



21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

21 YEARS OF SUICIDE IN BAHIA: NEW PERSPECTIVES IN THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

21 AÑOS DE SUICIDIO EN BAHÍA: NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Patrícia Hohlenweger Malta¹, Rosângela Souza Lessa², Diêgo Andrade de Oliveira³, Cinara Dourado Pereira Correia Santos³, Geraldo Lino da Silva Júnior³, Rita de Cássia Silva Tagliaferre⁴, Pedro Fonseca de Vasconcelos⁵

e524921

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i2.4921>

PUBLICADO: 02/2024

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil do suicídio no estado da Bahia no período entre 1996 e 2016, através da estimativa proporcional de variáveis sociodemográficas. **Métodos:** trata-se de um estudo ecológico, exploratório que utilizou dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, como também dados do IBGE para variáveis demográficas e socioeconômicas. **Resultados:** os indivíduos jovens, entre 20 e 29 anos, do sexo masculino, solteiros e pardos foram os mais atingidos por esse grupo de causas. O meio utilizado com maior frequência foi o enforcamento, estrangulamento e sufocamento, associado ao domicílio como local de ocorrência mais comum, seguido pelo hospital. **Conclusão:** Os dados revelaram a expressiva magnitude do problema e a necessidade de seu enfrentamento, o qual precisa considerar a complexidade da determinação das mortes por esta causa.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To describe the profile of suicide in the state of Bahia in the period between 1996 and 2016 through the proportional estimation of sociodemographic variables. **Methods:** this is an ecological, exploratory study that used data extracted from the Mortality Information System, as well as IBGE data for demographic and socioeconomic variables. **Results:** young individuals, between 20 and 29 years old, male, single and brown were the most affected by this group of causes. The most frequently used means was hanging, strangulation and suffocation, associated with the home as the most common place of occurrence, followed by the hospital. **Conclusion:** The data revealed the significant magnitude of the problem and the need to confront it, which needs to consider the complexity of determining deaths from this cause.

KEYWORDS: Suicide. Health Services Research. Health Information Systems.

RESUMEN

Objetivos: Describir el perfil del suicidio en el estado de Bahía en el período comprendido entre 1996 y 2016 a través de la estimación proporcional de variables sociodemográficas. **Métodos:** estudio ecológico, exploratorio, que utilizó datos extraídos del Sistema de Información de Mortalidad, así como datos del IBGE para variables demográficas y socioeconómicas. **Resultados:** los individuos jóvenes, entre 20 y 29 años, varones, solteros y morenos fueron los más afectados por este grupo de causas. El medio más utilizado fue el ahorcamiento, el estrangulamiento y la asfixia, asociado al domicilio como el lugar de ocurrencia más frecuente, seguido por el hospital. **Conclusión:** Los datos

¹ Instituto Couto Maia.

² Universidade Estadual do Sudeste da Bahia e Faculdades Santo Agostinho - Vitória da Conquista.

³ Faculdades Santo Agostinho.

⁴ Faculdade Anhanguera, Vitória da Conquista, Bahia.

⁵ Faculdade Independente do Nordeste.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patricia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

revelaron la magnitud significativa del problema y la necesidad de enfrentarlo, lo que requiere considerar la complejidad de determinar las muertes por esta causa.

PALABRAS CLAVE: *Suicidio. Investigación en Servicios de Salud. Sistemas de Información en Salud.*

INTRODUÇÃO

O suicídio é definido pelo Código Internacional de Doenças (CID) 10 como óbito derivado de lesões autoprovocadas intencionalmente por diversos métodos¹. De acordo com Rosa e colaboradores, esse fenômeno associa-se diretamente à utilização de meios com maior poder de causar a morte como o enforcamento, o uso de arma de fogo, a precipitação de lugares elevados, bem como os óbitos por influência de divulgação na mídia².

Consiste em um evento complexo, associado a diversos fatores variáveis no tempo e espaço os quais se relacionam com condições culturais, genéticas, psicossociais e ambientais. Exemplificam esses fatores: a idade, o sexo masculino, as tentativas anteriores de suicídio, a depressão, o abuso/dependência de álcool e outras drogas, a ausência de apoio social, um histórico de suicídio na família, uma forte intenção suicida, os eventos estressantes, a pobreza, o desemprego e o baixo nível educacional^{3,4,5,6}.

Dentre estes agentes, a tentativa prévia de suicídio destaca-se como preditor mais importante de suicídio completo, com riscos aumentados de acordo com o número de tentativas e a intervalos de tempo menores entre as tentativas^{7,8}.

No Brasil, há uma transição epidemiológica da mortalidade por doenças infectocontagiosas pelos óbitos por causas externas que se processa desde 1960. Nesse contexto, o crescimento nas taxas dos óbitos por lesões autoprovocadas contribui com essa tendência, sendo a terceira causa de morte por fatores externos no país, contribuindo com 6,8% dos óbitos por esses motivos, atrás dos homicídios que respondem por 36,4% e dos acidentes de trânsito, responsáveis por 29,3% dos óbitos por causas externas brasileiros^{5,9}.

A taxa global ajustada por suicídio em 2012, no Brasil, correspondeu a 6,2 por 100 mil habitantes, apresentando um acréscimo de 26,5% quando comparado ao ano de 2010, em que essa taxa foi de 4,9. No período entre 1908 e 2006, a taxa de suicídio passou de 4,4 para 5,7 óbitos por 100.000 habitantes⁵.

Comparando-se as taxas de suicídio no Brasil com as de diferentes países, as taxas brasileiras são relativamente baixas, contudo, em números absolutos, o país está entre os dez países com o maior número de mortes por lesões autoprovocadas no mundo^{4,8,10}. Registros da OMS informam que as taxas de suicídio brasileiras relativamente baixas em comparação com a de outros países, são decorrentes do fato de que o Brasil é um país populoso, significando que esse coeficiente esconde variáveis importantes¹⁰.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patrícia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

Diante disso, e observando o reduzido número de trabalhos científicos voltados ao estudo epidemiológico sobre o suicídio na Bahia, objetiva-se com essa pesquisa analisar este fenômeno no estado baiano no período entre 1996 e 2016. Desta forma, busca-se a ampliação do conhecimento sobre o tema como forma de subsídio para construção de políticas públicas de saúde de detecção, conduta e prevenção mais efetivas a partir da identificação dos grupos mais vulneráveis.

METODOLOGIA

O estudo se caracteriza como ecológico exploratório¹¹ que utilizou dados secundários referentes às mortes por lesões autoprovocadas ocorridas no período entre 1996 e 2016, no Estado Federativo da Bahia. O estado encontra-se na região Nordeste do Brasil e faz limite com outros oito estados do país, contribuindo com 4,1% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, sendo considerado a 7ª economia do país e a maior do Nordeste¹².

Os dados sobre as variáveis sociodemográficas foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado via internet no site do DATASUS. Foram considerados como óbito por lesões autoprovocadas os eventos contidos como 'causas externas de morbimortalidade', sob os códigos X60 a X84, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua 10ª revisão (CID-10), conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, sendo incluídos na presente pesquisa, os indivíduos residentes no estado da Bahia.

Já os dados populacionais foram obtidos da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acessíveis pelo sítio eletrônico do DATASUS, referentes aos Censos de 1990, 2000 e 2010, de acordo com o período dentro da série temporal analisada.

Foi realizada análise descritiva com estimação dos coeficientes de mortalidade para o suicídio, para cada ano e por todo o período, bem como o levantamento do perfil segundo características sociodemográficas para observação da evolução temporal da mortalidade através de médias aritméticas calculadas a partir do software *Microsoft Office Excel 2010*[®].

RESULTADOS

De 1996 a 2016, as mortes por lesões autoprovocadas fizeram na Bahia 7.179 vítimas, o que representou aproximadamente 0,5% do total dos óbitos ocorridos no período, e 3,7% das mortes por causas externas. Nesse período a taxa total de suicídio na Bahia cresceu de 1,5 para 3,8 mortes por 100.000 habitantes (153%). A evolução do coeficiente de mortalidade por suicídio na população geral e por sexo pode ser visualizada na Figura 1.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patrícia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

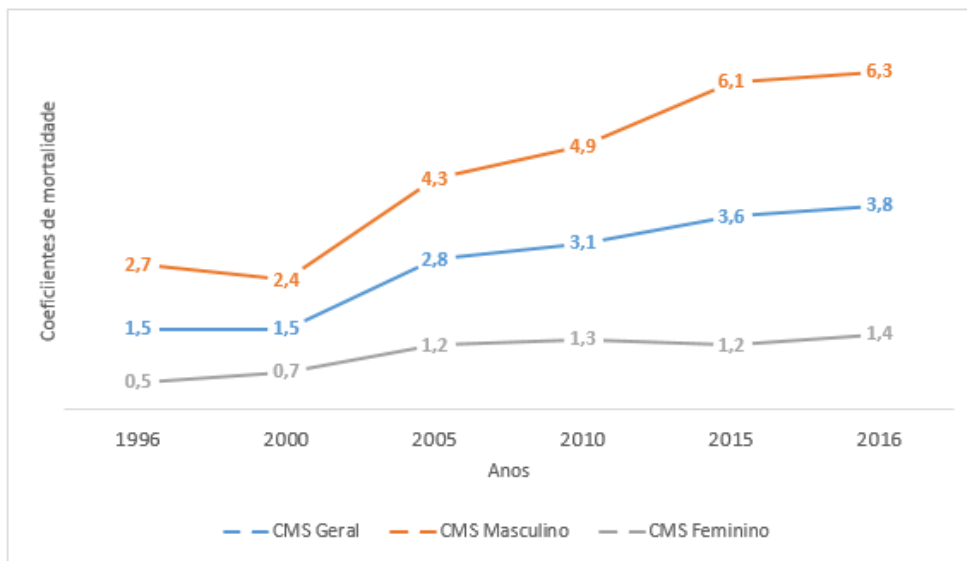


Figura 1: Coeficiente de Mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes em toda a população e Coeficientes por sexos. Bahia, 1996 a 2016.

A Figura 2 apresenta o perfil sociodemográfico do suicídio na Bahia para o total de óbitos por lesões autoprovocadas. Com relação ao gênero, os óbitos ocorreram, em média, 81,2% no sexo masculino e 18,8% no sexo feminino, entre 1996 e 2016, na Bahia.

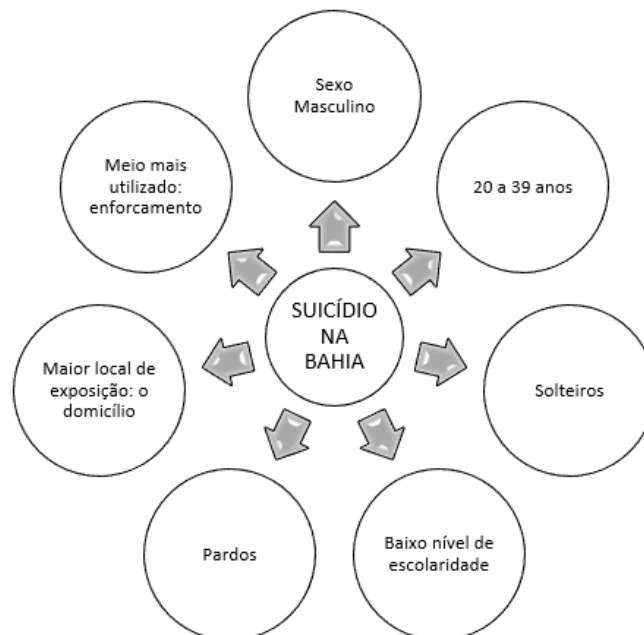


Figura 2: Perfil sócio demográfico do suicídio na Bahia, 1996 a 2016.

Segundo o estado civil, a presente pesquisa mostrou que os solteiros representaram em média 54,6% dos óbitos, seguidos pelos casados com 29,9%, e casos ignorados com 11,9% no período em estudo.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patricia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

Para o nível de escolaridade, em média, os que possuíam 1 a 3 anos de estudo representaram 18,5% das mortes, seguidos pelos que tinham 4 a 7 anos com 17,2% dos óbitos, sendo que os casos ignorados para essa variável perfizeram uma média de 39,1%. Quanto à cor da pele, morreram em média 54,7% de indivíduos pardos, 13,2% de brancos e 9,5% de negros, sendo os casos de cor não informados respondendo por 22% do total de mortes no período.

A faixa etária mais acometida pelo suicídio, no presente trabalho, envolveu pessoas entre 20 e 29 anos sendo responsável por 23,7% dos óbitos, seguido pelos indivíduos com idade entre 30 e 39 anos que apresentaram, em média, 21,3%.

A maior parte dos casos de suicídio ocorreu em domicílio (52,6%), seguido pelo hospital, onde se verificou aproximadamente 18% dos casos entre 1996 e 2016.

Destacou-se as categorias das lesões autoprovocadas intencionalmente classificadas no CID-10 que mais provocaram óbitos entre 1996 e 2016 na Bahia: enforcamento, estrangulamento e sufocação; exposição a pesticidas; exposição a substâncias nocivas não especificadas; disparo de arma de fogo; precipitação de lugar elevado; meios não especificados. Dentre estas, o grupo referente ao enforcamento, estrangulamento e sufocação foi responsável por 58,76%, em média, dos óbitos por esta causa no período em estudo.

DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) houve um incremento de 60% entre as mortes por suicídio nas últimas cinco décadas estimando-se que a cada 40 segundos um óbito decorrente de suicídio acontece no mundo, caracterizando-o como um grave problema de saúde pública^{7,8}. A projeção para o ano de 2020 é que mais de um milhão e meio de pessoas cometam suicídio e que o número de tentativas seja até vinte vezes maior que o número de eventos concluídos⁸.

O maior aumento nas taxas de suicídio no Brasil ocorreu na região Nordeste, o qual experimentou uma elevação de 130% entre 1980 e 2006¹³. Enquanto no período de 2010 a 2013, Ceará e Bahia, representaram juntos, mais de 40% das mortes por este fenômeno³.

Na Bahia, segundo o Ministério da Saúde, os casos de suicídio atingiram o seu maior número em 2015, sendo que 503 pessoas cometeram suicídio nesse ano, o que gerou uma média aproximada de 1,37 suicídio/dia, ocupando o 8º lugar no ranking em comparação com outros Estados da Federação brasileira¹.

Em relação ao gênero, a taxa de mortalidade por suicídio é maior entre os homens do que nas mulheres, em todo o mundo, corroborando com os dados apresentados nesse trabalho⁴.

O gênero masculino apresenta maior taxa de suicídio, chegando a uma proporção de quatro vezes mais óbitos por esta causa do que no gênero feminino. Entretanto, as mulheres fazem tentativas de suicídio e têm pensamentos suicidas três vezes mais que os homens¹⁴. Os homens apresentam ainda maior probabilidade de auto eliminação por armas de fogo, por enforcamento ou



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patricia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

pulando de locais altos; enquanto as mulheres por overdose de substâncias psicoativas ou veneno^{15,16}.

A maior vulnerabilidade masculina decorre de comportamentos que predisõem ao suicídio incluindo: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. Os homens são também mais sensíveis a instabilidades econômicas como o desemprego e o empobrecimento, fatores que podem levar ao suicídio^{17,18,19,20}.

Em contrapartida, a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres envolve fatores como a baixa prevalência do alcoolismo; melhor apoio social; crenças religiosas mais fortes; as atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida, assim como uma maior disposição em procurar ajuda para os seus transtornos mentais e ideias suicidas^{17,18,19,20}.

Pedrosa levanta um aspecto interessante a se ressaltar que é a ausência de estatísticas sobre o suicídio na população LGBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis), e sugere que seja devido à inexistência de notificação específica nos atestados de óbito²¹. No Brasil, os registros de óbitos não apresentam nos dados de notificação os itens de orientação sexual, nome social e identidade de gênero, impossibilitando o levantamento das mortes de pessoas não heterossexuais²². Além disso, mulheres trans e travestis são registradas como homens em suas declarações de óbito, enquanto homens transexuais são registrados como mulheres²².

Evidencia-se nessa população o peso do preconceito seja em casa, na escola, no mercado de trabalho ou na segregação vivenciada na comunidade, o qual leva à condição de intenso sofrimento psíquico, que pode aparecer sob a forma de tentativas de suicídio, depressão, transtornos alimentares e angústias das mais diversas formas^{23,24}.

Compreende-se com esse cenário que as estimativas sobre o suicídio na população LGBTT se apoiam, na atualidade, em notícias extraoficiais e que podem ser interpretadas de forma dúbia ou sem investigação da real causa do óbito. Desse modo, dificulta-se a elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para a saúde mental e integral desse grupo, que sejam eficazes e específicas para promoção de ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades a essa parcela da população.

Considerando o estado civil, o casamento reduz significativamente o risco de suicídio, sobretudo quando a união gerou filhos^{14,24,25}. Pessoas solteiras registram quase o dobro de suicídios, como também o divórcio e viuvez aumentam essas taxas^{14,24,25}. Os achados do atual estudo se assemelham a esses dados apontando a condição de solteiro como a de maior representatividade dentro dessa variável sociodemográfica.

A família atua como um fator protetor para o suicídio, pois, possuir vínculo auxilia a criar responsabilidades para o indivíduo, fazendo com que assuma funções dentro do seio familiar. A partir do momento em que o indivíduo se afasta do seio familiar, seja por ter muitas tarefas fora de casa, seja por ficar viúvo ou divorciar-se, perde-se o sentido da vida, não encontrando mais uma função protetora ou auxiliadora na instituição familiar²⁶.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patricia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

Em pesquisa sobre a escolaridade observou-se declínio significativo de subnotificação para essa variável, entretanto, chegou a alcançar 88,4% no período em estudo. Atribui-se esse problema ao desconhecimento ou aceitação da declaração de óbito (DO) como ferramenta importante para os estudos epidemiológicos, o que determina o descaso durante o preenchimento desse documento²⁷.

Em estudo realizado na região Sudeste do Brasil, verificou-se que o não preenchimento das informações referentes à escolaridade manteve altos índices no período entre 1996 e 2007, variando de 85,7%, em 2000, a 83,8%, em 2007, no Espírito Santo. Os dados encontrados para a Bahia favorecem a tendência encontrada no Sudeste brasileiro, onde se observa uma tendência decrescente das taxas de não completude da variável escolaridade nas declarações de óbito por suicídio, evidenciando uma melhora no preenchimento da informação²⁸.

Moreira indica que há uma correlação positiva entre os índices de suicídio e o baixo nível de instrução, uma vez que o bom nível educacional influencia na interação com os outros, *status* social e econômico como emprego e renda familiar favoráveis, evitando preocupações, estresse que interferem na saúde mental do indivíduo⁹. Além disso, sabe-se que o acesso à informação facilita os esclarecimentos sobre transtornos mentais, como a depressão, que predispõe à ideação suicida. Dessa forma, o nível de instrução elevado pode ser um fator protetor com relação ao suicídio, levando a pessoa a aderir a tratamentos e a participar de associações sociais e familiares^{9,29}.

Referente à cor da pele, observou-se uma decrescente de não completude da informação nos anos em estudo. Apesar disso, por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, o Ministério da Saúde estabeleceu a obrigatoriedade de coletar e preencher o quesito raça/cor pelos profissionais atuantes nos serviços de saúde do SUS^{30,31}. Essa medida visa atingir o preenchimento do quesito raça/cor em sua totalidade nos próximos anos a fim de reconhecer as diferenças populacionais, possibilitando o planejamento de estratégias que reduzam as desigualdades.

No que tange à essa variável, alguns autores afirmam ser o suicídio um fenômeno que atinge homens brancos cerca de 2 a 3 vezes mais do que homens e mulheres afro-americanos em toda a vida^{14,24}. Além disso, para as populações indígenas, as taxas podem ser ainda maiores atingindo duas a três vezes mais os valores dos homens brancos^{14,24}.

De acordo o censo de 2010 realizado pelo IBGE, 54,9% dos brasileiros e 76,3% dos baianos se autodeclararam negros ou pardos. O presente estudo realizado no estado da Bahia corrobora com o estudo de Oliveira³², no qual foi constatado um alto índice de vítimas de cor parda, como também ratifica a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília em âmbito nacional, na qual encontrou-se que pretos pardos sofrem mais do suicídio no Brasil, em especial aqueles do sexo masculino, entre 10 e 29 anos^{30,33}.

A desigualdade histórica do Brasil reservou à população negra um lugar de marginalização às políticas públicas, reproduzido em diferenças socioeconômicas e vulnerabilidades nesses indivíduos. Fatores como o racismo institucional e o mito da democracia racial refletem no acesso e qualidade dos serviços prestados nessa expressiva parcela de brasileiros^{30,34}



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patricia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

Segundo o Ministério da Saúde, as principais causas de suicídio em negros, e que podem causar impactos psicológicos e psicossociais danosos, associam-se ao não lugar, ausência de sentimento de pertencimento, sentimento de inferioridade, rejeição, negligência, maus tratos, abuso, violência, inadequação, inadaptação, sentimento de incapacidade, solidão, isolamento social e/ou a não aceitação da identidade racial, sexual e afetiva, de gênero e de classe social. Ademais, as queixas sociais podem ser subestimadas ou individualizadas, tratadas como algo pontual e de pouca importância³⁰.

Segundo o Ministério da Saúde, a tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros, no Brasil, apresentou um crescimento estatisticamente significativo entre 2012 e 2016, notando-se que a cada 10 mortes por lesões autoprovocadas em adolescentes e jovens, seis ocorreram em negros e quatro em brancos³⁰. Além disso, esse evento tornou-se a 3ª causa de morte que encurtam a vida na população parda, reforçando a necessidade de definição de políticas públicas específicas^{30,34}.

Os achados relacionados à faixa etária são compatíveis com dados do cenário nacional, nos quais o suicídio é responsável por 3,7% das mortes entre jovens (15 a 29 anos) e por 0,7% entre os não jovens (indivíduos abaixo de 15 anos ou acima de 29 anos)³⁵.

Em contrapartida, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a mortalidade por suicídio no Brasil é mais prevalente em idosos com mais de 70 anos²⁴. Os índices de suicídio aumentam com o avançar da idade, sendo que a maioria desses casos ocorre na faixa dos 35 a 64 anos¹⁴.

Os achados desse estudo diferem com outros^{4,20,36,37}, os quais descrevem que os maiores coeficientes de mortalidade por lesão autoprovocada segundo a faixa etária ocorrem entre a população idosa. Contudo, nos estudos supracitados observa-se uma tendência de elevação nas taxas de suicídio nas faixas mais jovens, o que indicaria uma propensão à juvenilização do agravo.

Essa inversão na distribuição de casos autoextermínio por idade é referenciada pela OMS e essa tendência parece se manter nos próximos anos, segundo as projeções da própria Organização. É um fato preocupante, uma vez que este evento já é a segunda causa de morte de jovens entre 15-29, sendo o grupo de maior risco de suicídio em um terço dos países pesquisados, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento³⁵.

As taxas de suicídio podem mostrar-se de formas divergentes pelo fato da medição dos diversos órgãos são obedeceram a uma metodologia única de coleta de dados, fazendo com que em alguns casos se apresentem com as mesmas tendências, e em outras com tendências opostas.

Salienta-se também as diferenças socioculturais de cada localidade bem como as políticas de prevenção ao suicídio adotado em cada região enquanto fatores importantes na diferenciação das taxas de óbitos por lesões autoprovocadas encontradas na literatura.

Resultados obtidos por outros autores^{20,24,38,39}, reforçam os achados dessa pesquisa no que diz respeito ao local de ocorrência com maior frequência de óbitos por lesões autoprovocadas, nos



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patricia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

quais a escolha preferencial é a residência, o que pode ser devido a facilidade de acesso aos meios que viabilizam esse ato.

Dentre as categorias apontadas, percebeu-se que enforcamento, estrangulamento e sufocamento foram os meios mais utilizados para provocar o suicídio nesse período, no estado da Bahia, sendo responsáveis por uma média aproximada de 58,8% dos óbitos. Disparos por arma de fogo apresentaram uma queda de 10,4% para 6,6% sendo que em 1998 esse valor chegou a 22,4%, enquanto a precipitação de lugares elevados aumentou sua taxa de 0,5% para 6,4%.

O local de ocorrência e o meio utilizado para a concretização do ato de suicídio geralmente estão associados, sendo que o domicílio e o enforcamento estão entre as principais escolhas para a concretização do ato⁴⁰. Essa escolha ocorre em função de provocar lesões fatais mais rapidamente e, na maioria das vezes, sem tempo para chamar socorro médico ou ser encaminhado ao hospital^{16,40}.

CONCLUSÃO

Em síntese, o estudo temporal revelou a magnitude e evolução da mortalidade por suicídio na Bahia, sobretudo nos indivíduos jovens do sexo masculino, pardos e principalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocamento, no próprio domicílio.

Observou-se que na Bahia, durante todo o período estudado, as mortes por suicídio ocorreram com maior frequência nos jovens, distintamente do cenário nacional que apresenta maiores taxas na faixa etária idosa, apesar de revelar uma transição quanto a idade de maior acometimento nos últimos anos.

Entretanto, não se deve deixar de lado a representação da qualidade das informações existentes sobre as mortes por essa causa, e urgência sobre suas melhorias, a fim de possibilitar o melhor conhecimento da realidade no estado, contribuindo para implantação de ações de saúde eficientes para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. [Acesso em: 29 mar. 2018]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>.
2. Rosa NM, et al. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*. Rio de Janeiro. Jun 2017;66(2):73-82.
3. Carmo EA, et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiologia Serviços de Saúde*. Brasília. 2018;27(1):e20171971.
4. Lovisi GM, et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Out. 2009;31(supl. 2):S86-S93.
5. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2015;64(1):45-54.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patrícia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

6. Organização Mundial De Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS; 2006. 28 p.
7. Organização Mundial De Saúde. Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasil, set. 2016. [Acesso em: 29 mar. 2018]; Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-acada40segundosnomundo&Itemid=839.
8. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro. jan. 2013;29(1):175-187
9. Moreira RMM, et al. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. SANARE, Sobral, 2017;16(01):29-34.
10. Magid CF, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. Saúde, Ética & Justiça. 2016;21(2):45-5.
11. Almeida FN, Roquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
12. Alban R. Cenário para o Brasil e a Bahia – 2018. Desempenho do Sistema FIEB. Federação das indústrias do estado da Bahia. Salvador, dez/2017.
13. Souza VS, et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2011;60(4):294-300.
14. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria clínica: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11 ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2017.
15. Abreu KP, et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010;12(1):195-200.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. Brasília: MS; 2017. 34 p.
17. Oliveira SMC, et al. Epidemiologia de mortes por suicídio no acre. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. Jan/Abr 2016;20(1):25-36.
18. Gomes GS, et al. Análise epidemiológica do suicídio no Distrito Federal entre 2005 e 2014. [Dissertação de Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde] Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2017. 49p.
19. Wanzinack C, et al. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar, Matinhos. jul./dez. 2017;10(2):106-117.
20. Ribeiro JF, et al. Perfil sócio-demográfico da mortalidade por suicídio. Rev. Enferm. UFPE on line., Recife, jan. 2018;12(1):44-50.
21. Pedrosa NFC, et al. Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. J. Health Biol Sci. 2018;6(4):399-404.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patricia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

22. Baére F, et al. Análise da produção discursiva de notícias sobre o suicídio de LGBTs em um jornal impresso do Distrito Federal. Revista Ártemis. jan-jun. 2018;XXV(1):74-88.
23. Sousa KJA. As diversas manifestações homofóbicas e suas consequências no cotidiano das minorias LGBT. Revista Clóvis Moura de Humanidades. 2016;2(1).
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico. 2017;48(30).
25. Krug EG, et al. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002. [Acesso em: 30 de março de 2018]; Disponível em: <https://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>.
26. Almeida FM. O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. Aurora, Marília. Jan/Jun, 2018;11(1):119-138.
27. Fiorio NM. Mortalidade por raça/cor em Vitória/ES: análise da informação e das desigualdades em saúde. [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]; Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vitória: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, 2009. 109p.
28. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro. 2010;59(3):173-181.
29. Stevović LI, et al. Gender differences in relation to suicides committed in the capital of montenegro (podgorica) in the period 2000-2006. Psychiatria Danubina, Montenegro. 2011;23(1):45-52.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Brasília: MS; 2018.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344 1º de fevereiro de 2017. Padroniza a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); 2017
32. Oliveira GS, et al. Análise epidemiológica dos casos de suicídio no município de Coração de Jesus – MG. Humanidades. fev. 2014;3(1).
33. Brasil. IBGE. Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. [Acesso em: 19 abr. 2019]; Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm.
34. Matos CCSA, et al. Saúde da população negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. Rio de Janeiro. Jan/Dez 2018;13(40):1-13.
35. Junior AF. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. Revista Brasileira de Psicologia, Salvador, Bahia. 2015;2(1).
36. Miguel SRPS. Determinantes sociais da mortalidade por suicídio no município de Porto Alegre 2001 a 2016. [Trabalho de conclusão de curso (especialização) em saúde pública]; Curso de Especialização em saúde Pública. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. 23p.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

21 ANOS DE SUICÍDIO NA BAHIA: NOVAS PERSPECTIVAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
Patrícia Hohlenweger Malta, Rosângela Souza Lessa, Diêgo Andrade de Oliveira, Cinara Dourado Pereira Correia Santos,
Geraldo Lino da Silva Júnior, Rita de Cássia Silva Tagliaferre, Pedro Fonseca de Vasconcelos

37. Meneghel SN, *et al.* Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. Rev. Saúde Pública. São Paulo. dec. 2004;38(6):804-810.
38. Ribeiro NM, *et al.* Análise da Tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. Texto Contexto Enferm. 2018;27(2).
39. Sá NNB, *et al.* Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. Rev. Med. Minas Gerais. 2010;20(2):145-152.
40. Falcão CM, *et al.* Perfil epidemiológico de mortes por suicídio no município de Coari, entre os anos de 2010 e 2013. Revista LEVS, Marília. 2015;15(1):44-55.