271.281	275.239	278.576	281.928	331.784
Governador Celso Ramos	9.629	9.846	10.065	10.266	10.460	10.864	11.265	11.602	11.940	11.533
Major Gercino	3.785	3.802	3.723	3.695	3.667	3.534	3.450	3.380	3.309	3.143
Palhoça	68.430	70.032	71.953	73.573	75.139	81.176	84.262	86.861	89.465	102.286
Paulo Lopes	5.530	5.558	5.567	5.584	5.600	5.589	5.603	5.615	5.627	5.931
Rancho Queimado	2.359	2.326	2.320	2.303	2.285	2.443	2.470	2.493	2.516	2.634
Santo Amaro da Imperatriz	13.392	13.480	13.702	13.844	13.982	14.569	15.123	15.589	16.057	15.682
São Bonifácio	3.373	3.352	3.318	3.292	3.268	3.109	3.035	2.973	2.911	3.218
São João Batista	12.765	12.860	13.060	13.196	13.328	13.637	13.784	13.909	14.033	14.851
São José	139.493	143.619	148.238	152.260	156.150	151.024	150.368	152.734	155.105	169.252
São Pedro de Alcântara	-	-	-	-	-	-	3.531	3.587	3.642	3.580
Tijucas	19.650	20.136	20.662	21.127	21.577	20.160	20.392	20.588	20.784	23.441
Grande Florianópolis	605.875	618.454	635.145	646.059	658.301	655.072	667.569	678.101	690.656	688.657
<b>Santa Catarina</b>	<b>4.541.994</b>	<b>4.614.268</b>	<b>4.696.684</b>	<b>4.767.827</b>	<b>4.836.624</b>	<b>4.875.244</b>	<b>4.958.339</b>	<b>5.028.339</b>	<b>5.098.448</b>	<b>5.333.284</b>
<b>Brasil</b>	<b>146.825.475</b>	<b>149.236.984</b>	<b>151.556.831</b>	<b>153.725.670</b>	<b>155.822.440</b>	<b>157.070.163</b>	<b>159.636.413</b>	<b>161.790.311</b>	<b>162.339.741</b>	<b>169.544.443</b>

Fonte: IBGE. Censo de Populacional dos anos de 1991, 1996 e 2000. Estimativa da População para os anos de 1992, 1993, 1994, 1995, 1997, 1998, 1999.

**APÊNDICE 3**

Fonte: Santa Catarina. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico e Integração ao Mercosul. Mapa Política de Santa Catarina - 1997

## APÊNDICE 4



Fonte: Santa Catarina. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico e Integração ao Mercosul. Mapa Política de Santa Catarina - 1997