



Estudo epidemiológico de suicídios no Vale do Itajaí-SC

Paulo Rogério Melo de Oliveira¹

Daniel Buhatem Kock²

Micheline Ramos de Oliveira³

Flávio Ramos⁴

Maria Cláudia S. Antunes de Souza⁵

Resumo: Na presente pesquisa, foi realizado um estudo ecológico na Macrorregião do Vale do Itajaí entre 1996 e 2012 para identificar a população vítima de suicídio. Através dos dados disponíveis no DATASUS (Ministério da Saúde) e SIM (Secretaria de Estado de Santa Catarina), foram coletadas as informações de mortalidade voluntária no período pesquisado, obtendo os seguintes resultados: ocorreram 1.267 suicídios na região, com média de 8,881 suicídios por 100.000 habitantes (s/h) ao ano, representando a segunda maior média do Estado; Guabiruba foi o município com maior média no período (16,857 s/h) e Blumenau o município com maior número de ocorrências (377); o público masculino teve em média anual de 14,07 s/h e o feminino de 3,73 s/h; o índice de suicídios é maior, quanto maior a faixa etária, tanto em homens quanto mulheres; a maior taxa foi encontrada entre homens entre 70-79 anos, com 46,578 s/h; pessoas casadas se suicidam mais do que solteiras, em proporção muito maior do que as demais regiões do Estado; o principal método do suicídio é o enforcamento, seguido pelo uso de arma de fogo (entre homens) e intoxicação (entre mulheres); no mês de dezembro se concentram o maior número de ocorrências. O estudo epidemiológico apenas inicia um processo de conhecimento maior sobre como esse fenômeno afeta região do Vale do Itajaí, sendo necessários diversos aprofundamentos qualitativos que as estatísticas não são capazes de suprir.

Palavras-chave: Saúde Pública. Estudo Epidemiológico (1996-2012). Políticas de Saúde Mental. Suicídio. Vale do Itajaí. Estado de Santa Catarina.

¹ Doutor em História/UFRGS. Professor do PMGPP/UNIVALI

² Mestre em Gestão de Políticas Públicas/PMGPP/UNIVALI

³ Doutora em Antropologia Social PPGAS/UFSC. Pesquisadora NAUI/UFSC. Professora do PMGPP/UNIVALI.

⁴ Doutor em Sociologia Política/UFSC. Professor do PMGPP/UNIVALI

⁵ Doutora e Mestre em Derecho Ambiental y de la Sostenibilidad pela Universidade de Alicante – Espanha. Mestre em Ciência Jurídica pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Professora no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica, nos cursos de Doutorado e Mestrado em Ciência Jurídica, e na Graduação no Curso de Direito da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Paidéia cadastrado no CNPq. Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Estado, Direito Ambiental, Transnacionalidade e Sustentabilidade” cadastrado no CNPq/EDATS/UNIVALI. Coordenadora do Projeto de pesquisa aprovado no CNPq intitulado: “Análise comparada dos limites e das possibilidades da avaliação ambiental estratégica e sua efetivação com vistas a contribuir para uma melhor gestão ambiental da atividade portuária no Brasil e na Espanha”. E-mail: mclaudia@univali.br

Epidemiological study of suicides in Itajaí Valley, SC.

Abstract: On the present research has been made an ecologic study on the region of the Vale do Itajaí between 1996 and 2012 to identify the population victim of suicide practice. We have drawn a background with the state of the art around the subject, exploring through discussions the existing public policies in the region, as well as in Brazil and abroad. Through the data available on DATASUS (Ministério da Saúde) and SIM (Secretaria de Estado de Santa Catarina), information was collected about mortality on the researched timeframe, with the following results: there has been 1.267 suicides on the region, with an average 8,881 suicides per 100.000 population (s/h) each year, representing the second highest average rating in the State; Guabiruba was the city with highest average rating (16,857 s/h) and Blumenau the city with highest number of deaths (377); the annual average rating between men was 14,07 s/h, and women 3,73 s/h; the higher the age group, the higher suicide rates, in either men and women groups; the highest rate was found between men in 70-79 age group (46,578 s/h); married people commit more suicides than singles, in much higher proportion than in different regions of the State; hanging was the main method, followed by firearms (between men) and intoxication (between women); December was the month with most cases of suicide, being necessary several further qualitative studies that statistics alone cannot suffice.

Keywords: Public Health. Epidemiological Study (1996-2012). Mental Health Policy. Suicide. Itajaí Valley. State of Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

Estima-se que todos os anos mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida pela prática do suicídio em todo o mundo, o que equivale a uma pessoa morta a cada 40 segundos, além de inúmeras outras tentativas – registradas ou não. Em países subdesenvolvidos ou em estágio de desenvolvimento, o problema se evidencia pela falta de atendimento devido para identificação dos casos, tratamento e apoio necessário, caracterizando a necessidade de políticas públicas eficientes na área da saúde para prevenção dessas ocorrências. (WHO, 2014a).

O Brasil se encaixa nessa realidade. A falta de efetividade das políticas públicas é relatada pelos profissionais de saúde como uma das principais causas para um aumento recente no número de suicídios. Não possuindo políticas públicas claras quanto a sua prevenção, a prática de suicídio vem se efetivando, gerando um aumento no número de casos vislumbrados nas estatísticas. Verificado esse número crescente nos índices de suicídios, especialmente surtos epidêmicos, deve-se atentar para a verificação da existência de ações

preventivas, do correto levantamento das circunstâncias e dos registros de ocorrências, para que, através de indicadores, sejam fomentadas, avaliadas e discutidas políticas públicas que tratarão do tema.

Segundo Durkheim (2003, p. 144) “Se quisermos saber de que confluências diversas resulta o suicídio considerado como fenômeno coletivo, é sob a sua forma coletiva, isto é, pelos dados estatísticos, que será necessário, antes de tudo, estudá-lo”.

Foi com esse viés que o presente trabalho se debruçou sobre os bancos de dados da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina para buscar informações sobre o perfil epidemiológico dos suicídios ocorridos no Vale do Itajaí no período de 1996 a 2015, a fim de aprofundar o assunto nessa região que possui índices elevadíssimos de ocorrências dessa natureza. Identificar a população vítima de suicídio no Vale do Itajaí – será o primeiro passo na direção de melhorias na saúde pública em geral, no entendimento da saúde mental nessa região e, sobretudo, no cuidado com as pessoas do Vale. Levando em conta a diversidade contextual, dados esses, que podem vir a contribuir com indicadores de saúde que possam servir como produto para discussão do fenômeno suicídio em âmbito nacional.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada elegendo a Macrorregião do Vale do Itajaí⁶, constituída por 42 municípios do Estado de Santa Catarina, como unidade de análise sob o desenho de estudo ecológico.

Como população-alvo, foram considerados os residentes nesses municípios, conforme dados divulgados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística na *internet*, seguindo os Censos de 2000 e 2010, bem como as estimativas anuais oficiais publicadas no Diário Oficial da União de 1996 a 2015⁷.

O período de estudos é de 20 anos, iniciado em 1996, quando foi adotada a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e disponível no SIM⁸ (Sistema de Informação de Mortalidade) da Secretaria Estadual de Saúde, até 2015, ano que se tem a disponibilidade de acesso nos bancos de dados do IBGE até o momento da realização do projeto de pesquisa. Os recortes de gênero e faixa etária foram realizados no período de 1996

⁶ A Macrorregião do Vale do Itajaí está definida conforme a divisão das macrorregiões de saúde da Secretaria Estadual de Saúde, devidamente discriminada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
⁷ Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015>>.

⁸ Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim_causas_externas.def>.

até 2012, conforme disponibilidade no DATASUS⁹, do Ministério da Saúde, até o momento que foi realizada a pesquisa.

Foram trabalhados os dados divididos em períodos anuais, cumprindo a divisão pela população municipal e/ou regional, para formação dos indicadores.

DESENVOLVIMENTO

Os primeiros indicadores que serão apresentados abaixo tratam das taxas de ocorrências de suicídios a cada 100.000 mil habitantes (s/h) em cada macrorregião de saúde do Estado de Santa Catarina, com destaque ao Vale do Itajaí, objeto de estudo, no período pesquisado de 1996 a 2015, seguidos pelos recortes realizados nesses números para analisar os resultados da pesquisa. Os coeficientes de 2013 em diante foram realizados utilizando o número populacional de 2012, tendo em vista a indisponibilidade desses dados nos sistemas oficiais conforme metodologia proposta acima.

As Macrorregiões do Vale do Itajaí

Inicialmente, como cumpre a epidemiologia da comparação, apresenta-se a região objeto de estudos em confronto com as demais Macrorregiões de Saúde devidamente nominadas pela Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Conforme já exposto anteriormente, nossas pesquisas preliminares apontavam o Vale do Itajaí como a Macrorregião de Saúde com os maiores índices de suicídio no período pesquisado, proporcionalmente à população residente. Contudo esses resultados não foram confirmados, apontando o Oeste catarinense com maiores coeficientes proporcionais de suicídio, apesar de ter sido observado na região do Vale do Itajaí o maior número de ocorrências totais, conforme se observa abaixo, principalmente pelo grave aumento no número de suicídios em 2015.

Tabela 1: Coeficiente bruto e proporcional de mortalidade por região do Estado.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO RESIDENTE (2012)	TOTAL DE SUICÍDIOS DO PERÍODO 1996-2015	TAXA PROPORCIONAL MÉDIA DO PERÍODO 1996-2015
Grande Oeste	740.973	1.588	13,30
Meio Oeste	601.280	1.159	11,74
Vale do Itajaí	959.658	1.608	10,97
Foz do Rio Itajaí	579.946	608	7,43

⁹ Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsc.def>>

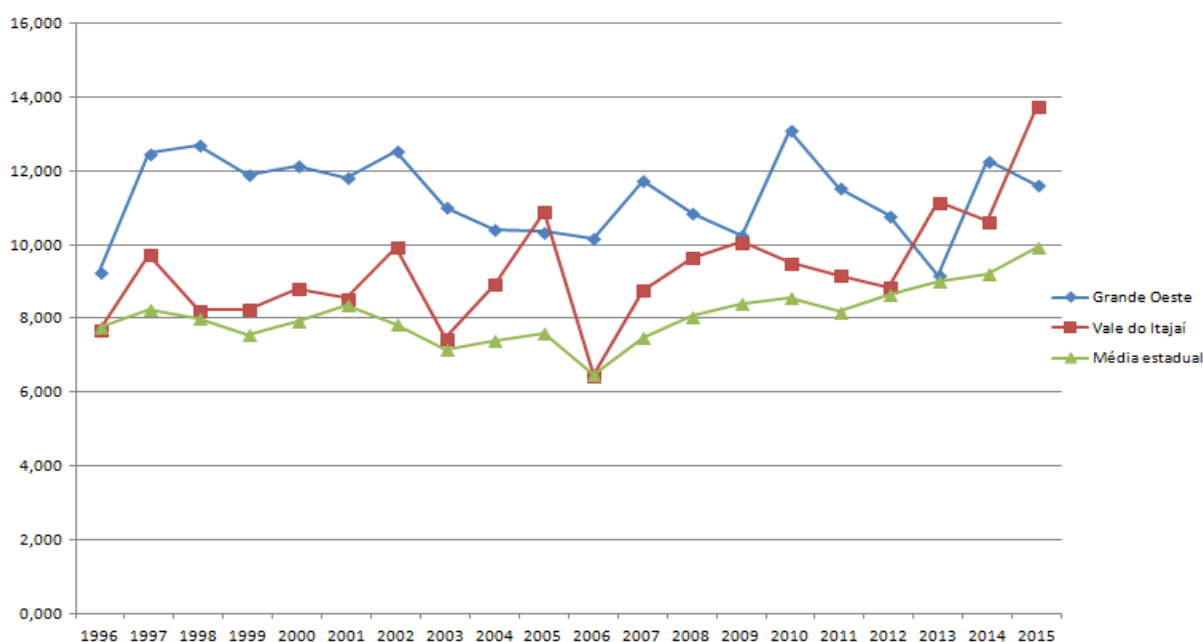
Grande Florianópolis	1.041.828	1.133	7,37
Sul	921.661	1.280	8,67
Nordeste	894.286	1.011	7,59
Planalto Norte	357.565	550	9,38
Serra Catarinense	286.089	462	9,50
TOTAL	6.383.286	9.399	9,52

Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

No Vale do Itajaí, foi encontrado em meio aos dados na pesquisa o coeficiente de 10,97 s/h, qual foi calculado pela média anual do período pesquisado. Esse índice pode ser considerado “alto” pela classificação proposta com base no diagrama da OMS (WHO, 2014b) (coeficiente entre 10 s/h a 15 s/h), assim com as regiões do Oeste catarinense, enquanto nas demais regiões e na média estadual a taxa é considerado “média” (coeficiente entre 5 s/h e 10 s/h).

Ao longo do período de estudo, de 1996 a 2015, é perceptível uma elevação, ainda que pequena, nas taxas de suicídio no Estado. Quando observada a região de estudo, o Vale do Itajaí apresentou fortes oscilações nos índices, mais notada entre 2005 e 2007 e uma grande elevação nos últimos anos, mais notadamente em 2015, quando apresentou o maior taxa no Estado.

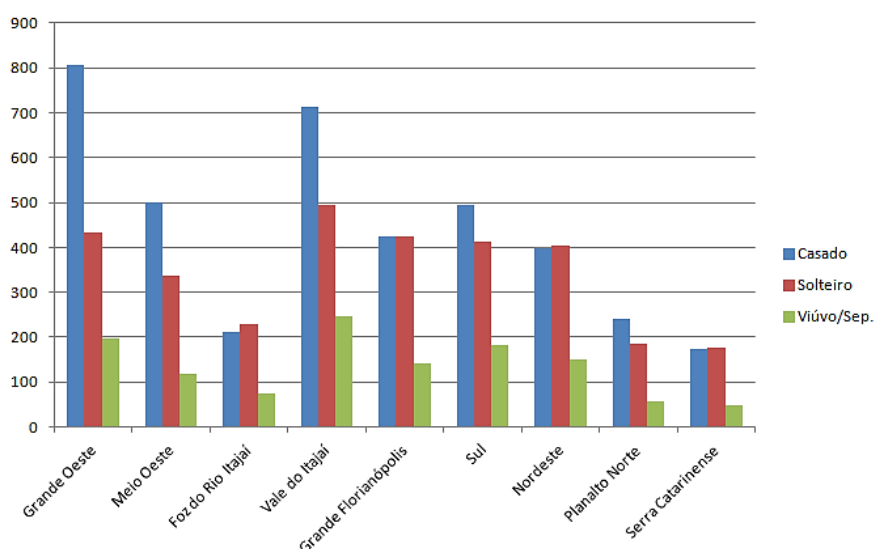
Gráfico 1: Taxas de suicídios por 100 mil habitantes em Santa Catarina 1996-2012.



Fonte: DATASUS/MS.

Cumpra ressaltar também o recorte feito em relação ao estado civil das vítimas de suicídios. Ressalta-se que na Macrorregião do Vale do Itajaí, assim como no Grande Oeste, Meio Oeste e Sul, o número de casos entre indivíduos casados é muito superior do que entre os indivíduos solteiros, quando nas demais regiões a proporção entre essas duas populações é praticamente parelha. No gráfico abaixo foram excluídos os casos não informados ou ignorados.

Gráfico 2: Coeficiente bruto de mortalidade por estado civil 1996-2015.¹⁰



Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

A comparação entre as regiões demonstra uma heterogeneidade muito evidente. Quando vistos os coeficientes proporcionais de mortalidade, por exemplo, observaram-se taxas menores no litoral, que vão aumentando em direção ao interior. Justamente em Santa Catarina, onde se tem maior influência cultural européia, especialmente a germânica no interior e açoriana no litoral, também com difusões de italianos e outras menores, essa observação levanta questões sobre as diferenças culturais e como elas influenciam o modo de encarar o processo saúde-doença.

Nesse entendimento, acredita-se que a estrutura epidemiológica do suicídio deve ser estudada pelos fatores sociais que irão influenciar no período pré-patogênico na ocorrência de novos óbitos ou ainda acometimento de doenças mentais. (Rouquayrol; Goldbaum, 2003).

A óptica dessa análise deve ser as relações afetadas à saúde mental dessas populações em diferentes regiões, com maior aprofundamento nessas diferenças e semelhanças, a fim de compreender o fato coletivo.

¹⁰ Excluídos casos “não informados” e “ignorados”; somados os “viúvos” e “separados judicialmente”.

O Meio Rural e os Coeficientes Municipais de Suicídios

Observou-se em obras anteriores, que as leituras dos coeficientes globais escondem verdadeiras catástrofes no nível local. (Waiselfisz, 2014; WHO, 2014b). No presente estudo ecológico, não é diferente. A leitura dividida em níveis macrorregionais esconde números mais alarmantes quando se faz o recorte municipal. Nas localidades apontadas na tabela abaixo, verifica-se índices “altos” de suicídio, segundo a classificação anteriormente proposta, e um município com índice “altíssimo” (coeficiente acima de 15 s/h), Guabiruba, cidade vizinha à Brusque. Dentre esses municípios, Pomerode e Timbó, cidades vizinhas, aparecem com o maior número de ocorrências. Por serem as cidades com a maior população, os índices altos são preocupantes, exigindo cuidados na formulação de políticas públicas locais para prevenção de suicídios e maior conhecimento sobre o fenômeno suicida nessa população.

Tabela 2: Coeficiente bruto e proporcional de mortalidade por município (mais alto).

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO RESIDENTE (2015)	TOTAL DE SUICÍDIOS DO PERÍODO 1996-2015	TAXA PROPORCIONAL MÉDIA DO PERÍODO
Guabiruba	21.612	52	16,70
José Boiteux	4.862	15	15,72
Benedito Novo	11.168	30	15,31
Apiúna	10.322	27	14,54
Ascurra	7.781	20	13,68
Pomerode	31.181	67	13,34
Dona Emma	3.997	9	13,29
Petrolândia	6.080	16	12,99
Rio dos Cedros	11.157	24	12,59
Lontras	11.393	24	12,42
Laurentino	6.598	14	11,82
Ibirama	18.412	38	11,47
Presidente Getúlio	16.474	31	11,15
Pouso Redondo	16.424	30	10,79
Presidente Nereu	2.309	5	10,79
Rodeio	11.380	23	10,57
Taió	18.060	35	10,51
Salete	7.594	15	10,20
Timbó	41.283	70	10,12

Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

Importante registrar que as cidades mais populosas da região pesquisada, notadamente Blumenau, Rio do Sul e Brusque, não configuram entre as cidades com maiores índices, apresentando coeficientes de suicídios ainda considerados “médios”, sendo Rio do Sul a cidade com maior índice entre essas (9,66 s/h) e Blumenau a cidade com maior número de casos na região.

Tabela 3: Coeficiente bruto e proporcional de mortalidade por município (mais populosos).

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO RESIDENTE 2015	TOTAL DE SUICÍDIOS DO PERÍODO 1996-2015	TAXA PROPORCIONAL MÉDIA DO PERÍODO 1996-2015
Rio do Sul	67.237	109	9,66
Blumenau	338.876	479	8,27
Brusque	122.775	145	7,63

Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

Essa dicotomia entre o campo e a cidade abre uma importante discussão sobre a população rural da região e como ela vem sendo afetada pelo fenômeno suicida, a qual deve ser observada com maior rigor. Pesquisas anteriores já trabalharam a questão do uso de agrotóxicos e a incidência de suicídios nos trabalhadores da zona rural¹¹, de modo que a essa é uma questão que merece destaque, apesar de que os métodos de suicídio serão tratados mais à frente.

Os indicadores levantados nessa pesquisa, realizada através das informações epidemiológicas originalmente coletadas das declarações de óbitos e alimentadas no banco de dados, não possuem um campo específico para a habitação rural ou urbana da vítima, de modo que se pode apenas discutir essa questão de forma superficial, através dos dados coletados, onde há índices maiores em cidades de menor porte do que nos centros mais urbanizados. Por outra vênua, durante a pesquisa, descobriram-se outras cidades também de atividade rural que possuem indicadores melhores que a média.

Durkheim (2003) verificou que as taxas de suicídio nas cidades eram maiores do que no campo, levantando a hipótese de que o suicídio poderia ser “contagioso”, e que no campo as causas externas de óbito seriam atribuídas aos homicídios. O que se vislumbra atualmente, contudo, é uma inversão: taxas maiores de suicídio na área rural e de homicídios nas áreas urbanas (Gonçalves “e col”.., 2011).

¹¹ Vide pesquisas de: Meyer et al., 2007; Pires et al., 2005; Meneghel et al., 2004; Lovisi et al., 2009; entre outros estudos epidemiológicos.

Em se tratando de êxodo rural, cumpre salientar que esse movimento também é observado no Vale do Itajaí, conforme se demonstra pela comparação abaixo entre os levantamentos do IBGE, com o forte crescimento da população urbana e queda na população rural.

Tabela 4: População residente em zona rural e urbana em Santa Catarina.

Ano	1980	1991	2000	2010
Pop. SC	530.529	660.186	782.227	936.362
Pop. Urbana	338.808	463.671	609.880	778.250
Pop. Rural	191.721	196.515	172.347	158.112

Fonte: DATASUS/MS.

Em Guabiruba, município que apresentou média altíssima na taxa de suicídios, vê-se que esse movimento é mais acentuado, tanto no êxodo rural quanto no crescimento populacional migratório acima da média e atualmente sua atividade econômica principal é a indústria têxtil. (Guabiruba, 2013).

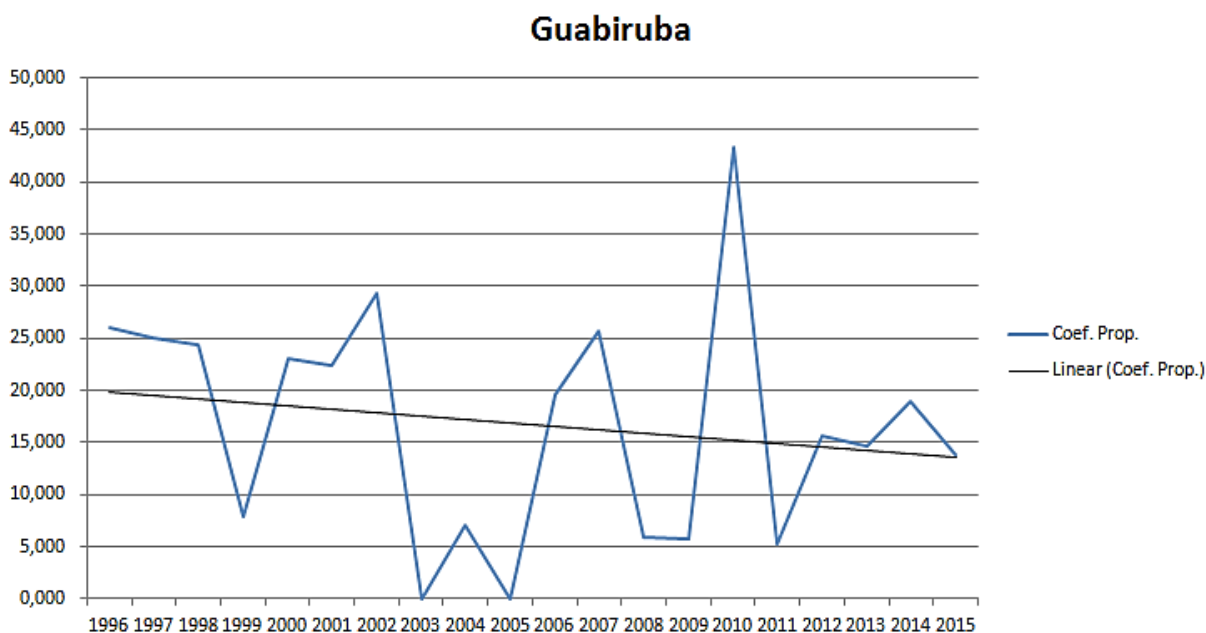
Tabela 5: População residente em zona rural e urbana em Guabiruba.

Ano	1980	1991	2000	2010
Pop. Guabiruba	7.150	9.905	12.976	18.430
Pop. Urbana	4.238	5.841	12.048	17.066
Pop. Rural	2.912	4.064	928	1.364

Fonte: DATASUS/MS.

Não obstante os altos índices, se traçada uma linear do coeficiente proporcional no município, observa-se uma tendência de queda nas ocorrências, com taxa de 0 s/h em 2003 e 2005 e ocorrência de apenas um suicídio por ano em 2008, 2009 e 2011, apesar de um verdadeiro surto em 2010 (43,40 s/h).

Gráfico 3: Coeficiente proporcional de mortalidade – Guabiruba.

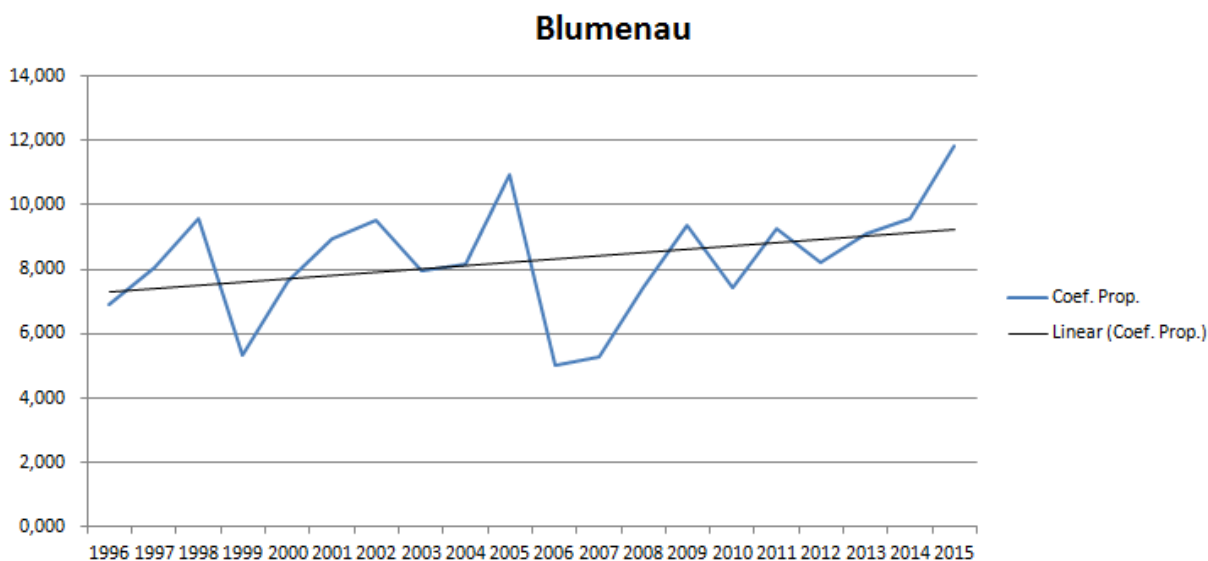


Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

Blumenau é a maior cidade da região. Localizada na região central do Vale do Itajaí, a cidade é conhecida nacionalmente pela tradição da cultura germânica, pela produção artesanal de cerveja e pela forte indústria têxtil e de cristais. No período pesquisado foram registrados 479 suicídios na cidade, onde há o maior número de casos. Verificada o coeficiente proporcional de mortalidade, têm-se em média números bem inferiores do que observados nas cidades menos populosas (8,27 s/h), porém não menos alarmantes, tendo em vista o maior numero populacional.

A evolução do gráfico apresenta importantes oscilações anuais e uma tendência linear de crescimento no período pesquisado. Apesar de quedas importantes em 2006 e 2007, os aumentos dos últimos anos revela o grave problema de saúde pública na região. Em 2014, foram registrados 32 suicídios na cidade, um recorde que foi quebrado em 2015 com 40 novas ocorrências, representando um aumento de 25% apenas no último ano.

Gráfico 4: Coeficiente proporcional de mortalidade – Blumenau.

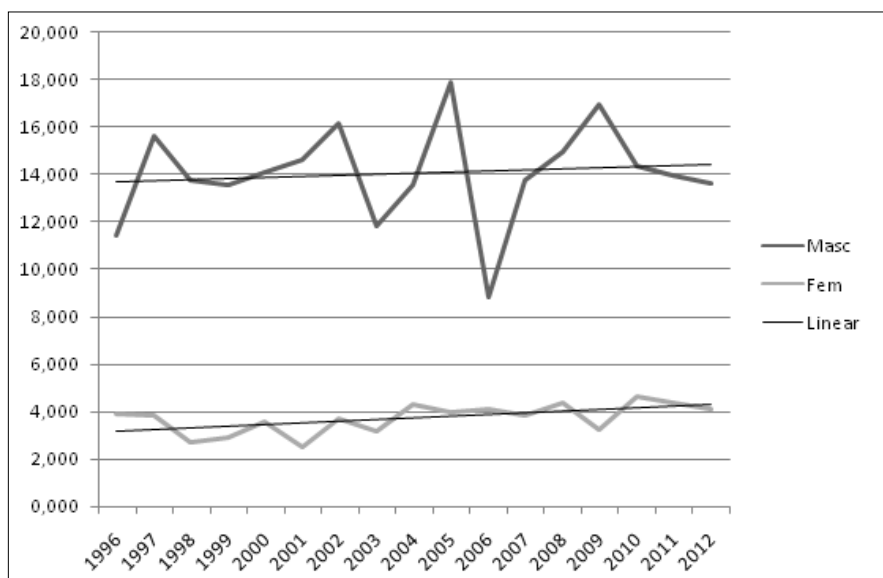


Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

Taxas Elevadas de Suicídios de Homens e Idosos

Outro aspecto importante considerado nessa dissertação foi a diferente distribuição de casos entre a população do sexo masculino e feminino. Verificou-se a taxa de incidência entre homens, bem como entre as mulheres, com base nos dados populacionais do IBGE a cada ano, por gênero. Para esses recortes, foi considerado o período de 1996 a 2012, conforme exposto anteriormente, uma vez que não existem estatísticas oficiais disponibilizadas para estimativas anuais de população divididas por gênero nos municípios.

Gráfico 5: Coeficiente proporcional de mortalidade para gênero (1996-2012).



Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

Neste aspecto, a prevalência dos casos entre homens dita a tendência de alta ou baixa no coeficiente total, sendo que no coeficiente proporcional de mortalidade por gênero, em média se obteve 14,07 s/h entre os homens e 3,73 s/h entre mulheres, portanto uma proporção de 3,7:1. Essa incidência maior em homens é consequência de fatores masculinos ligados a esse grupo procurar menos por ajuda, menos frequentemente são diagnosticados como deprimidos e, portanto, obtêm menos tratamento – e quando recebem, não costumam aderir a estes. (Chachamovich “e col”., 2009).

Porém, é somente fazendo o recorte de faixas etárias que, pode-se deparar com a mais preocupante vítima do fenômeno suicida. Após a divisão dos casos por gênero e idade, encontra-se coeficientes extremamente elevados entre os homens idosos, conforme se verifica no quadro abaixo, o qual apresenta a média de todos os índices anuais no período pesquisado e as tendências obtidas através da redução linear desses índices.

Tabela 6: Coeficiente proporcional de mortalidade para faixa etária e gênero (1996-2012).

FAIXA ETÁRIA	MULHERES		HOMENS	
10-14 Anos	0,81	↓	1,08	↑
15-19 Anos	2,88	↓	4,99	↑
20-29 Anos	3,02	↓	13,35	↑
30-39 Anos	3,34	↑	13,74	↑
40-49 Anos	6,68	↓	23,38	↓
50-59 Anos	6,70	↑	30,69	↓
60-69 Anos	7,62	↑	36,52	↓
70-79 Anos	8,82	↑	43,41	↓
80 Anos ou mais	9,02	↓	43,67	↓

Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

De 1996 a 2012, percebe-se que o número de suicídios entre homens adultos e idosos na região vem caindo, podendo ser verificada essa tendência em todas as faixas etárias de 40 anos de idade em diante. O aumento nos coeficientes ao longo do período se traduz na tendência de alta entre adultos jovens, na faixa entre 20-29 e 30-39 anos. Entre as mulheres, não foi possível identificar um padrão nas tendências, senão a queda entre jovens abaixo de 29 anos e alta nas faixas entre 50-59, 60-69 e 70-79 anos. Ao inverso do que se observou no público idoso masculino, o suicídio entre as mulheres idosas vem crescendo a região.

A Questão do Clima e a Sazonalidade das Ocorrências

Outra questão de relevância que a pesquisa traz à tona diz respeito às datas das ocorrências de suicídio mês a mês, a fim de verificar as épocas em que eles mais ocorreram no período pesquisado. Há vários anos, pesquisas científicas buscam uma correlação de sazonalidade nas ocorrências de suicídio. Pesquisas que buscam estabelecer relações entre clima e sazonalidade com os suicídios, em sua maioria, concluem por no mínimo um tipo de correlação, porém seus resultados são inconclusivos e contraditórios, possivelmente pela diferença de metodologia aplicada entre elas (Diesenhammer, 2003).

Nesse viés, o presente trabalho se limitou a expor os coeficientes brutos de ocorrências por mês, sem abordar as causas das variações a fim de evitar especulações sem fundamentação técnico-científica para discussão dos resultados da pesquisa.

Assim, no estudo realizado no Vale do Itajaí, verificou-se que o mês onde mais ocorrem suicídios na região é dezembro, sendo que abril foi o mês com menos ocorrências. Nos 20 anos pesquisados, foram 192 casos nos meses de dezembro, contra 102 nos meses de abril – quase a metade. Em alguns anos, os meses de janeiro apresentaram maior número de ocorrências. Observou-se também a paridade nos números de ocorrências entre os meses de inverno (julho, agosto e setembro: 411 óbitos) e de verão (janeiro, fevereiro e março: 402 óbitos).

Considerações Sobre os Métodos de Suicídio

À primeira vista, a pesquisa e indicação do método utilizado para a mortalidade voluntária pode parecer sem utilidade em se tratando do estudo epidemiológico da forma que foi realizado nessa pesquisa. Porém, no âmbito de trabalho das políticas públicas, o conhecimento dessa forma de ação é extremamente relevante, principalmente sobre a utilização de políticas restritivas como meio de prevenção, como o controle sobre armas de fogo e medicamentos, por exemplo.

No período estudado, ocorreram no Vale do Itajaí 1.608 suicídios, sendo que a grande maioria deles se deu pelo método do enforcamento, estrangulamento ou sufocação. Registra-se que esses métodos são, dentre todos eles, talvez os mais simples de serem efetivados. Na tabela abaixo, apresenta-se essas ocorrências e seus respectivos métodos.

Tabela 8: Óbitos por suicídios no Vale do Itajaí 1996-2015.

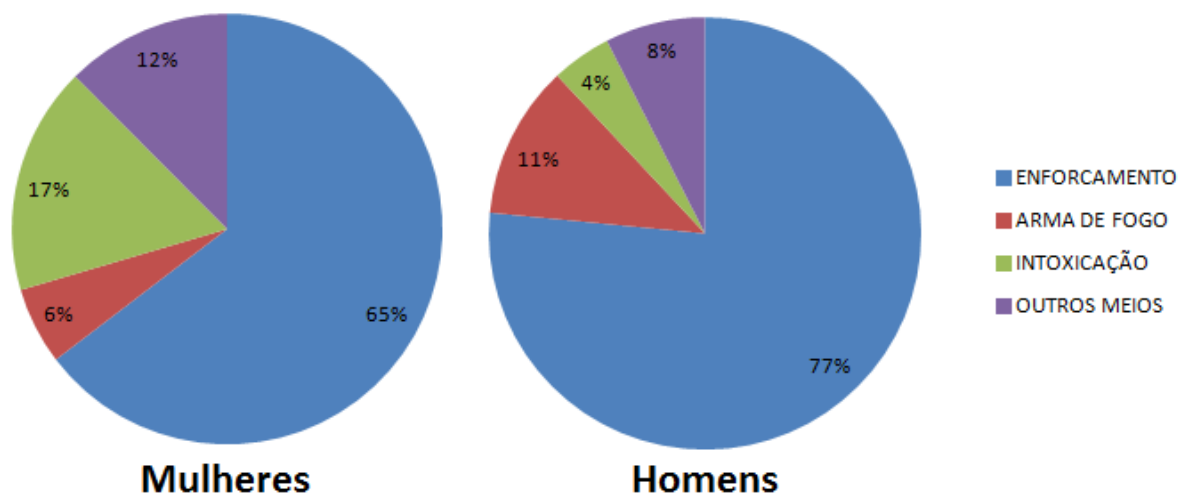
MÉTODOS CONSIDERADOS	HOMENS	MULHERES	TOTAL
Suicídio por enforcamento, estrangulamento e sufocação	959	233	1.192

Suicídio por arma de fogo	144	20	164
Suicídio por intoxicação por pesticidas	25	7	32
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	27	46	73
Suicídio por intoxicação por outro produto químico NE	4	6	10
Suicídio por afogamento, submersão	38	28	66
Suicídio por precipitação de lugar elevado	16	7	23
Suicídio por objeto cortante, penetrante	16	3	19
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	6	4	10
Suicídio por outros meios especificados	8	0	8
Suicídio por meios não especificados	10	1	11
TOTAL	1.253	355	1.608

Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

Chama a atenção também a diferença dos métodos utilizados por homens e pelas mulheres. Enquanto o enforcamento lidera com larga vantagem o número de ocorrências em ambos os sexos, vê-se uma grande aversão na utilização de armas de fogo na população feminina, enquanto essa se utiliza preferencialmente da intoxicação exógena como alternativa ao enforcamento. Na população masculina ocorre o contrário, elegendo a arma de fogo como segundo método mais utilizado, com o afastamento das intoxicações. Essa é uma importante diferenciação para tratar das políticas públicas, tendo em vista a forma como a população encara esses dois métodos diferentes tão polêmicos quando se trata de políticas restritivas, tendo em vista a força econômica das indústrias envolvidas na comercialização de armamentos e medicamentos.

Gráfico 7: Porcentagem dos meios empregados para o suicídio por gênero.



Fonte: Elaborado pelos Autores (2016).

Acredita-se que as discussões apresentadas nessa seção são de fundamental importância. Sendo a restrição de métodos de suicídio a ação que mais afeta a população em geral na prevenção de novas ocorrências, um plano de prevenção e política pública direcionada ao suicídio não pode deixar de considerar essas questões específicas do Vale citadas aqui, como o uso de armas de fogo pelos homens, o uso de medicamentos pelas mulheres e principalmente o enforcamento como principal meio de suicídio. (Bertolote, 2004).

SÍNTESE

O estudo epidemiológico realizado atingiu seus objetivos, permitindo que a pesquisa relatada nessa dissertação identificasse a população vítima de suicídio na região do Vale do Itajaí durante o período pesquisado. Foi verificado o maior número de ocorrências na população masculina, sendo que os coeficientes são maiores de acordo com a faixa etária tanto entre os homens, quanto às mulheres. As ocorrências também foram mais frequentes entre a população casada do que entre solteiros. O principal método utilizado para a prática foi o enforcamento, seguido das armas de fogo (entre homens) e a intoxicação (entre as mulheres). O mês com menos ocorrências registradas é abril, já o com mais ocorrências é dezembro, não havendo padrões conclusivos de sazonalidade.

Dentre os municípios da região, Guabiruba apresentou taxa média de 16,70 s/h, a maior no período pesquisado. É o único município com taxa considerada altíssima pela classificação proposta com base no diagrama da OMS. As cidades maiores da região apresentaram taxas médias: Rio do Sul (9,66 s/h), Blumenau (8,27 s/h) e Brusque (7,63 s/h).

O estudo dos suicídios no Vale do Itajaí não pode ficar somente no estudo epidemiológico nos moldes em que foi desenhado na presente dissertação, sob o risco de se ter iniciado um trabalho que traz pouco ou quase nenhum resultado prático para construção de políticas para essa população vítima da mortalidade voluntária. Esse estudo demonstrou que a compreensão do fenômeno suicida depende de aprofundamentos que só serão possíveis com evidências necessárias da pesquisa qualitativa dessas populações.

Muitos questionamentos surgiram nesse processo de pesquisa que o método epidemiológico escolhido, através de busca nos bancos de dados oficiais, não foi capaz de responder. A complexidade do fenômeno suicida, com suas interligações profundas com as questões de saúde mental e cultura própria local, deixam muitas dúvidas quanto à utilidade das informações que vem sendo coletadas nos bancos de dados oficiais oriundas das agências de vigilância epidemiológicas, especificamente para prevenção de óbitos pela mortalidade

voluntária. Existem elementos que devem ser estudados, seja no nível individual ou coletivo, que, uma vez desconsiderados na alimentação das estatísticas oficiais, ocultam aspectos cruciais para compreensão do fenômeno suicida como a espiritualidade e religião, a condição socioeconômica, patologias preexistentes e a cultura local de forma geral e específica.

É indispensável o entendimento do processo saúde-doença aos olhos da população objeto de estudo, o que um estudo ecológico não é capaz de fazer, senão com abordagem antropológica e posteriormente uma pesquisa epidemiológica no nível individual. Nesse sentido, a posição durkheimiana do estudo estatístico do fenômeno suicida deve ser relativizada. Não se discorda que o suicídio é sim um processo social e por sua forma coletiva deve ser estudada, porém o estudo ecológico como desenho de pesquisa epidemiológica não é capaz de atender essa demanda, sendo esse apenas o primeiro passo na compreensão desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

BERTOLOTE, J. M. Suicide prevention: at what level does it work? **World Psychiatry**, 3 (3), oct. 2004, p. 147–51. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 31 (1), mai. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

DEISENHAMMER, E. A. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behavior. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 108 (6), p. 402-409, dez. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

DURKHEIM, É. **O Suicídio**, 1897. São Paulo: Martin Claret, 2003. (Série Ouro). Tradução: Alex Martins.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Econ.**, Belo Horizonte, 21 (2), ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

GUABIRUBA. **Guabiruba é a cidade que tem maior crescimento populacional**. Publicado em: 18 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.guabiruba.sc.gov.br/>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014**: os jovens do Brasil. Instituto Sangari. Secretaria-Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br/>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

WHO. World Health Organization. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: Who Press, 2000. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. **Preventing suicide**: a global imperative. Genebra: Who Press, 2014. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 05 nov. 2014.