



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

LEONARDO DE ALMEIDA LEÃO

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SUICÍDIO NA BAHIA ENTRE 2017
e 2022**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR - BA

2024

LEONARDO DE ALMEIDA LEÃO

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SUICÍDIO NA BAHIA ENTRE 2017
e 2022**

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 componente Introdução à Metodologia da Pesquisa (IMP).

Orientador(a): Manuela Garcia Lima

SALVADOR

2024

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 trouxe consigo diversos problemas em âmbitos socioeconômicos e políticos, principalmente devido ao isolamento social. Tais repercussões geraram um clima de incerteza e ansiedade que, consecutivamente, repercutiram na saúde mental da população. Dessa forma, um dos maiores problemas de saúde pública atuais – o suicídio – se intensificou, afetando os diferentes segmentos da sociedade de forma heterogênea. Com isso, apesar de discutido na literatura acerca dessa problemática no Brasil, há pouca informação sobre a Bahia em específico, além de retratos comparando o período pré-pandemia com o período pandêmico. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tiveram como causa de morte lesões autoprovocadas durante o período pré-pandemia e durante o período pandêmico. **Metodologia:** Trata-se de um observacional, descritivo de série temporal que utilizou dados secundários retirados da plataforma TabNet do site da secretaria de saúde da Bahia (SESAB). Foram extraídos dados sobre número de suicídios, sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, raça/cor, estado civil, local de ocorrência e meio utilizado para o autoextermínio. As variáveis foram sintetizadas e organizadas em tabelas, tendo sido submetidas a posterior análise dos dados. **Resultados:** No período compreendido entre 2017 e 2022 houve uma média de 722 óbitos por ano, sendo 4335 o número total de suicídios. Desse total, aproximadamente 82% foram homens e 18% mulheres. O número de óbitos no período de pandemia teve um aumento de 31% em relação ao período anterior. Cerca de 86% dos suicídios foram entre pessoas pretas/pardas, 58% ocorreram em domicílio, 59% eram solteiros e 41% possuíam de 1 a 7 anos de escolaridade. A profissão que mais cometeu suicídio foram trabalhadores agropecuários representando 16% do todo e o meio mais utilizado foi o enforcamento com 69% dos casos. **Conclusão:** Os diferentes segmentos da população da Bahia possuem uma incidência heterogênea no número de suicídios. Além disso, a pandemia provavelmente influenciou no aumento do número de casos em relação aos anos anteriores.

Palavras-chaves: Suicídio; Pandemia; Perfil epidemiológico; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has brought forth various socio-economic and political issues, primarily due to social isolation. These repercussions have generated a climate of uncertainty and anxiety, subsequently impacting the mental health of the population. Thus, one of the major current public health problems – suicide – has intensified, affecting different segments of society heterogeneously. Consequently, despite being discussed in the literature regarding this issue in Brazil, there is little information specifically about Bahia, along with comparisons between the pre-pandemic and pandemic periods. **Objective:** To assess the epidemiological profile of individuals whose cause of death was self-inflicted injuries during the pre-pandemic and pandemic periods. **Methodology:** This is an observational, descriptive time series study that used secondary data extracted from the TabNet platform of the Bahia State Health Secretariat (SESAB) website. Data were extracted regarding the number of suicides, sex, age group, education level, occupation, race/ethnicity, marital status, location of occurrence, and method used for self-harm. The variables were synthesized and organized into tables, and subsequently subjected to data analysis. **Results:** Between 2017 and 2022, there was an average of 722 deaths per year, with a total of 4,335 suicides. Of this total, approximately 82% were men and 18% were women. The number of deaths during the pandemic period increased by 31% compared to the previous period. Approximately 86% of suicides were among black/brown individuals, 58% occurred at home, 59% were single, and 41% had 1 to 7 years of education. The occupation with the highest suicide rate was agricultural workers, representing 16% of the total, and the most common method used was hanging, accounting for 69% of cases. **Conclusion:** The different segments of the population in Bahia have a heterogeneous incidence of suicides. Furthermore, the pandemic likely influenced the increase in the number of cases compared to previous years.

Keywords: Suicide; Pandemic; Epidemiological profile; COVID-19.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
4.1 Desenho de estudo.....	11
4.2 Local do estudo.....	11
4.3 População do estudo.....	11
4.4 Sistema de informações.....	11
4.5 Variáveis do estudo.....	11
4.6 Plano de análise.....	11
4.7 Considerações éticas.....	11
5 RESULTADOS.....	13
6 DISCUSSÃO.....	17
7 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

A doença causada pelo vírus da COVID-19 (SARS- COV-2) emerge como uma síndrome respiratória aguda, cuja baixa letalidade é contrabalanceada por sua fácil propagação, resultando em um elevado número de óbitos em todo o mundo. Originando-se em Wuhan, China, em dezembro de 2019, esse vírus rapidamente assumiu proporções globais, desafiando nações e comunidade.¹ A declaração de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) precipitou medidas de quarentena e isolamento em cerca de um terço da população mundial, visando conter sua disseminação.²

No entanto, além das repercussões físicas da COVID-19, emergem preocupações crescentes sobre os impactos na saúde mental.³ Estudos recentes sugerem vínculos entre o coronavírus e efeitos neurobiológicos, incluindo a possibilidade de influência direta no sistema nervoso central (SNC) através de vias biológicas associadas ao comportamento suicida.⁴ A pandemia, portanto, não apenas impulsionou o desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, mas também exacerbou o uso de substâncias e aumentou os riscos de suicídio, especialmente em grupos vulneráveis.³

O suicídio, uma das principais causas de morte globalmente, representa um desafio significativo para a saúde pública.⁵ A cada 40 segundos, segundo a OMS, uma pessoa tira a própria vida, um número alarmante que subestima o verdadeiro alcance do problema, já que muitas tentativas de suicídio não são registradas.⁶

O isolamento social imposto pelas medidas de saúde pública durante a pandemia exacerbou o risco de suicídio, retirando não apenas a rotina, mas também o apoio social e emocional essenciais para a resiliência humana.⁷ Dessa forma, é necessário avaliar o impacto da pandemia no número de casos de suicídio e suas diferentes relações com cada segmento étnico/social, tendo o presente estudo utilizado um recorte espacial e temporal dos anos de 2017 à 2022 no estado da Bahia.

Portanto, este trabalho busca avaliar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tiveram como causa de morte lesões autoprovocadas durante o período pré-pandemia e durante o período pandêmico.

2. OBJETIVOS

1.1 Primário

- . Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de suicídio na Bahia entre os anos de 2017 e 2023.

1.2 Secundário

- . Comparar os casos de pré-pandemia (2017 a 2019) e os casos durante a pandemia de COVID-19 (2020-2022).

3. REVISÃO DE LITERATURA

PANDEMIA

A doença causada pelo vírus da COVID-19 (SARS- COV-2) é uma síndrome respiratória aguda que, apesar da baixa letalidade, gerou diversas mortes pelo mundo devido a sua fácil propagação. O primeiro caso foi detectado em Wuhan, na China em dezembro de 2019 e, rapidamente, se espalhou pelo mundo evoluindo para uma ameaça a saúde global, originando um desafio para todas as nações.¹ Após decretado o estado de pandemia pela OMS, cerca de 1/3 da população global se manteve sob alguma forma de quarentena ou isolamento.² Apesar dessas medidas terem sido essenciais para o controle da disseminação da doença, as consequências no comportamento suicida puderam ser identificadas tanto a curto como longo prazo.⁸

Há registros na literatura os quais demonstram efeitos neurobiológicos relacionados ao coronavírus associados a neurotropismo e neuroinvasão.⁴ Além disso, dados recentes sugerem uma possível influência do vírus no sistema nervoso central (SNC) através de vias biológicas relacionadas ao comportamento suicida: sistema de inflamação, sistema renina-angiotensina e receptores de nicotina.⁹ Dessa forma, a COVID-19 pode estar relacionado a sintomas psiquiátricos por meio de impacto direto no SNC devido a infecção e não só por meio dos impactos psicológicos da pandemia como se imaginava.¹⁰

A pandemia da COVID-19 pode ter levado a exacerbação ou desenvolvimento de uso de substâncias, ansiedade, depressão e outros transtornos psiquiátricos impactando no aumento das taxas de suicídio durante e após a pandemia.¹¹ Dessa forma, o vírus trouxe consigo não só uma grande preocupação com a saúde física, mas também com a saúde mental dos indivíduos que viveram esse período pandêmico.³ A pandemia gerou um cenário de incerteza, isolamento social e desconhecimento, fatores que, juntamente com a comunicação inconsistente por parte das autoridades de saúde pública, contribuíram para um aumento significativo nas taxas de depressão e ansiedade na população em geral.¹² Grupos populacionais vulneráveis, como profissionais de saúde, indivíduos com doenças preexistentes e pessoas em situação de pobreza, foram particularmente impactados.³ As estratégias de saúde pública adotadas em resposta à pandemia de COVID-19 podem induzir ao surgimento de anomia, acarretando impactos negativos na saúde mental, nas dinâmicas relacionais e resultando em desdobramentos adversos, tais como o aumento das taxas de suicídio.¹³

Embora a COVID-19 isoladamente não se manifeste como o único determinante para o suicídio, o isolamento físico, correlacionado com a desconexão social e a angústia psicológica, pode representar uma conjunção nociva de fatores de risco.¹⁴ Tendo em conta que a pandemia induz sofrimento, aumentando a suscetibilidade ao suicídio e aos transtornos psiquiátricos, as repercussões na saúde mental tendem a perdurar e a atingir o auge após o término da pandemia propriamente dita.¹⁵

A PROBLEMÁTICA DO SUICÍDIO

O suicídio consiste em uma das principais causas de morte do mundo, sendo uma causa de morte geralmente evitável e que se configura como um grande problema de saúde pública global.⁵ De acordo com a OMS, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. Além disso, dentro das estatísticas de morte por suicídio não são contabilizadas as tentativas que, estima-se por projeções, que a cada 1 suicídio consumado existem 20 tentativas.⁶

Estudos demonstram que situações de quarentena e isolamento físico aumentam significativamente o risco de suicídio.⁷ Essa situação, além de limitar o contato físico com outras pessoas faz com que o indivíduo perca a rotina e, conseqüentemente, gere uma maior sensação de angústia e desespero.¹⁶

Conforme abordado por Ventriglio et al.¹⁷, o conceito de "distanciamento social" é amplamente empregado no atual contexto, contudo, o que se pretende na prática é a observância do distanciamento físico. Em períodos como este, é premente a manutenção da proximidade emocional e social com outros indivíduos. É notório que as interações sociais desempenham um papel crucial no manejo do estresse, na regulação emocional e na promoção da resiliência durante momentos de desafio⁹.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), diversos elementos contribuem para o aumento global do número de casos de suicídio. Entre eles, destacam-se a história prévia de tentativas de suicídio, condições de saúde mental, sentimentos de desesperança, desamparo e impulsividade, além de variáveis como idade, gênero, e uma série de outros fatores. Entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes estão a depressão, transtorno bipolar, alcoolismo, dependência de outras substâncias, transtornos de personalidade e esquizofrenia.¹⁸ Uma análise detalhada de 31 estudos científicos publicados entre 1959 e 2001, que investigaram 15.629 casos de suicídio na população em geral, indicou que em mais de 90% desses casos havia uma manifestação de transtorno mental no momento do ato fatal.¹⁹ Os transtornos de humor foram identificados em 35.8% dos casos, seguidos pelo uso de substâncias psicoativas com 22.4%,

transtornos psicóticos em geral com 11.6%, esquizofrenia com 10.6%, e uma parcela de 3.2% sem diagnóstico definido.¹⁹

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009), o suicídio não era considerado um problema de saúde pública no Brasil até recentemente. Apenas em 2002 foi elaborado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que enfatizou a associação do suicídio com fatores sociais. A literatura estabelece uma conexão sólida entre o suicídio e características como sexo masculino, idade entre 45-55 anos, raça branca, religião protestante ou judaica, estado civil solteiro, divorciado ou viúvo, identidade de gênero homo ou bissexual, alto nível socioeconômico, queda no status social, desemprego, presença de doença física e transtornos psiquiátricos.²⁰

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo: Trata-se de um observacional, descritivo de série temporal que utilizou dados secundários com abordagem quantitativa.

4.2 Local, período e duração do estudo:

O presente estudo foi realizado no estado da Bahia que, segundo o último censo (2022) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 14.141.626 habitantes.⁵

4.3 População do estudo: Foi formada por todos os casos registrados de óbitos por lesões autoprovocadas na Bahia, no período estudado, e notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado no endereço digital da Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab) com o CID-10^a. revisão (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) X60 a X84.

4.4 Sistema de Informação: As informações dos casos de suicídio foram obtidas da base de dados secundários acessíveis através do portal do TABNET BAHIA, no link de acesso em <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/obito.def> registrados no SIM, que tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica dos casos de óbito no Brasil. As informações coletadas foram utilizadas dentro do aplicativo *Excel for Windows 10* e *Word Office for Windows* onde os cálculos e tabelas foram realizadas.

O processo de coleta de informações sobre a mortalidade, no Brasil, é apoiado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, sendo este de alimentação obrigatória em todos os municípios. Os registros de mortalidade são periodicamente enviados às Secretarias Estaduais de Saúde e transmitidos para o banco de dados nacional do Ministério da Saúde.⁽²¹⁾ Dessa forma, esse sistema é uma importante ferramenta para apoiar a elaboração de políticas públicas de saúde mais efetivas visando à prevenção, promoção e cuidado em saúde, pelos gestores e também uma importante ferramenta de acesso a informação para a população.^{21,22}

O aplicativo TABNET é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular. Foi desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do SUS. A totalidade dos dados encontra-se diferente em algumas das tabelas pelo fato de terem sido usados tabuladores municipais e estaduais para esse trabalho, tendo em vista a falta da totalidade de dados na utilização de apenas um deles.¹⁹

4.5 Variáveis do estudo:

- **Sexo** (masculino, feminino)
- **Faixa etária** (15 a 19, 20 a 60, 61 a 80 e 80+).
- **Raça/Cor** (branca, preta/parda, outras)
- **Local de ocorrência** (Hospital, domicílio, outros estabelecimentos de saúde, via pública, outros)
- **Estado civil** (Solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro)
- **Meio utilizado para o suicídio**
- **Escolaridade** (nenhuma, 1 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais anos)
- **Ocupação**

4.6 Plano de análise:

Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel, versão 2013, a partir da qual as informações foram analisadas e apresentadas em tabelas e gráficos de acordo com sua periodicidade (pré-pandemia e pandemia).

4.7 Considerações éticas: Esta pesquisa foi realizada exclusivamente com dados secundários de acesso livre, não envolvendo contato com sujeitos humanos, e em consonância com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os autores cumpriram os preceitos éticos contidos na Declaração de Helsink. Devido à utilização de dados secundários do SIM/SUVISA, a aprovação do Comitê de Ética foi desnecessária.

5.RESULTADOS

No período estudado, compreendido entre os anos de 2017 e 2022, foram notificados na Bahia 4.335 casos de suicídio, com uma média de 722 casos/ano. Os anos de 2021 e 2022 apresentaram maior ocorrência que os outros anos da série histórica temporal, havendo um aumento de aproximadamente 14% no número de óbitos do ano de 2020 para o ano de 2021.(Quadro 1 e Gráfico 1).

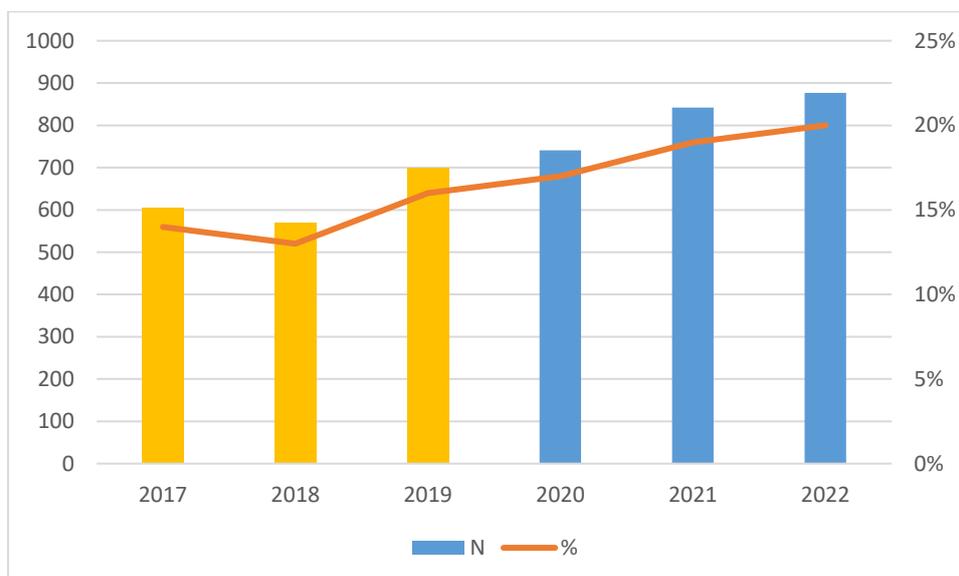
Quadro 1. Número e distribuição proporcional dos óbitos por suicídio por ano de notificação. Bahia, 2017 a 2022.

ANO DO ÓBITO	N	%
2017	605	14%
2018	570	13%
2019	700	16%
2020	741	17%
2021	842	19%
2022	877	20%
TOTAL	4335	100%

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Legenda : ■ Pré- pandemia
■ Pandemia

Gráfico 1. Número e distribuição proporcional dos óbitos por suicídio por ano de notificação na Bahia entre 2017 e 2022.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Ademais, dos 4.335 óbitos por suicídio, constatou-se que 82% das notificações se concentraram no sexo masculino enquanto 18% foram correspondentes a pessoas do sexo feminino. Nos anos pré-pandemia (2017, 2018, 2019) houve um total de 1875 notificações sendo 82,4% homens e 17,6% mulheres. Já nos anos de pandemia (2020, 2021, 2022) houve 2460 notificações sendo 81,8% homens e 18,2% mulheres, representando um aumento de 31% em relação ao período pré-pandêmico. (Quadro 2 e 3).

No que tange o número de suicídios separados por faixa etária, o maior número de óbitos se concentrou entre indivíduos na faixa dos 20 aos 59 anos, correspondendo a maior parte da população economicamente ativa. Em relação ao período pré-pandêmico, houve um aumento de aproximadamente 35% do número de casos durante a pandemia nessa população. Além disso, o número de óbitos entre idosos nos anos anteriores a pandemia corresponderam a 44 enquanto durante a pandemia resultaram em 387 óbitos representando um aumento de 779% no número de casos. Apenas 5 casos notificados não possuíam informação acerca da faixa etária. (Quadro 2 e 3).

Já no que diz respeito a raça/cor, constatou-se que, aproximadamente, 86% dos indivíduos que se suicidaram entre 2017 e 2022 eram pardos. No entanto, 93 notificações não possuíam informação. Houve um aumento de 34% no número de suicídios na população parda, 26% no número de pessoas brancas e 33% no número de pessoas pretas. Apenas 13 pessoas amarelas e 4 pessoas indígenas foram notificadas durante todo o período, tendo sido incluso em “outras”. (Quadro 2 e 3).

Em relação ao local de ocorrência do suicídio, 58% dos óbitos ocorreram em domicílio. Cerca de 21% dos óbitos ocorreram em lugares não especificados no sistema de informação. Ademais, 18 óbitos não possuíam informação acerca do local de ocorrência. Comparando os anos pré-pandemia e pandemia, os números de óbitos em vias públicas, hospitais e outros estabelecimentos de saúde se mantiveram semelhantes. No entanto, os suicídios em domicílio e em outros lugares tiveram um aumento de 36% e 38% respectivamente. (Quadro 2 e 3).

Em relação ao total de óbitos, aproximadamente 59% eram pessoas solteiras. Entre 2017 e 2019, cerca de 57% das pessoas que se suicidaram eram solteiras e 22% eram casadas. Essa proporção se manteve similar durante os anos de pandemia para os solteiros (59%), no entanto para os

casados diminuiu para 17,5% correspondendo a 432 notificações. Durante todo período, houve 319 notificações sem informação acerca do estado civil. (Quadro 2 e 3)

Em relação a escolaridade, nos anos anteriores a pandemia o número de casos de suicídio se concentrou na população com 1 a 7 anos de estudo, representando cerca de 41% entre os anos de 2017 e 2022. Nos anos pré-pandêmicos, os casos de suicídio entre pessoas nessa faixa de escolaridade representou 45% do total de óbitos, tendo diminuído para 39% durante a pandemia. Já na faixa de 8 a 11 anos de escolaridade, houve um aumento de 34% (243) no número de casos elevando a proporção de 20% para 25% dessa faixa de escolaridade em relação ao todo. (Quadro 2 e 3).

Quadro 2. Número de óbitos relacionados a cada variável distribuídos entre os anos de 2017 e 2019.

Variáveis		2017	2018	2019	Total
Sexo	Masculino	497	485	564	1546
	Feminino	108	85	136	329
Faixa etária	15 a 19	41	25	41	107
	20 a 59	446	421	517	1384
	60 a 79	97	103	122	322
	80+	11	17	16	44
	Idade Ignorada	1	1	~	2
Raça/Cor	Branca	65	65	94	224
	Preta/Parda	530	470	588	1588
	Outras	2	4	1	7
	Ignorado	8	31	17	56
Local de Ocorrência	Hospital	90	72	97	259
	Outros estabelecimentos de saúde	13	4	14	31
	Domicílio	344	323	394	1061
	Via pública	38	43	55	136
	Outros	120	128	138	386
	Ignorado	~	~	2	2
Estado Civil	Solteiro	351	334	385	1070
	Casado	126	126	159	411
	Viúvo	16	18	16	50
	Separado judicialmente	21	26	28	75
	Outro	30	23	51	104
	Ignorado	61	43	61	165
Escolaridade	Nenhuma	58	61	73	192
	1 a 7	283	268	294	845
	8 a 11	118	115	157	390
	12+	29	30	50	109
	Ignorado	117	105	126	348

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Quadro 3. Número de óbitos relacionados a cada variável distribuídos entre os anos de 2020 e 2022.

Variáveis		2020	2021	2022	Total
Sexo	Masculino	609	689	716	2014
	Feminino	132	153	161	446
Faixa etária	15 a 19	59	47	67	173
	20 a 59	545	637	691	1873
	60 a 79	116	115	104	335
	80+	14	22	16	52
	Idade Ignorada	~	~	1	1
Raça/Cor	Branca	80	112	90	314
	Preta/Parda	641	714	776	2131
	Outras	2	5	3	10
	Ignorado	18	11	8	37
Local de Ocorrência	Hospital	90	91	98	279
	Outros estabelecimentos de saúde	12	14	13	39
	Domicílio	440	509	496	1445
	Via pública	47	61	49	157
	Outros	151	164	218	533
	Ignorado	1	3	3	7
Estado Civil	Solteiro	448	509	516	1473
	Casado	134	143	155	432
	Viúvo	16	12	16	44
	Separado judicialmente	28	42	30	100
	Outro	40	45	44	129
	Ignorado	75	91	116	282
Escolaridade	Nenhuma	64	66	61	191
	1 a 7	322	339	308	969
	8 a 11	163	214	256	633
	12+	46	70	71	187
	ignorado	146	153	181	480

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Dentre os casos de suicídio durante todo o período de 2017 a 2022, a ocupação mais frequentemente encontrada foi relacionada a trabalhadores agropecuários de modo geral, representando cerca de 16% do número total de casos. Em relação a pré-pandemia, essa ocupação correspondeu a 18% dos casos, tendo diminuído para 15% durante a pandemia, apenas com um leve aumento do número de casos. No entanto, o número de casos entre comerciantes autônomos duplicou, passando de 1.8% para 2.8% do total. Ademais, outras ocupações foram relatadas, no entanto com números estatisticamente insignificantes se

consideradas de forma individual. Não houve informação acerca de 95 notificações em relação a ocupação durante todo o período. (Quadro 4 e 5).

Quadro 4. Número de óbitos relacionados a cada ocupação distribuídos entre o ano de 2017 e 2019.

Ocupação	2017	2018	2019
Aposentado/Pensionista	46	48	55
Comerciante Varejista	12	7	6
Dona de casa	15	23	23
Estudante	35	25	41
Pedreiro	20	20	14
Comerciante autônomo	18	4	12
Servente de obras	10	7	5
Trabalhador agropecuário	111	94	128
Trabalhador volante	43	42	56
Não informada	137	158	172
Ignorada	9	13	5
Outras	149	129	183

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Quadro 5. Número de óbitos relacionados a cada ocupação distribuídos entre o ano de 2020 a 2022.

Ocupação	2020	2021	2022
Aposentado/Pensionista	43	50	39
Comerciante Varejista	10	12	8
Dona de casa	23	26	25
Estudante	53	43	66
Pedreiro	29	31	22
Comerciante Autônomo	21	19	29
Servente de Obras	5	9	11
Trabalhador Agropecuário	113	126	146
Trabalhador Volante de agricultura	62	66	53
Não informada	188	206	208
Ignorado	10	21	37
Outras	184	233	233

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Por fim, o meio mais utilizado para provocar o suicídio entre 2017 e 2022 foi o enforcamento, tendo sido registrados 2.978 casos dos 4.335 totais. Tal dado representa aproximadamente 69% da totalidade dos casos, sendo 1.252 casos nos anos pré-pandêmicos e 1.726 durante a pandemia. A utilização de drogas e medicamentos para o suicídio foi o meio que mais aumentou

no período da pandemia em relação aos anos anteriores, registrando um aumento de 138% no número de casos. Ademais, outros meios para o suicídio foram registrados, no entanto com números estatisticamente insignificantes se considerados de forma individual. (Quadro 6 e 7). Segundo os dados, apesar de que enforcamento foi o meio mais utilizado em ambos os sexos, os outros meios foram numericamente expressados de forma distinta sendo armas de fogo o segundo meio mais comum para o homem enquanto o uso de pesticidas foi o segundo meio mais comum para a mulher. (Quadro 8)

Quadro 6. Número de óbitos pelo meio utilizado distribuídos por ano entre 2017 e 2019.

Meio utilizado para o suicídio	2017	2018	2019
Drogas e medicamentos	11	7	18
Pesticidas	48	30	38
Produtos químicos	13	14	17
Enforcamento	381	400	471
Arma de fogo	57	37	37
Fogo e fumaça	16	12	7
Lugar elevado	23	22	31
Objeto cortante/penetrante	8	5	12
Meios inespecíficos	13	9	12
Outros	35	44	57

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Quadro 7. Número de óbitos pelo meio utilizado distribuídos por ano entre 2020 a 2022.

Meio utilizado para o suicídio	2020	2021	2022
Drogas e medicamentos	21	31	34
Pesticidas	28	38	33
Produtos químicos	16	11	14
Enforcamento	518	593	615
Arma de fogo	40	31	38
Fogo e fumaça	11	14	17
Lugar elevado	18	24	37
Objeto cortante/penetrante	18	14	9
Meios inespecíficos	18	23	23
Outros	53	63	52

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Quadro 8. Meio utilizado para suicídio em cada sexo em ordem decrescente.

Sexo Masculino	Sexo Feminino
Enforcamento	Enforcamento
Armas de fogo	Pesticidas
Pesticidas	Medicamentos

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

6. DISCUSSÃO

No período, entre 2017 e 2018 houve uma diminuição entre os óbitos por lesão autoprovocada, no entanto, em 2019 houve um aumento relevante no número de casos e durante os anos pandêmicos, apesar de que menos expressivo em relação a 2019, o número de caso se manteve aumentando consecutivamente. Esse fato pode ser explicado pelo aumento da solidão, estresse, problemas econômicos, políticos e sociais provenientes da pandemia, que estão atrelados com o aumento das taxas de suicídio.²³ Os casos de suicídios prevaleceram majoritariamente em adultos jovens do sexo masculino, trabalhadores agropecuários, da cor preta/parda, solteiros, de baixa escolaridade e que ocorreram, principalmente, em domicílio, por meio de enforcamento.

O presente estudo ratificou a significativa diferença entre o número de óbitos por suicídio entre homens e mulheres, assim como descrito na literatura.²⁴ A proporção antes da pandemia foi de 4,7:1 de homens para mulheres enquanto durante pandemia foi 4,5:1 se mantendo similar nos dois períodos. A disparidade entre os sexos geralmente é explicada pela suposta maior tendência dos homens à agressividade, à intenção de morte e ao uso de métodos mais letais.²⁵ As mulheres, por sua vez, tendem a enfrentar menos pressões relacionadas ao fracasso financeiro e são menos competitivas e impulsivas, fatores que são associados ao risco de suicídio. Seu papel social muitas vezes prioriza o sucesso nas relações interpessoais.²⁶ Além disso, é comum as mulheres serem mais engajadas em práticas religiosas, o que pode atuar como um fator de proteção, especialmente quando essas religiões oferecem suporte emocional e condenam o suicídio.^{27,28} As mulheres também costumam desenvolver estratégias mais elaboradas para enfrentar adversidades, pois são frequentemente submetidas a múltiplas mudanças de papel ao longo da vida, possuindo uma sensibilidade mais aguçada para identificar sinais de alerta de suicídio e uma tendência maior para buscar ajuda profissional e contar com uma rede de apoio social mais ampla em tempos de crise.²⁶ Por outro lado, os homens podem encontrar dificuldades em expressar seus próprios sentimentos.²⁷ Além disso, outro fator que explica a prevalência masculina é o consumo alcóolico superior à mulher, visto que, as mulheres consomem apenas cerca de 6,7% do álcool consumido pelo homem.²⁶ Apesar do número de suicídios ser mais prevalente em homens, o número de tentativas entre as mulheres é maior.^{27,28} Tal fato pode ser explicado pelo métodos menos letais utilizados pelas mulheres como a intoxicação por medicamentos.²⁷

Em relação a faixa etária, o número de óbitos se concentrou em indivíduos entre os 20 e 59 anos tanto antes quanto durante a pandemia, enquanto em outras faixa etárias o padrão estatístico se manteve constante, sendo esse dado condizente com a tendência ao aumento de suicídios entre pessoas jovens descrita na literatura.²⁸ Estudos epidemiológicos sobre o suicídio no Brasil que abrangem o período entre 1980 à 2010 retrataram o quadro no qual o número de suicídios predominava entre idosos ao passo que aumentava anualmente entre jovens, sendo previsto que o número de suicídios em jovens em algum momento fosse ultrapassar a quantidade em pessoas idosas.^{27,28} O crescimento do autoextermínio entre os jovens, especialmente destacado em certos estudos, foi atribuído em parte à situação socioeconômica vigente no país desde meados dos anos 2000.^{29,30} A crise econômica pode ter impactado diretamente as perspectivas de crescimento e desenvolvimento profissional dessa parcela crescente da população, gerando sentimentos de frustração que podem contribuir para a tragédia do suicídio.²⁹ Já no contexto da pandemia, a principal explicação para a maior incidência de suicídios na população entre 20 e 59 anos é o contexto econômico e a perda de empregos relacionadas à crise da COVID-19.^{2,3} Segundo a Mc Intyre e Lee, as taxas de suicídios são altamente vulneráveis aos indicadores macroeconômicos, sobretudo o desemprego.²

Em relação a raça/cor, os dados mostraram uma predominância do número de suicídios na população preta/parda tanto antes como durante a pandemia, sendo o aumento do número de casos proporcionais em todas etnias. Segundo o censo de 2022 realizado pelo IBGE, a população da Bahia é composta por, aproximadamente, 80% de pessoas pretas/pardas. Dessa forma, os números de óbitos por suicídio coincidem com as características demográficas do estado da Bahia, não sendo possível estabelecer uma relação causal entre cor de pele e os óbitos por lesão autoprovocada durante a pandemia.

O meio mais utilizado para o suicídio entre os dados analisados foi o enforcamento em ambos os sexos, no entanto, as armas de fogo e pesticidas tomaram o segundo e terceiro lugar, respectivamente, enquanto para as mulheres o enforcamento foi seguido de pesticidas e uso de medicamentos. Tal diferença pode ser explicada tanto pelo maior acesso dos homens às armas de fogo quanto pelo sua maior intenção de morte usando meios mais letais.²⁰

Os indivíduos solteiros obtiveram maior índice nas taxas de suicídio tanto antes quanto durante a pandemia e tiveram um aumento expressivo no percentual de casos em relação a outros estados civis quando comparados o período pré-pandemia e pandemia. Uma das hipóteses para justificar tal incidência é que indivíduos solteiros tiveram um isolamento social mais intenso, sendo esse um fator predisponente ao comportamento suicida.^{31,32} Já o número de suicídios em

peessoas casadas se manteve quase constante entre os dois períodos. Os vínculos sociais, assim como a rede familiar tem sido descritos como fatores de proteção pela literatura, podendo ser um dos motivos desse números não terem aumentado de forma expressiva.³³

No que tange a escolaridade dos indivíduos, nota-se que a maior parte dos óbitos por suicídio se concentraram na população com menor nível de escolaridade (1 à 11 anos), estando de acordo com outros dados da literatura.^{20,34}. Apesar dessa associação ser pouco abordada na literatura, alguns artigos tem indicado uma possível relação entre baixo nível de escolaridade e altas taxas de suicídio.³⁴ Uma explicação para essa associação é pelo fato do nível educacional estar associado a expressão do status econômico do indivíduo e, por consequência, maior quantidade de problemas e níveis de estresse.³⁵

Tanto em relação a ocupação quanto para o local de ocorrência não foram encontrados dados suficientes na literatura associando tais fatores ao suicídio, nem com a pandemia. Além disso, a quantidade de óbitos por suicídio dados como “ignorados” devido à falta de acesso a informação ou mal preenchimento dos atestados de óbitos foram expressivas. Dito isso, os dados inespecificados na plataforma do TabNet e as subnotificações, além da falta de informação na literatura acerca da relação de algumas variáveis com o suicídio se configuram como limitações no presente estudo.

7. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que a pandemia teve um impacto negativo no número de casos de suicídio no Bahia, com um aumento expressivo no número de casos anuais. Além disso, a análise do perfil epidemiológico da problemática mostrou que as diferentes variáveis foram afetadas de forma heterogênea, podendo algumas delas serem considerados fatores de proteção e outras fatores de risco.

Ademais, o presente estudo tem relevante importância, visto que há muito pouca informação na literatura acerca do tema de suicídio especificamente sobre a Bahia. Além disso, para a prevenção e criação de políticas públicas de combate ao suicídio é necessário o conhecimento dos fatores de risco modificáveis, dos grupos mais vulneráveis e dos meios mais utilizados para o suicídio, sendo uma possível contribuição desse estudo.

Referências:

1. Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Research*. 1º de janeiro de 2021;295:113577.
2. McIntyre RS, Lee Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Research*. 1º de agosto de 2020;290:113104.
3. Sher L. Psychiatric disorders and suicide in the COVID-19 era. *QJM*. 1º de agosto de 2020;113(8):527–8.
4. Sher L. Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide? *Acta Neuropsychiatr*. outubro de 2020;32(5):270.
5. Moutier C. Suicide Prevention in the COVID-19 Era: Transforming Threat Into Opportunity. *JAMA Psychiatry*. 1º de abril de 2021;78(4):433–8.
6. Aquila I, Sacco MA, Ricci C, Gratteri S, Montebianco Abenavoli L, Oliva A, et al. The role of the COVID-19 pandemic as a risk factor for suicide: What is its impact on the public mental health state today? *Psychol Trauma*. agosto de 2020;12(S1):S120–2.
7. Thakur V, Jain A. WITHDRAWN: COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun*. agosto de 2020;88:952–3.
8. Zalsman G, Stanley B, Szanto K, Clarke DE, Carli V, Mehlum L. Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. *Arch Suicide Res*. 2020;24(4):477–82.
9. Conejero I, Nobile B, Olié E, Courtet P. How Does COVID-19 Affect the Neurobiology of Suicide? *Curr Psychiatry Rep*. 3 de março de 2021;23(4):16.
10. Brietzke E, Magee T, Freire RCR, Gomes FA, Milev R. Three insights on psychoneuroimmunology of mood disorders to be taken from the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun Health*. 22 de abril de 2020;5:100076.
11. Sher L. Suicide research and prevention during and after the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. novembro de 2020;142(5):353–4.
12. Que J, Yuan K, Gong Y, Meng S, Bao Y, Lu L. Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. *Neuropsychopharmacol Rep*. dezembro de 2020;40(4):392–5.
13. Bastiampillai T, Allison S, Looi JCL, Licinio J, Wong ML, Perry SW. The COVID-19 pandemic and epidemiologic insights from recession-related suicide mortality. *Mol Psychiatry*. dezembro de 2020;25(12):3445–7.
14. Ammerman BA, Burke TA, Jacobucci R, McClure K. Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the U.S. *J Psychiatr Res*. fevereiro de 2021;134:32–8.
15. Levi-Belz Y, Aisenberg D. Together we stand: Suicide risk and suicide prevention among Israeli older adults during and after the COVID-19 world crisis. *Psychol Trauma*. agosto de 2020;12(S1):S123–5.

16. Mari J de J, Oquendo MA. Mental health consequences of COVID-19: the next global pandemic. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020;42(3):219–20.
17. Pandemics, panic and prevention: Stages in the life of COVID-19 pandemic - Antonio Ventriglio, Cameron Watson, Dinesh Bhugra, 2020 [Internet]. [citado 8 de março de 2024]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020764020924449>
18. Gomes ER, Iglesias A, Constantinidis TC. Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida. *Revista Psicologia e Saúde.* agosto de 2019;11(2):35–53.
19. Bando DH, Scrivani H, Morettin PA, Teng CT. Seasonality of suicide in the city of Sao Paulo, Brazil, 1979-2003. *Braz J Psychiatry.* junho de 2009;31:101–5.
20. Mata KCR da, Daltro MR, Ponde MP. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde.* 31 de março de 2020;9(1):74–87.
21. Moraes RM de, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde debate.* março de 2017;41:101–17.
22. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações Sobre Mortalidade.
23. Schuck F, Weber G, Schaefer C, Reinheimer M, Rockenbach D. A influência da pandemia de COVID-19 no risco de suicídio / The influence of the COVID-19 pandemic on suicide risk. *Brazilian Journal of Health Review.* 1º de janeiro de 2020;3:13778–89.
24. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública.* junho de 2003;37:357–63.
25. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133–54.
26. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav.* 2000;30(2):145–62.
27. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Braz J Psychiatry.* outubro de 2009;31:S86–93.
28. Filho MC, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde Ética & Justiça.* 19 de dezembro de 2016;21(2):45–51.
29. Souza ERD, Minayo MCDS, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saúde Pública.* junho de 2002;18(3):673–83.
30. Rodrigues SMS, Barbalho Filho LON, Silva LCL da. Estudo sobre a incidência e o perfil dos casos de suicídio no município de Belém, 2005-2006. *Rev para med [Internet].* 2008 [citado 31 de março de 2024]; Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2008/v22n4/a2237.pdf>
31. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública.* janeiro de 2013;29:175–87.
32. Oliveira L, Benedetti A. Suicídio em Mato Grosso - Brasil: 1996 a 2015. *Journal of Health & Biological Sciences.* 9 de outubro de 2018;6:391.

33. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP*. dezembro de 2014;25:231–6.
34. Machado DB, Santos DN dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J bras psiquiatr*. março de 2015;64:45–54.
35. Desaulniers J, Daigle MS. Inter-regional variations in men's attitudes, suicide rates and sociodemographics in Quebec (Canada). *Soc Psychiat Epidemiol*. 1º de junho de 2008;43(6):445–53.