



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

NAYANE DUARTE DORNELES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO ANTES E DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 NA BAHIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR – BA

2024

NAYANE DUARTE DORNELES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO ANTES E DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 NA BAHIA**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para aprovação no componente Metodologia da Pesquisa III.

Orientador(a): Raul Coelho Barreto Filho

SALVADOR

2024

RESUMO

Introdução: O suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens e adultos em todo o mundo. É um grave problema de saúde pública resultado de uma complexidade de fatores de risco. Os principais fatores de risco são doenças mentais como ansiedade, depressão e transtorno afetivo bipolar. Momentos de instabilidade socioeconômica, como a pandemia de COVID-19, tornam as pessoas mais vulneráveis a problemas de saúde mental e, conseqüentemente, ao fenômeno do suicídio. Dessa forma, é necessário entender melhor os padrões que essas mortes seguem para prevenir futuros eventos. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio do estado da Bahia no período entre 2017 e 2022. **Metodologia:** Estudo ecológico de série temporal, descritivo. Os dados foram coletados do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM) por meio da plataforma da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Foram selecionados os óbitos na Bahia na categoria lesões autoprovocadas intencionalmente pelo CID X64 até X80, no período de 2017 a 2022. **Resultados:** Notou-se um aumento progressivo nas mortes por suicídio na Bahia, em todos os anos, exceto 2018 que representou leve queda nas mortes. Ademais, durante todo o período, os óbitos de homens foram mais expressivos. Em relação à faixa etária, 30-49 anos representou a maioria das vítimas. Entretanto, as mortes de pessoas entre 15-29 anos foram de 420 para 602 comparando o pré-pandemia com o período pandêmico. A maioria das vítimas eram solteiras e utilizaram de enforcamento e sufocamento. A única variável com mudança durante a pandemia foi a escolaridade. No pré-pandemia, a maioria das vítimas tinham entre 4 e 7 anos de estudos, já durante a pandemia, a maioria tinha entre 8 e 11 anos de escolaridade. **Considerações finais:** O estudo evidenciou o aumento das mortes por suicídio na Bahia, reafirmando o suicídio como grave problema de saúde pública. É fundamental ampliar programas de prevenção e promoção de saúde mental, principalmente entre a população mais vulnerável. Além disso, é imprescindível expandir atendimentos e facilitar acesso à profissionais treinados para lidar com pacientes em risco de suicídio. **Palavras-chave:** suicídio, depressão, saúde mental, mortalidade, pandemia

ABSTRACT

Introduction: Suicide is one of the leading causes of death among young people and adults worldwide. It is a serious public health issue resulting from a complexity of risk factors. The main risk factors include mental illnesses such as anxiety, depression, and bipolar affective disorder. Moments of socioeconomic instability, such as the COVID-19 pandemic, make people more vulnerable to mental health problems and, consequently, to the phenomenon of suicide. Therefore, it is necessary to better understand the patterns that these deaths follow, in order to prevent future events.

Objectives: To analyze the epidemiological profile of suicide victims in the state of Bahia between 2017 and 2022. **Methodology:** Ecological study of time series, descriptive. Data were collected from the Mortality Information System (SIM) through the platform of the Bahia State Health Department (SESAB). Deaths were selected in the period from 2017 to 2022 in Bahia in the category of intentionally self-inflicted injuries by ICD X64 to X80. **Results:** There was a progressive increase in suicides in Bahia, in all years except 2018, which represented a slight decrease in deaths. Moreover, throughout the period, male deaths were more significant. In terms of age group, 30-49 years represented a large number of victims. However, deaths of individuals aged 15-29 went from 420 to 602 comparing pre-pandemic with pandemic periods. Most victims were single and used hanging and suffocation. The only variable that changed during the pandemic was education level. Pre-pandemic, most of the victims had 4 to 7 years of education, whereas during the pandemic, the majority had 8 to 11 years of education. **Conclusion:** The study highlighted the increase in suicides in Bahia, reaffirming suicide as a serious public health problem. It is essential to expand prevention programs and mental health promotion, especially among the most vulnerable populations. Furthermore, it is crucial to expand services and facilitate access to trained professionals to deal with patients at risk of suicide. **Keywords:** suicide, depression, mental health, mortality, pandemic.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS.....	8
2.1 Geral.....	8
2.2 Específicos.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1 O suicídio historicamente.....	9
3.2 Contexto atual.....	12
3.3 Fatores de risco.....	12
3.4 Prevenção ao suicídio.....	13
4. MÉTODOS.....	15
4.1 Desenho de Estudo.....	15
4.2 Local e Período do Estudo.....	15
4.3 População de Estudo.....	15
4.4 Variáveis do Estudo.....	15
4.5 Fonte dos Dados.....	15
4.6 Análise dos Dados.....	16
4.7 Considerações Éticas.....	16
5. RESULTADOS.....	17
6. DISCUSSÃO.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
8. REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO:

O suicídio é um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte de jovens e adultos em todo o mundo. A cada ano, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio¹. Todavia, esses números podem ser ainda maiores pois existe uma subnotificação dos casos. No Brasil, por exemplo, a subnotificação acontece devido a diversos fatores, a falta de registros adequados, a dificuldade de determinar intencionalidade no ato, o estigma que permeia as doenças mentais e a sensação de vergonha e constrangimento que permeia familiares que tentam esconder alguma situação de suicídio.

Esse fenômeno é produto de uma complexidade de fatores de risco. Os fatores de risco são divididos em dois grandes grupos: fatores de risco individuais e populacionais². Acerca dos fatores individuais, estes variam de pessoa a pessoa se relacionam com diagnósticos de doenças mentais como ansiedade, depressão e bipolaridade. Além disso, histórico de abuso e negligência parental também podem estar associados a mortes por suicídio. Adicionalmente, também existem grupos de risco como idosos e povos indígenas. Os idosos, por vezes, vivem com o sentimento de solidão, lidam com diversos problemas de saúde, o medo do fim da vida e a perda de entes queridos. Os povos autóctones enfrentam discriminação pelas suas tradições culturais e muitos lidam com problemas econômicos. Esse contexto torna esses grupos vulneráveis a desenvolver doenças mentais e conseqüentemente, ao suicídio.

Os impactos econômicos e mudanças sociais também são potenciais agravantes para essa problemática em saúde mental. Nesse sentido, com a chegada da pandemia de SARS-CoV-2, foram impostas medidas isolamento social para diminuir a propagação do vírus³. Isso alterou as dinâmicas da sociedade naquele momento. O isolamento social, juntamente com a mudança de rotina, a sensação de medo constante e incertezas com o futuro causaram repercussões negativas na saúde mental da população em meio à instabilidade da pandemia. Ademais, as dificuldades financeiras amplificadas pelo impacto econômico da pandemia transformaram a vida de muitos até os dias atuais.

Por outro lado, pessoas com doenças mentais pré-existentes tiveram dificuldade na continuidade de seus tratamentos devido à sobrecarga dos sistemas de saúde gerada pela grande demanda focada no coronavírus. De maneira similar, a

situação da pandemia, os medos, incertezas e instabilidades financeiras fizeram com que novos casos de doenças mentais, principalmente ansiedade e depressão, surgissem nos mais diferentes grupos demográficos. Dessa forma, muitos sintomas foram agravados causando um aumento no risco de suicídio entre os brasileiros. Por consequência a pandemia tem o potencial de ampliar e prorrogar os fatores de risco de suicídio, tais quais, solidão, isolamento social, doenças mentais e problemas de ordem financeira. Os efeitos sindêmicos da pandemia de COVID-19 interagem diretamente com o comportamento, ideação e consumação de suicídio da sociedade. Assim, é fundamental avaliar possíveis mudanças no perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio nesse período.

Dessa forma, esse estudo busca entender se houve mudanças no perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio no estado da Bahia entre 2017 e 2022, considerando a temporalidade da pandemia de COVID-19. Serão analisadas variáveis sociodemográficas para compreender essas mortes. Assimilar o impacto das mudanças sociais e econômicas na saúde da população baiana pode auxiliar uma análise profunda da situação de saúde do estado da Bahia, no melhoramento das atuais medidas de prevenção e detecção de brechas no sistema de saúde, além do desenvolvimento de novas estratégias em saúde pública focadas, principalmente, nos grupos mais vulneráveis.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Analisar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio do estado da Bahia no período entre 2017 e 2022.

2.2 Específicos:

1. Avaliar se houve alterações no número de vítimas de suicídio no período de 2020, 2021 e 2022 em relação aos anos de 2017 a 2019.

2. Entender se ocorreu mudança no perfil epidemiológico das vítimas de suicídio, verificando as variáveis entre 2017-2022.

3. Descrever características sociodemográficas de escolaridade, idade, sexo, raça e estado civil das vítimas de suicídio na Bahia no período 2017 a 2022.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O suicídio historicamente:

Ao longo da história, a morte voluntária tem assumido uma variedade de significados, sendo, por vezes, aceita como prática de honra e glória e em outros momentos vista como pecado mortal. Essa gama de perspectivas evidencia como a maneira de agir dos seres humanos é influenciada pelo contexto histórico em que vivem e pela cultura na qual se inserem.

Analisando a história do suicídio, os primeiros registros conhecidos, são relacionados a rituais religiosos na Cidade de Ur na Mesopotâmia por volta de 1500 a.C. Além desses, na Bíblia Sagrada existem passagens de mortes autoinfligidas como o rei Saul se lançando sobre sua própria espada, o sacrifício de Sansão e o suicídio de Judas⁴. Ainda na idade antiga, os egípcios tinham o suicídio como prática comum, sendo que, na época da rainha Cleópatra foram construídas estâncias para que provocassem a própria morte em conjunto⁵. Nesse mesmo contexto, se o faraó ou dono de escravos morresse, seus servos e escravos causavam a própria morte junto ao seu cadáver.

Por outro lado, na Grécia Antiga, o suicídio era permitido desde que aprovado pelo Senado. O cidadão interessado deveria apresentar seus motivos e se aceito, o governo o proporcionava com veneno para que executasse o ato. Entretanto, isso não valia para soldados e escravos por conta dos interesses econômicos da pólis. Assim, se a morte fosse de um cidadão sem autorização, soldado ou escravo, era considerada uma afronta à comunidade e a mão do cadáver seria amputada e enterrada distante do resto do corpo⁵. Dentro desse cenário, o Estado detinha controle sobre a vida e morte das pessoas. Era comum de que cidadãos fossem obrigados a se matar, como é o caso do filósofo Sócrates, que, por corromper a juventude de Atenas, lhe foi imposto ingerir veneno em 399 a.C.⁶ Nos primeiros anos após o surgimento da filosofia grega, o suicídio era visto de forma negativa. Diversos pensadores se interessaram pela temática. Platão era contrário à morte voluntária, alegando que os homens tinham responsabilidades com a sociedade, porém justificável em caso de doença incurável⁷. Já Aristóteles o descrevia como ato de covardia⁸.

Na Roma Antiga o suicídio não era incomum. Muitos políticos preferiram causar sua própria morte a se submeter a Júlio César⁹. Entretanto, com o imperador Constantino, o cristianismo se tornou a religião oficial do império romano. Nesse momento surgiram diversas sanções contra o suicídio como o confisco de terras e brutalidade com os cadáveres como exemplo simbólico. O cristianismo desencorajava completamente a morte voluntária. No século V, Santo Agostinho considerou um ato contra Deus e uma afronta contra a divindade¹⁰.

Para os antigos hebreus, o corpo de um suicida não deveria passar pelos rituais comuns de morte. Escolas rabínicas no século II ensinavam que o cadáver de um suicida não merecia respeito. Mesmo assim, há relatos do suicídio em massa durante o Cerco de Massada em 73 d.C., quando mais de 900 judeus se mataram para não se tornarem prisioneiros do império romano¹¹. Recentemente, novas dimensões foram dadas ao assunto pelo judaísmo, reafirmando a proibição, porém contemplando a obrigação de entender os motivos que levam as pessoas à morte voluntária¹⁹. Em contrapartida, observando o islamismo, o suicídio é um dos piores pecados. O Alcorão revela que Allah terá misericórdia com aqueles que não cometerem suicídio. Por conta disso, em países predominantemente islâmicos, os dados de mortalidade por suicídio são deficitários e mal descritos¹². Considerando o hinduísmo, sua escritura sagrada *Upanishads* condena o suicídio. No entanto, uma antiga tradição prevalecia, na qual a viúva buscava a sua própria morte através de um ritual conhecido como *Sutee*, logo após o falecimento do marido, acreditando que assim garantiria a bênção para ambos. Além disso, existe uma forma de morte comumente observada entre os hindus, envolvendo uma severa privação de alimentos, como exemplificado por Mahatma Gandhi em sua luta contra o domínio inglês na Índia¹³.

Passando para a idade média, a igreja cristã tinha grande influência, e igualava suicidas à criminosos, negava rituais religiosos e sua família não receberia sua herança, sendo esta confiscada pelo Estado⁹. No século XII, acreditava-se que o cadáver de um suicida poderia contaminar solos e rios e que se uma gestante tivesse contato com ele, sua prole teria o mesmo destino. Além do mais, seus espíritos eram considerados vingativos, os corpos desmembrados e oferecidos de alimento para animais.

Com o surgimento dos ideais iluministas, os pensadores rejeitavam o sobrenatural e dessa forma o suicídio começou a ser encarado como manifestação

de liberdade¹⁴. A revolução francesa, trouxe o fim da brutalidade com os cadáveres. Com a Reforma Protestante, foi estimulado deixar de lado as duras regras da Igreja católica, abrindo espaço para discussões mais flexíveis sobre a morte voluntária.

No início dos anos 1600, com as ideias renascentistas se tornando populares na Inglaterra, diversos suicídios foram representados em obras teatrais inglesas como as de William Shakespeare e seus famosos personagens Romeu, Julieta, Otelo e Ofélia¹⁵. O aumento do debate no contexto artístico, ampliou o reconhecimento de questões sobre as motivações e impactos do suicídio. Por outro lado, a obra “Os sofrimentos do jovem Werther” de Goethe, que marcou o início do romantismo em 1774, gerou grande comoção entre os jovens. Nesse momento surgiu uma onda de suicídios na Europa, onde diversos jovens imitavam o suicídio do livro¹⁶. No século 17 o suicídio era comum na Europa. Os franceses o chamavam de “a doença inglesa”. Entretanto, as taxas de suicídio eram similares nos dois países. A questão é que, para os franceses, o suicídio era um ato vergonhoso, e por conta disso, não noticiado nos jornais. Por outro lado, os periódicos ingleses sempre relatavam casos de suicídio, fazendo aparentar que acontecia mais nas terras inglesas⁵.

No século XIX, ideias antigas ainda eram presentes, mas a atitude prevalente quanto ao suicídio é de entender que envolvia um estado mental alterado. Com os estudos sociológicos de Émile Durkheim, o suicídio passou a ser relacionado com questões sociais que impactam a psiquê do homem. Para ele, a escolha de tirar a própria vida vinha de uma desarmonia entre indivíduo e sociedade. Durkheim listou três formas de suicídio. O “suicídio egoísta” ocorre quando questões individuais são valorizadas, o indivíduo perde o sentido da vida e tem rompimento das relações sociais. Já o “suicídio altruísta” é resultado de um forte vínculo entre o coletivo e o indivíduo, levando à morte voluntária. Nessa forma, a morte é vista como ato de honra e coragem para o suicida. Como exemplo de suicídios altruístas se tem a cultura japonesa. O *seppuku* é um ritual no qual samurais se feriam com cortes fatais no abdome após derrotas em batalhas. Além disso, os ataques kamikazes na Segunda Guerra Mundial, representavam grande honra e era um privilégio morrer pelo país. Por fim, o “suicídio anômico” advém de um desequilíbrio na sociedade, como grandes crises econômicas¹⁷. Na Crise de 29, nos Estados Unidos, houve uma abrupta queda na bolsa de valores de Nova Iorque. Em questão de dias, diversos investidores foram à falência e milhões de pessoas se tornaram desempregadas. Nesse período as taxas

de suicídio aumentaram consideravelmente, influenciadas pela crise econômica, podendo ser classificados como suicídios anômicos¹⁸.

3.2 Contexto atual:

Olhando para o contexto atual, o suicídio é um problema de saúde em nível global. Mais de 700 mil pessoas cometem suicídio por ano. Esse número é muito relevante, significa que a cada 40 segundos uma pessoa morre de suicídio no mundo. Além disso, é importante entender a localização desse fenômeno. É estabelecido que 77% dos suicídios acontecem em países pobres e emergentes¹⁹. Em todo o mundo, mais de 3 mil adolescentes morrem por dia por suicídio. Sendo que, atualmente, acidentes de carro, infecções respiratórias e suicídio são as maiores causas de morte entre os adolescentes²⁰. Em 2019, mais de 97 mil pessoas morreram por suicídio nas américas. O número é alarmante, mas a quantidade de tentativas é por volta de 20 vezes maior. As taxas mundiais de suicídio são maiores entre homens, porém as tentativas são maiores entre mulheres. No Brasil, os dados apontam que as mortes por suicídio aumentaram 43% entre 2010 e 2019²¹. Em relação aos métodos empregados no país, o principal deles é enforcamento para ambos os sexos, seguido de intoxicação exógena e armas de fogo²¹. Infelizmente, esses números alarmantes ainda podem ser subestimados. Muitos países não têm boa qualidade em seus sistemas de informação em saúde. Por vezes, os dados de mortalidade sofrem de subnotificação e classificação de causa incorreta. É comum que mortes por suicídio sejam classificadas como causa desconhecida, acidentes ou até mesmo homicídio²².

Nesse contexto, uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU é a redução das mortes globais por suicídio em 1/3 até o ano de 2030. Entretanto, apenas 38 países tem uma estratégia de prevenção ao suicídio bem definida²³. Entender os fatores de risco é fundamental para guiar medidas de prevenção e reduzir esses números tão expressivos.

3.3 Fatores de risco:

O suicídio é resultado de uma complexidade de fatores individuais, ambientais e populacionais. O risco populacional é relacionado com a perda de coesão social. Dentro disso estão inseridas as crises econômicas, momentos de isolamento social e mudanças de valores sociais. Por outro lado, riscos ambientais incluem o fácil acesso à meios letais como armas de fogo e pesticidas, a dificuldade de integração ao sistema

de saúde e a abordagem irresponsável de casos pelos veículos de comunicação². Pacientes com história prévia de tentativa de suicídio tem altas chances para que isso ocorra novamente. Por conta disso, uma boa coleta da história do paciente é fundamental para estratificação de risco. Junto a isso, existem fatores de risco individuais como transtornos psiquiátricos. Transtornos de uso de substâncias, transtorno depressivo, transtorno de bipolaridade, transtornos de personalidade e esquizofrenia são os distúrbios que se mostram mais fortemente associados à ideação, comportamento e suicídio consumado. Portanto, a presença de doenças mentais é o principal preditor de comportamento suicida. Ademais, o risco de suicídio é maior em parentes de pessoas que morreram por suicídio. A transmissão genética de comportamento suicida tem uma hereditariedade de 30 a 50%². A exposição a adversidades na infância como negligência parental, violência física, abuso emocional e sexual é um risco bem delimitado. Esses abusos causam dificuldades na capacidade de resolução de problemas na vida adulta.

3.4 Prevenção ao suicídio:

A OMS desenvolveu a abordagem *LIVE LIFE*. Essa campanha determina pontos chaves, relacionados aos fatores de risco, para a prevenção do suicídio. O primeiro ponto é limitar o acesso aos meios de execução. O envenenamento por pesticidas é considerado causa de 20% dos suicídios. Por essa razão, a OMS recomenda banir pesticidas de alta toxicidade. Além disso, controlar o acesso a armas de fogo, reduzir o tamanho das cartelas de medicações e instalação de barreiras em locais de grande altura também são orientações. O segundo aspecto é o papel dos meios de comunicação, este deve ser responsável e cuidadoso ao notificar casos de suicídio²⁴. A divulgação romantizada pode incentivar comportamentos imitadores, principalmente quando se trata de uma pessoa muito conhecida. As orientações da OMS propõem que a mídia troque as notícias de suicídio por histórias de recuperação de problemas mentais²⁴. Além disso, os veículos de comunicação são incentivados a levantar conscientização acerca de saúde mental e ideação suicida. O terceiro elemento é estimular, por meio da educação, habilidade sociais e emocionais em jovens e adolescentes²⁴. É indicado que as escolas tenham projetos contra a prática de bullying, atividades de promoção da saúde mental e treinamento dos seus profissionais para identificar estudantes em risco de suicídio. Por último, uma perspectiva essencial para evitar mortes por suicídio é identificar previamente

pacientes com ideação suicida e garantir a eles acompanhamento e acesso ao serviço de saúde²⁴.

Visto isso, a qualidade do planejamento de medidas de prevenção depende da correta notificação e qualidade do preenchimento das fichas de notificação. Por isso, é importante capacitar profissionais para reconhecer e notificar a violência autoprovocada²⁵. No Brasil, todos os casos suspeitos ou autodeclarados de tentativas de suicídio são obrigatoriamente notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)²⁶.

No momento, o país conta com o Centro de Valorização da Vida (CVV), uma associação civil sem fins lucrativos que disponibiliza apoio emocional e prevenção ao suicídio por meio de ligação gratuita para o número 188, e-mail ou chat com atuação 24h²⁷. Junto ao CVV, há uma parceria da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Conselho Federal de Medicina, a campanha Setembro Amarelo. Essa iniciativa atua promovendo a redução do estigma em torno das doenças mentais e do comportamento suicida²⁸. A ação abrange todo o mês de setembro e tem divulgado diversos materiais com informações para a sociedade explicando como identificar o risco, como ajudar, sinais de alerta e meios de prevenção.

4. MÉTODOS

4.1 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo ecológico, de série temporal, descritivo.

4.2 Local e Período do Estudo

O local estudado é o estado da Bahia, no período compreendido entre os anos de 2017 a 2022. A Bahia possui uma extensão territorial de 564.760,429 km², com uma população estimada pelo Censo 2022 em 15.036.517 pessoas, dessas, 14,04% são idosos. Assim, o estado da Bahia é o 4^o mais populoso do Brasil. A estimativa é de que a expectativa de vida no estado é de 74,76 anos²⁹.

1.3 População de Estudo

Foi selecionado para o estudo a totalidade dos óbitos da Bahia registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), na categoria lesões autoprovocadas intencionalmente pelo CID X.64 a X.80, no período de 2017 a 2022.

4.4 Variáveis do Estudo

As variáveis de interesse para o estudo são as seguintes: escolaridade, faixa etária, cor/raça, estado civil e local da ocorrência, ano do suicídio e meio de execução.

4.5 Fonte dos Dados

Os dados são secundários agregados de grupos de indivíduos, coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por meio da plataforma da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O Sistema de Mortalidade faz parte da Vigilância Epidemiológica em Saúde, é administrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e organizado pela Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)³⁰. Foi uma criação de 1975 pelo Ministério da Saúde com objetivo de organizar os dados de mortalidade do Brasil. É uma ferramenta essencial para compreender as condições de morte da população brasileira. Ademais, o SIM guia políticas públicas de intervenção e prevenção em saúde. Os dados de mortalidade são sistematizados a partir do documento de Declaração de Óbito (DO), que foi padronizado no país em 1976. A DO é um documento de caráter obrigatório, preenchido pelo médico conforme as Resoluções CFM nº 2.217/2018³¹ e nº 1.779/2005³². No caso de mortes de causas externas, a emissão da DO deve ser feita

por médicos legistas do Instituto Médico-Legal (IML). Esses documentos são reunidos pelas Secretarias de Saúde dos municípios ou estados. Além de fornecer dados essenciais ao SIM, a DO também possui importância no meio jurídico, sendo exigida pelos Cartórios de Registro Civil para emissão dos documentos de Certidão de Óbito conforme a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973³³ e Lei nº 13.484, de 27 de setembro de 2017³⁴.

4.6 Análise dos Dados

Os dados foram analisados e comparados por meio de frequência simples e relativa e cálculo de coeficiente de mortalidade por suicídio (óbitos/população) *100.000, comparados ano a ano.

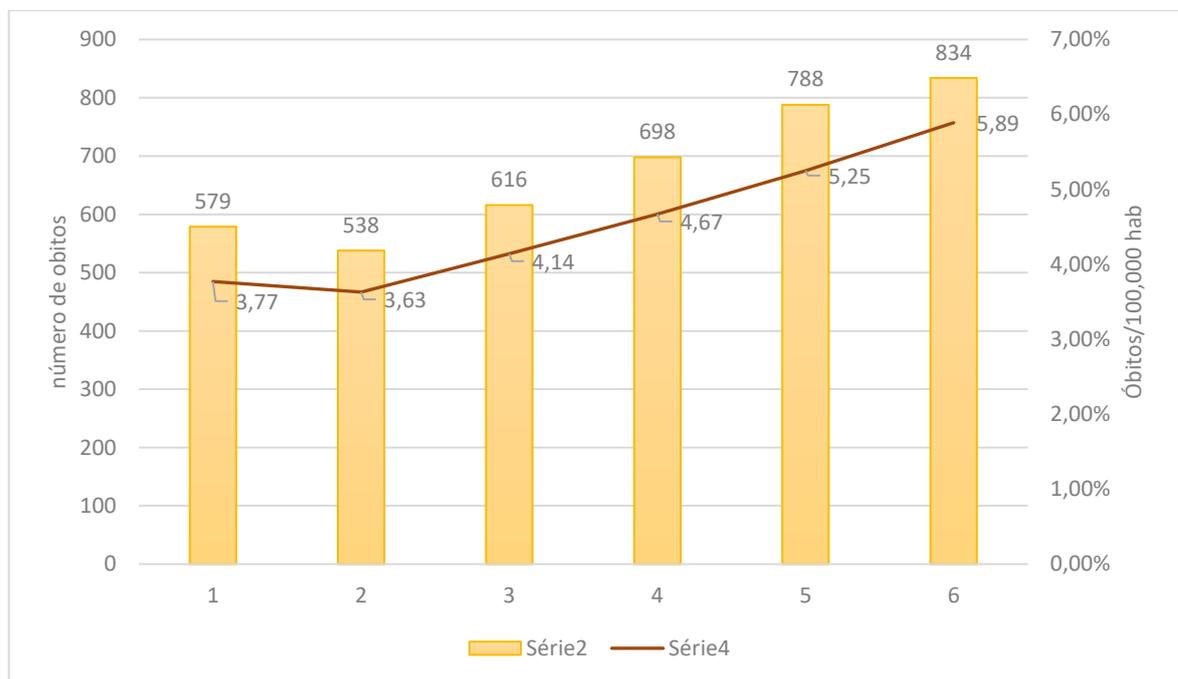
4.7 Considerações Éticas

Este estudo não necessita de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por utilizar de dados secundários agregados de domínio público de grupos de indivíduos conforme a Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde³⁵.

5. RESULTADOS

Considerando as mortes por suicídio na Bahia, no período pré-pandêmico (2017-2019) foram registradas no SIM o total de 1733 mortes, com uma média de taxa de mortalidade de 3,84 por 100.000. Já no período pandêmico (2020-2022), foram registradas 2023 mortes com média de taxa de mortalidade de 5,27. Observa-se que, o ano de 2018 representou a menor taxa reportada no período (3,6 óbitos por suicídio a cada 100.000 habitantes), seguida de tendência de aumento nos anos consecutivos.

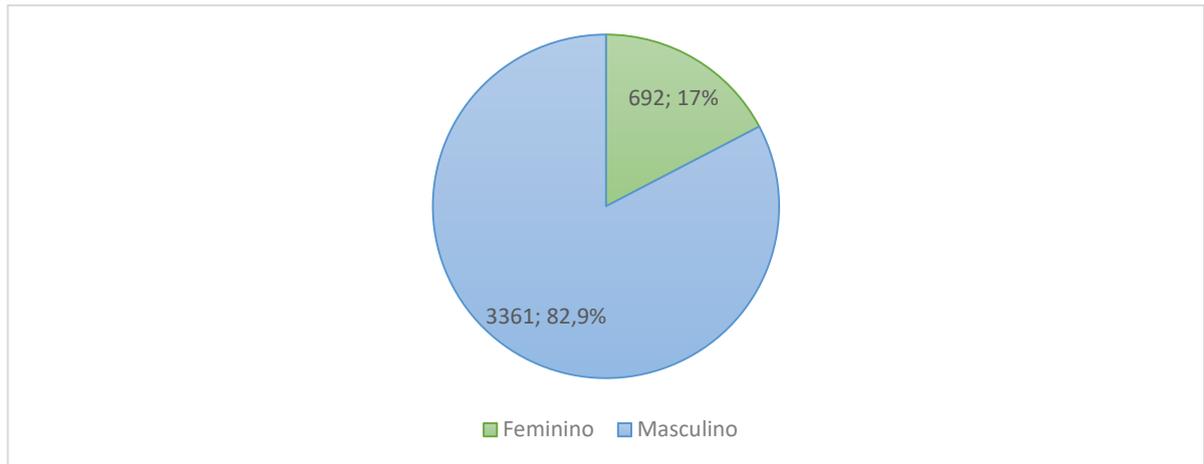
Gráfico 1 - Mortes por suicídio na Bahia (2017-2022)



Fonte: SESAB - SIM

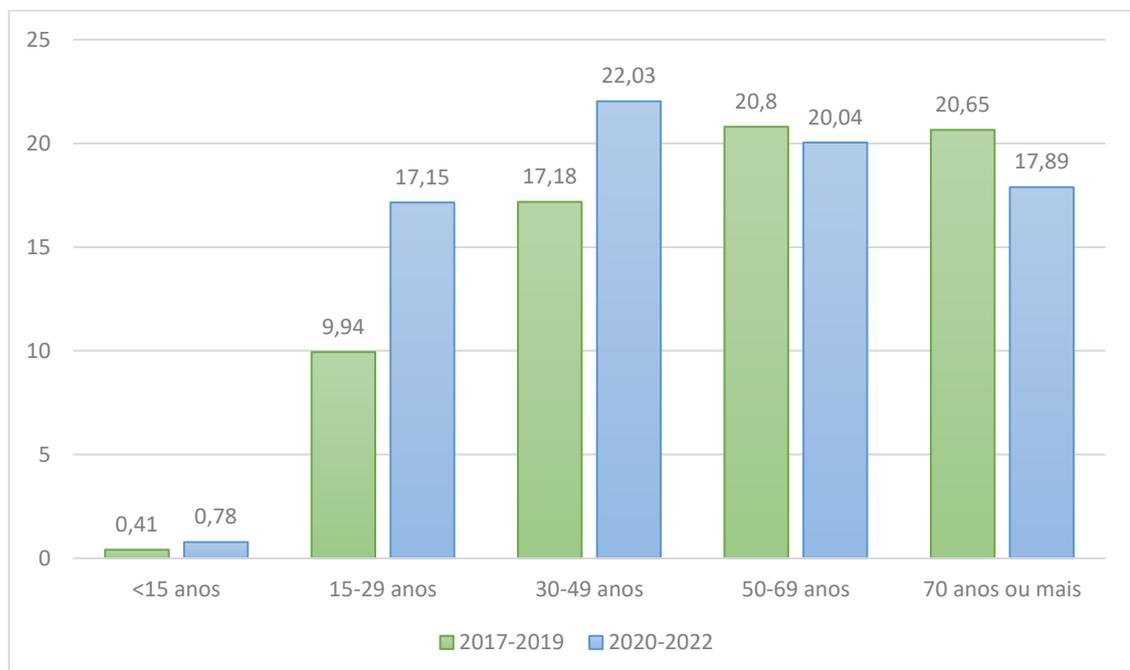
Em todos os anos, as mortes por suicídio de homens são maioria, representando 3361 (82,92%) dos óbitos por suicídio entre 2017-2022. (gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição das vítimas de suicídio na Bahia por sexo (2017-2022)



Em relação à cor e raça, pardos predominam em todo o período, sendo eles 3009 (74,2%). Os números mais expressivos de óbitos foram na faixa etária de 30-49 anos. Os dados demonstram 1690 vítimas nessa idade (41,6%), sendo 708 óbitos no período pré-pandêmico e 982 óbitos no período pandêmico. O gráfico 3 compara as taxas de mortalidade de cada faixa etária nos dois períodos. Observa-se a crescente de mortes, principalmente, entre a população de 15-29 anos.

Gráfico 3: Taxa de mortalidade por suicídio na Bahia (por 100,000 habitantes), de acordo com a faixa etária, antes e durante a pandemia.

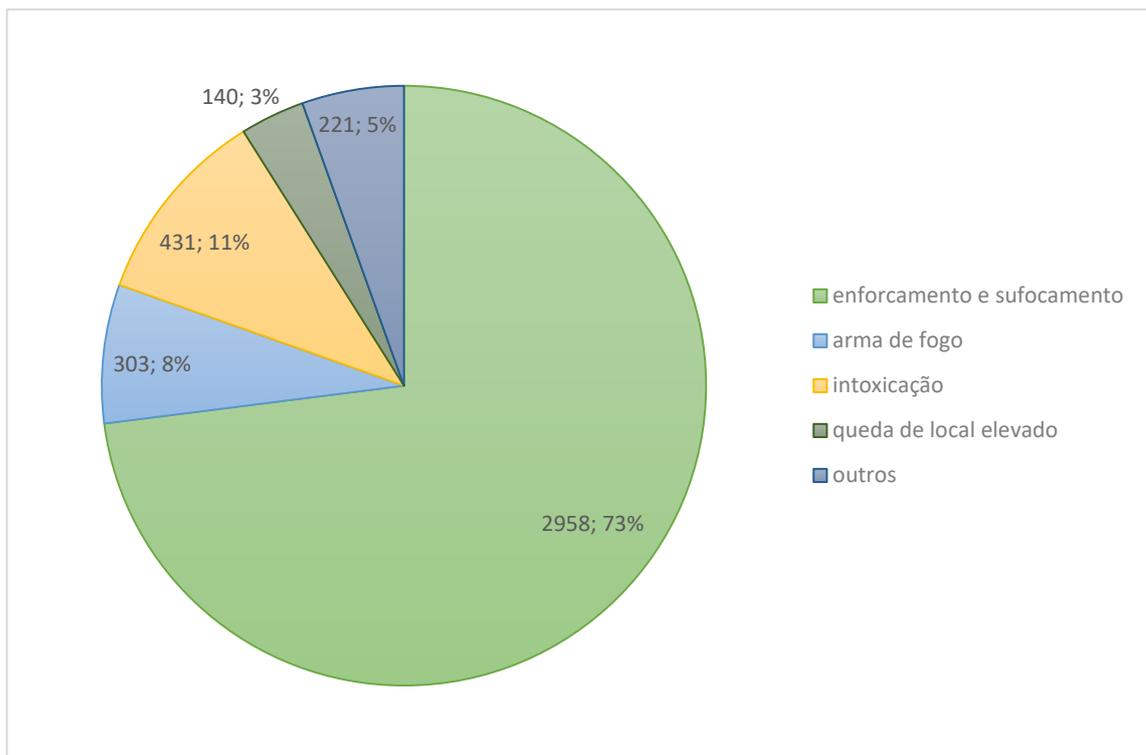


Fonte: SESAB - SIM

Solteiros representam a maioria das vítimas do período, sendo 2361 casos (58,2%). Os anos de escolaridade mais afetada entre as vítimas variou nesse recorte de tempo. Em 2017, 2018, 2019 e 2020, 4-7 anos era a escolaridade da maioria das

vítimas, representando 26,4%; 27,1%; 22,4% e 24,9%, respectivamente. Por outro lado, nos anos seguintes, a escolaridade de 8-11 anos foi a mais registrada entre os óbitos chegando a 25% em 2021 e 29,2% em 2022. O local de ocorrência predominante em todo período é o próprio domicílio sendo notificados 2417 óbitos (59,6%). Considerando os métodos utilizados, enforcamento se destaca como o mais expressivo (72%), conforme o gráfico 4.

Gráfico 4: Métodos de mortes por suicídio na Bahia (2017-2022)



Por fim, a distribuição das características sociodemográficas é evidenciada na tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das vítimas de suicídio na Bahia antes e durante a pandemia de COVID-19.

	Antes da pandemia 2017-2019		Durante a pandemia 2020-2022	
	n	%	n	%
Sexo				
masculino	1448	83,5	1913	82,4
feminino	285	16,4	407	17,5
Cor/raça				
branca	199	11,4	262	11,2
preta	208	12	275	11,8

parda	1270	73,2	1739	74,9
amarela	4	0,2	6	0,2
indígena	2	0,1	2	0,08
ignorado	50	2,8	36	1,5

Faixa etária

<15 anos	16	0,9	24	1
15-29 anos	420	24,2	602	25,9
30-49 anos	708	40,8	982	42,3
50-69 anos	438	25,2	542	23,3
70 anos e mais	149	8,5	169	7,2
ignorado	2	0,1	1	0,04

Estado civil

solteiro	981	56,6	1380	59,4
casado	378	21,8	414	17,8
viúvo	47	2,7	41	1,7
separado judicialmente	70	4	96	4,1
outro	99	5,7	123	5,3
ignorado	158	9,1	266	11,4

Escolaridade

nenhuma	179	10,3	179	7,7
1-3 anos	347	20	366	15,7
4-7 anos	437	25,2	555	23,9
8-11 anos	344	19,8	599	25,8
12 anos e mais	93	5,3	167	7,1
ignorado	333	19,2	454	19,5

Local de ocorrência

hospital	199	11,4	234	10
outros estabelecimentos de saúde	24	1,3	32	1,3
domicílio	1014	58,5	1403	60,4
via pública	119	6,8	132	5,6
outros	375	21,6	512	22
local ignorado	2	0,1	7	0,3

Categoria CID10

enforcamento, estrangulamento e sufocamento	1234	71,2	1724	74,3
disparo de arma de fogo	147	8,4	156	6,7
intoxicação	188	10,8	243	10,4
precipitação de local elevado	65	3,7	75	3,2
outros	99	5,7	122	5,2

Fonte: SESAB - SIM

6. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou como o fenômeno do suicídio se apresentou na Bahia nos anos pandêmicos de 2020 a 2022 em comparação com os anos de 2017 a 2019. Dessa forma, esse estudo reafirma o suicídio como grave problema de saúde pública que perdura por muitos anos.

Verificou-se que as taxas de morte por suicídio na Bahia estão em padrão de crescimento assim como demonstra o estudo de Daltro, Malta e Pondé³⁷. Ao avaliarem a epidemiologia das mortes por suicídio entre 2006 e 2015, revelaram aumento de 29% em todo o Brasil. O presente estudo encontrou aumento de cerca de 16% na Bahia. Assim, percebe-se que, durante a pandemia, a tendência de crescimento permaneceu. Porém, a média de crescimento foi maior na pandemia, sendo por volta de 26% entre 2020 e 2022, comparado com o crescimento de 9% entre 2017 e 2019.

Daltro, Malta e Pondé³⁶, também encontraram maior número de suicídios entre a população branca ao analisarem todo o Brasil. Considerando que, esse estudo analisa o estado da Bahia, é relevante que, no Censo de 2022, 57% da população baiana se autodeclarou parda²⁹. Assim, a maior quantidade de mortes na população parda no estado é um resultado esperado.

A revisão de literatura de Valle-Palomina et al³⁷ aprofundou sobre as mortes por suicídio entre 2020 e 2022 em países falantes de língua espanhola. Assim como este estudo, encontraram tendência de aumento no número de mortes por suicídio nesses países, exceto pela Colômbia. É possível que, as diferentes estratégias que cada país utilizou para lidar com os obstáculos da pandemia, tanto em relação à saúde quanto à economia, possam explicar as tendências opostas da Colômbia com os outros países e com o estado da Bahia. Além disso, cada Estado detém sistemas de informação próprios e populações distintas que interferem diretamente nos resultados.

Os dados coletados através do DATASUS mostraram que a população masculina é muito mais vulnerável a esse tipo de morte representando 82,9% dos óbitos. Corroborando com esses dados, a pesquisa de Sousa et al³⁸, que estudou o suicídio no estado do Piauí entre os anos de 2008 e 2018, evidenciou que óbitos por suicídio na população masculina eram 76% do total. A quantidade de suicídios entre homens é muito expressiva, confirmando que a população masculina tende a negligenciar sua saúde, principalmente, em relação a doenças mentais³⁹. Homens se

sentem reduzidos, fracassados e impossibilitados de buscar ajuda em decorrência do pensamento coletivo machista, o qual perpetua uma masculinidade baseada em ser forte e nunca se abalar frente às dificuldades

Em relação a faixa etária, observa-se um aumento preocupante nas mortes da população de entre 15-29 anos. É possível que, as mortes dessa população tão jovem tenham crescido por conta de como foram fortemente afetados na pandemia pelo distanciamento de seus grupos de apoio como escolas e universidades e pela falta de esperança com o futuro. Ademais, o intervalo de 30-49 anos também se encontra em crescimento nos números, representando a faixa etária com mais casos de suicídio na Bahia. Esses resultados são esperados por conta de como a sociedade baiana está estruturada. Por exemplo, o maior número de mortes entre adultos reflete o fato de que, na pirâmide etária, a faixa entre 30-49 anos é a mais abundante na Bahia²⁹.

Os óbitos de pessoas com escolaridade entre 8-11 anos também registraram aumento em 2020-2022, passando a superar o intervalo de 4-7 anos que era a mais prevalente antes da pandemia. Uma possível explicação para essa mudança é a melhoria da escolaridade dos brasileiros que tem aumentado a cada ano²⁹.

Por outro lado, foi identificado que, o método de suicídio mais empregado na Bahia é por enforcamento e sufocamento (72%), superando consideravelmente o segundo método: disparo por arma de fogo (7%). É possível que, tais dados sejam relacionados à facilidade do primeiro método, o qual não necessita de objetos que têm sua venda e compra controlada como armas de fogo e pesticidas⁴⁰.

Ademais, a pandemia de COVID-19 teve como consequência o enfraquecimento da economia que resultou em grandes taxas de desemprego. Junto à isso, o luto pelas mortes, o medo e desesperança em relação à doença, os sentimentos de solidão pelo distanciamento social imposto e a falta de convivência em ambientes públicos afetou diretamente na saúde mental dos brasileiros. Tudo isso fez com que muitas pessoas tivessem sua saúde mental adoecida, piorando a proporção de depressão grave entre a população mais vulnerável⁴¹.

Inevitavelmente, o presente estudo sofre de limitações. A pesquisa de Moraes e Costa⁴² evidencia problemas técnicos dos sistemas de informação do SUS, como duplicidade de informações, fragmentação dos dados e instabilidades do sistema. Ademais, é possível que exista subnotificação de mortes por suicídio devido ao grande

estigma em torno desse tipo de morte. Também, é necessário levar em conta a existência de cemitérios clandestinos e de óbitos que não passam por nenhum tipo de registro oficial, principalmente em cidades pequenas e zonas rurais. Além disso, muitas mortes são registradas como causa indefinida e variáveis como “escolaridade” e “estado civil” são, por vezes, ignoradas. Por outro lado, o processo de preenchimento da declaração de óbito feito pelo médico legista abrange informações subjetivas e até mesmo perdidas. A variável raça/cor pode ser complexa de categorizar, principalmente em tons de pele intermediários. Assim, o processo de transformar os documentos de DO em dados do SIM requer trabalho humano de classificação, digitação e revisão, estando esse passível de erros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações, esse estudo reafirma o suicídio como um problema crescente de saúde pública na Bahia. É imprescindível que a temática de saúde mental seja mais debatida para que deixe de ser um tabu, especialmente entre as populações vulneráveis: jovens e homens.

É preciso ampliar os programas de prevenção e promoção de saúde mental, sistematizar estratégias de reconhecimento da população vulnerável, expandir atendimentos e facilitar o acesso à profissionais bem treinados. Nesse sentido, é preciso incluir as escolas e universidades no debate como forma de alcançar a população jovem. Ademais, as políticas públicas referentes à posse e porte de armas de fogo precisam ser repensadas. Locais de grande altura necessitam da criação de barreiras e grades, além de endurecer as regras quanto à compra e venda de substâncias tóxicas como pesticidas.

Por outro lado, momentos de inesperável instabilidade econômica e social influenciam fortemente na saúde mental. Assim, é necessário debater e refletir cada vez mais acerca desses acontecimentos, como a pandemia de COVID-19. Dessa forma, se tal instabilidade vir a se repetir, políticas públicas devem ser capazes de proteger a saúde mental das pessoas, especialmente aquelas mais vulneráveis.

Ademais, o avanço das pesquisas epidemiológicas na área de saúde mental será capaz de mapear as regiões de alta incidência, verificar se o crescimento entre jovens e homens continua expressivo e afunilar populações que mais carecem de estratégias efetivas de controle, prevenção e reposicionamento de profissionais capacitados para lidar com pacientes em risco de suicídio.

8. REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Suicide worldwide in 2019. World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
- [2] Turecki G, Brent D. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 2015 Sep 15; 387 (10024) :1227–39.
- [3] Nardi AE, Silva AG, Quevedo J. Tratado de psiquiatria da associação brasileira de psiquiatria. Porto Alegre: Grupo A; 2021
- [4] Bíblia sagrada. Tradução dos originais hebraico e grego pelos monges Maredsons (Bélgica). São Paulo: Ave Maria; 2000.
- [5] Dantas D. A significação da morte voluntária Estudo sobre o papel da mídia em suicídios contemporâneos [Internet]. [citado 20 maio 2023]; Disponível em: <https://www.ufjf.br/facom/files/2013/03/Lumina14-15-DeniseSouzaDantas.pdf>
- [6] Nails D, Monoson SS. Socrates. *Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive* [Internet]. 2005 Set 16; [citado 20 maio 2023]; Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/socrates/>
- [7] Oliveira L. O suicídio: um problema (também) filosófico. *Revista Natureza Humana* [Internet]. Jul 2018; 20[1]; 83–97. [citado 20 maio 2023] Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v20n1/v20n1a06.pdf>
- [8] Aristóteles, Americo J, Eudoro De Souza. Ética a nicômaco. São Paulo: Nova Cultural; 1991. [citado 20 maio 2023]; Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4977081/mod_resource/content/1/Etica%20a%20Nicomaco%20%28Aristoteles%29.pdf
- [9] Tondo L. Brief history of suicide in Western cultures. *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 3–12. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/concise-guide-to-understanding-suicide/brief-history-of-suicide-in-western-cultures/3BEB9FB8B2802C2654B0E702879BA736>
- [10] Santo Agostinho. *A Cidade De Deus* [Internet]. 2ª ed. Grupo Infinito. UFPB; Disponível em: <https://frutodagraca.files.wordpress.com/2020/03/cidadedededeus-santoagostinho.pdf>
- [11] Resnicoff SH. Jewish Law Perspectives on Suicide and Physician-Assisted Dying. *Journal of Law and Religion*. 1998;13(2):289. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1051469?origin=crossref>
- [12] Os Significados Dos Versículos Do Alcorão Sagrado [Internet]. 1ª ed. Índia: Goodword; Disponível em: <https://ia800103.us.archive.org/19/items/quran-trans/portugues.pdf>
- [13] Retterstøl N. Suicide in a cultural history perspective. *Suicidologi*. 1998;(3). Disponível

em:<https://www.med.uio.no/klinmed/english/research/centres/nssf/articles/culture/Retterstol3.pdf>

[14] Souza DH. História do suicídio: um balanço historiográfico. *Intellèctus*. Dez 2022.;21(2):181–99. Disponível em:<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intellectus/article/view/65476/44542>

[15] André W. Sobre o Conceito de Suicídio. *Estação Literária* [Internet]. 2018 Mar. 20:154–74. Disponível em:<https://literaturasuicidio.files.wordpress.com/2018/06/sobre-o-conceito-de-suicc3addio.pdf>

[16] Pitta M. O Efeito Werther [Internet]. *Cândido*. Disponível em:<https://www.bpp.pr.gov.br/Candido/Pagina/Making-Os-sofrimentos-do-jovem-Werther>

[17] Durkheim E. *O Suicídio: Estudo de Sociologia*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

[18] Santana C, Correia J, Guimarães L, Canal F, Balbino M. A História da Morte no Ocidente e o Contexto Social Como Fator de Risco para o Suicídio. *Ambiente Acadêmico* [Internet]. 2015. 1(2). Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-ambiente-academico-edicao-2-artigo-3.pdf>

[19] World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019*. World Health Organization; 2021.; Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>

[20] Chriscaden K. More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable [Internet]. World Health Organization (WHO). 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>

[21] Ministério da Saúde. “Criando esperança por meio da ação”: 10/9 – Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. *Biblioteca Virtual em Saúde*. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/criando-esperanca-por-meio-da-acao-10-9-dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio-2/#:~:text=Entre%202010%20e%202019%2C%20ocorreram,todas%20as%20regi%C3%B5es%20do%20Brasil>

[22] World Health Organization (WHO). *Quality of suicide mortality data*. Disponível: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data-quality>

[23] Brunier A, Drysdale C. One in 100 deaths is by suicide. World Health Organization (WHO). 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

[24] WHO, Saxena S, Krug EG, Chestnov O. *Preventing Suicide: a Global Imperative*. Geneva: World Health Organization; 2014.

[25] Paula JC, Botti NC. *Projetos De Lei Relacionados À Prevenção Do Suicídio No Brasil*. *Mental*. Junho 2021; 13(28). Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272021000100009

[26] Meneses F, Aquino K, Ruy M, Quito M. Nota Técnica para Orientação e Encaminhamento da Ficha de Notificação em Situação de Tentativa de Suicídio. 27 Dez, 2017. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80238/Nota-T%C3%A9cnica-Tentativa-de-Suicidio.pdf/2efba754-2a9e-3e9c-cac2-fbb6131ef896?t=1648519055821#:~:text=Todo%20e%20qualquer%20caso%2C%20suspeito,equipe%20assistente%2C%20acionando%20este%20fluxo>.

[27] O CVV. CVV - Centro de Valorização da Vida. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>

[28] A campanha Setembro Amarelo® salva vidas! Setembro Amarelo - Prevenção ao Suicídio - Brasil. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>

[29] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE; Bahia. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>

[30] Ministério da Saúde. Declaração de Óbito: Manual de Instruções para Preenchimento. 1ª ed. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_manual_preenchimento.pdf

[31] Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Diário Oficial da União. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042

[32] Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.779/2005. 1.779. Nov, 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>

[33] Casa Civil. Lei nº 6.015, de 1973. 6.015; 31 Dez 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.html

[34] Casa Civil. Lei nº 13.484, de 26 de setembro de 2017. 13.484 26 Set, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13484.htm

[35] Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 12 Dez, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

[36] Mata KCR da, Daltro MR, Ponde MP. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. 2020 Mar 31;9(1):74.

[37] Valle-Palomino N, Fernández-Mantilla M, Talledo-Sebedón D, Guzmán-González O. Suicidal Ideation and Death by Suicide as a Result of the COVID-19 Pandemic in

Spanish-Speaking Countries: Systematic Review. *Journal Of Clinical Medicine*. 2023 Oct 24;12(21). Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/21/6700>

[38] Sousa KAA, Oliveira RM, Oliveira LB, Rodrigues Júnior NS, Rodrigues AFA, Ibiapina ARS. Tendência temporal de óbitos por suicídio em um estado do nordeste do Brasil. *Sanare*. 2022;21(2):61-68.

[39] Carolina, Ariane dos Santos, Gulin L. Saúde Mental Masculina: um Estudo sobre a Procura por Auxílio Profissional. *PsicoFAE*. 2022 Jan 1;11(2):52–67.

[40] Lim M, Lee S, Park JI. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *Int J Ment Health Syst*. 2014; 8(1):54. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-54>

[41] WHO. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief; 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

[42] Moraes RM de, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde em Debate*. 2017 Mar;41(spe):101–17.