



CURSO DE MEDICINA
EDUARDA URPIA LIMA

**SUICÍDIOS EM SALVADOR NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19
EM 2020: ANÁLISE COMPARATIVA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS.**

SALVADOR

2021

Eduarda Urpia Lima

**SUICÍDIOS EM SALVADOR NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19
EM 2020: ANÁLISE COMPARATIVA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano do curso.

Orientador: Prof. Dra. Manuela Garcia Lima.

Salvador

2021

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública a nível mundial. Diversos são os fatores que influenciam seu comportamento. Durante a pandemia da COVID-19, inúmeros fatores de risco do suicídio foram potencializados, e não se sabe quais foram os efeitos sobre as taxas de suicídios no Brasil. Este estudo tem como objetivo geral investigar se, no contexto de pandemia por Covid-19 em 2020, houve aumento nos casos de suicídio em relação aos últimos 10 anos. Além disso, objetiva-se comparar situação de taxa de suicídio de Salvador em 2020 e dos últimos 10 anos com as capitais do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo de agregados espaço-temporal, cuja unidade de análise temporal corresponde aos anos de 2010 a 2020, e a unidade de análise espacial corresponde as capitais dos estados federados. As informações relativas ao suicídio foram obtidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no site do DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e sites da Secretaria Estadual de Saúde. As informações referentes ao suicídio no ano de 2020 foram obtidas nos sites da Secretaria Estadual de Saúde de cada estado da federação, quando disponíveis. Em Salvador, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes formava uma curva modesta de crescimento de 2011 (3,39) até 2016 (5,33). Nos anos seguintes, essa taxa passou a estar em constante queda e, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes de Salvador, em 2020, foi de 3,03/100.000 habitantes. Por fim, constatou-se que a taxa de suicídio diminuiu em Salvador em 2020, seguindo a mesma tendência do restante das capitais da federação, cujas taxas de suicídio se mantiveram constantes ou diminuiriam.

Palavras-chave: Suicídio. Covid-19. Salvador.

SUBSTRACT

Suicide is a worldwide public health problem. There are several factors that influence their behavior. During the Covid-19 pandemic, numerous suicide risk factors were potentiated, and the effects on suicides rates in Brazil are unknown. This study aims to investigate whether, in the context of the Covid-19 pandemic in 2020, there was an increase in suicide cases compared to the last 10 years. In addition, the objective is to compare the suicide rate situation in Salvador in 2020 and in the last 10 years with the capitals of Brazil. This is a descriptive study of spatiotemporal aggregates, whose temporal analysis unit corresponds to the years 2010 to 2020, and the spatial analysis unit corresponds to Brazilian state capitals. Suicide-related information was obtained from the Mortality Information System (SIM) on the website of DATASUS – Department of Informatics of the Unified Health System and websites of the State Health Department. Information regarding suicide in the year 2020 was obtained from the website of the State Health Department of each state of the federation, when available. In Salvador, a suicide rate per 100.000 inhabitants formed a modest growth curve from 2011 (3.39) to 2016 (5.33). In the following years, this rate started to be in constant decline, and a suicide rate per 100.000 inhabitants in Salvador, in 2020, was 3.03/100.000 inhabitants. Finally, it was found that the suicide rate decreased in Salvador in 2020, following the same trend as in the capitals of the federation, suicide rates remained constant or decreased.

Key-words: Suicide. Covid-19. Salvador.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
4. METODOLOGIA.....	7
4.1. Desenho do estudo.....	7
4.2. População, local e período.....	7
4.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	7
4.4. Fonte de dados.....	8
4.5. Operacionalização das variáveis.....	8
4.6. Análise de dados.....	8
4.7. Aspectos éticos.....	9
5. RESULTADOS.....	10
6. DISCUSSÃO.....	21
7. CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

O suicídio se configura como um grave problema de saúde pública: aproximadamente 800 mil pessoas morrem por suicídio por ano no mundo.¹ Muitas variáveis estão relacionadas com o aumento da vulnerabilidade à um indivíduo cometer suicídio. Esses fatores de risco estão associados ao sistema de saúde, como a dificuldade no acesso à cuidados, à sociedade, como situação de guerra, violência e sensação de isolamento e a nível individual, como doenças mentais, abuso de álcool e problemas financeiros.²

Em 2020 instalou-se um contexto completamente diferente que o Brasil e o mundo estavam acostumados nos últimos anos. A pandemia por COVID-19 fez com que comércio fossem fechados e políticas de isolamento social fossem adotadas pelos governantes a fim de frear o seu avanço. Deste modo, a nova dinâmica social durante a pandemia agravou fatores que estão fortemente associados ao suicídio. Com isto, a intenção deste estudo é analisar se no ano de 2020 houve um aumento do número de suicídios diante do contexto de pandemia em Salvador, contextualizando com as outras capitais do Brasil.

Dado esse cenário, pode-se hipotetizar que a taxa de suicídio aumentou nos residentes de Salvador no contexto de pandemia por COVID-19 no ano 2020 quando comparado aos últimos 10 anos.

Assim, é importante compreender que tanto fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais são determinantes para o entendimento do suicídio. Isto porque as políticas de prevenção do suicídio são feitas a partir da adoção de estratégias para combater os seus fatores de risco.¹ É a partir dessa perspectiva que esse estudo se faz importante, pois ele possui o intuito de acrescentar, a partir da epidemiologia, na busca contínua do entendimento do fenômeno do suicídio e suas variáveis no Brasil.

2. OBJETIVOS

- Geral: Investigar se, no contexto de pandemia por Covid-19 em 2020, houve aumento nos casos de suicídio em relação aos últimos 10 anos.
- Específicos:
 - Comparar situação de taxa de suicídio de Salvador em 2020 com as capitais do Brasil.
 - Comparar taxa de suicídio dos últimos 10 anos de Salvador com as capitais do Brasil.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O suicídio está entre as 20 principais causas de morte no mundo, matando mais que a malária, câncer de mama, guerra ou homicídio.² Mesmo constituindo-se como um índice de mortalidade extremamente expressiva: quase 800 mil pessoas morrem de suicídio por ano², o tema “suicídio” ainda é um tabu. É necessário que se fale de suicídio e, principalmente, que se eduque sobre o suicídio, pois a maior arma contra esse fenômeno silencioso é o reconhecimento e o amparo das pessoas com ideação suicida – prevenção.

A prevenção do suicídio deve partir de uma política multisetorial, incorporando tanto setores públicos e privados, de saúde e não saúde, que funcione de forma abrangente, integrada e sinérgica.¹ Para o desenvolvimento de programas dentro desta política, é necessário compreender sobre as causas e os determinantes do comportamento suicida.³ Dessa forma, o estudo epidemiológico e a identificação de fatores de risco e fatores de proteção são cruciais para a promoção da prevenção do suicídio.

A identificação de fatores de risco para o comportamento suicida é uma estratégia para previsão do suicídio – a observação de um preditor ou conjunto de preditores auxilia na detecção do risco de suicídio, que pode ser feito por uma pessoa da área de saúde ou também um familiar ou amigo.⁴ Os principais fatores de risco associados ao suicídio são: histórico familiar de suicídio, histórico familiar de maus-tratos infantis, tentativas de suicídio prévias, histórico de transtornos mentais – em particular a depressão, histórico de abuso de álcool e outras substâncias, sentimento de desesperança, tendências impulsivas ou agressivas, crenças culturais

e religiosas (exemplo: a crença de que o suicídio é a resolução nobre de um dilema pessoal), epidemias locais de suicídio, isolamento, sensação de estar separado de outras pessoas, barreiras ao acesso a tratamento de saúde mental, perda (relacional, social, profissional ou financeira), doença física, fácil acesso a métodos letais, relutância em procurar ajuda devido ao estigma associado à saúde mental e transtornos de abuso de substâncias ou a pensamentos suicidas.⁵

O estudo epidemiológico é importante pois é a partir do reconhecimento do agravo, que se faz entender a importância de combatê-lo, além de indicar para onde e para quem as ações de prevenção devem ser direcionadas. Políticas vêm sendo adotadas em diversos países a fim de frear essa pandemia silenciosa. No mundo, as taxas de suicídio diminuíram 9,8% entre os anos de 2010 e 2016, contudo, na contramão da tendência mundial, o continente das Américas teve aumento de 6% no mesmo período.² No Brasil, o índice de mortalidade por suicídio foi de 5,23/100 mil habitantes nos anos de 2010 a 2014, e o centro-oeste e o sul foram as regiões com as maiores taxas por 100 mil habitantes de mortalidade por suicídio do país, 7,34 e 10,74 respectivamente.⁶ Todavia, é importante destacar que apesar da taxa na região nordeste não ser expressiva (5,14)⁶, nos anos entre 2000 a 2012 o nordeste teve um aumento de 72,4% na taxa de mortalidade por suicídio, a maior do país.⁷

Um ponto importante que deve ser levado em consideração são as subnotificações do suicídio. Isto porque, no Brasil, muitas mortes por causas externas são registradas apenas pelo modo da morte, e não a intenção – são notificadas como mortes com intenção indeterminada.⁸ Essa realidade mascara os reais números de suicídio no Brasil, que possivelmente, são ainda maiores.

Apesar de o Brasil estar longe de ser um dos países com as maiores taxas de suicídio, ele é um dos países com maior número absoluto de morte por suicídio. No ano de 2016, a taxa de suicídio brasileira foi de 6,5 por 100 mil habitantes, já o número total de mortes por suicídio foi 13.467.² Esta taxa relativamente baixa se justifica pela grande população brasileira. Assim, é preciso entender que os números absolutos de suicídio no Brasil não são pequenos, e estão aumentando.

Como já dito anteriormente, diversos fatores estão relacionados ao suicídio, e contextos extremos podem potencializar esse problema de saúde público. Em dezembro de 2019 o novo coronavírus (SARS-Cov-2) foi identificado em Wuhan,

China. Em questão de meses o vírus se espalhou entre os países, e até 01 de novembro de 2021 matou mais de 4.998.784 pessoas no mundo.⁹ O coronavírus (CoVs) pertence ao grupo de vírus RNA que causam infecções respiratórias e gastrointestinais em humanos e animais. Esse vírus foi responsável por infecções leves por anos e apenas nos últimos 18 anos ele apresentou características mais agressivas além de altamente contagioso.¹⁰

Em 2002, o SARS-CoV foi identificado como a causa de um surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS) no sul da China, que resultou em 8.096 casos e 774 mortes.¹¹ Enquanto que, em 2012 o MERS-CoV foi identificado como a causa da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), que foi notificado em 27 países e resultou em 858 mortes, com fatalidade de 35%.¹¹

O SARS-CoV-2 trouxe um contexto completamente diferente do que já foi vivido no mundo até hoje e, deixará para trás, não apenas mortes, como pessoas adoecidas psiquicamente. Esse processo de adoecimento pode ter ocorrido fruto de um luto, do isolamento social, da perda financeira ou profissional ou do desenvolvimento ou agravamento de um transtorno mental. Fatores de risco para o suicídio estão sendo potencializados durante a pandemia por COVID-19 e o resultado disso perpetuará após a pandemia.

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de agregados espaço-temporal, cuja unidade de análise temporal corresponde aos anos de 2010 a 2020, e a unidade de análise espacial corresponde as capitais dos estados brasileiros.

4.2. População, local e período

A população do estudo corresponde a população residente de Salvador – BA e demais capitais brasileiras nos últimos 10 anos (2010-2020).

4.3. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os óbitos codificados como Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios notificados), correspondentes aos CIDs X60-X84 e

notificados como população residente de Salvador. Os critérios de exclusão foram faixa etária menor de 10 anos e registrada como “idade ignorada”. Para as outras capitais do Brasil, foram seguidos os mesmos critérios.

4.4. Fonte de dados

As informações relativas ao suicídio foram obtidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no site do DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, disponível no endereço eletrônico: www2.datasus.gov.br. Seguindo as seguintes classificações: óbitos por causas externas, Grupo CID 10 Lesões autoprovocadas intencionalmente. O indicador utilizado foi taxa por 100 mil habitantes.

As informações referentes ao suicídio no ano de 2020 foram obtidas nos sites da Secretaria Estadual de Saúde de cada estado da federação, quando disponíveis.

Os dados sobre a população residente foram obtidos no site do DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, disponível no endereço eletrônico: www2.datasus.gov.br, opção demográficos e estatísticas vitais, referentes aos dados obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.5. Operacionalização das variáveis

A variável de desfecho do estudo é a taxa de suicídio/100.000 habitantes. As variáveis independentes analisadas foram: ano (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020), sexo (masculino e feminino), idade (10 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 anos; 60 anos em diante) e capital dos estados da federação, incluindo o Distrito Federal.

4.6. Análise de dados

Foram calculados os coeficientes de mortalidade por lesões autoprovocadas para cada 100 mil habitantes, por meio da razão entre o número de óbitos por lesões autoprovocadas e a população residente, multiplicado por 100.000. Essa taxa foi calculada por ano, sexo, e faixa etária (10 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 anos; 60 anos em diante).

As taxas médias do período entre 2010 e 2019 foram comparadas entre os sexos e faixa etária com as taxas obtidas em 2020. Para se estimar a faixa de casos/100.000 habitantes esperada para o ano de 2020, utilizou-se a média das taxas dos 10 anos anteriores acrescida da variação de +/- 1 desvio-padrão.

Todos os cálculos foram realizados utilizando a planilha eletrônica MS-Excel, versão 2110.

4.7. Aspectos éticos

Dado as características de anonimato dos dados, que são disponíveis em base de dados públicas, não foi necessária submissão ao sistema CEP/CONEP.

5. RESULTADOS

Foram obtidas os dados referentes à Salvador e mais 8 capitais. As taxas médias de suicídios por 100.000 habitantes no período de 2010 a 2019 e a taxa calculada para 2020 estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Média, desvio padrão e variação da taxa de suicídios por 100 mil habitantes entre 2010 e 2019 e 2020.

Capitais	Taxa média (2010-2019)	Desvio Padrão (2010-2019)	Variação Média±DP	Taxa 2020	Situação
Salvador	3,97	0,64	3,33 - 4,61	3,03	↓
Região Norte					
Boa Vista	8,96	1,74	7,22 - 10,7	10,52	↔
Porto Velho	9,24	1,40	7,84 - 10,63	8,28	↔
Região Nordeste					
Fortaleza	6,10	0,91	5,19 - 7,01	3,18	↓
Região Sudeste					
São Paulo	4,78	1,00	3,78 - 5,78	1,59	↓
Rio de Janeiro	4,10	0,80	3,3 - 4,9	1,68	↓
Belo Horizonte	6,48	0,75	5,73 - 7,23	2,66	↓
Região Sul					
Florianópolis	8,51	1,56	6,95 - 10,07	9,03	↔
Porto Alegre	7,74	1,05	6,69 - 8,79	7,65	↔

Situação: ↑ = aumento; ↓ = queda; ↔ = estabilidade

Conforme observado, houve queda ou estabilidade nas taxas de suicídios por 100.000 habitantes na maioria das capitais brasileiras em 2020 quando comparada à linha de tendência linear dos últimos 10 anos. Em particular, houve queda significativa nas taxas da região sudeste.

A única capital que fugiu da tendência das demais foi Boa Vista, que apesar da estabilidade da taxa de suicídios por 100.000 habitantes de 2020, seu valor foi perto do limite superior do desvio padrão: a taxa foi 10,52 e a variação da taxa média de 2010 a 2019 acrescida do desvio padrão foi 10,7.

O detalhamento das taxas médias anuais de suicídios por 100.000 habitantes no período de 2010 a 2020 nas capitais brasileiras estudadas está descrito na tabela

2

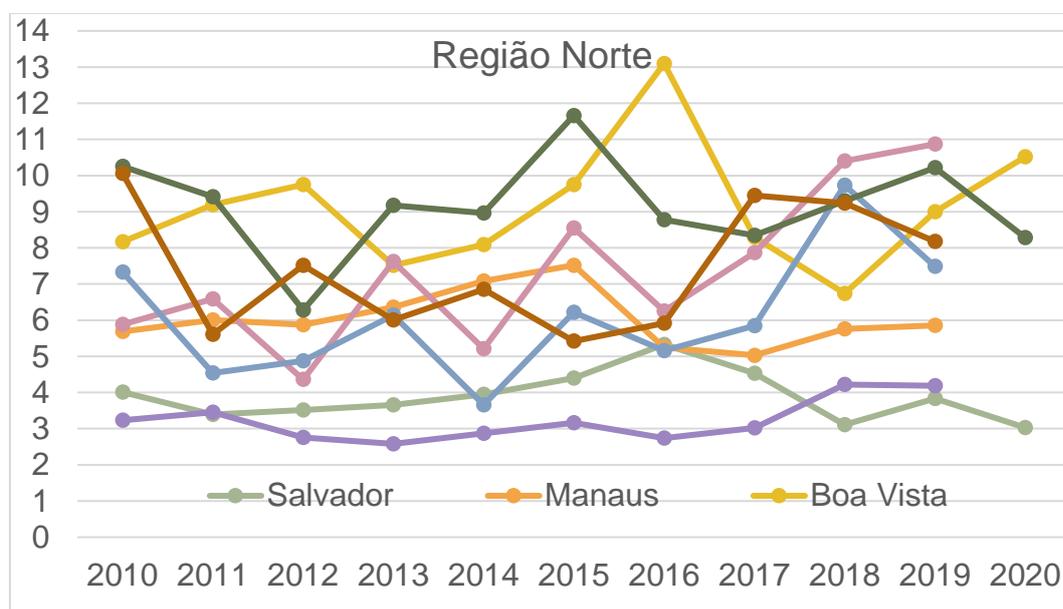
Tabela 2 – Taxas de suicídio por 100.000 habitantes entre 2010 e 2020, entre as capitais da federação com dados completos estratificado por região administrativa.

Capitais	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Salvador	4,01	3,39	3,52	3,66	3,95	4,4	5,33	4,53	3,11	3,83	3,03
Região Norte											
Boa Vista	8,17	9,19	9,75	7,52	8,09	9,75	13,1	8,29	6,74	9	10,52
Porto Velho	10,25	9,41	6,28	9,18	8,96	11,66	8,78	8,35	9,3	10,22	8,28
Região Nordeste											
Fortaleza	5,24	6,11	5,68	7,48	6,38	5,88	6,48	6,29	7,18	4,32	3,18
Região Sudeste											
São Paulo	4,77	5,34	5,48	5,28	5,13	5,06	4,38	5,19	5,11	2,07	1,59
Rio de Janeiro	4,17	3,47	3,57	3,08	3,36	3,82	4,39	4,5	5,16	5,51	1,68
Belo Horizonte	5,22	6,16	6,95	5,57	6,58	6,54	6,28	7,73	6,53	7,29	2,66
Região Sul											
Florianópolis	7,9	5,94	10,38	8,45	8,29	7,43	9,41	11,33	7,28	8,72	9,03
Porto Alegre	7,91	6,6	6,02	8,4	8,52	7,48	7,37	8,18	7,24	9,73	7,65

*As capitais que não foram mostradas na tabela correspondem aquelas que cujos dados de 2020 não foram encontrados.

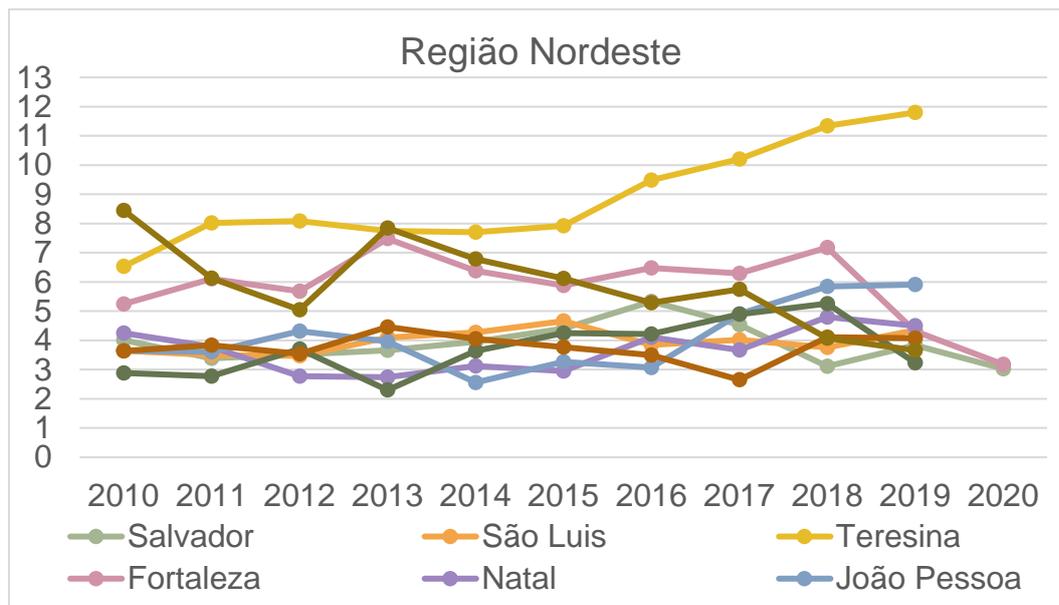
Conforme observado, ao longo dos último 10 anos, a tendência das capitais estudadas foi a constante diminuição ou manutenção das taxas de suicídio por 100.000 habitantes.

O comportamento das taxas médias de suicídio por 100.000 habitantes no período de 2010 a 2020 está mostrado nos gráficos 1 a 5, por região.



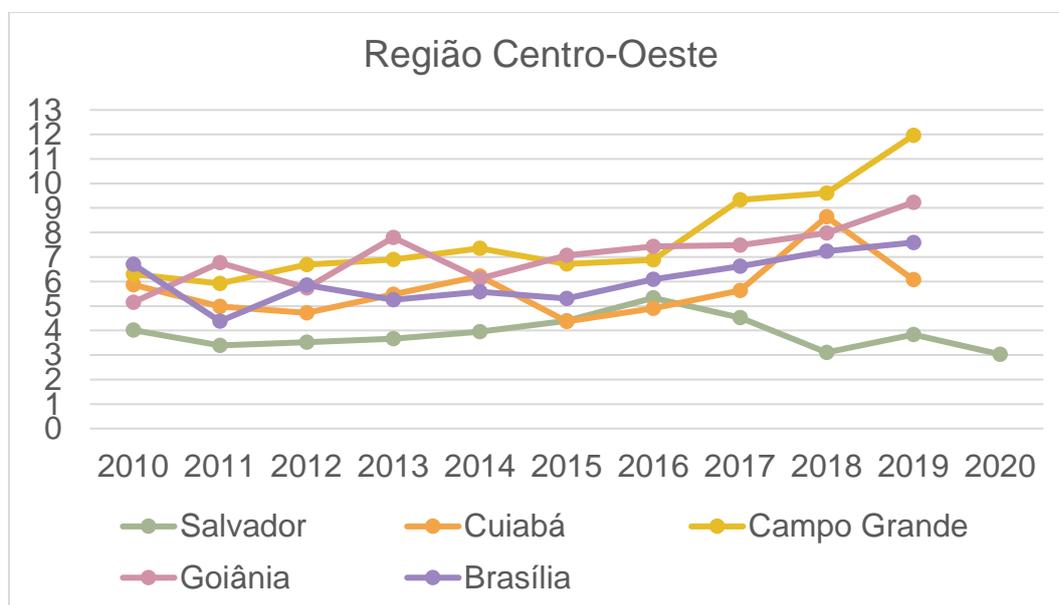
*Para o ano de 2020 somente os dados dos estados Roraima e Rondônia da região Norte foram encontrados.

Gráfico 1 – Taxas de suicídio por 100.000 habitantes entra 2010 e 2020 em Salvador e capitais da região Norte.



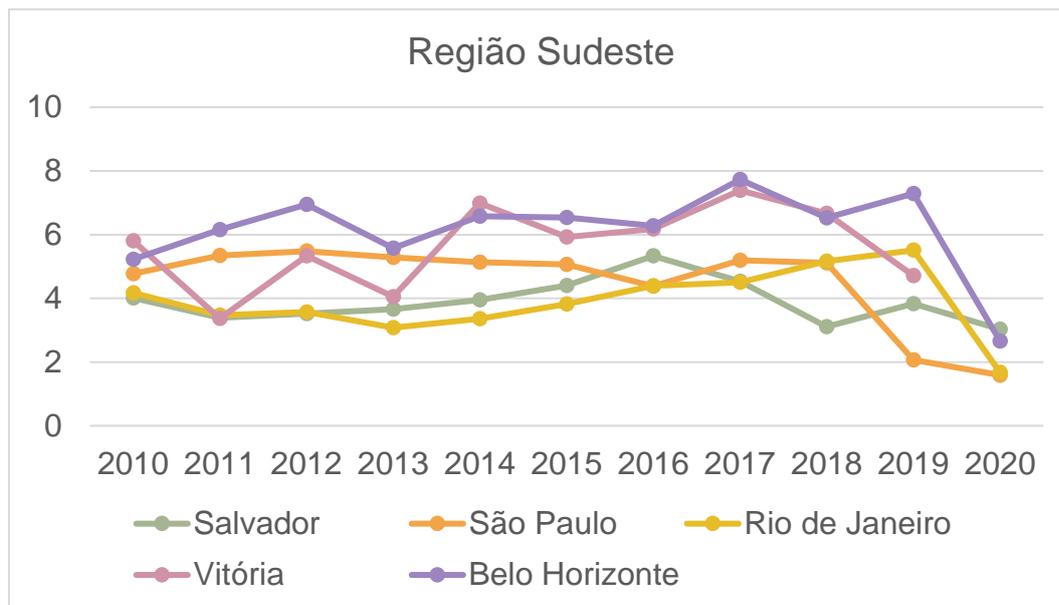
*Para o ano de 2020 somente os dados dos estados Bahia e Ceará da região Nordeste foram encontrados.

Gráfico 2 – Taxas de suicídio por 100.000 habitantes entra 2010 e 2020 em Salvador e capitais da região Nordeste.



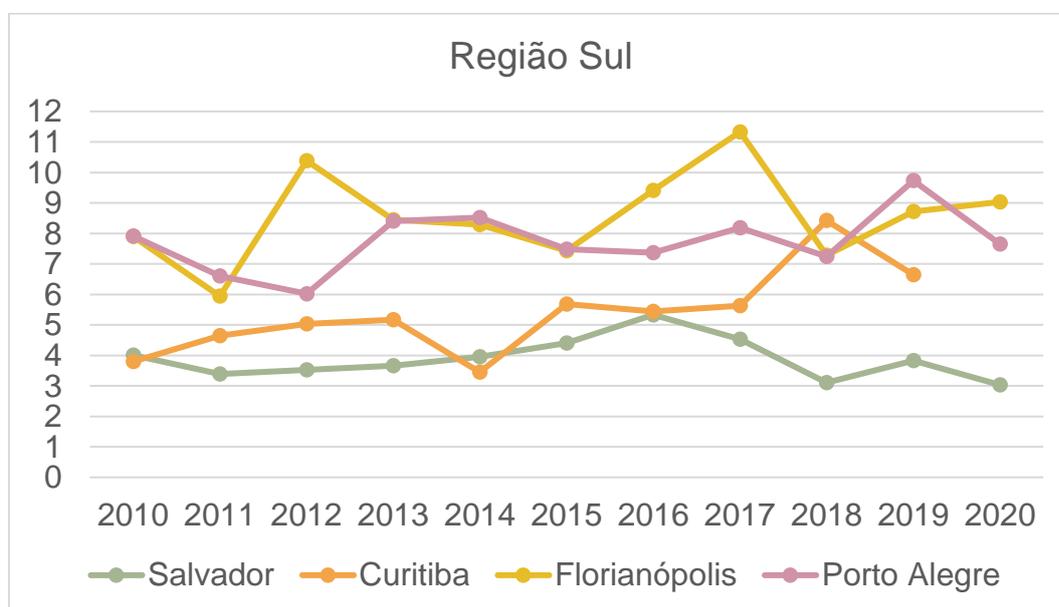
*Para o ano de 2020 os dados de nenhum estado da região Centro-Oeste foi encontrado.

Gráfico 3 – Taxas de suicídio por 100.000 habitantes entra 2010 e 2020 em Salvador e capitais da região Centro-Oeste.



*Para o ano de 2020 somente os dados dos estados São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais da região Sudeste foram encontrados.

Gráfico 4 – Taxas de suicídio por 100.000 habitantes entra 2010 e 2020 em Salvador e capitais da região Sudeste.



*Para o ano de 2020 somente os dados dos estados Santa Catarina e Rio Grande do Sul da região Sul foram encontrados.

Gráfico 5 – Taxas de suicídio por 100.000 habitantes entra 2010 e 2020 em Salvador e capitais da região Sul.

A partir da análise dos gráficos, é possível perceber oscilação mais intensa e sem uma tendência definida das taxas de mortalidade de suicídio por 100.000 habitantes nas capitais das regiões Norte e Sul. As taxas dessas regiões se mostram muito inconstantes, com elevações e quedas de maior intensidade e amplitude entre os anos.

O detalhamento das taxas anuais de suicídio por 100.000 habitantes por sexo referentes às capitais estudadas no período de 2010 a 2020 está descrito nas tabelas 3 e 4.

O detalhamento da razão das taxas anuais de suicídio por 100.000 habitantes entre o sexo masculino e feminino referentes às capitais estudadas no período de 2010 a 2020 está descrito na tabela 5.

A variação das taxas de suicídio por faixa etária foi descrita na tabela 6.

Tabela 3 – Taxas de suicídio do sexo feminino por 100.000 habitantes entre 2010 e 2020.

Capitais*	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Salvador	2,59	1,86	2,22	1,67	1,8	1,64	2,95	1,75	1,52	2,3	1,42
Região Norte											
Boa Vista	6,77	4,93	6,39	3,11	2,27	5,9	5,01	4,78	4,48	4,83	5,18
Porto Velho	6,75	6,02	3,2	3,65	4,59	4,49	1,95	4,3	5,15	4,6	3,16
Região Nordeste											
Fortaleza	2,43	2,49	2,72	3,03	2,75	2,64	2,53	2,75	2,73	1,82	1,73
Região Sudeste											
São Paulo	2,12	2,42	2,83	2,69	2,42	2,54	1,73	2,16	2,29	0,86	0,72
Rio de Janeiro	2,44	1,97	2,12	1,98	1,81	2,06	2,4	2,33	3,08	3,1	1,92
Belo Horizonte	2,72	3,3	3,54	2,66	2,98	3,98	3,62	3,85	3,75	3,97	1,98
Região Sul											
Florianópolis	3,03	0,99	0,55	4,29	1,87	5,51	4,51	3,55	3,05	2,57	4,64
Porto Alegre	3,36	3,5	2,31	4,02	4,14	3,13	3,4	2,82	4,08	3,23	3,22

*As capitais que não foram mostradas na tabela correspondem aquelas que cujos dados de 2020 não foram encontrados.

Tabela 4 – Taxas de suicídio do sexo masculino por 100.000 habitantes entre 2010 e 2020.

Capitais	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Salvador	5,68	5,18	5,05	6	6,49	7,68	8,15	7,84	5,02	5,68	4,96
Região Norte											
Boa Vista	9,61	13,58	13,22	12,08	14,12	13,8	21,5	11,9	9	13,1	15,7
Porto Velho	13,64	12,68	9,23	14,47	13,12	18,5	15,2	12,2	13,2	15,5	13,1
Região Nordeste											
Fortaleza	8,52	10,33	9,13	12,68	10,62	9,66	11,1	10,4	12,4	7,25	4,89
Região Sudeste											
São Paulo	7,77	8,65	8,49	8,22	8,21	7,92	7,38	8,6	8,3	3,43	2,57
Rio de Janeiro	6,17	5,21	5,25	4,35	5,15	5,86	6,68	7,01	7,56	8,28	1,41
Belo Horizonte	8,11	9,46	10,89	8,93	10,75	9,51	9,36	12,2	9,75	11,2	3,44
Região Sul											
Florianópolis	13,2	11,32	15,86	12,97	15,29	9,51	14,8	19,8	11,9	15,4	13,8
Porto Alegre	13,3	10,29	10,4	13,58	13,68	12,6	12,1	14,5	11	17,4	12,9

*As capitais que não foram mostradas na tabela correspondem aquelas que cujos dados de 2020 não foram encontrados.

Tabela 5 – Razão de mortalidade entre sexo masculino e feminino por 100.000 habitantes entre 2010 e 2020.

Capitais	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Salvador	2,19	2,78	2,27	3,59	3,61	4,68	2,76	4,48	3,30	2,47	3,49
Região Norte											
Boa Vista	1,42	2,75	2,07	3,88	6,22	2,33	4,29	2,49	2,01	2,71	3,04
Porto Velho	2,02	2,11	2,88	3,96	2,86	4,12	7,82	2,83	2,56	3,37	4,13
Região Nordeste											
Fortaleza	3,51	4,15	3,36	4,18	3,86	3,66	4,39	3,79	4,55	3,98	2,83
Região Sudeste											
São Paulo	3,67	3,57	3,00	3,06	3,39	3,12	4,27	3,98	3,62	3,99	3,57
Rio de Janeiro	2,53	2,64	2,48	2,20	2,85	2,84	2,78	3,01	2,45	2,67	0,73
Belo Horizonte	2,98	2,87	3,08	3,36	3,61	2,39	2,59	3,17	2,60	2,81	1,74
Região Sul											
Florianópolis	4,36	11,43	28,84	3,02	8,18	1,73	3,27	5,58	3,90	6,01	2,98
Porto Alegre	3,96	2,94	4,50	3,38	3,30	4,03	3,54	5,15	2,69	5,39	4,01

*As capitais que não foram mostradas na tabela correspondem aquelas que cujos dados de 2020 não foram encontrados.

Tabela 6 – Taxas de suicídio por faixa-etária por 100.000 habitantes.

Capitais	10-19		20-39		40-59		>60	
	Média(DP) 2010-19	Taxa 2020 (Situação)	Média (DP) 2010-19	Taxa 2020 (Situação)	Média (DP) 2010-19	Taxa 2020 (Situação)	Média (DP) 2010-19	Taxa 2020 (Situação)
Salvador	1,40 (0,75)	0,73 (↔)	4,10 (0,86)	3,23 (↓)	4,81 (1,18)	2,87 (↓)	5,51 (0,91)	5,26 (↔)
Região Norte								
Boa Vista	6,82 (3,79)	5,71 (↔)	10,64 (1,71)	13,43 (↑)	7,70 (3,66)	9,01 (↔)	9,79 (7,72)	10,31 (↔)
Porto Velho	5,65 (2,41)	4,48 (↔)	12,62 (3,34)	11,07 (↔)	7,54 (3,16)	7,09 (↔)	5,30 (4,78)	6,83 (↔)
Região Nordeste								
Fortaleza	2,80 (0,86)	1,47 (↓)	6,93 (1,02)	3,34 (↓)	6,99 (1,45)	4,42 (↓)	6,52 (1,59)	2,33 (↓)
Região Sudeste								
São Paulo	1,88 (0,43)	0,91 (↓)	5,80 (1,22)	1,89 (↓)	5,34 (1,27)	1,56 (↓)	4,33 (1,19)	1,61 (↓)
Rio de Janeiro	1,54 (0,73)	0,96 (↔)	4,51 (1,07)	2,01 (↓)	4,63 (0,81)	1,96 (↓)	4,78 (1,14)	1,25 (↓)
Belo Horizonte	2,24 (0,82)	1,57 (↔)	7,22 (0,77)	3,01 (↓)	8,33 (1,35)	3,50 (↓)	5,60 (1,13)	1,53 (↓)
Região Sul								
Florianópolis	3,12 (2,11)	8,35 (↑)	9,31 (1,98)	9,03 (↔)	11,19 (2,89)	8,58 (↔)	6,81 (3,43)	10,20 (↔)
Porto Alegre	2,55 (1,04)	2,17 (↔)	8,55 (1,15)	8,92 (↔)	9,04 (2,19)	9,42 (↔)	8,55 (1,17)	6,92 (↓)

Situação: ↑ = aumento; ↓ = queda; ↔ = estabilidade

6. DISCUSSÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial. Assim, compreender sua dinâmica é de extrema importância para a sua prevenção. A COVID-19 trouxe grandes mudanças nas dinâmicas sociais, na economia e na vida pessoal das pessoas de todo o mundo. Ainda se sabe muito pouco sobre os efeitos dessa pandemia nas taxas de suicídio. O entendimento de como a COVID-19 afetou esse problema de saúde pública é crucial para o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção.¹²

Nesse estudo, destacou-se o fato de as taxas de suicídio terem se mantido ou diminuído nas capitais brasileiras estudadas. Em Salvador, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes formava uma curva modesta de crescimento de 2011 (3,39) até 2016 (5,33). Nos anos seguintes, essa taxa passou a estar em constante queda e, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes de Salvador, em 2020, foi de 3,03/100.000 habitantes.

De acordo com a literatura, contextos de dificuldade sociais, individuais e econômicos normalmente estão relacionados com o aumento da taxa de suicídios.

Segundo o *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC), histórico de transtornos mentais, histórico de abuso de álcool e outras substâncias, sentimento de desesperança, isolamento, sensação de estar separado de outras pessoas, barreiras ao acesso a tratamento de saúde mental, perda (relacional, social, profissional ou financeira), doença física são importantes fatores de risco para o suicídio.

Dentro do contexto da pandemia, como primeira consequência, a COVID-19 causou a morte de milhões de pessoas⁹: mães, pais, avós, filhos, irmãos e amigos. E muitos que sobreviveram estão enfrentando as sequelas que esta doença deixou.¹³

Além disso, a pandemia gerou uma sobrecarga imediata ao sistema de saúde, que precisou se ajustar para conseguir assistir todos aqueles infectados pela doença.¹⁴ Consequentemente, houve diminuição dos recursos direcionados para outras situações agudas de saúde, uma vez que as verbas foram direcionadas para

o enfrentamento da COVID-19. Ademais, a assistência a condições crônicas sofreram interrupção ou redução acentuada, porque todos os esforços estavam voltados à COVID-19 e suas consequências.¹⁵

As políticas de isolamento social e o lockdown, utilizadas como principal forma de combate à pandemia antes das vacinas, reforçaram a separação entre as pessoas (familiares e amigos), além de enfraquecer o mercado de trabalho, o que fez com que muitos perdessem seu emprego. Ademais, no ano de 2020, a ingestão de álcool aumentou no Brasil.¹⁶

É importante salientar que este estudo demonstra os efeitos da pandemia pela COVID-19 nas taxas de suicídio no primeiro ano de pandemia. Especificamente para Salvador, cidade principal de interesse deste estudo, observou-se que as taxas não se elevaram e ficaram dentro do limiar estabelecido neste estudo como sendo a média $\pm 1DP$. Esse achado é esperado e já visto em situações anteriores de catástrofes mundiais recentes, nas quais as taxas de suicídios e tentativas de suicídio tiveram um aumento a longo prazo¹⁷, resultantes da confluência de fatores de risco, citados anteriormente, que foram potencializados em decorrência da COVID-19. As taxas de suicídio nos Estados Unidos caíram durante a última pandemia de influenza entre 1918 e 1920, e só aumentaram durante uma subsequente desaceleração econômica.¹⁸ Este acontecimento reforça a hipótese levantada por Durkheim: o suicídio explicado como uma questão social.¹⁹ O aumento da coesão social por meio da experiência compartilhada em desastres pode mitigar o impacto negativo do COVID-19 nas taxas de suicídio.

A partir da análise das taxas por 100 mil habitantes de suicídio das capitais estudadas ao longo dos anos 2010 a 2020, é possível observar tendências de comportamento. Como dito anteriormente, em Salvador houve uma tendência de crescimento entre os anos de 2011 e 2016, seguida por uma constante queda. São Paulo chama atenção por manter taxas muito próximas ao longo dos anos entre 2010 e 2018, sendo a mais baixa 4,77/100.000 e a mais alta 5,48/100.000. Contudo, os anos de 2019 (2,07) e 2020 (1,59) manifestaram taxas por 100.000 habitantes baixas e fora da linha de tendência que antes existia. O Rio de Janeiro vinha apresentando uma curva constante de crescimento das taxas de suicídio por

100.000 habitantes de 2013 (3,08) até 2019 (5,51), que foi quebrada por uma importante queda em 2020 (1,68).

Observou-se, adicionalmente, uma flutuação acentuada das taxas de suicídio nas regiões Norte e Sul do Brasil. Diferente do encontrado para as demais regiões nas quais se observou tendências mais claras de aumento ou redução, as duas regiões já citadas não tiveram esse mesmo comportamento. Podemos hipotetizar que, para a região Norte, a qualidade do registro dos dados seria um possível fator explicativo para os achados encontrados. Isto porque a região norte possui subnotificação e altas proporções de óbitos por causas mal definidas.²⁰ Além disso, cidades com menor número de habitantes tendem a ter taxas de indicadores de saúde pública mais instáveis – com maior variabilidade.

Contudo, essas hipóteses explicativas não se enquadram nas características observadas para a região Sul do Brasil. Embora não tenhamos avaliado em nosso estudo, existe a possibilidade de que os casos de suicídio na região Sul estejam concentrados em municípios de menor população ou nas regiões metropolitanas que não foram avaliadas no presente estudo, uma vez que os dados são restritos as capitais. Essa hipótese explicativa pode ser reforçada pelo fato de que, ao se avaliar as taxas de suicídio dos estados da região sul, elas são maiores, quando comparados às das capitais.²¹

Como principal limitação deste estudo, temos que não foi possível recolher os números de suicídio referentes à maioria das capitais brasileiras devido aos sistemas de informação dos Estados não estarem atualizados. Dessa forma, não foi possível criar um maior critério de comparação à Salvador – a intenção do estudo era comparar com todas as capitais do Brasil. Além disso, existe o fato de que, muitas informações no sistema de saúde referentes à 2020 ainda podem ser atualizados ao longo de 2021, devendo-se visitar esses dados em momento futuro.

Outra limitação importante diz respeito à característica dos dados. Como se trata de bancos governamentais com dados secundários, a qualidade do registro sempre pode ser questionada, dado que a caracterização do diagnóstico de suicídio pode ser falha.⁸ Os dados apresentados podem não ser definitivos, uma vez que

possa existir um atraso, faz-se necessário a análise destes resultados novamente, afim de atualizar.

7. CONCLUSÃO

Com a metodologia apresentada e com os dados aferidos, não se observou um aumento das taxas de suicídio em Salvador no primeiro ano da pandemia por COVID-19. O mesmo foi observado no restante das capitais estudadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014;
2. World Health Organization. Suicide in the world: Global Health Estimates. World Heal Organ. 2019;1–33.
3. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(2):183–90.
4. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-analysis of 50 Years of Research. *Psychol Bull*. 2017 Feb 1;143(2):187–232.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide - Risk and Protective Factors [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/riskprotectivefactors.html>
6. Dantas AP, De Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques M V., Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in brazil: Spatial distribution and socioeconomic context. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40(1):12–8.
7. Machado DB, dos Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):45–54.
8. Botega NJ. Comportamento suicida: Epidemiologia. *Psicol USP*. 2014;25(3):231–6.
9. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. <https://Covid19.Who.Int/>. 2020. p. 1. Available from: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 01 de novembro de 2021
10. Zeidler A, Karpinski TM. SARS-COV, MERS-COV, SARS-COV-2 comparison of three emerging coronaviruses. *Jundishapur J Microbiol*. 2020;13(6):1–8.
11. World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1

12. Niederkrotenthaler T, Gunnell D, Arensman E, Pirkis J, Appleby L, Hawton K, et al. of an International Research Collaboration. 2020;41:321–30.
13. Pacientes com sequelas pós-Covid-19 são acompanhados em hospital do Governo Federal em Niterói [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/pacientes-com-sequelas-pos-covid-19-sao-acompanhados-em-hospital-do-governo-federal-em-niteroi>
14. BRASIL. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [Internet]. Ministério da Saúde. 2020. 48 p. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-Cl--nico-para-o-Covid-19.pdf>
15. Levantamento da continuidade da assistência às Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Municípios do Estado de São Paulo durante a pandemia do COVID-19.
16. Garcia-Cerde R, Valente JY, Sohi I, Falade R, Sanchez ZM, Monteiro MG. Alcohol use during the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2021;45:1–11.
17. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575–600.
18. Bastiampillai T. Pandemics and Social Cohesion: 1918–1920 Influenza Pandemic and the Reduction in US Suicide Rates. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021;
19. Almeida FM de. O suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a Compreensão desse Fenômeno na Contemporaneidade. *Aurora* [Internet]. 2018;11(1):119–38. Available from: <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/7306>
20. Gide A. Avaliação do Programa de Redução do Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas no Brasil em 2010. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952. 2017;174.
21. Weeks DPCCLEYN to K in 20. A Psicologia em suas Diversas Áreas de

Atuação. Vol. 53, Dk. 2015. 1689–1699 p.